



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TOKIO 2018
RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL
ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ROBERT CONDORI ROQUE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

JULIACA - PERU

2024



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TOKIO 2018
RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL
ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ROBERT CONDORI ROQUE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. MARÍA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

ASESOR DE TESIS

:


Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

LINEA DE INVESTIGACION

:

MEDICINA HUMANA - P09

**RESOLUCIÓN DECANAL N°1065-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 21 de agosto del 2024

Vistos: El Expediente N° 2024-CU-9889 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TOKIO 2018 RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA - 2022**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **CONDORI ROQUE ROBERT**, habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * **Presidente** : Dra. **ELIZABETH VARGAS ONOFRE**
- * **1er. Miembro** : Dra. **MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * **2do. Miembro** : Dra. **MARYLUZ CRUZ COLCA**

- * **Asesor (a)** : Mgtr. **SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : **MIÉRCOLES 28 DE AGOSTO DEL 2024**
HORA : **15: 00 HORAS**
LOCAL : **SALÓN DE GRADOS**

TERCERO: Realizada la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2023(1)



RESOLUCIÓN DECANAL N° 1286-2023-D-FCS-UANCV

Juliaca, 05 de diciembre del 2023

VISTOS:

El Oficio N° 200-2023-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de Proyectos de Investigación de fecha 01 de diciembre del 2023 de la EP. Medicina Humana;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a): **CONDORI ROQUE ROBERT**, ha presentado el Proyecto de Investigación titulado: **EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TÓKIO 2018 RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA - 2022** para optar el Título Profesional de, correspondiente a la línea de investigación: **MEDICINA HUMANA**;

Que, al haber cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la Directiva N° 004-2019-UANCV-VRACD-OI, la Directora de la Unidad de Investigación nominó la sub comisión de evaluación del Proyecto de Investigación, conformada por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dr. GUIDO GUTIERREZ MAMANI**
- * **1er. Miembro** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**
- * **2do. Miembro** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

Que, la sub comisión de evaluación ha decidido aprobar, SIN OBSERVACIONES, el Proyecto de Investigación en mención, y; siendo la opinión favorable de la Directora de la Unidad de Investigación en concordancia al Reglamento de la Unidad de Investigación, y en uso de las atribuciones que le concede la ley Universitaria 30220, ley de creación de la UANCV 23738 y modificación, Resolución de Institucionalización 1287-92-ANE D.L. 739, y el Estatuto de la UANCV, a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR, el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado(a): **CONDORI ROQUE ROBERT**, ha, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, titulado **EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TOKIO 2018 RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA - 2022** con todos los objetivos generales, objetivos específicos, sede de ejecución, cronograma, presupuesto y línea de investigación, registrados en el acta de registro de proyectos de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, folio 200:

El Proyecto de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO. - RECONOCER, como **ASESOR(A) DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** al(a) Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**.

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: MH, Secretaria Académica, Archivo. EVO/



EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TÍTULOS DE INVESTIGACIÓN RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

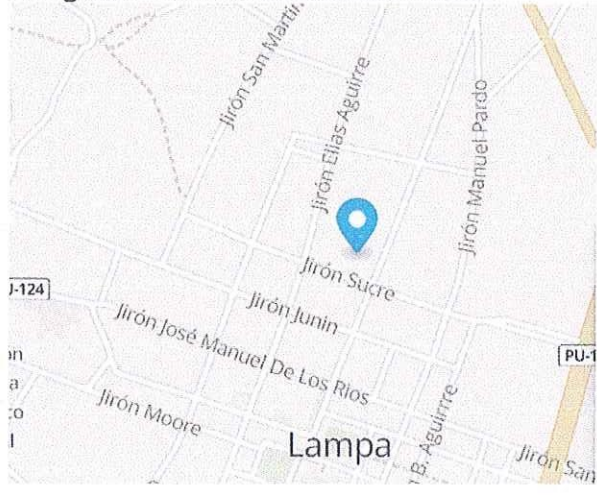
1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Orbea Marcial, Víctor Hugo, Villagrán Morales, Sthefany Abigail et al. "Colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda litiásica posterior a 7 días de inicio de los síntomas.", Revista UNIANDES de Ciencias de la Salud, 2021	1%



METADATOS COMPLEMENTARIOS - UANCV

TITULO DE LA TESIS	
EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TOKIO 2018 RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	Robert Condori Roque
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42249846
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-5632-2743
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Santiago Cristóbal Quispe Pari
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02379055
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-7050-4608
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Elizabeth Vargas Onofre
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Maria Amparo del pilar Chambi Catacora
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Maryluz Cruz Colca
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767



Datos de investigación	
Línea de investigación	Medicina Humana - P- 09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú Departamento: Puno Provincia: Lampa Distrito: Lampa Calle: Jr. Antonio Barrionuevo 323 Latitud: -15.3619444 Sur Longitud: -70.36638888888888 Oeste</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Marzo 2022 - Marzo 2023
URL de disciplinas OCDE https://purl.org/pe-repo/ocde/ford concytec-pe.github.io - Librería	<p>Cirugía https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.11 Gastroenterología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.19</p>



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CÁCERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Pham Sui
Dra. Maria Amparo del Pilar Chambi Calacora
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ROBERT CONDORI ROQUE, identificado con DNI Nro. 42249846 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
 Programa de Segunda Especialidad,
 Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la **Tesis** o **Trabajo de Investigación,** **Trabajo Académico** denominada:

“EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TOKIO 2018 RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022”

Asesorado por: Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 25 de Setiembre del 2024


Firma del Asesor


Firma del Estudiante



Huella



DEDICATORIA

A mis padres, Gregorio y María, por el apoyo que siempre me brindaron, siempre fueron mi guía en mi camino para lograr mis objetivos, estaré eternamente agradecido.

A mis hermanas, Betty y Roxana, que siempre me estimularon a hacer mejor y seguir adelante.

A mis compañeros, que me apoyaron de forma incondicional.



AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer a la Universidad UANCV como mi alma mater por capacitarme para la carrera de medicina humana y a la facultad por brindarme los conocimientos necesarios.

Agradecer al hospital Antonio Barrionuevo - LAMPA, por darme las facilidades para realizar mi proyecto de investigación, y al personal por apoyarme durante mi formación en el internado.

Agradecer a los Drs. Eyner Jara y Juan Vilca, por ser maestros en mi formación académica y enseñarme tantas cosas y a todos los Drs que me apoyaron en mi formación.

Agradecer a mi asesor, por su tiempo y apoyo durante toda la elaboración de mi tesis.

Agradecer a mis jurados, por su paciencia, tiempo y consejos necesarios para completar mi tesis.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO..... iv

ÍNDICE GENERAL v

ÍNDICE DE TABLAS viii

ÍNDICE DE FIGURAS x

RESUMEN xi

ABSTRACT xii

INTRODUCCION xiii

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION 3

1.2.1. Objetivo general 3

1.2.2. Objetivos específicos..... 4

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 4

1.4. HIPÓTESIS 4

1.4.1. Hipótesis general..... 4

1.4.2. Hipótesis específicas..... 5

1.5. VARIABLES DE ESTUDIO 5

1.5.1. Operacionalización de variables..... 6

CAPITULO II



MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION8

2.1.1 Antecedentes a nivel internacional8

2.1.2 Antecedentes a nivel nacional 13

2.1.3 Antecedentes a nivel regional 19

2.2. MARCO TEÓRICO22

2.3 MARCO CONCEPTUAL.....30

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Diseño de la investigación37

3.2 Tipo, línea y nivel de investigación37

3.2.1 Tipo.37

3.2.2 Línea.37

3.2.3 Nivel de investigación.....37

3.3. Método aplicativo a la investigación37

3.4. Población y muestra38

Población.....38

3.5. Técnica fuente e instrumento de investigación.....38

3.5.1. Técnica.....38

3.5.2. Instrumento39

3.6. Validación de contrastación de hipótesis39

3.7 Validez y confiabilidad del instrumentó39



3.8 Plan de recolección y procesamiento de datos39

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS40

DISCUSIÓN84

CONCLUSIONES86

RECOMENDACIONES88

REFERENCIAS89

ANEXOS92

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA93

ANEXO 2. MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS95

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO96

ANEXO 4. INSTRUMENTO97



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 Área del signo de Murphy de la inflamación local asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022 46

TABLA 2 Área de dolor y masa en el hipocondrio derecho de la inflamación local asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022 49

TABLA 3 Área de PCR de los signos de inflamación sistémica asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022 53

TABLA 4 Área de la fiebre de los signos de inflamación sistémica asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022 57

TABLA 5 Área de los leucocitos de los signos de inflamación sistémica asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022 61

TABLA 6 Área del engrosamiento de la pared de los hallazgos por imagen asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022 65

TABLA 7 Área del agrandamiento de la vesícula de los hallazgos por imagen asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022 69



TABLA 8 Área de litios retenidos de los hallazgos por imagen asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022 73

TABLA 9 Área de líquidos en el perímetro de la vesícula de los hallazgos por imagen asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022 77

TABLA 10 Área del momento de la colecistectomía de los hallazgos por imagen asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022 81



ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Signos de inflamación local, Murphy.....	47
FIGURA 2 Según signos de inflamación local; hipocondrio derecho.....	50
FIGURA 3 Según signos de inflamación local; PCR	54
FIGURA 4 Según signos de inflamación local; fiebre	58
FIGURA 5 Según signos de inflamación local; leucocitos	62
FIGURA 6 hallazgos por imagen; engrosamiento de la pared.....	66
FIGURA 7 hallazgos por imagen; agrandamiento de vesícula	70
FIGURA 8 hallazgos por imagen; litios retenidos	74
FIGURA 9 hallazgos por imagen; liquido en la vesícula	78
FIGURA 10 hallazgos por imagen; colecistectomía	82



RESUMEN

La colecistitis aguda por cálculos es una afección muy común en el Perú y representa el 10% de todos los ingresos al servicio de emergencia. **Objetivo:** Determinar eficacia de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda. **Metodología:** estudio correlacional, retrospectiva y transversal de 40 casos. **Resultados:** En relación con la gravedad de la colecistitis aguda litiásica, los datos mostraron que, de los casos estudiados, 35 pacientes (88%) fueron clasificados con colecistitis aguda leve (Grado I), 5 pacientes (12%) con colecistitis moderada (Grado II), y no se reportaron casos de colecistitis grave (Grado III). En cuanto a la presencia de colecistitis aguda, se encontró que 38 pacientes (95%) fueron diagnosticados con esta condición, mientras que 5 pacientes (5%) no presentaban colecistitis aguda. Este alto porcentaje de diagnósticos positivos refleja la prevalencia de la enfermedad en la población estudiada. Respecto al momento de la colecistectomía, 7 pacientes (18%) fueron sometidos a la cirugía dentro de las primeras 72 horas desde el diagnóstico, mientras que 33 pacientes (82%) fueron operados después de este período. La mayoría de las cirugías realizadas después de las 72 horas puede indicar la necesidad de un manejo médico previo a la intervención quirúrgica. **Conclusiones:** La investigación ha demostrado una fuerte correlación de 0,701 entre las variables de estudio, según lo determinado por la estadística Rho de Spearman. Esto sugiere una relación muy positiva, lo que lleva a la conclusión de que la directriz de Tokio 2018 contribuye eficazmente al diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda. **Palabras clave:** Colecistitis litiásica, colecistitis alitiásica, cólico biliar, colecistitis crónica, fiebre, litiasis.



ABSTRACT

Acute cholecystitis due to stones is a very common condition in Peru and represents 10% of all admissions to the emergency service. Objective: Determine the effectiveness of the 2018 Tokyo guide criteria related to the diagnosis and treatment of acute cholecystitis. Methodology: correlational, retrospective and cross-sectional study of 40 cases. Results: In relation to the severity of acute lithiasic cholecystitis, the data showed that, of the cases studied, 35 patients (88%) were classified with mild acute cholecystitis (Grade I), 5 patients (12%) with moderate cholecystitis (Grade II), and no cases of severe cholecystitis (Grade III) were reported. Regarding the presence of acute cholecystitis, it was found that 38 patients (95%) were diagnosed with this condition, while 5 patients (5%) did not present acute cholecystitis. This high percentage of positive diagnoses reflects the prevalence of the disease in the population studied. Regarding the timing of cholecystectomy, 7 patients (18%) underwent surgery within the first 72 hours from diagnosis, while 33 patients (82%) underwent surgery after this period. Most surgeries performed after 72 hours may indicate the need for medical management prior to surgical intervention. Conclusions: The research has demonstrated a strong quote of 0.701 between the study variables, as determined by Spearman's Rho statistic. This suggests a very positive relationship, leading to the conclusion that the Tokyo 2018 guideline effectively contributes to the diagnosis and treatment of acute cholecystitis.

Keywords: Stone cholecystitis, acalculous cholecystitis, biliary colic, chronic cholecystitis, fever, lithiasis.



INTRODUCCION

La colecistitis aguda es una afección clínica que ocurre con regularidad y que es una causa común de dolor abdominal y un motivo común para buscar atención médica de emergencia.

La colecistitis aguda es causada más comúnmente por cálculos biliares y requiere tratamiento quirúrgico. Hasta ahora siempre ha habido dos tendencias diferenciadas: el tratamiento quirúrgico precoz y el tratamiento quirúrgico tardío. Informes recientes sobre este tema sugieren que la cirugía temprana tiene varias ventajas.(1)

Sin embargo, estudios multicéntricos han demostrado que la cirugía temprana puede acortar significativamente la duración de la estancia hospitalaria y permitir que los pacientes regresen antes al trabajo sin aumentar la morbilidad posterior. Se ha demostrado que el entorno es subóptimo. Realizarse una colecistectomía temprana es mucho más rentable que realizarse una tardía.(1) Las Guías de Tokio fueron desarrolladas para facilitar el diagnóstico, ya que son muy sensibles.

La Guía de Tokio es un recurso esencial y útil para diagnosticar rápidamente la colecistitis aguda. Además, es una herramienta invaluable para clasificar enfermedades según su gravedad y orientar el tratamiento adecuado.(2)

En 2022, el servicio de cirugía del Hospital Antonio Barrionuevo Lampa realizó un estudio de 40 casos de pacientes a los que se les había diagnosticado colecistitis aguda litiásica. La información se recopiló mediante un formulario de recolección de datos validado, se ingresó en Excel y luego se analizó mediante pruebas de chi-cuadrado en el software estadístico SPSS-27.

La exposición se desarrolló de la siguiente manera Capítulos:



Capítulo I. se desarrolla los aspectos generales, como el planteamiento del problema, los objetivos e hipótesis.

Capítulo II. Marco teórico referencial, sección que subdivide a los antecedentes internacionales, nacionales y locales. Las bases teóricas, sustentada en teóricas y estudios por especialistas del tema. Y, el desarrollo del marco conceptual.

Capítulo III. Metodología; apartado que desarrolla de manera sistemática el tipo de investigación, diseño de investigación, los métodos y técnicas que se aplicarán en el estudio, etc.

Capítulo IV. Resultados y discusión, se desarrolla de manera interpretativa los resultados, los cuales son presentados en tablas y figuras con su debida interpretación.



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nivel Internacional

La colecistitis aguda litiásica es una causa frecuente de morbilidad a nivel mundial y representa una carga significativa para los sistemas de salud. La Guía de Tokio 2018 ha sido desarrollada para estandarizar el diagnóstico y tratamiento de esta condición, proporcionando criterios basados en la evidencia para mejorar los resultados clínicos. A pesar de su amplia aceptación, la implementación de estos criterios varía entre diferentes regiones y sistemas de salud, lo que puede afectar la uniformidad y efectividad del manejo de la enfermedad. Es fundamental evaluar la aplicabilidad y efectividad de estos criterios en diversos contextos internacionales para asegurar que los pacientes reciban el mejor cuidado posible, independientemente de su ubicación geográfica.

Nivel Nacional

En el contexto nacional, la adopción de la Guía de Tokio 2018 ha sido un paso significativo hacia la mejora del manejo de la colecistitis aguda litiásica. Sin embargo, existen variaciones en la implementación de estos criterios debido a



diferencias en la infraestructura hospitalaria, la formación del personal médico y los recursos disponibles. Evaluar la eficacia de los criterios en distintos hospitales y regiones dentro del país es crucial para identificar áreas de mejora y asegurar que todos los pacientes tengan acceso a un diagnóstico y tratamiento de alta calidad. Esta evaluación permitirá desarrollar políticas de salud más efectivas y homogéneas a nivel nacional.

A nivel regional o local

En el Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa, la implementación de estos criterios puede ser fundamental para mejorar los resultados clínicos y reducir la morbilidad asociada a esta enfermedad. Sin embargo, la eficacia de estos criterios en el contexto específico de este hospital no ha sido evaluada sistemáticamente. Es crucial investigar si la aplicación de los criterios de la GT 2018 contribuye a un diagnóstico más preciso y a un tratamiento más efectivo de la colecistitis aguda litiásica en esta institución.

Evaluación de indicadores de inflamación localizada, como el signo de Murphy, malestar e hinchazón en la parte superior derecha del abdomen, así como marcadores de inflamación sistémica como PCR, fiebre y recuento de glóbulos blancos, junto con resultados de imágenes. Comprender diversos aspectos de la enfermedad de la vesícula biliar, como el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, el agrandamiento de la vesícula biliar, los cálculos impactados, el líquido alrededor de la vesícula biliar y el mejor momento para la cirugía, permite un enfoque completo y eficaz para tratar esta afección.

La presente investigación se centrará en analizar la efectividad de los criterios de la GT 2018 para el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica en el Hospital Antonio Barrionuevo Lampa durante el año 2022. Se evaluarán los



indicadores específicos de cada dimensión y su correlación con los resultados clínicos y la severidad de la enfermedad.

Problema general

PG. ¿Qué relación existe entre eficacia de los criterios de la guía de Tokio 2018 y el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022?

Problemas específicos

PE1. ¿Qué relación existe entre los signos de inflamación local de los criterios de la guía de Tokio 2018 y el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo?

PE2. ¿Qué relación existe entre los signos de inflamación sistémica de los criterios de la guía de Tokio 2018 y el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo?

PE3. ¿Qué relación existe entre los hallazgos imagenológicos de los criterios de la guía de Tokio 2018 y el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.2.1. Objetivo general

OG. Determinar eficacia de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.



1.2.2. Objetivos específicos

OE1. Establecer la relación que existe entre los signos de inflamación local de los criterios de la guía de Tokio 2018 y el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.

OE2. Identificar la relación que existe entre los signos de inflamación sistémica de los criterios de la guía de Tokio 2018 y el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.

OE3. Evaluar la relación que existe entre los hallazgos imagenológicos de los criterios de la guía de Tokio 2018 y el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La importancia del estudio radica en confirmar el valor diagnóstico de las Guías de Tokio, demostrar su utilidad práctica en entornos clínicos y quirúrgicos cotidianos y, en última instancia, facilitar diagnósticos más tempranos. para evitar cualquier imprevisto.

Este estudio se encuentra actualizado y factible para su avance ya que cuenta con los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para realizar esta investigación.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

HG. Existe relación significativa entre la variable criterios de la guía de Tokio 2018 y la variable diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022



1.4.2. Hipótesis específicas

HE1. Los signos de inflamación local de los criterios de la guía de Tokio 2018 están relacionados en el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.

HE2. Los signos de inflamación sistémica de los criterios de la guía de Tokio 2018 están relacionados en el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.

HE3. Los hallazgos imagenológicos de los criterios de la guía de Tokio 2018 están relacionados en el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.

1.5. VARIABLES DE ESTUDIO

V1: Eficacia de los criterios de Tokio 2018

V2: Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica



1.5.1. Operacionalización de variables

VARIABLE 1	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN	TIPO DE VARIABLE
1)Eficacia de los criterios de Tokio 2018	1.1.-Signos de inflamación local	1.1.1.- Signo de Murphy	a) Positivo b) Negativo	Cualitativa
		1.1.2.-Dolor y masa en hipocondrio derecho	a) Si b) No	Cualitativa
	1.2.- Signos de inflamación sistémica	1.2.1.- PCR	a) Menor de 10mg/dl b) Mayor de 10mg/dl	Cualitativa
		1.2.2.- Fiebre	a) 36 – 37.5 °C b) 37.5- 38 °C c) 38.1 – 38.5 °C d) 38.5 – 39 °C e) Mayor 39 °C	Cualitativa
		1.2.3.- Leucocitos	a) Menor 10000 mm ³ b) Mayor 10000 mm ³	Cualitativa
	1.3.- Hallazgos por imagen	1.3.1.- Engrosamiento de pared	a) Menor de 4 mm b) Mayor de 4 mm	Cualitativa
		1.3.2 Agrandamiento de vesícula	a) < 8cm de largo x < 4cm de ancho b) > 8cm de largo x >4cm de ancho	Cualitativa
		1.3.3 Litos retenidos	a) Si b) No	Cualitativa



1.3.4 Líquido en el perímetro de la vesícula	a) Si b) No	Cualitativa
1.3.5 Momento de colecistectomía	a) < de 72 horas b) > de 72 horas	Cualitativa

VARIABLE 2	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN	TIPO DE VARIABLE
2) Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiasica	2.1 Diagnostico	2.1.1 Colecistitis aguda	a) Si b) No	Cualitativa
	2.2 Tratamiento	2.2.1 Criterios de gravedad	a) Grado I leve b) Grado II moderado c) Grado III grave	Cualitativa

Nota. Sistematización teórica



CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1 Antecedentes a nivel internacional

Reyes M. (5) Evaluación de los criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda en pacientes en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, durante el período de marzo de 2019 a marzo de 2021. El país de República Dominicana. Objetivo: Evaluar el uso de los criterios de Tokio en el diagnóstico de colecistitis aguda en pacientes que acuden al Servicio de Gastroenterología. En la investigación se utilizó la metodología de estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Instrumento: Fuente de datos, que incluye fuentes primarias y secundarias, que se analiza mediante la evaluación de las observaciones de los pacientes y los registros clínicos de respaldo. El Departamento de Gastroenterología evaluó a 210 pacientes. De un total de 66 casos que cumplieron los criterios, la ecografía del gráfico 8 mostró un aumento en el espesor de la pared de la vesícula biliar, siendo 32 casos (48,49%) positivos y 34 casos (51,51%) negativos, además de un aumento en el tamaño de la vesícula biliar. La mitad de los casos biliares fueron positivos y la otra mitad negativos. Los



restos ecogénicos tuvieron una tasa de positivos del 95,46% y negativos del 4,54%. Los signos ecográficos de Murphy fueron positivos en el 89,39% de los casos y negativos en el 10,61%. No hubo casos de imagen gaseosa y se encontró líquido pericolecístico. positivo en el 43.94% de los casos y negativo en el 56.06%. La patología más común encontrada en los resultados anatomopatológicos es la Colecistitis Crónica, representando 27 casos o el 50% del total. Le sigue la colecistitis edematosa con 14 casos (21, 21%), la colecistitis necrotizante con 13 casos (19, 69%) y la colecistitis supurativa con 6 casos (9, 10%). En nuestro estudio, los criterios de Tokio para el diagnóstico agudo la colecistitis demostró una sensibilidad y especificidad superior al 90%. Dado que nuestro estudio muestra una sensibilidad del 89%, es seguro concluir que los criterios de Tokio pueden usarse de manera confiable como una mecanismo de diagnóstico estándar para pacientes con sospecha de padecer esta afección.(5)

Avendaño C. (6) La GT para el diagnóstico de colecistitis - Ecuador La inflamación aguda de la vesícula biliar es una de las principales razones para buscar atención médica de emergencia. Es una afección en la que la vesícula biliar se inflama y causa dolor y otros síntomas asociados. Un diagnóstico rápido es crucial para prevenir complicaciones. El estudio tuvo como objetivo evaluar la importancia del uso de los Criterios de Tokio, y su vinculación con condiciones de salud relacionadas, de junio a diciembre de 2018, con el fin de establecer un protocolo diagnóstico. El enfoque utilizado fue una combinación de razonamiento inductivo y deductivo, así como metodologías analíticas y sintéticas. La guía de observación y la ficha de recolección de datos se utilizaron para recopilar información sobre el estado actual del diagnóstico oportuno de la colecistitis aguda y su conexión con comorbilidades. Esto se hizo con el fin de crear un plan de diagnóstico. De junio a



diciembre se incluyeron en el estudio 170 pacientes. Los hallazgos clave incluyeron una prevalencia del 69% de la afección en mujeres, con una edad promedio de 49 años. Los síntomas clínicos más frecuentes fueron fiebre (22,3%), masa dolorosa (27,5%) y náuseas (18,2%). El signo de Murphy se encontró en el 10,9% de los casos, siendo los resultados de laboratorio una alta presencia. de Proteína C Reactiva (56,4%) y leucocitos (43,6%) Las imágenes revelaron engrosamiento de la pared de la vesícula biliar en el 30,2% de los casos y presencia de líquido pericolecístico en el 69,8% de los casos. De acuerdo con el estudio de Tokio 2018 lineamientos, los niveles de gravedad se clasificaron en grado I con un 43.5%, grado II con un 48.2% y grado III con un 8.2%. Se recomienda implementar un protocolo de diagnóstico de colecistitis aguda bien organizado en el Hospital Alfredo Noboa. Hospital Montenegro. En conclusión, la Guía de Tokio es un recurso esencial y valioso para diagnosticar rápidamente la colecistitis aguda y determinar su gravedad. La GT, es una herramienta confiable para diagnosticar la colecistitis aguda y sus complicaciones relacionadas, pero no considera su correlación con los estudios anatomopatológicos para determinar la naturaleza del proceso como agudo o crónico. Empeorado o más intenso.(6)

Medina M., (7) Factores en el pronóstico de Colecistitis Aguda, Murcia - España. La inflamación aguda de la vesícula biliar es una afección médica frecuente en los países occidentales y un motivo frecuente de consulta médica en el servicio de urgencias. El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica y debe realizarse dentro de las 72 horas siguientes. El tratamiento en pacientes mayores y en aquellos con otras condiciones de salud puede ser polémico en ocasiones. En estas situaciones, la colecistostomía percutánea y el tratamiento conservador son opciones seguras y eficaces. Las directrices de Tokio,



establecidas por primera vez en 2007 y actualizadas en 2013, tienen como objetivo ayudar en el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda describiendo criterios clínicos, analíticos y de imagen, así como directrices para evaluar su gravedad. Las guías de 2018 incluyen el índice de comorbilidad de Charlson, la clasificación ASA y la presencia de factores predictivos negativos para determinar el enfoque de tratamiento adecuado. **Material y método:** Un análisis de casos pasados de colecistitis aguda en nuestro hospital de segundo nivel desde enero de 2014 hasta diciembre de 2019. Resultados: Nuestra investigación involucró a 478 personas diagnosticadas con colecistitis aguda, de los cuales 261 (56%) eran hombres. La edad media de los participantes fue de 65,8 años, oscilando entre 78 y 96 años. El índice de comorbilidad de Charlson promedio fue de 1,33 con una desviación estándar de 1,71. En el 525% de los casos, el ASA fue al menos III, según un tamaño de muestra de 251. Aproximadamente el 209% de los casos se clasificaron como nivel de gravedad III. o superior según las directrices de Tokio. El 384% de los pacientes con colecistitis aguda fueron sometidos a cirugía, el 4,9% a colecistostomía percutánea y el 4,5% fueron tratados de forma conservadora. El método laparoscópico se utilizó en el tratamiento quirúrgico del 93,5% de los pacientes, siendo el 6,5% restante mediante abordaje abierto. La tasa de conversión fue del 10,9%, lo que resultó en un total de 39 conversiones. Los pacientes que se sometieron a cirugía pasaron un promedio de 6,28 días en el hospital, que fue más corto que aquellos que tuvieron colecistostomía percutánea (12,46 días) o tratamiento conservador (10,75). Las tasas de mortalidad para la colecistostomía quirúrgica, percutánea y el tratamiento conservador fueron 2,6%, 102% y 16% respectivamente. Muchos factores contribuyen a determinar el pronóstico de los pacientes con esta afección, como la edad, ICC, ASA, leucocitosis



$\geq 18000/\text{mm}^3$, inflamación significativa, disfunción orgánica y el tipo. En conclusión, el enfoque recomendado para tratar la colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica inmediata, independientemente de la edad o problemas médicos concurrentes. Este método da como resultado una duración reducida de la hospitalización y un menor riesgo de que la afección regrese. para tomar decisiones quirúrgicas que tengan en cuenta la edad del paciente, el índice de comorbilidad de Charlson, el estado $\text{ASA} \geq \text{III}$ y la existencia de disfunción orgánica. Este modelo está diseñado para ayudar a tomar decisiones bien informadas con respecto a los procedimientos quirúrgicos. (7)

Tipantuña, M y Tapia, P. (8) El uso de la GT, la identificación de la colecistitis aguda. Ecuador. La colecistitis aguda es una afección médica en la que la pared de la vesícula biliar se inflama, lo que provoca dolor abdominal, especialmente en la parte superior derecha, así como síntomas de vómitos y fiebre. El propósito de esta investigación fue evaluar qué tan bien funcionaron la GT 2018, en el diagnóstico de la colecistitis en pacientes adultos entre 18 y 65 años. La investigación utilizó un enfoque cuantitativo, en lugar de que un método experimental transversal, mediante el análisis de la literatura existente y los datos almacenados sobre los temas establecidos. El método de recopilación de datos implicó acceder a los registros médicos de los pacientes y utilizar la base de datos estadística en el sistema informático del Hospital General Mount Sinai. Se ha descubierto que 140 personas desarrollaron inflamación aguda de la vesícula biliar. Los resultados del estudio indicaron que el signo de Murphy tenía la mayor probabilidad de diagnosticar colecistitis aguda con una sensibilidad del 86,1%, mientras que el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar tenía una sensibilidad del 100% y una especificidad del 70%. La presencia de cálculos tuvo



una sensibilidad del 66% y una especificidad del 77%. Investigación con baja confiabilidad. (8)

Yegros, F., (2) Implementación de los criterios de Tokio - Paraguay. Alrededor del 10% de las personas con colelitiasis experimentarán colecistitis aguda. La Guía de Tokio se utiliza a nivel mundial y es crucial para el diagnóstico y la categorización. La clasificación precisa basada en la gravedad es un fuerte predictor de mortalidad, duración de la estancia hospitalaria y tasas de conversión de laparotomía. Los estándares utilizados incluyen: indicaciones y síntomas distintivos, resultados de evaluaciones físicas, información de laboratorio e imágenes. Enfoque: Realizamos un estudio observacional descriptivo utilizando datos transversales y retrospectivos. Resultados; De los 66 pacientes incluidos en el estudio, la edad promedio fue de 45 años, con una la mayoría de ellos son mujeres. Todos los pacientes experimentaron dolor en la parte superior derecha del abdomen; El 73% tenía niveles elevados de proteína C reactiva; y 38 casos (58%) mostraron un engrosamiento de la pared de la vesícula biliar como el hallazgo imagenológico más común. El 74% de los sujetos cumplieron los requisitos para un diagnóstico claro de colecistitis aguda. En resumen, la GT, demostró ser un recurso valioso y esencial para el diagnóstico oportuno de la colecistitis aguda. Además, es muy beneficioso categorizarlo según el nivel de gravedad para facilitar el tratamiento más adecuado.(2)

2.1.2 Antecedentes a nivel nacional

Carpio H., (9) Los lineamientos de Tokio 18 para el manejo de la colecistitis aguda - Arequipa 2022. El objetivo es evaluar qué tan bien el Hospital Goyeneche en 2022 cumple con las Directrices de Tokio 18 en el diagnóstico, clasificación de



la gravedad y manejo de la colecistitis aguda. Realizamos un estudio utilizando métodos observacionales, transversales y descriptivos. En 2022, se seleccionó un grupo de 197 personas en función de requisitos de elegibilidad específicos. El cuestionario contiene un formulario para recopilar datos, donde registramos las variables que nos interesan. Reescrito: Hallazgos: La mayoría de la población (66,5%) se encuentra dentro del grupo de edad de 30 a 59 años, con un porcentaje ligeramente mayor de mujeres. (61, 90%) y la mayoría de los individuos (71, 60%) que buscan tratamiento en el servicio de urgencias. Más de la mitad de los profesionales (54,8%) tuvieron un tiempo de servicio superior a 5 años y todos los profesionales adhirieron al protocolo diagnóstico. En cuanto a los criterios de gravedad, el 76,9% de los profesionales mayores de 60 años refirieron incumplimiento y el 15,4% no adhirieron al protocolo de tratamiento. Hallazgos: Todos los profesionales cumplieron con los criterios diagnósticos, pero el 66% no cumplió con los criterios de gravedad, particularmente entre los mayores de 60 años. Una mujer llegó por una emergencia y recibió atención de profesionales con experiencia durante más de 5 años. Según criterios de manejo se cumplió el 88, 80% del protocolo.(9)

Rozas A., (10) Utilización de las guías de Tokio para el tratamiento de la colecistitis aguda - Cusco, 2018. La colecistitis aguda se refiere a la inflamación de la vesícula biliar, mientras que la colangitis aguda es una afección grave causada por una infección de la bilis que puede poner en peligro la vida. El estudio tuvo como objetivo examinar y confirmar si las Directrices de Tokio se utilizan en el tratamiento de la colecistitis y la colangitis aguda. **Enfoque:** este estudio es de naturaleza transversal, analítico y retrospectivo. El estudio utilizó Stata versión 14 para el análisis estadístico para determinar una relación entre las variables



cualitativas χ^2 y Fisher. Se estableció significancia si $p < 0.05$ **resultados:** La colecistitis es más frecuente en mujeres, particularmente en el grupo de edad de 40 a 60 años, mientras que la colangitis aguda es más común en el grupo de edad de 60 a 80 años. Aproximadamente el 39,28% de los pacientes no cumplían los criterios de Tokio para colecistitis, mientras que el 36,12% no cumplían los criterios de colangitis aguda. Todos los pacientes recibieron cuidados de apoyo, y la sensibilidad y especificidad para la colecistitis aguda fueron del 85,62% y 90,91%, respectivamente. Para la colangitis aguda, la sensibilidad y especificidad fueron del 80% y 72,73%, respectivamente. **Conclusión:** Nuestra población aplica parcialmente el método de Tokio. Las guías y los criterios diagnósticos son válidos en nuestra población. (10)

Pinto B., (11) Eficacia de los Criterios de la Guía Tokio 2018 – Arequipa, 2019.

Las pautas estándar de GT 2018 para el tratamiento de la colecistitis aguda no se utilizan comúnmente en los hospitales del Perú. Este estudio se realizó para evaluar la precisión diagnóstica y compararla con la precisión diagnóstica proporcionada en el servicio de urgencias de un hospital nacional. Además, la guía también explica las variaciones en el tratamiento sugerido. Diagnóstico realizado a 317 pacientes colecistectomizados; sirvió como punto de referencia para comparar los diagnósticos de hospitalización y los derivados de la aplicación de la TG18 a los 177 casos del estudio. **Herramienta:** Formulario de recogida de datos. Durante el período de enero de 2018 a marzo de 2019, personas que fueron hospitalizadas a través de servicios de emergencia con afección biliar y recibieron colecistectomía laparoscópica o abierta en el Hospital H. **Resultados:** Las discrepancias entre las dos técnicas diagnósticas se evaluaron mediante la prueba de McNemar. Se empleó el nomograma de Fagan para determinar los resultados superiores de la



prueba posterior. El TG18 exhibió distinciones notables de los valores hospitalarios, con una sensibilidad de 73,77% y una especificidad de 88,06% ($p=000$ y $p=002$, respectivamente). Ambos métodos de diagnóstico demostraron diferencias significativas en conjunto, con iguales niveles de significancia ($p = 0, 00$) La probabilidad de que TG18 sea el diagnóstico correcto después de la prueba es mayor que la probabilidad de que el diagnóstico hospitalario sea preciso. En resumen, TG18 demostró una alta eficacia en el diagnóstico de colecistitis aguda en comparación con los indicadores de diagnóstico del hospital, que fueron similares a los hallazgos aleatorios. Es importante disminuir la cantidad de pacientes "sospechosos" de colecistitis aguda para mantener el alto valor de sensibilidad de TG18. Términos clave: inflamación repentina de la vesícula biliar, un conjunto de pautas creadas en 2018, la probabilidad de una afección después de una prueba, un gráfico utilizado para interpretar los resultados de la prueba.(11)

Chirinos C., (12) La Guía Tokio 2018 se implementará – Cañete 2019. Las afecciones biliares son un problema habitual que se aborda en el servicio de Cirugía de Urgencias del Hospital Rezola. Se ha observado que aproximadamente 5 de cada 8 pacientes que buscan tratamiento para el dolor abdominal padecen dichas afecciones, en particular colecistitis. Esta es la razón por la cual se aplica la ampliamente utilizada GT para mejorar el diagnóstico y manejar la alta incidencia de esta enfermedad. En esta investigación se estudiaron 218 pacientes que recibieron tratamiento utilizando los criterios diagnósticos descritos en la Guía de Colecistitis Aguda de Tokio de 2018. La información se recopiló mediante un formulario que incluía categorías como género, edad y datos relacionados con el protocolo mencionado y el resultado de la anatomía patológica. Dado que el trabajo implica describir algo, se examinó la frecuencia de ocurrencia de las variables y



luego se probaron para determinar su sensibilidad, especificidad y valores predictivos. Se cruzaron las mesas. En el estudio de 218 pacientes, la mayoría, el 68,3%, eran mujeres y su prevalencia fue mayor entre las edades de 20 y 39 años. Todos los pacientes experimentaron dolor abdominal como síntoma principal. En 2018, la Guía de Tokio encontró que el 48,6% de los pacientes fueron diagnosticados con colecistitis aguda. La guía mostró una sensibilidad de 91,4% y una especificidad de 94,7%, con un valor predictivo positivo de 94,1% y un valor predictivo negativo de 92,2%. Estos valores se identificaron mediante tablas cruzadas y análisis de curva ROC. En conclusión, la GT 2018 para la colecistitis aguda es un recurso valioso y aplicable para el tema de Cirugía de Emergencia en el Hospital de Cañete. Esta condición es común en mujeres de entre 30 y 40 años.(12)

Pinto B., (11) La Eficiencia de las Guías de Tokio – Arequipa. Las GT 2018, no se utilizan comúnmente en los hospitales peruanos. Se busca evaluar la precisión diagnóstica de un determinado método y compararla con la precisión de los diagnósticos realizados. Además, la guía también analiza las variaciones en los enfoques de tratamiento. Enfoque: Este estudio analizó los diagnósticos histopatológicos de 317 pacientes que se sometieron a colecistectomías en el hospital y los comparó con los diagnósticos realizados durante la hospitalización y utilizando el TG18 para 177 casos del estudio. Revisado: Herramienta de recogida de información: Formulario de recogida de datos. **Resultados;** Se empleó una prueba de McNemar para comparar las discrepancias entre los dos enfoques de diagnóstico y se utilizó el nomograma de Fagan para determinar cuál tenía los resultados posteriores a la prueba más favorables. El TG18 presentó variaciones estadísticamente significativas respecto a los valores hospitalarios, con una



sensibilidad de 73,77% y una especificidad de 88,06% ($p=000$ y $p=002$, respectivamente). Ambos métodos de diagnóstico presentaron diferencias notables, con los mismos Nivel de significancia ($p=0,00$) La probabilidad de que TG18 sea preciso después de la prueba es mayor en comparación con el diagnóstico hospitalario inicial. En conclusión, TG18 demostró ser significativamente más eficaz en el diagnóstico de colecistitis aguda en comparación con los métodos de diagnóstico estándar del hospital, que mostraron indicadores similares a los que podrían ocurrir por casualidad. Es importante disminuir la cantidad de pacientes "sospechosos" de colecistitis aguda para mantener el alto valor de sensibilidad de TG18. Términos clave: Inflamación repentina de la vesícula biliar, Directrices de Tokio 2018, Probabilidad de enfermedad después de la prueba, Nomograma de Fagan.(11)

Lira P., (13) Diagnóstico y manejo de la colecistitis aguda según las guías de Tokio 2018 Arequipa. El estudio se utilizó las Directrices de Tokio de 2018 para evaluar a pacientes con sospecha de colecistitis aguda. Fue un estudio descriptivo y transversal. Se examinaron cuidadosamente las historias clínicas. Obteniendo como muestra un grupo de 174 pacientes. Hallazgos y análisis: En términos de género, el estudio reveló que el 61,5% ($n=107$) eran mujeres, mientras que el 38,5% ($n=67$) eran hombres. El grupo de edad con mayor número de ingresos por colecistitis aguda fue el de 46 a 65 años, representando el 34,5% de los casos, seguido por el grupo de edad de 31 a 45 años con el 30,5%. Los principales factores utilizados para el diagnóstico fueron: dolor en la parte superior derecha del abdomen, signo de Murphy positivo, niveles elevados de glóbulos blancos y resultados de ultrasonido que muestran una pared engrosada. Nuestro estudio encontró que el uso de los criterios de diagnóstico de la Guía de Tokio de 2018



para la colecistitis aguda dio como resultado una sensibilidad del 91 % y una especificidad del 94 %, con un valor predictivo positivo del 96 % y un valor predictivo negativo del 86 %. La GT 2018 se implementan solo parcialmente en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y la implementación no es consistente.(13)

2.1.3 Antecedentes a nivel regional

Rodríguez A., (14) La eficiencia de los criterios de la Guía de Tokio 2018 HMNB 2020. El objetivo es evaluar la eficiencia de la GT 2018. La metodología del estudio involucró observación no experimental, transversal y retrospectiva. Comparación La población incluyó a todos los pacientes a los que se les realizó una colecistectomía; no se determinó un tamaño de muestra específico. Se utilizó el formulario de la Guía de Tokio de 2018 para la colecistitis aguda como herramienta principal para recopilar datos, y también se utilizó un formulario prediseñado que incluye las variables intervinientes. Se utilizó el índice Kappa para evaluar el acuerdo. Resultado: De 131 pacientes diagnosticados con colecistitis aguda, 103 fueron confirmados por histopatología y 28 no fueron confirmados. El grupo de ocurrencia más frecuente osciló entre 30 y 39 años (26,21%), y fue mayoritariamente femenino (57,28%). La mayoría tuvo una duración de enfermedad menor a 3 días (43,69%), con grado de gravedad II (60,19%), y se les realizó colecistectomía convencional (66,02%) por etiología litiasis (97,09%) La guía de Tokio 2018 fue 70% sensible, 61% específica, tuvo un valor predictivo positivo de 87 %, un valor predictivo negativo del 35% y un índice Kappa del 24%. En resumen, la guía de Tokio demuestra una alta precisión en la identificación de la colecistitis aguda, con una alta tasa de resultados verdaderos positivos, pero una tasa más baja de resultados verdaderos negativos.(14)



Serruto G., (15) El período de espera antes de la cirugía y posibles problemas en casos de colecistitis aguda en el HMNB Puno 2020. La inflamación aguda de la vesícula biliar provocada por la presencia de cálculos es un problema importante para la salud pública porque es muy común. Este estudio tiene como objetivo mostrar el momento óptimo para la intervención quirúrgica con el fin de minimizar el potencial de complicaciones. Cuestión principal: ¿Tiene alguna relación el tiempo transcurrido antes de la cirugía de colecistectomía y la aparición de complicaciones en el H. RMNB? Entre 2015 y 2020, el objetivo es investigar la correlación entre la cantidad de tiempo antes de la cirugía y la aparición de complicaciones en pacientes con colecistitis aguda por cálculos en H. RMNB En primer lugar, inicialmente Enfoque: este estudio emplea un estudio observacional, analítico, de cohorte, retrospectivo, y métodos transversales. El estudio incluyó a personas con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica grado I y II que fueron atendidas en el H. RMNB - Puno entre 2015 y 2020. Se produjeron un total de 576 casos, analizándose una muestra de 180 pacientes. Se utilizó estadística descriptiva para calcular el riesgo relativo. Hallazgos: El segundo grupo tuvo una mayor incidencia de complicaciones, con una probabilidad 1,8 veces mayor de experimentar complicaciones, con un riesgo relativo de 1,86 (137 - 206), y los hombres enfrentaron un riesgo 1,37 mayor de desarrollar complicaciones. . Las personas con un RR de 1,37 IC (1155 – 195) y mayores de 45 años tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de experimentar complicaciones. El riesgo relativo es 1,5 con un intervalo de confianza entre 1,15 y 195. En conclusión, se recomienda someterse a una colecistectomía dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas para reducir potencialmente el riesgo de complicaciones.



Esto sugiere un posible vínculo entre el momento de la cirugía y la aparición de complicaciones.(15)

Santiago S., (16) Criterios de Tokio; identificación y tratamiento de la inflamación aguda de la vesícula biliar, 2021. La colecistitis aguda es una enfermedad frecuente en el Perú y representa el 10% de todos los casos atendidos. Las directrices de Tokio 2018 se desarrollaron para simplificar y mejorar la precisión de los diagnósticos. El objetivo es determinar qué tan bien funcionan los criterios de Tokio. Este estudio utilizó en sus materiales un enfoque causal, retrospectivo y transversal. y métodos. Ficha para recogida de datos. Se examinaron 101 casos y los hallazgos indicaron que todos los pacientes con colecistitis aguda presentaban el signo de Murphy como síntoma inicial. Además, 25 pacientes, que representan el 24,7% del total, presentaron signos de leucocitosis con un recuento de leucocitos superior a 10.000 mm³. Estos resultados sugieren una presencia significativa de inflamación local en los pacientes estudiados. En cuanto a los hallazgos imagenológicos, 72 pacientes, que representan el 71,4% del total de pacientes, mostraron evidencia de engrosamiento de la pared (>4mm). Además, 58 pacientes, que representan el 57,4% del total de pacientes, presentaron agrandamiento de la vesícula biliar (>8cmx4cm). En relación a las guías de Tokio 2018, se encontró que 76 pacientes tenían colecistitis aguda, frente a los 77 diagnosticados en urgencias. Según las directrices, 24 pacientes no fueron diagnosticados con colecistitis aguda, en comparación con los 25 que acudieron a urgencias. El análisis estadístico mostró un valor p significativo de 0,000 y un coeficiente kappa de 0,704, lo que indica una buena concordancia. Por lo tanto, se apoyó la hipótesis alternativa. La GT 2018 tuvieron un impacto significativo en el diagnóstico de colecistitis aguda al resaltar la importancia de los



signos de inflamación local, en particular el signo de Murphy, que tenía una sensibilidad del 100% pero no era el diagnóstico definitivo. La probabilidad de que el signo de Murphy esté fuertemente asociado con el diagnóstico de colecistitis es baja, con un valor de p de 0.238.(16)

2.2. MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES

Anatomía de la vesícula biliar

La vesícula biliar es un órgano impar sacular, su función principal es de servir como reservorio para la bilis, se encuentra en la superficie inferior del hígado en la confluencia de los dos lóbulos del hígado, o en la línea entre los segmentos IVb y V. En los adultos, mide aproximadamente 10 cm de largo, 3-4 cm de ancho y 1-2 mm de espesor. La capacidad es de 40-70 ml, pero puede contener hasta 100 ml.(17)

Fisiología de la secreción biliar

Los hepatocitos producen bilis y la liberan en los canalículos biliares, que luego drenan en el conducto hepático común.(18)

Almacenamiento y concentración de la bilis

El volumen de la vesícula biliar es de 50 cm³. Dependiendo del tiempo entre comidas o entre comidas, las secreciones biliares llegan a este reservorio en cantidades más o menos importantes. Las vesículas realizan las siguientes funciones:

- Reabsorción de agua y electrolitos. Las concentraciones pueden triplicarse.

- La ingesta de bicarbonato reduce la alcalinidad de la bilis.
- Se pueden formar cálculos biliares y cálculos dentro de las micelas si las condiciones dentro de las micelas no están bien reguladas. (18)

Composición de la bilis

Las sustancias secretadas en mayor volumen son las sales biliares representa la mitad del total de los solutos, la lecitina colesterol, bilirrubina y los electrolitos.(19)

COMPOSICION DE LA BILIS		
	BILIS HEPATICA	BILIS VILIAR
Agua	97.5 g/dl	92 g/dl
Sales biliares	1.1 g/dl	6 g/dl
Bilirrubina	0.04 g/dl	0.3 g/dl
Colesterol	0.1 g/dl	0.3 a 0.9 g/dl
Ácidos grasos	0.12 g/dl	0.3 a 1.2 g/dl
Lecitina	0.04 g/dl	0.3 g/dl
Na	145.04 mEq/L	130 mEq/L
K	5 mEq/L	12 mEq/L
Ca	5 mEq/L	23 mEq/L
Cl	100 mEq/L	25 mEq/L
HCO	28 mEq/L	10 mEq/L

Nota. Composición

Vaciamiento de la vesícula biliar

La vesícula biliar libera bilis concentrada en la segunda porción del intestino delgado en respuesta a la influencia de la colecistoquinina, que se desencadena por el consumo de alimentos grasos. Cuando los alimentos contienen poca grasa, la vesícula biliar liberará sólo una pequeña cantidad de bilis. Sin embargo, si la



comida tiene un alto contenido de grasa, la vesícula biliar normalmente se vacía por completo en una hora. (19)

Colecistitis aguda

Cuadro clínico que se caracteriza por dolor continuo en hipocondrio derecho, debido a un proceso inflamatorio en la pared vesicular, con compromiso del estado general y fiebre que evoluciona, a menudo se asocian a cálculos que producen la obstrucción del drenaje biliar.(20)

Aspectos Epidemiológicos

Un estudio realizado en el Hospital Rebagliati, encontró que la incidencia de coledocitis es aproximadamente del 10%, pero esta tasa puede variar según la región. El 11% de los pacientes experimenta pancreatitis y el 30% experimenta colangitis como complicación. Además, se cree que el 14% de las personas con cálculos biliares son portadores sin síntomas, y una mayor proporción de ellos son mujeres.(21)

Etiología

Las causas principales se dividen en inflamatoria y obstructiva si intervienen los cálculos, de ellas la más frecuente es la obstructiva. La causa obstructiva son aquellos episodios de inflamación que posteriormente evoluciona a una infección de la vesícula biliar, por la impactación de litos biliares.

Esto provoca estasis de jugo biliar o sales biliares en el interior de la vesícula, lo que provoca una irritación y distensión de las paredes, lo que conlleva a la inflamación y crecimiento bacteriano.

Llegando al cuadro clínico característico de la colecistitis aguda.(20)



Fisiopatología

La colecistitis aguda es una inflamación de la pared de la vesícula biliar puede ser secundario a la obstrucción de bacinete u conducto cístico, lo que provoca una estasis del jugo vesicular.(22)

La inflamación al inicio es aséptica, posterior mente se invierte del mecanismo de reabsorción de agua, lo que aumenta la presión dentro de la vesícula biliar, esta presión no permite el retorno venoso adecuado ni la irrigación arterial llevándolo a una isquemia.

Se puede producir una hidropesía vesicular, por la reabsorción de pigmentos biliares y secreción de agua y moco. Si se contamina provoca un empiema vesicular, este proceso puede evolucionar y provocar necrosis, perforación y coleperitoneo.(20)

Factores de riesgo

- Ser mujer
- La gestación
- Sobre peso
- Consumo excesivo de grasa
- Antecedente de enfermedad biliar
- Dieta pobre en fibra
- Edad avanzada
- Pérdida rápida de peso.
- Cirrosis hepática
- Enfermedad de Crohn
- Nutrición parenteral.



- Diabetes Mellitus
- Pérdida de peso brusco.(23)

Cuadro clínico

los pacientes con colecistitis aguda suelen experimentar dolor de inicio agudo y persistente en hipocondrio derecho o el epigastrio, en algunos casos presenta náusea vómitos, anorexia y febrícula.

Los pacientes con colecistitis calculosa presentan historia previa de dolor, el dolor aparece de forma súbita y es una emergencia quirúrgica. (22)

Diagnóstico

Directriz de Tokio 2018

Se trata de directrices desarrolladas a partir del consenso alcanzado por expertos internacionales en la Conferencia del Consenso de Tokio de 2007 y actualizadas en 2018. Creado para evaluar la gravedad de la colecistitis aguda, realizar un diagnóstico y guiar el tratamiento.(24)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TOKIO TG18/TG13

a. SIGNOS LOCALES DE INFLAMACION

- Signo de Murphy
- Dolor, masa sensible en hipocondrio derecho.

b. Signos sistémicos de inflamación

- Pcr elevado
- Fiebre
- Número elevado de leucocitos

c. Hallazgos por imagen



- Hallazgos imagenológicos característicos de la colecistitis aguda.

Diagnostico presuntivo

- Un punto de A + un punto de B

Diagnóstico definitivo

- Un punto de A + un punto de B + C. (24)

CRITERIOS DE GRAVEDAD TG18/TG13

GRADO I LEVE

- a. No obedece a la directriz grado II o grado III. Cirugía segura y de riesgo bajo

GRADO II MODERADO

Asociado con al menos una de las siguientes condiciones:

- a. Numero de leucocitos elevado mayor 18000/mm³
- b. Masa dolorosa palpable CSD
- c. Duración de los síntomas mayor a 72 h
- d. Inflamación local significativa (absceso hepático, absceso pericolecístico, colecistitis enfisematosa, colecistitis enfisematosa, peritonitis biliar).

GRADO III GRAVE

Asociado con falla de cual quiera de los siguientes sistemas u órganos

- a. Falla hepática: TP _ INR mayor 1,5
- b. Falla renal oliguria: Creatinina mayor a 2 mg/dl
- c. Falla cardiovascular: presión baja
- d. Falla neurológica: alteración del nivel de conciencia



e. Falla respiratoria: PaO₂/FiO₂ fracción menor de 300. (24)

Diagnóstico diferencial

- Colangitis
- Colédoco litiasis
- Pancreatitis
- Úlcera péptica perforada
- Hepatitis
- Pielonefritis
- Apendicitis
- Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis
- Obstrucción intestinal
- Angina de pecho
- Hígado congestivo
- Infarto al miocardio
- Tumores
- Herpes zoster.(25)

Complicaciones

Las más frecuentes.

- Hidro colecisto
- Gangrena vesicular
- Pio colecisto
- Perforación vesicular



- Fístula biliar externa o interna.
- Colangitis Obstrucciona Supurada.
- Ileo biliar
- Pancreatitis aguda
- Plastón vesicular
- Empiema Vesicular.
- Absceso Subfrénico.(26)

Tratamiento

El tratamiento preferido para la colecistitis aguda es la extracción quirúrgica de la vesícula biliar.

Se recomienda evaluar la gravedad de la colecistitis, el bienestar general del paciente y cualquier condición médica existente antes de decidir un curso de tratamiento.(27)

GRADO I leve.

Se recomienda laparotomía cerrada después de realizar los scores CCI y ASA-PS que sugieren si el paciente pueda o no soportar la intervención quirúrgica. Si se considera que el paciente no pueda soportar la internación quirúrgica, se le administra un tratamiento conservador al inicio y considerar la intervención quirúrgica tardía, cuando se observe que el tratamiento inicial tenga efecto.(27)

Grado II moderado.

Se recomienda someterse a una laparotomía cerrada después de evaluar las puntuaciones de CCI y ASA-PS para determinar la capacidad del paciente para someterse a una cirugía y acceder a atención médica avanzada.



Se debe prestar especial atención para evitar daños durante el procedimiento y, en caso de complicaciones, puede ser necesario cambiar a cirugía abierta o considerar la extirpación parcial del área afectada según los resultados del examen. Es fundamental tener en cuenta la terapia conservadora y el drenaje biliar como posibles opciones alternativas.(27)

Grado III grave.

Es necesario determinar el grado de falla orgánica y se deberá intentar reestablecer la función mediante el apoyo de los órganos, conjunta mente con la administración de antibióticos, los galenos deberán tener presente los factores predictivos, es decir restablecer rápidamente la falla circulatoria y renal después de iniciar el tratamiento. Y los scores CCI o ASA-PS.

Si no se puede controlar la inflamación de la vesícula biliar, se recomienda el drenaje biliar temprano.(27)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. COLECISTIS LITIÁSICA

La mayoría (95%) de las colecistitis agudas la causa es la obstrucción del cístico o del cuello vesicular por un lito vesicular, lo que provoca una distensión (hidrops) e inflamación de la pared, si no se trata que puede evolucionar a la necrosis, infección y perforación en un 20%.(28)

La razón de la inflamación de la vesícula biliar es la obstrucción del conducto cístico por cálculos. Esto provoca que la vesícula biliar se inflame.(29)



2.3.2. COLECISTITIS ALITIÁSICA

10% de la colecistitis aguda ocurren en ausencia de litos biliares. La mayoría de las veces esto ocurre en pacientes que están gravemente enfermos, principalmente en relación cirugías, shock, politraumatizados, grandes quemados, nutrición parenteral total y sepsis. También está asociada a paciente con insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes mellitus, sida e insuficiencia renal.(30)

2.3.3. CÓLICO BILIAR

El dolor suele localizarse en el hipocondrio derecho, pero también puede localizarse en el mesoperitoneo o en el hipocondrio izquierdo, los pacientes refieren que el dolor se irradia a la espalda, a menudo a la escápula/hombro derecho. El dolor suele aparecer de repente y brusco. Muchos pacientes informan que comienzan después de consumir grandes cantidades de alimentos ricos en grasas. Pero en ausencia de un factor precipitante, el inicio suele ocurrir al final del día o temprano en la mañana. Si el dolor va acompañado de vómitos, estos ocurren temprano y la afección no se alivia. Una característica importante del dolor biliar es su tendencia a recurrir, pero su frecuencia varía ampliamente y los períodos sin dolor pueden extenderse por días, meses o incluso años. La presencia de calambres en los músculos abdominales, fiebre, ácidos biliares o ictericia y dolor que dura más de 6 horas deben indicar complicaciones.(31)

2.3.4. DISTENSION DE LA VESICULA BILIAR

La obstrucción del conducto cístico por un cálculo provoca obstrucción y dificulta el drenaje de la bilis. La vesícula biliar es un órgano de 7 a 10 cm de largo y 4 cm



de ancho. Las directrices de Tokio 2018 consideran que una vesícula biliar está agrandada cuando mide 8 cm o más y 4 cm o más.(32)

2.3.5. ENGROSAMIENTO DE LA PARED DE LA VESICULA

En los aspectos ecográficas tiene una forma ovalada, el grosor normal de la pared es < 3 mm de dimensiones en el eje transversal < 4 y en el eje longitudinal < 10, presenta algunas variaciones tanto en forma, un número y su localización (septos, locación intra hepática, pliegues, agenesia o duplicaciones).(33)

La inflamación de la pared de la vesícula biliar debido a la acumulación de líquido en la capa externa, que puede exceder los 4 mm, es un hallazgo frecuente pero inespecífico en las imágenes médicas. Si bien no es concluyente por sí solo, cuando se acompaña de otros signos y síntomas, es un indicador de colecistitis aguda.(32)

2.3.6. FASE 1 COLECISTITIS EDEMATOSA

Ocurre con mayor frecuencia en hombres mayores y personas con diabetes, y entre el 50 y el 66% de los casos va acompañado de cálculos. El inicio es rápido y la mortalidad es aproximadamente del 15%. El riesgo de perforación es cinco veces mayor que el de la colecistitis aguda por cálculos. Ultrasonografía: gas presente en la pared o en la luz de la vesícula biliar, visualizado como una sombra sucia posterior o una línea hiperecoica con reverberación o artefacto de anillo hacia abajo.(33)

Así se conocen al cuadro clínico entre dos y cuatro días después de su instalación. En esta etapa, las paredes de la vesícula biliar se engrosan por el edema y el líquido



intersticial alrededor de la vejiga, así como por la dilatación de los capilares y vasos linfáticos de este órgano.(34)

2.3.7. FASE 2 COLECISTITIS NECROSANTE:

Se denomina colecistitis necrotizante cuando ha pasado entre 3 a 5 días desde el inicio del cuadro clínico, donde la vesícula biliar aumenta en sus dimensiones y en la fase edematosa provoca el aumento de la presión intraluminal provoca la oclusión del flujo vascular, que con lleva áreas hemorrágicas y necrosis superficial.(34)

2.3.8. FASE 3 COLECISTITIS SUPURATIVA

Se denomina colecistitis supurativa cuando ha pasado entre 7- 10 días del inicio del cuadro clínico, en esta fase las paredes de la vesícula biliar están aumentadas en su diámetro, con presencia de fibrosis y infiltración leucocitaria, como puede haber la presencia de exudados, fibrina en el perímetro de la vesícula biliar y abscesos.(34)

2.3.9. FASE 4 COLECISTITIS CRÓNICA.

En la fase crónica se podría presentar múltiples cuadros clínicos leves de colecistitis aguda. Presentando atrofia y se fibrosa la pared vesicular, la cual se evidencia con aumento en su en diámetro y sus dimensiones, sin embargo, no hay presencia de sintomatología clínica aguda en esos momentos. En caso de la colecistitis crónica agudizada, presenta infección de la vesícula biliar previamente presentados alteración en sus diámetros y dañada, el dolor es más intenso.(34)



2.3.10. FIEBRE

La elevación de la temperatura corporal se debe por alteración de los valores normales de referencia a valores superiores, siendo una respuesta fisiología inespecífica mediada por pirógenos endógenos y exógenos durante la enfermedad, puede estar precedido por escalofríos, es uno de los síntomas clínicos más comunes es la fiebre superior a 38 °C debido a cambios en el peritoneo parietal debido al proceso inflamatorio.(32)

Los pirógenos endógenas generadoras de fiebre como la interleucina IL-1 y el factor de necrosis tumoral (FNT-alfa) tienen distintas respuestas actuando sobre el hipotálamo ejerciendo su acción sobre el centro termo regulador y también son generadores de la inflamación, anorexia, malestar general y leucocitosis.(22)

2.3.11. LIQUIDO ALREDEDOR DE LA VESICULA BILIAR

La presencia de líquido en el perímetro de la vesícula es el signo ecográfico menos común de colecistitis aguda, pero indica la gravedad .(32)

2.3.12. LITIASIS

Se reconoce como factores predisponentes la obesidad, sexo femenino, consumo de estrógenos y el embarazo, la mayoría de los litos son de colesterol y en menor porcentaje de pigmentos biliares y mixtos.(28)

La densidad del cálculo biliar proporciona una eco sombra claramente definido, Imagen redonda hipoeoica con sombra posterior del colédoco. En el caso de piedras impactadas, los bordes laterales de la piedra son casi invisibles. Los cálculos pequeños pueden aparecer sólo como líneas hipoeoicas (rectas o curvas) con dilatación del conducto biliar.(32)



2.3.13. MASA/ DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO

En ocasiones durante el examen físico puede observar una masa que sobre sale en cuadrante superior derecho, el paciente refiere el dolor a la palpación del hipocondríaco derecho, tiende a ser mucho más persistente y progresiva que el cólico biliar observado en los pacientes.(32)

2.3.14. PCR ELEVADO

Es un tipo de proteína sérica secretada por varias células del cuerpo, incluidos hepatocitos, linfocitos, macrófagos, células del músculo liso, tejido adiposo y células endoteliales. Aumenta en procesos inflamatorio traumática e infecciosas. Se produce en respuesta a citoquinas inflamatorias, particularmente interleucina-6 su elevación se evidencia después de 24 – 48 horas de inicio del proceso patológico, en un proceso inflamatorio va acompañando por elevación de proteínas plasmáticas como ceruplasmina, C3 del complemento, fibrinógeno, proteína amiloidea, haptoglobina y alfa 1 antitripsina.(35) Se recomienda como apoyo diagnóstico en la colecistitis aguda debido al aumento de la colecistitis aguda y su relación con la gravedad de la enfermedad.(36)

2.3.14. RECUENTO ELEVADO DE LEUCOCITOS

Las modificaciones en el flujo sanguíneo y la alteración de la permeabilidad vascular produce de inmediato una migración de los leucocitos en los tejidos, tiene por función eliminar agentes agresores, los típicos leucocitos de las reacciones inflamatorias tienen capacidad de fagocitosis, como los macrófagos y neutrófilos que ingieren y eliminan microorganismos como bacterias, así como tejido necrótico y sustancias extrañas.(37)



Comúnmente se observa leucocitosis de moderada a leve (12 000 a 15 000 células/mm³) con predominio de neutrófilos, aunque algunos individuos tienen recuentos de glóbulos blancos en el rango normal. La leucocitosis >20 000 indica una forma compleja de colecistitis, como: Colecistitis perforada y gangrenosa.(32)

2.3.15. SIGNO DE MURPHY

El signo de Murphy lleva su nombre al hombre que lo describió, el famoso cirujano estadounidense John Benjamin Murphy, quien describió el procedimiento en 1912.

Una herramienta de diagnóstico invaluable, extremadamente sensible y predictiva, consiste en aplicar presión en el área donde se encuentra la vesícula biliar. Luego se le indica al paciente que respire profundamente, lo que hace que el diafragma descienda y la vesícula biliar se acerque a la mano que lo examina. Esta respiración profunda se ve interrumpida por el dolor que provoca la vesícula inflamada. Se considera una indicación favorable según la ley de Murphy.(38)

2.3.16. SIGNO DE MURPHY ECOGRÁFICO

Durante el examen ecográfico el medico realiza una ligera presión en el hipocondrio derecho con el traductor ecográfico el paciente manifiesta dolor en el hipocondrio derecho esto se debe a que la vesícula se encuentra inflamada .(32)



CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Diseño de la investigación

Los datos se recopilaron sin el uso de experimentos y sin alterar ninguna variable.

3.2 Tipo, línea y nivel de investigación

3.2.1 Tipo.

Básico, correlacional, porque las observaciones están sujetas a análisis estadístico para identificar relaciones. De corte transversal, porque dado que el registro se realiza durante un periodo de tiempo. Retrospectivo, porque se registran eventos ocurridos.

3.2.2 Línea.

Medicina Humana 09.

3.2.3 Nivel de investigación.

Básico.

3.3. Método aplicativo a la investigación

El estudio tiene un alcance correlacional de tipo descriptivo.



3.4. Población y muestra

Criterios de inclusión

Se tomaron en consideración a pacientes:

Sometido a ecografía abdominal.

Con examen de laboratorio.

Mayores de 18 años.

Sometidos a colecistectomía

Criterios de exclusión

Menores de 18 años de edad

No cuenten con pruebas auxiliares.

Población

Se hizo una revisión de historias clínicas de 40 pacientes que se hospitalizaron y se les realizó colecistectomía en el Hospital Antonio Barrionuevo Lampa desde marzo 2022 a marzo 2023

Muestra

Se consideró la totalidad de población conveniente para el estudio. Es decir, los 40 pacientes; por lo tanto, se trabajó mediante el muestreo censal. Ramírez (1997) destaca que la muestra censal abarca todas las unidades de investigación. Por tanto, la población objeto de estudio se define como censal ya que abarca todo el universo, población y muestra al mismo tiempo.

3.5. Técnica fuente e instrumento de investigación

3.5.1. Técnica

para el estudio se utilizó como técnica, análisis documental.



3.5.2. Instrumento

Para la investigación se aplicó como instrumento, la ficha de recolección

3.6. Validación de contrastación de hipótesis

CHI CUADRADO

La validación de la prueba de hipótesis se realizó mediante la prueba estadística de chi-cuadrado. (X²), Se utiliza para evaluar hipótesis sobre la relación entre dos variables cualitativas. Aplicando la siguiente formula estadística:

$$\text{Chi}^2 = \sum \frac{(o-e)^2}{e}$$

Donde:

Σ = Equivalente de suma

o = Variables numéricas observados

e = Variables numéricas esperados

Una vez recopilados los datos, se introdujeron en el programa SPSS con el fin de formular hipótesis. Este programa (5%) sugiere una correlación entre variables. Esto significa que existe una probabilidad de error inferior al 5%. Además, observamos que la variable 1 tiene un impacto estadísticamente significativo en la variable 2.(39)

3.7 Validez y confiabilidad del instrumentó

Para validar este instrumento se utilizó la opinión de 3 expertos que brinden una opinión sobre los aspectos que se deben investigar.

3.8 Plan de recolección y procesamiento de datos

La información fue codificada y organizada en una hoja de cálculo de Excel.



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se evaluó la eficacia de los criterios de la GT 2018 en el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica en el Hospital Antonio Barrionuevo Lampa durante el año 2022. Los resultados obtenidos se presentaron de manera detallada mediante tablas y figuras, permitiendo una visualización clara y comprensible de los datos.

En relación con la gravedad de la colecistitis aguda litiásica, los datos mostraron que de los casos estudiados, 35 pacientes (88%) fueron clasificados con colecistitis aguda leve (Grado I), 5 pacientes (12%) con colecistitis moderada (Grado II), y no se reportaron casos de colecistitis grave (Grado III). Esto sugiere que la mayoría de los pacientes presentaban una forma leve de la enfermedad.

En cuanto a la presencia de colecistitis aguda, se encontró que 38 pacientes (95%) fueron diagnosticados con esta condición, mientras que 5 pacientes (5%) no presentaban colecistitis aguda. Este alto porcentaje de diagnósticos positivos refleja la prevalencia de la enfermedad en la población estudiada y la eficacia del diagnóstico.



Respecto al momento de la colecistectomía, 7 pacientes (18%) fueron sometidos a la cirugía dentro de las primeras 72 horas desde el diagnóstico, mientras que 33 pacientes (82%) fueron operados después de este período. La mayoría de las cirugías realizadas después de las 72 horas puede indicar la necesidad de un manejo médico previo a la intervención quirúrgica.

Los hallazgos ecográficos mostraron que 3 pacientes (8%) presentaban líquido en el perímetro de la vesícula biliar, mientras que 37 pacientes (92%) no presentaban este hallazgo. La presencia de líquido perivesicular en un pequeño porcentaje de casos sugiere una menor incidencia de complicaciones inflamatorias severas.

Además, en cuanto a la presencia de litiasis retenida, 27 pacientes (68%) presentaban litiasis retenida según los hallazgos ecográficos, mientras que 13 pacientes (32%) no presentaban esta condición. La alta incidencia de litiasis retenida refuerza la importancia de los criterios ecográficos en el diagnóstico de la colecistitis aguda litiásica.

En relación con el agrandamiento de la vesícula biliar, se observó que 10 pacientes presentaban una vesícula menor de 8 cm de largo por menos de 4 cm de ancho, y 30 pacientes presentaban una vesícula mayor de 8 cm de largo por más de 4 cm de ancho. Este hallazgo indica que la mayoría de los pacientes tenían una vesícula biliar significativamente agrandada, lo cual es consistente con la inflamación característica de la colecistitis aguda.

Finalmente, el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar mayor de 4 mm se observó en 40 pacientes (100%), mientras que no se reportaron casos con un engrosamiento menor de 4 mm. Este hallazgo ecográfico universal refuerza la consistencia y fiabilidad de los criterios diagnósticos de la Guía de Tokio 2018.



4.1.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1

ÁREA DEL SIGNO DE MURPHY DE LA INFLAMACIÓN LOCAL ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

Diagnóstico y Tratamiento del a Colecistitis Aguda Litiásica								
Signos de inflamación local (Signo de Murphy)	Grado I		Grado II		Grado III		Total	
	LEVE		MODERADO		GRAVE			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Positivo (+)	3	7.5	35	87.5	2	5	40	100.00
Negativo (-)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.00
Total:	3	7.5	35	87.5	2	5	40	100.00

FUENTE: Ficha.

$$X^2_{ca} = 122,600$$

$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

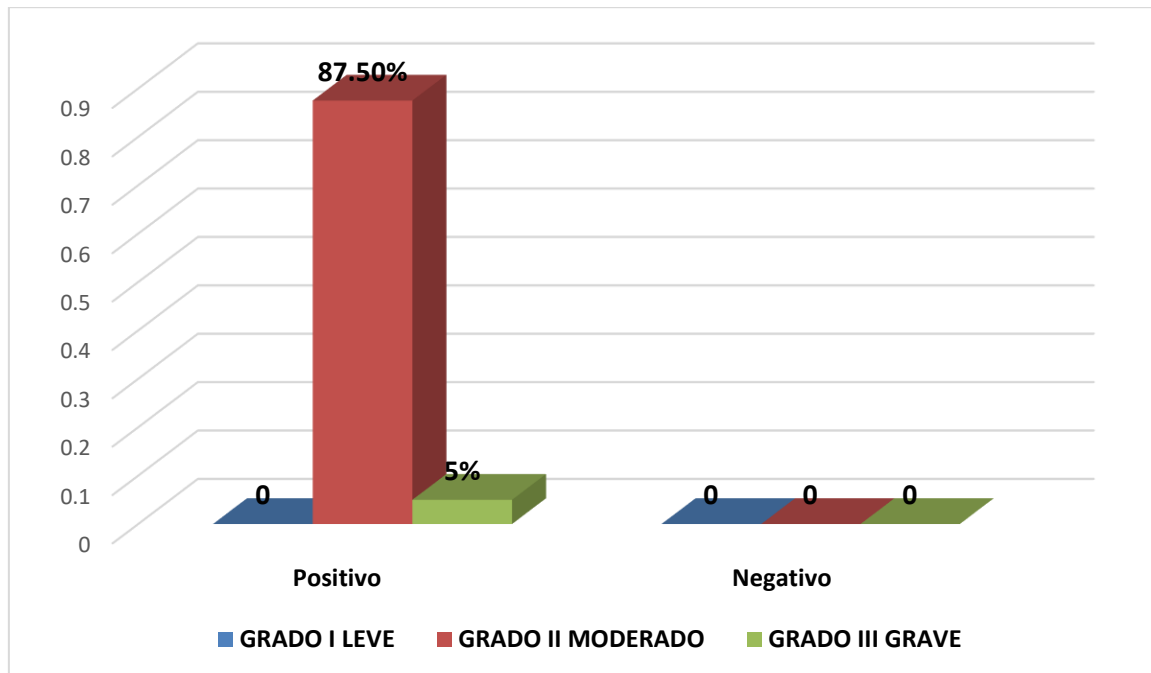
$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$Gf = 2$$

ÁREA DEL SIGNO DE MURPHY DE LA INFLAMACIÓN LOCAL ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

FIGURA 1

SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL, MURPHY



FUENTE: Tabla 1

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, revelan hallazgos significativos sobre la correlación entre el signo de Murphy y la severidad de la condición.

Grado I (Leve): El 7.5% de los pacientes que presentaron un signo de Murphy positivo fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I. Este hallazgo sugiere que un pequeño porcentaje de los pacientes con una respuesta positiva al signo de Murphy tienen una forma leve de la enfermedad, indicando que el signo de Murphy positivo no es un indicador predominante de colecistitis leve en esta muestra.

Grado II (Moderado): La mayoría de los pacientes, específicamente el 87.5%, con un signo de Murphy positivo fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica



de Grado II. Este dato destaca que una gran proporción de los pacientes con una respuesta positiva al signo de Murphy tienen una forma moderada de la enfermedad. Esto sugiere una fuerte correlación entre el signo de Murphy positivo y una severidad moderada de colecistitis aguda litiásica en la población estudiada.

Grado III (Grave): El 5% de los pacientes con un signo de Murphy positivo fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado III. Aunque este porcentaje es pequeño, indica que el signo de Murphy positivo también está presente en algunos casos graves, pero no es el principal indicador de severidad extrema en esta muestra.

Según, los datos estadísticos, establecidos comúnmente con un margen de error del 5%, utilizado con el propósito de contrastar la hipótesis según el chi cuadrado; con un resultado extraído de $X^2_{cal}=122,600 > que X^2_{tab}=9,488$, $Gf=2$, y significancia $p=0,000$, resultado significativa. En consecuencia, los signos de Murphy se encuentran asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.

Análisis. La distribución de los pacientes según la severidad de la colecistitis aguda litiásica y la presencia del signo de Murphy positivo demuestra que, en este contexto específico, el signo de Murphy positivo está más fuertemente asociado con casos de severidad moderada (Grado II). Esta asociación sugiere que el signo de Murphy puede ser un indicador útil en el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica de moderada severidad según los criterios de la Guía de Tokio 2018. No obstante, su menor presencia en los grados leve y grave indica que no debe ser el único criterio considerado, y se deben usar otros métodos diagnósticos y clínicos para una evaluación completa y precisa de la condición del paciente.



TABLA 2

ÁREA DE DOLOR Y MASA EN EL HIPOCONDRIO DERECHO DE LA INFLAMACIÓN LOCAL ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

Signos de inflamación local (Dolor y masa en el hipocondrio derecho)	Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica						Total	
	Grado I LEVE		Grado II MODERADO		Grado III GRAVE		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si	0	0.0	36	90	2	5	38	95.00
No	2	5	0	0.0	0	0.0	2	5.00
Total:	2	5	36	90	2	5	40	100.00

FUENTE: Ficha.

$X^2_{ca} = 148,378$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

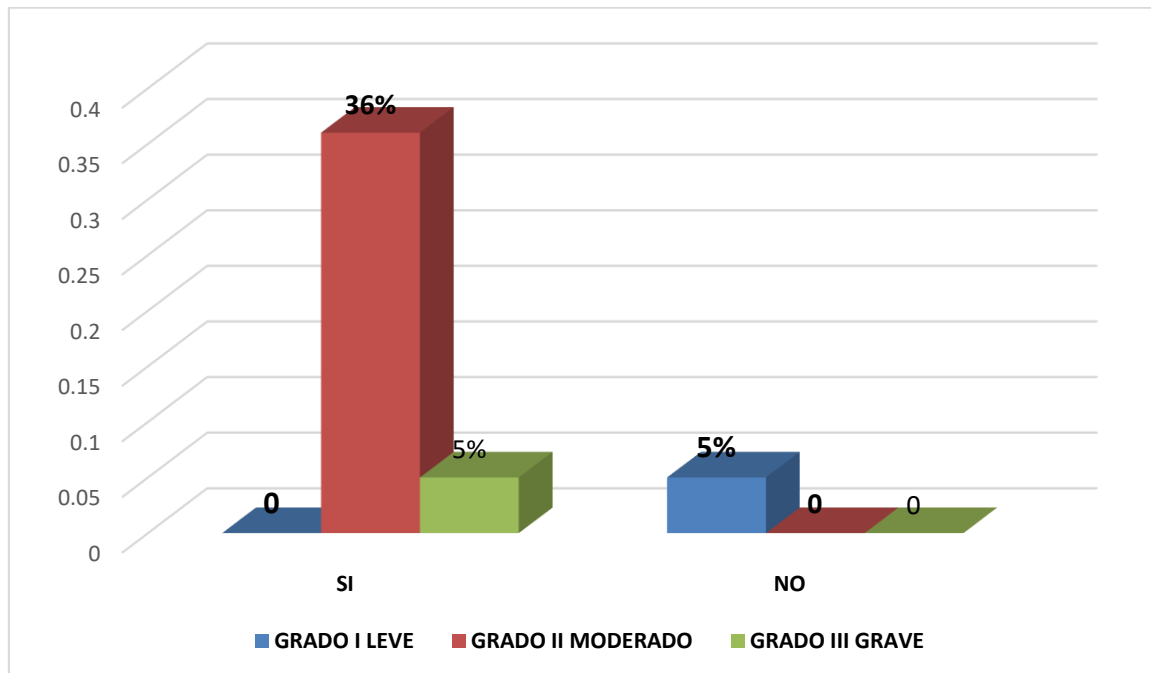
$X^2_{tab} = 9,488$

$Gf = 2$

ÁREA DE DOLOR Y MASA EN EL HIPOCONDRIO DERECHO DE LA INFLAMACIÓN LOCAL ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

FIGURA 2

SEGÚN SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL; HIPOCONDRIO DERECHO



FUENTE: Tabla 2

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, revelan información relevante sobre la correlación entre la presencia de dolor y masa en el hipocondrio derecho y la severidad de la enfermedad.

Grado I (Leve): El 5% de los pacientes que no presentaron dolor y masa en el hipocondrio derecho fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I. Este hallazgo indica que la ausencia de dolor y masa en el hipocondrio derecho está asociada con los casos más leves de la enfermedad, sugiriendo que estos síntomas no son predominantes en las formas leves de colecistitis aguda litiásica.



Grado II (Moderado): La mayoría de los pacientes, específicamente el 90%, que presentaron dolor y masa en el hipocondrio derecho fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado II. Este dato resalta una fuerte correlación entre la presencia de estos síntomas y una severidad moderada de la enfermedad. La prevalencia de dolor y masa en el hipocondrio derecho en estos casos sugiere que estos síntomas son indicadores significativos de una colecistitis aguda litiásica moderada en la población estudiada.

Grado III (Grave): El 5% de los pacientes que presentaron dolor y masa en el hipocondrio derecho fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado III. Aunque este porcentaje es pequeño, muestra que estos síntomas también pueden estar presentes en los casos más graves de la enfermedad. Sin embargo, dado el bajo porcentaje, estos síntomas no son exclusivos ni predominantes en los casos graves.

Según, los datos estadísticos, establecidos comúnmente con un margen de error del 5%, utilizado con el propósito de contrastar la hipótesis según el chi cuadrado; con un resultado extraído de $X^2_{cal}=148,378 > X^2_{tab}=9,488$ $Gl=2$, y significancia $p=0,000$. Resultado significativo. En consecuencia, el dolor y masa en el hipocondrio derecho está asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.

Análisis. La distribución de los pacientes según la severidad de la colecistitis aguda litiásica y la presencia de dolor y masa en el hipocondrio derecho demuestra que, en este contexto específico, estos síntomas están más fuertemente asociados con casos de severidad moderada (Grado II). Esta asociación sugiere que la presencia de dolor y masa en el hipocondrio derecho puede ser un indicador útil en el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica de moderada severidad según los criterios



de la Guía de Tokio 2018. No obstante, la ausencia de estos síntomas en los casos leves y su presencia limitada en los casos graves indican que no deben ser los únicos criterios considerados, y es necesario utilizar una evaluación clínica integral y otros métodos diagnósticos para una valoración precisa de la condición del paciente.



TABLA 3

ÁREA DE PCR DE LOS SIGNOS DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica

Signos de inflamación sistémica (PCR)	Grado de inflamación						Total	
	Grado I LEVE		Grado II MODERADO		Grado III GRAVE			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor de 10mg/dl	2	5	0	0.0	0	0.0	2	5.00
Mayor 10mg/dl	0	0.0	36	90	2	5	38	95.00
Total:	2	5	36	90	2	5	40	100.00

FUENTE: Ficha.

$X^2_{ca} = 53,663$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

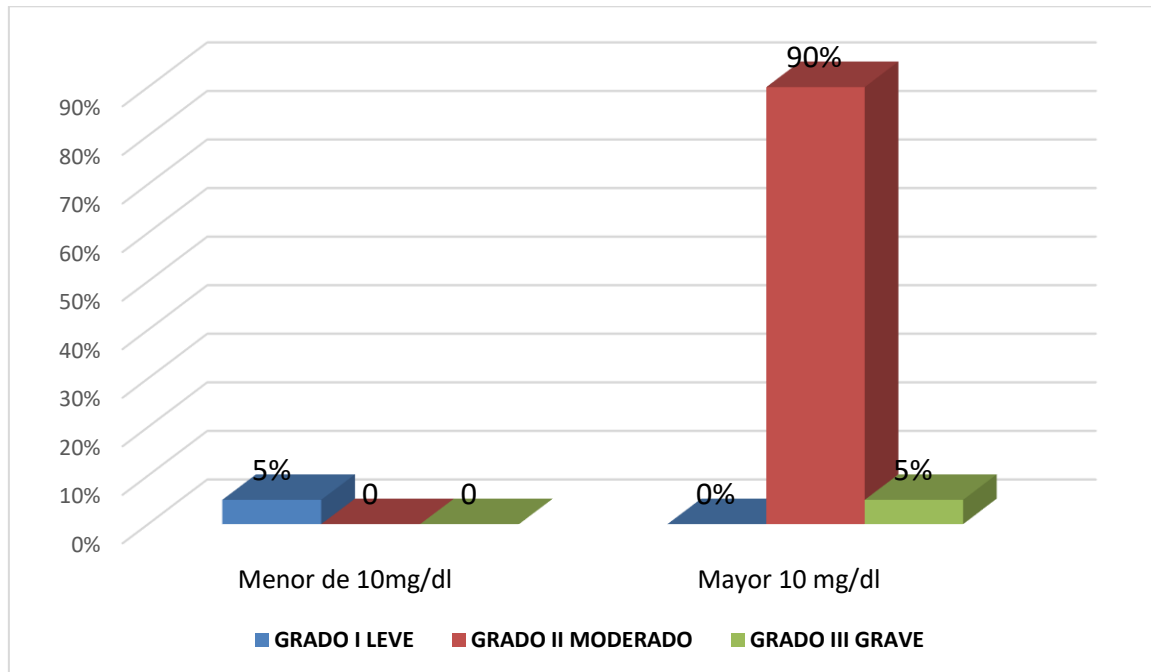
$X^2_{tab} = 9,488$

$Gf = 2$

ÁREA DE PCR DE LOS SIGNOS DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

FIGURA 3

SEGÚN SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL; PCR



FUENTE: TABLA 3

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, revelan información significativa sobre la correlación entre los niveles de proteína C reactiva (PCR) y la severidad de la enfermedad.

Niveles de PCR y Gravedad de la Colecistitis Aguda Litiásica:

Grado I (Leve): El 5% de los pacientes con niveles de PCR menores de 10 mg/dL fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I. Este hallazgo sugiere que una baja concentración de PCR está asociada con los casos más leves de la enfermedad, indicando que los niveles bajos de PCR pueden ser un indicador de una menor severidad en la colecistitis aguda litiásica.



Grado II (Moderado): La gran mayoría de los pacientes, específicamente el 90%, presentaron niveles de PCR mayores de 10 mg/dL y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado II. Este dato resalta una fuerte correlación entre niveles elevados de PCR y una severidad moderada de la enfermedad. La prevalencia de altos niveles de PCR en estos casos sugiere que un nivel elevado de PCR es un indicador significativo de una colecistitis aguda litiásica de moderada severidad en la población estudiada.

Grado III (Grave): El 5% de los pacientes presentaron niveles de PCR mayores de 10 mg/dL y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado III. Aunque este porcentaje es pequeño, indica que niveles elevados de PCR también pueden estar presentes en los casos más graves de la enfermedad. Sin embargo, dado el bajo porcentaje, los niveles elevados de PCR no son exclusivos ni predominantes en los casos graves.

Según, los datos estadísticos, establecidos comúnmente con un margen de error del 5%, utilizado con el propósito de contrastar la hipótesis según el chi cuadrado; con un resultado extraído de $X^2_{cal}=53,663 > que X^2_{tab}=9,488$ $Gl=2$, y significancia $p=0,000$. Resultado significativo. En consecuencia, PCR está asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.



Análisis. La distribución de los pacientes según la severidad de la colecistitis aguda litiásica y los niveles de PCR muestra que, en este contexto específico, los niveles elevados de PCR están más fuertemente asociados con casos de severidad moderada (Grado II). Esta asociación sugiere que la presencia de niveles altos de PCR puede ser un indicador útil en el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica de moderada severidad según los criterios de la Guía de Tokio 2018. No obstante, la presencia de niveles bajos de PCR en los casos leves y su presencia limitada en los casos graves indican que no deben ser los únicos criterios considerados, y es necesario utilizar una evaluación clínica integral y otros métodos diagnósticos para una valoración precisa de la condición del paciente.



TABLA 4

ÁREA DE LA FIEBRE DE LOS SIGNOS DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica

Signos de inflamación sistémica (Fiebre)	Grado I LEVE		Grado II MODERADO		Grado III GRAVE		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
	36 - 37.5 °C	3	7.5	0	0.0	0	0.00	3
37.5 – 38 °C	5	12.5	0	0.0	0	0.00	5	12.5
38.1 – 38.5 °C	0	0.0	30	75	0	0.0	30	75.00
38.5 – 39 °C	0	0.0	0	0.0	2	5	2	5.00
Mayor 39 °C	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total:	8	20	30	75	2	5	40	100.00

FUENTE: Ficha.

$X^2_{ca} = 25,597$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

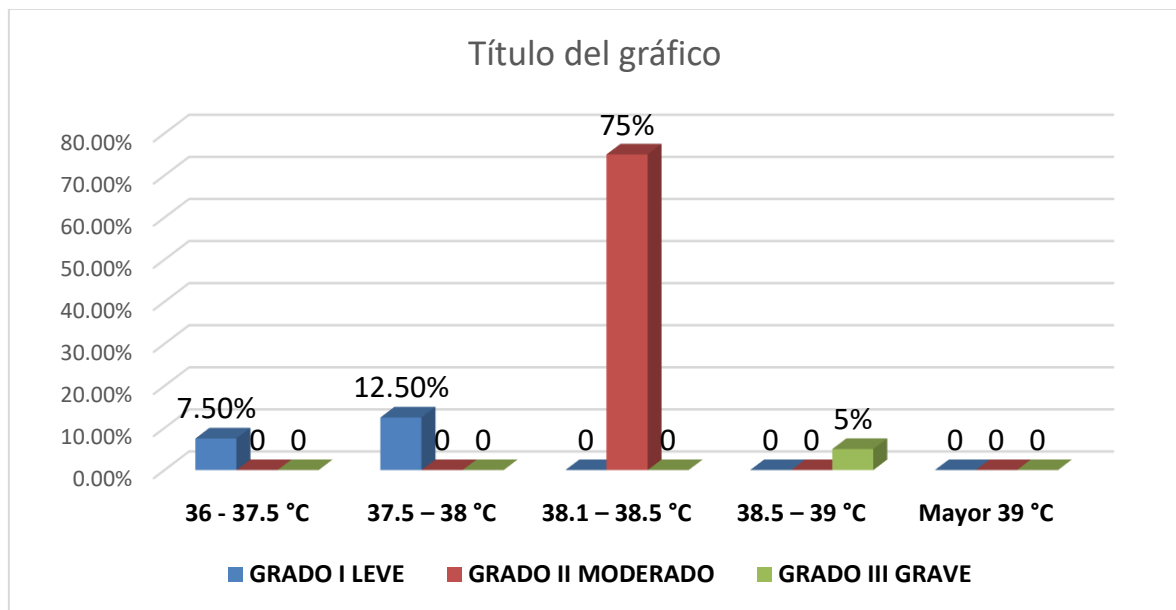
$X^2_{tab} = 5,991$

$G = 8$

ÁREA DE LA FIEBRE DE LOS SIGNOS DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

FIGURA 4

SEGÚN SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL; FIEBRE



FUENTE. Tabla 4

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, revelan información relevante sobre la correlación entre los niveles de fiebre y la severidad de la enfermedad.

Niveles de Fiebre y Gravedad de la Colecistitis Aguda Litiásica:

Grado I (Leve): El 7.5% de los pacientes presentaron temperaturas entre 36 y 37.5 °C y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I.

El 12.5% de los pacientes presentaron temperaturas entre 37.5 y 38 °C y también fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I.

Estos hallazgos sugieren que la ausencia de fiebre significativa (o fiebre baja) está asociada con los casos más leves de la enfermedad. Los pacientes con



temperaturas corporales dentro de estos rangos generalmente presentan formas leves de colecistitis aguda litiásica.

Grado II (Moderado): El 75% de los pacientes presentaron temperaturas entre 38.1 y 38.5 °C y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado II.

Este dato resalta una fuerte correlación entre fiebre moderada y una severidad moderada de la enfermedad. La alta prevalencia de fiebre en este rango sugiere que una fiebre moderada es un indicador significativo de colecistitis aguda litiásica de severidad moderada en la población estudiada.

Grado III (Grave): El 5% de los pacientes presentaron temperaturas entre 38.5 y 39 °C y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado III.

Aunque este porcentaje es pequeño, indica que la fiebre alta también puede estar presente en los casos más graves de la enfermedad. Sin embargo, dado el bajo porcentaje, la fiebre en este rango no es exclusiva ni predominante en los casos graves.

Según, los datos estadísticos, establecidos comúnmente con un margen de error del 5%, utilizado con el propósito de contrastar la hipótesis según el chi cuadrado; con un resultado extraído de $X^2_{cal}=25,597 > X^2_{tab}=5,991$ $Gl=8$, y significancia $p=0,000$. Resultado significativo. En consecuencia, la fiebre está asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.

Análisis. La distribución de los pacientes según la severidad de la colecistitis aguda litiásica y los niveles de fiebre muestra que, en este contexto específico, la fiebre moderada (38.1 - 38.5 °C) está más fuertemente asociada con casos de severidad moderada (Grado II). Esta asociación sugiere que la presencia de fiebre moderada puede ser un indicador útil en el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica de



severidad moderada según los criterios de la Guía de Tokio 2018. No obstante, la presencia de fiebre baja o ausencia de fiebre en los casos leves y su presencia limitada en los casos graves indica que la fiebre no debe ser el único criterio considerado. Es necesario utilizar una evaluación clínica integral y otros métodos diagnósticos para una valoración precisa de la condición del paciente.

.



TABLA 5

ÁREA DE LOS LEUCOCITOS DE LOS SIGNOS DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

Signos de inflamación sistémica (Leucocitos)	Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica						Total	
	Grado I LEVE		Grado II MODERADO		Grado III GRAVE		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Menor de 10000 mm ³	14	35	0	0.0	0	0.0	14	35.00
Mayor de 10000 mm ³	0	0.0	24	60	2	5	26	65.00
Total:	14	35	24	60	2	5	40	100.00

FUENTE: Ficha.

$X^2_{ca} = 84,206$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

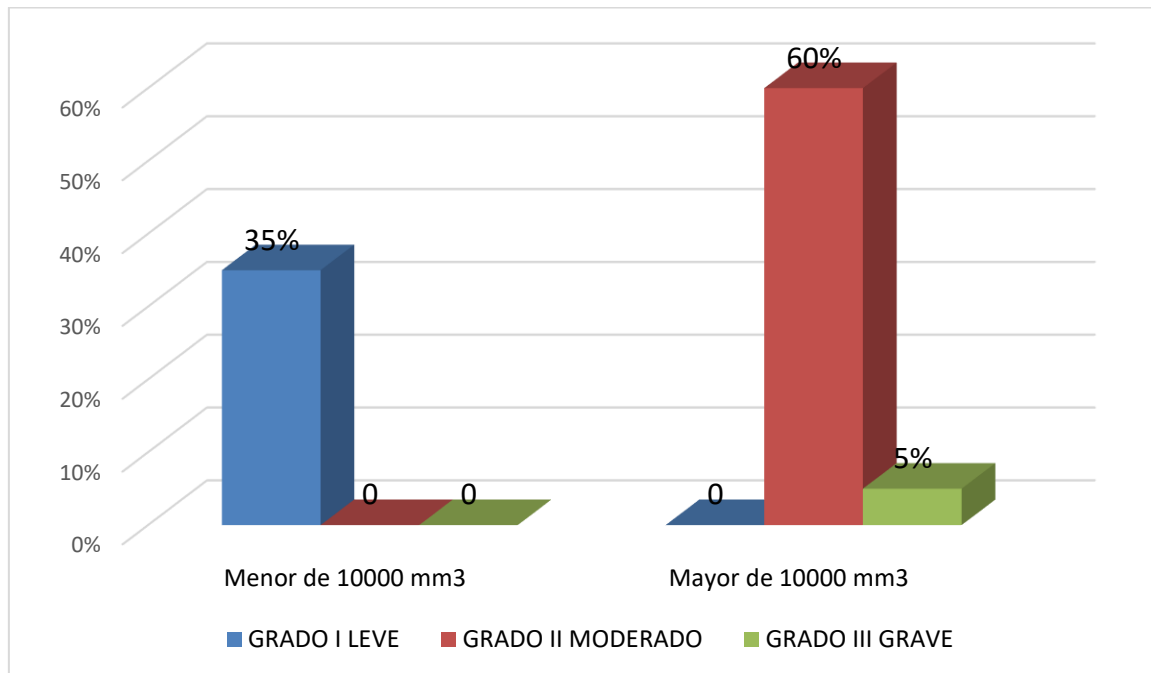
$X^2_{tab} = 9,488$

$G/ = 2$

ÁREA DE LOS LEUCOCITOS DE LOS SIGNOS DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

FIGURA 5

SEGÚN SIGNOS DE INFLAMACIÓN LOCAL; LEUCOCITOS



FUENTE: Tabla 5

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, revelan información relevante sobre la correlación entre los niveles de leucocitos y la severidad de la enfermedad.

Niveles de Leucocitos y Gravedad de la Colecistitis Aguda Litiásica:

Grado I (Leve): El 35% de los pacientes presentaron niveles de leucocitos menores de 10,000 mm³ y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I. Este hallazgo sugiere que una baja concentración de leucocitos está asociada con los casos más leves de la enfermedad, indicando que los niveles bajos de leucocitos pueden ser un indicador de una menor severidad en la colecistitis aguda litiásica.



Grado II (Moderado): El 60% de los pacientes presentaron niveles de leucocitos mayores de $10,000 \text{ mm}^3$ y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado II. Este dato resalta una fuerte correlación entre niveles elevados de leucocitos y una severidad moderada de la enfermedad. La prevalencia de altos niveles de leucocitos en estos casos sugiere que un nivel elevado de leucocitos es un indicador significativo de una colecistitis aguda litiásica de moderada severidad en la población estudiada.

Grado III (Grave): El 5% de los pacientes presentaron niveles de leucocitos mayores de $10,000 \text{ mm}^3$ y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado III. Aunque este porcentaje es pequeño, indica que niveles elevados de leucocitos también pueden estar presentes en los casos más graves de la enfermedad. Sin embargo, dado el bajo porcentaje, los niveles elevados de leucocitos no son exclusivos ni predominantes en los casos graves.

Según, los datos estadísticos, establecidos comúnmente con un margen de error del 5%, utilizado con el propósito de contrastar la hipótesis según el chi cuadrado; con un resultado extraído de $X^2_{\text{cal}}=84,206 > \text{que } X^2_{\text{tab}}=9,488 \text{ Gl}=2$, y significancia $p=0,000$. Resultado significativo. En consecuencia, los leucocitos están asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.

Análisis. La distribución de los pacientes según la severidad de la colecistitis aguda litiásica y los niveles de leucocitos muestra que, en este contexto específico, los niveles elevados de leucocitos están más fuertemente asociados con casos de severidad moderada (Grado II). Esta asociación sugiere que la presencia de niveles altos de leucocitos puede ser un indicador útil en el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica de moderada severidad según los criterios de la Guía de Tokio 2018. No



obstante, la presencia de niveles bajos de leucocitos en los casos leves y su presencia limitada en los casos graves indica que los niveles de leucocitos no deben ser el único criterio considerado. Es necesario utilizar una evaluación clínica integral y otros métodos diagnósticos para una valoración precisa de la condición del paciente.



TABLA 6

ÁREA DEL ENGROSAMIENTO DE LA PARED DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

Hallazgos por imagen (engrosamiento de pared)	Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica						Total	
	Grado I LEVE		Grado II MODERADO		Grado III GRAVE		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Menor de 4 mm	1	2	0	0.0	0	0.0	1	2.00
Mayor de 4 mm	0	0.0	37	93	2	5	39	98.00
Total:	1	2	37	93	2	5	40	100.00

FUENTE: Ficha.

$X^2_{ca} = 52,262$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

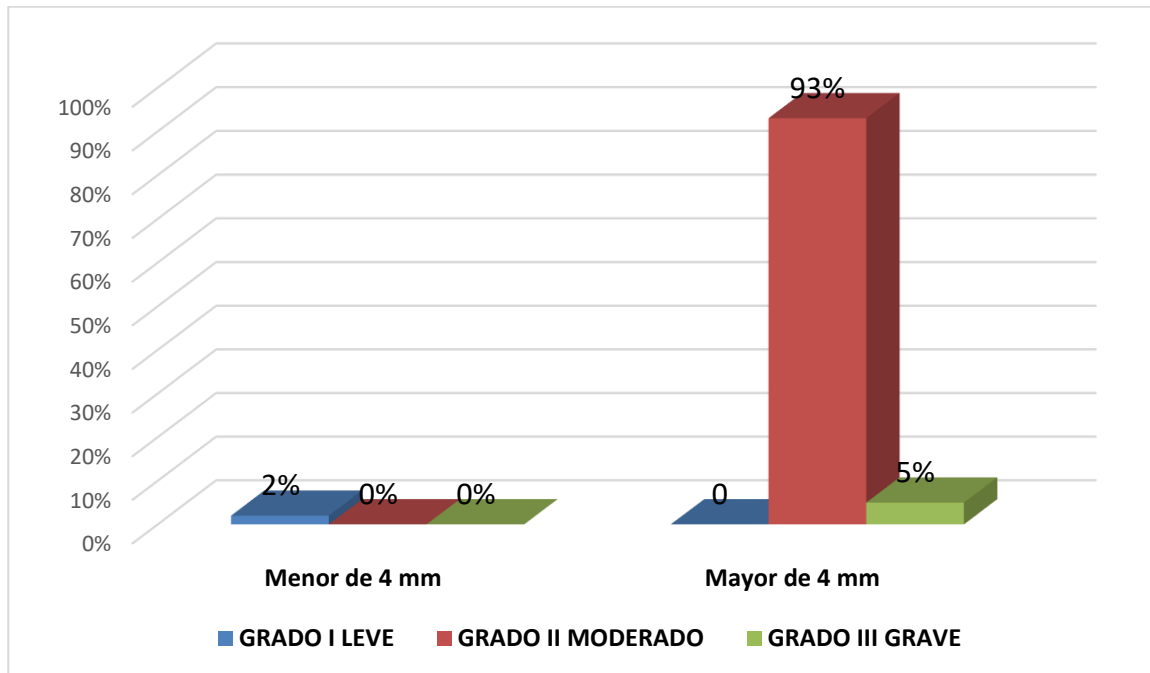
$X^2_{tab} = 12,592$

$G/ = 2$

ÁREA DEL ENGROSAMIENTO DE LA PARED DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

FIGURA 6

HALLAZGOS POR IMAGEN; ENGROSAMIENTO DE LA PARED



FUENTE: Tabla 6

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, revelan información relevante sobre la correlación entre el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar y la severidad de la enfermedad.

Engrosamiento de la Pared y Gravedad de la Colecistitis Aguda Litiásica:

Grado I (Leve): El 2% de los pacientes presentaron un engrosamiento de la pared menor de 4 mm y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I. Este hallazgo sugiere que un engrosamiento de pared menor de 4 mm está asociado con los casos más leves de la enfermedad, indicando que un



engrosamiento mínimo de la pared puede ser un indicador de una menor severidad en la colecistitis aguda litiásica.

Grado II (Moderado): El 93% de los pacientes presentaron un engrosamiento de la pared mayor de 4 mm y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado II. Este dato resalta una fuerte correlación entre un engrosamiento significativo de la pared y una severidad moderada de la enfermedad. La prevalencia de un engrosamiento de la pared en este rango sugiere que este es un indicador significativo de una colecistitis aguda litiásica de severidad moderada en la población estudiada.

Grado III (Grave): El 5% de los pacientes presentaron un engrosamiento de la pared mayor de 4 mm y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado III. Aunque este porcentaje es pequeño, indica que un engrosamiento significativo de la pared también puede estar presente en los casos más graves de la enfermedad. Sin embargo, dado el bajo porcentaje, el engrosamiento significativo de la pared no es exclusivo ni predominante en los casos graves.

Según, los datos estadísticos, establecidos comúnmente con un margen de error del 5%, utilizado con el propósito de contrastar la hipótesis según el chi cuadrado; con un resultado extraído de $X^2_{cal}=52,262 > X^2_{tab}=12,592$ $Gl=2$, y significancia $p=0,000$. Resultado significativo. En consecuencia, el engrosamiento de pared está asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.

Análisis. La distribución de los pacientes según la severidad de la colecistitis aguda litiásica y el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar muestra que, en este contexto específico, un engrosamiento de la pared mayor de 4 mm está más



fuertemente asociado con casos de severidad moderada (Grado II). Esta asociación sugiere que la presencia de un engrosamiento significativo de la pared puede ser un indicador útil en el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica de severidad moderada según los criterios de la Guía de Tokio 2018. No obstante, la presencia de un engrosamiento menor en los casos leves y su presencia limitada en los casos graves indica que el engrosamiento de la pared no debe ser el único criterio considerado. Es necesario utilizar una evaluación clínica integral y otros métodos diagnósticos para una valoración precisa de la condición del paciente.



TABLA 7

ÁREA DEL AGRANDAMIENTO DE LA VESÍCULA DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

Hallazgos por imagen (Agrandamiento de la vesícula)	Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica						Total	
	Grado I LEVE		Grado II MODERADO		Grado III GRAVE		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Menor de 8cm de largo por menor de 4cm de ancho	2	5	0	0.0	0	0.0	2	5.00
Mayor de 8cm de largo por mayor 4cm de ancho	4	10	32	80	2	5	38	95.00
Total:	6	15	32	80	2	5	40	100.00

FUENTE: Ficha.

$X^2_{ca} = 122,600$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

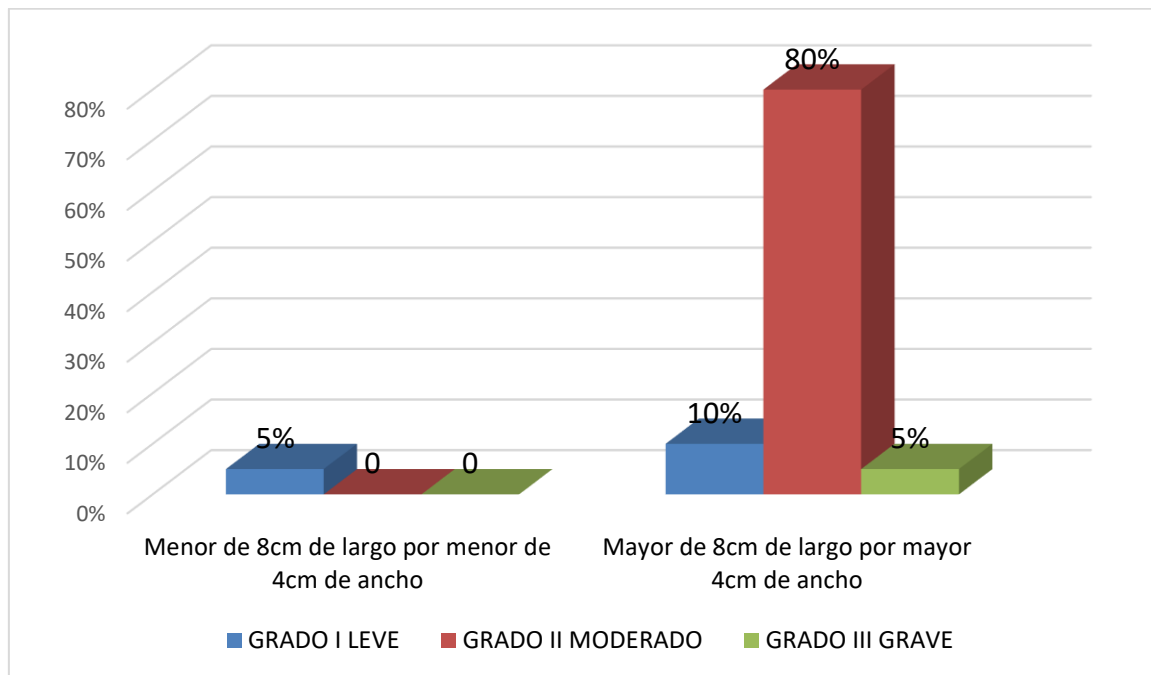
$X^2_{tab} = 9,488$

$G/ = 2$

ÁREA DEL AGRANDAMIENTO DE LA VESÍCULA DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

FIGURA 7

HALLAZGOS POR IMAGEN; AGRANDAMIENTO DE VESÍCULA



FUENTE: Tabla 7

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, revelan información relevante sobre la correlación entre el agrandamiento de la vesícula biliar y la severidad de la enfermedad.

Agrandamiento de la Vesícula y Gravedad de la Colecistitis Aguda Litiásica:

Grado I (Leve): El 5% de los pacientes presentaron un agrandamiento de la vesícula menor de 8 cm de largo por menor de 4 cm de ancho y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I.



El 10% de los pacientes presentaron un agrandamiento de la vesícula mayor de 8 cm de largo por mayor de 4 cm de ancho y también fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I.

Estos hallazgos sugieren que, aunque un agrandamiento menor de la vesícula está asociado con los casos más leves de la enfermedad, también puede haber casos leves con un agrandamiento significativo. Esto indica que el tamaño de la vesícula por sí solo puede no ser un indicador definitivo de la severidad leve de la colecistitis aguda litiásica.

Grado II (Moderado): El 80% de los pacientes presentaron un agrandamiento de la vesícula mayor de 8 cm de largo por mayor de 4 cm de ancho y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado II.

Este dato resalta una fuerte correlación entre un agrandamiento significativo de la vesícula y una severidad moderada de la enfermedad. La alta prevalencia de un agrandamiento de la vesícula en este rango sugiere que un tamaño mayor de la vesícula es un indicador significativo de una colecistitis aguda litiásica de severidad moderada en la población estudiada.

Grado III (Grave): El 5% de los pacientes presentaron un agrandamiento de la vesícula mayor de 8 cm de largo por mayor de 4 cm de ancho y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado III.

Aunque este porcentaje es pequeño, indica que un agrandamiento significativo de la vesícula también puede estar presente en los casos más graves de la enfermedad. Sin embargo, dado el bajo porcentaje, un tamaño mayor de la vesícula no es exclusivo ni predominante en los casos graves.

Según, los datos estadísticos, establecidos comúnmente con un margen de error del 5%, utilizado con el propósito de contrastar la hipótesis según el chi cuadrado;



con un resultado extraído de $X^2_{cal}=122,600 > X^2_{tab}=9,488$ $Gl=2$, y significancia $p=0,000$. Resultado significativo. En consecuencia, el agrandamiento de la vesícula está asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.

Análisis. La distribución de los pacientes según la severidad de la colecistitis aguda litiásica y el agrandamiento de la vesícula muestra que, en este contexto específico, un agrandamiento de la vesícula mayor de 8 cm de largo por mayor de 4 cm de ancho está más fuertemente asociado con casos de severidad moderada (Grado II). Esta asociación sugiere que la presencia de un tamaño mayor de la vesícula puede ser un indicador útil en el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica de severidad moderada según los criterios de la Guía de Tokio 2018. No obstante, la presencia de un agrandamiento menor en los casos leves y su presencia limitada en los casos graves indica que el tamaño de la vesícula no debe ser el único criterio considerado. Es necesario utilizar una evaluación clínica integral y otros métodos diagnósticos para una valoración precisa de la condición del paciente.



TABLA 8

ÁREA DE LITIOS RETENIDOS DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

Hallazgos por imagen (Litiasis retenida)	Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica						Total	
	Grado I LEVE		Grado II MODERADO		Grado III GRAVE		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si	10	25	25	62.5	2	5	37	92.5
No	3	7.5	0	0.0	0	0.0	3	7.5
Total:	0	32.5	25	80	2	5	40	100.00

FUENTE: Ficha.

$X^2_{ca} = 139,058$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

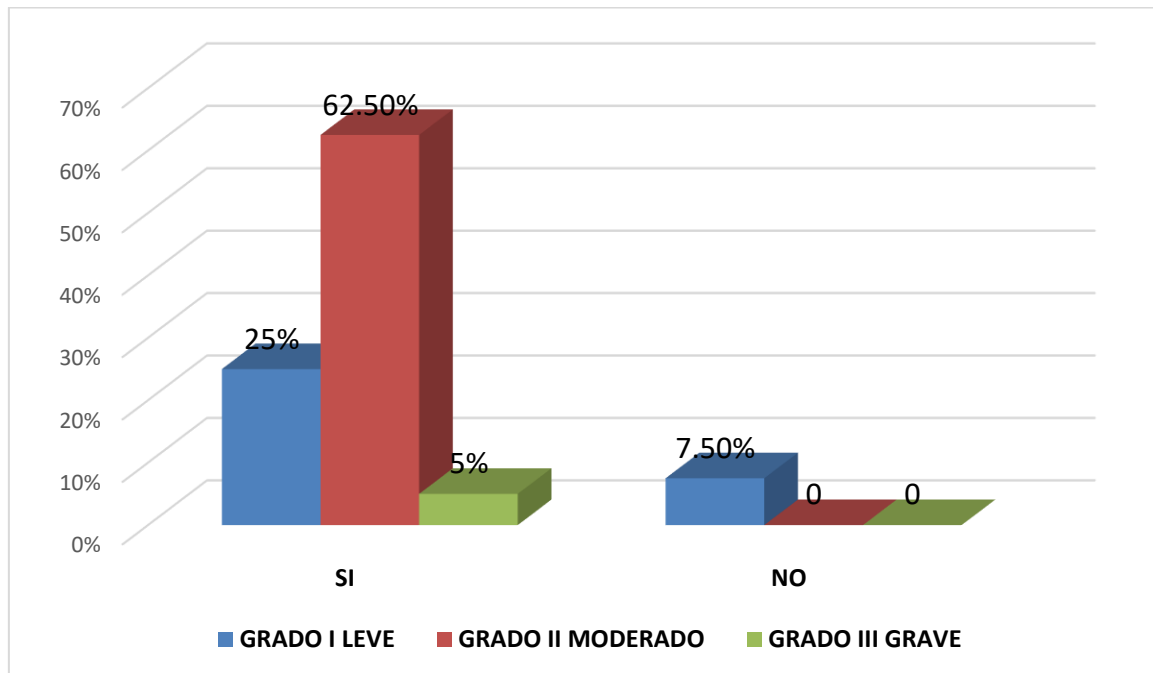
$X^2_{tab} = 9,488$

$Gf = 2$

ÁREA DE LITIOS RETENIDOS DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

FIGURA 8

HALLAZGOS POR IMAGEN; LITIOS RETENIDOS



FUENTE: Tabla 8

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, revelan información relevante sobre la correlación entre la presencia de litios retenidos y la severidad de la enfermedad.

Litios Retenidos y Gravedad de la Colecistitis Aguda Litiásica:

Grado I (Leve): El 25% de los pacientes tenían litios retenidos y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I.

El 7.5% de los pacientes no tenían litios retenidos y también fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I.

Estos hallazgos sugieren que, aunque la presencia de litios retenidos es común en los casos leves, la ausencia de litios retenidos también puede estar asociada con



una enfermedad de leve gravedad. Por lo tanto, la presencia o ausencia de litios retenidos no es un indicador definitivo de la severidad leve de la colecistitis aguda litiásica.

Grado II (Moderado): El 62.5% de los pacientes tenían litios retenidos y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado II.

Este dato resalta una fuerte correlación entre la presencia de litios retenidos y una severidad moderada de la enfermedad. La alta prevalencia de litios retenidos en estos casos sugiere que la presencia de litios retenidos es un indicador significativo de una colecistitis aguda litiásica de severidad moderada en la población estudiada.

Grado III (Grave): El 5% de los pacientes tenían litios retenidos y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado III.

Aunque este porcentaje es pequeño, indica que la presencia de litios retenidos también puede estar presente en los casos más graves de la enfermedad. Sin embargo, dado el bajo porcentaje, la presencia de litios retenidos no es exclusiva ni predominante en los casos graves.

Según, los datos estadísticos, establecidos comúnmente con un margen de error del 5%, utilizado con el propósito de contrastar la hipótesis según el chi cuadrado; con un resultado extraído de $X^2_{cal}=139,058 > X^2_{tab}=9,488$ $Gl=2$, y significancia $p=0,000$. Resultado significativo. En consecuencia, la litiasis retenida está asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.

Análisis. La distribución de los pacientes según la severidad de la colecistitis aguda litiásica y la presencia de litios retenidos muestra que, en este contexto específico, la presencia de litios retenidos está más fuertemente asociada con casos de severidad moderada (Grado II). Esta asociación sugiere que la presencia de litios



retenidos puede ser un indicador útil en el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica de severidad moderada según los criterios de la Guía de Tokio 2018. No obstante, la presencia de litios retenidos tanto en los casos leves como graves indica que este criterio no debe ser el único considerado. Es necesario utilizar una evaluación clínica integral y otros métodos diagnósticos para una valoración precisa de la condición del paciente.



TABLA 9

ÁREA DE LÍQUIDOS EN EL PERÍMETRO DE LA VESÍCULA DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

Hallazgos por imagen (Líquido en el perímetro de la vesícula)	Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica						Total	
	Grado I LEVE		Grado II MODERADO		Grado III GRAVE		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si	2	5	34	85	2	5	38	95.00
No	0	0.0	2	5	0	0.0	2	5.00
Total:	2	5	36	90	2	5	40	100.00

FUENTE: Ficha.

$X^2_{ca} = 53,663$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

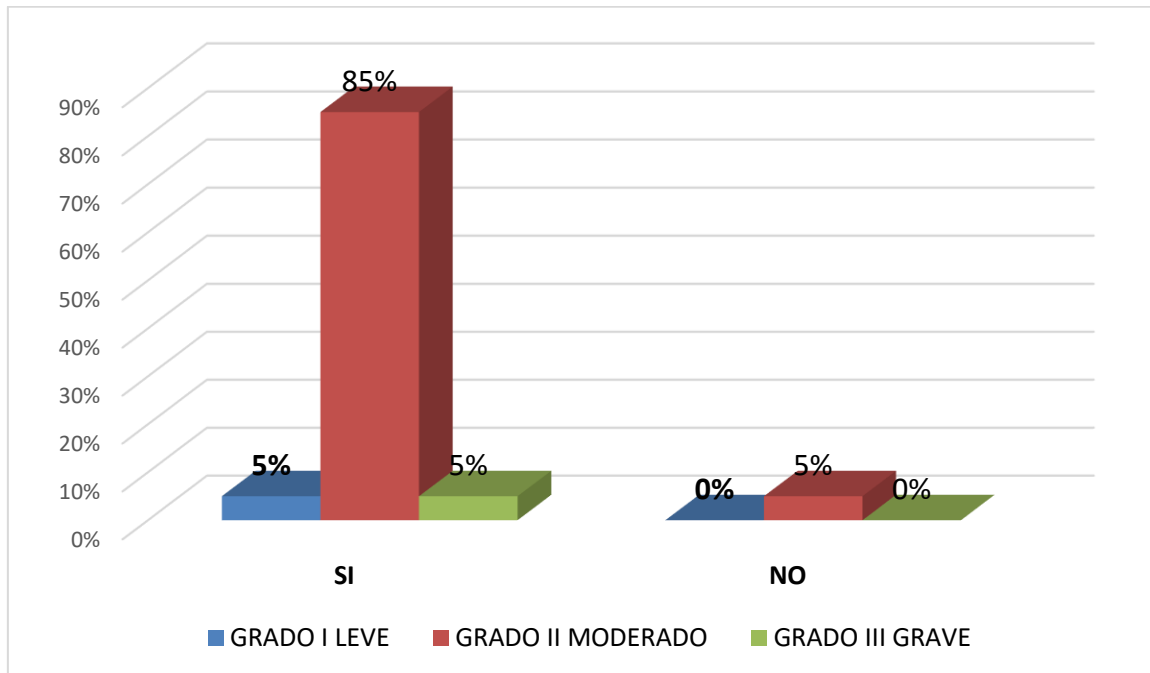
$X^2_{tab} = 9,488$

$G/ = 2$

ÁREA DE LÍQUIDOS EN EL PERÍMETRO DE LA VESÍCULA DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

FIGURA 9

HALLAZGOS POR IMAGEN; LIQUIDO EN LA VESÍCULA



FUENTE: Tabla 9

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, revelan información relevante sobre la correlación entre la presencia de líquido en el perímetro de la vesícula biliar y la severidad de la enfermedad.

Líquido en el Perímetro de la Vesícula y Gravedad de la Colecistitis Aguda Litiásica:

Grado I (Leve): El 5% de los pacientes presentaron líquido en el perímetro de la vesícula y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I.



Este hallazgo sugiere que la presencia de líquido en el perímetro de la vesícula puede estar asociada con casos leves de colecistitis aguda litiásica, aunque esta asociación es relativamente rara.

Grado II (Moderado): El 85% de los pacientes presentaron líquido en el perímetro de la vesícula y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado II.

Otro 5% de los pacientes también presentaron líquido en el perímetro de la vesícula y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado II.

Este dato resalta una fuerte correlación entre la presencia de líquido en el perímetro de la vesícula y una severidad moderada de la enfermedad. La alta prevalencia de líquido en el perímetro en estos casos sugiere que este hallazgo es un indicador significativo de una colecistitis aguda litiásica de severidad moderada en la población estudiada.

Grado III (Grave): El 5% de los pacientes presentaron líquido en el perímetro de la vesícula y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado III.

Aunque este porcentaje es pequeño, indica que la presencia de líquido en el perímetro de la vesícula también puede estar presente en los casos más graves de la enfermedad. Sin embargo, dado el bajo porcentaje, la presencia de líquido en el perímetro no es exclusiva ni predominante en los casos graves.

Según, los datos estadísticos, establecidos comúnmente con un margen de error del 5%, utilizado con el propósito de contrastar la hipótesis según el chi cuadrado; con un resultado extraído de $X^2_{cal}=122,600 > X^2_{tab}=9,488$ $Gl=2$, y significancia $p=0,000$. Resultado significativo. En consecuencia, el líquido en el perímetro de la vesícula está asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.



Análisis. La distribución de los pacientes según la severidad de la colecistitis aguda litiásica y la presencia de líquido en el perímetro de la vesícula muestra que, en este contexto específico, la presencia de líquido en el perímetro está más fuertemente asociada con casos de severidad moderada (Grado II). Esta asociación sugiere que la presencia de líquido en el perímetro de la vesícula puede ser un indicador útil en el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica de severidad moderada según los criterios de la Guía de Tokio 2018. No obstante, la presencia de líquido tanto en los casos leves como graves indica que este criterio no debe ser el único considerado. Es necesario utilizar una evaluación clínica integral y otros métodos diagnósticos para una valoración precisa de la condición del paciente



TABLA 10

ÁREA DEL MOMENTO DE LA COLECISTECTOMÍA DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

Hallazgos por imagen (Momento de la colecistectomía)	Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica						Total	
	Grado I LEVE		Grado II MODERADO		Grado III GRAVE		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Menor de 72 horas	5	12.5	33	82.5	0	0.0	38	95.00
Mayor de 72 horas	0	0.0	0	0.0	2	5	2	5.00
Total:	5	12.5	33	82.5	2	5	40	100.00

FUENTE: Ficha.

$X^2_{ca} = 25,597$

$p = 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

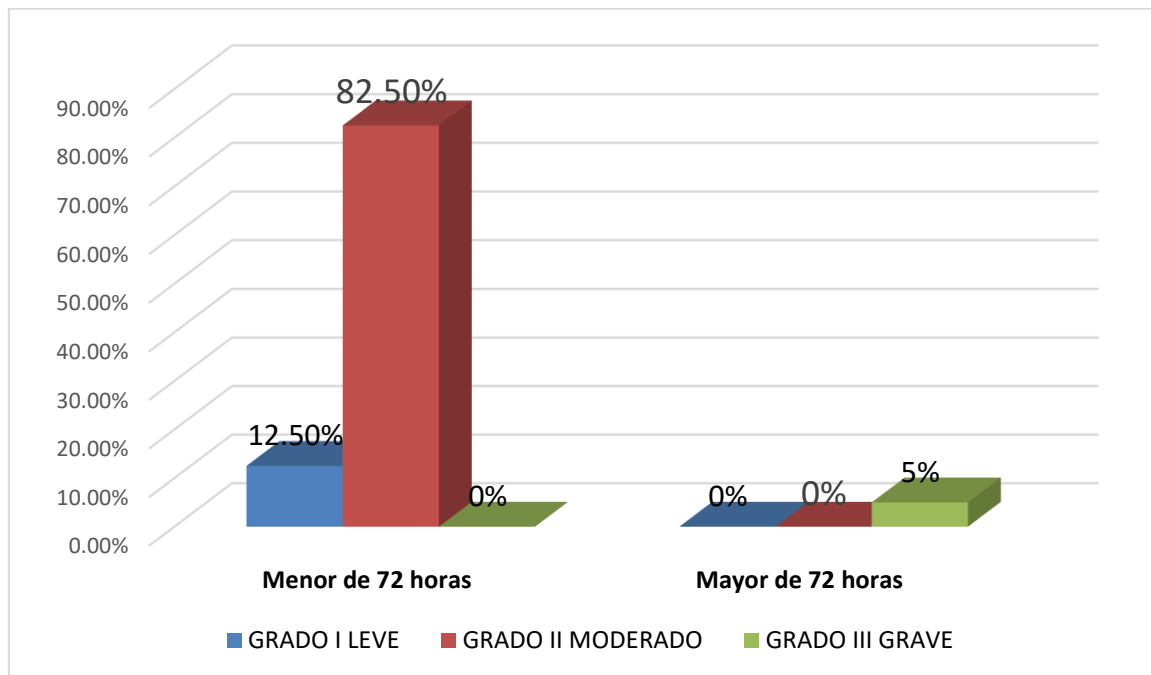
$X^2_{tab} = 5,991$

$G/ = 2$

ÁREA DEL MOMENTO DE LA COLECISTECTOMÍA DE LOS HALLAZGOS POR IMAGEN ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO - TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022

FIGURA 10

HALLAZGOS POR IMAGEN; COLECISTECTOMÍA



FUENTE: Tabla 10

INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos del estudio, revelan información relevante sobre la correlación entre el momento de la colecistectomía y la severidad de la enfermedad.

Momento de la Colecistectomía y Gravedad de la Colecistitis Aguda Litiásica:

Grado I (Leve): El 12.5% de los pacientes se sometieron a una colecistectomía en menos de 72 horas desde el inicio de los síntomas y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado I.

Este hallazgo sugiere que una intervención quirúrgica temprana dentro de las primeras 72 horas puede estar asociada con casos más leves de la enfermedad,



permitiendo un diagnóstico y tratamiento temprano que posiblemente limite la progresión de la gravedad de la colecistitis.

Grado II (Moderado): El 82.5% de los pacientes se sometieron a una colecistectomía en menos de 72 horas desde el inicio de los síntomas y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado II.

Este dato resalta una fuerte correlación entre la intervención quirúrgica temprana y una severidad moderada de la enfermedad. La alta prevalencia de colecistectomías realizadas dentro de las primeras 72 horas en estos casos sugiere que un tratamiento temprano es común en los casos moderados, aunque estos pacientes aún presentan una severidad significativa de la enfermedad.

Grado III (Grave): El 5% de los pacientes se sometieron a una colecistectomía después de 72 horas desde el inicio de los síntomas y fueron diagnosticados con colecistitis aguda litiásica de Grado III.

Aunque este porcentaje es pequeño, indica que la demora en la intervención quirúrgica más allá de las 72 horas puede estar asociada con casos más graves de la enfermedad. Esto sugiere que una intervención tardía puede estar relacionada con una mayor severidad de la colecistitis aguda litiásica.

Según, los datos estadísticos, establecidos comúnmente con un margen de error del 5%, utilizado con el propósito de contrastar la hipótesis según el chi cuadrado; con un resultado extraído de $X^2_{cal}=25,597 > X^2_{tab}=5,991$ $Gl=2$, y significancia $p=0,000$. Resultado significativo. En consecuencia, el momento de la colecistectomía está asociado con el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.

Análisis. La distribución de los pacientes según la severidad de la colecistitis aguda litiásica y el momento de la colecistectomía muestra que, en este contexto



específico, la realización de la colecistectomía dentro de las primeras 72 horas está más fuertemente asociada con casos de severidad moderada (Grado II), mientras que los casos graves (Grado III) tienden a estar relacionados con intervenciones quirúrgicas más tardías. Esta asociación sugiere que la intervención temprana dentro de las 72 horas puede ser un indicador útil para un mejor manejo y posiblemente limitar la progresión de la severidad de la colecistitis aguda litiásica según los criterios de la Guía de Tokio 2018. No obstante, la presencia de casos leves y moderados que también se beneficiaron de una intervención temprana indica que este criterio debe ser considerado como parte de una evaluación clínica integral y otros métodos diagnósticos para una valoración precisa de la condición del paciente.

DISCUSIÓN

En el estudio se abarco 40 pacientes ingresados al servicio de cirugía en el Hospital Antonio Barrionuevo Lampa del año 2022, con el objetivo de determinar eficacia de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.

Según los criterios de la guía de Tokio 2018, el principal indicador de inflamación local es el signo de Murphy, que estuvo presente en el 100% de los pacientes con colecistitis aguda. Se calculó que la sensibilidad del signo de Murphy Positivo era del 99%.

Otro estudio de revisión relevante que utilizo un enfoque cuantitativo, observo que el signo de Murphy con el 86,1% de sensibilidad. **Tipantuña Mera, Andrea Stefanía Feijóo Tapia, Pablo Andrés (2020)**



Sobre los signos de inflamación sistémica, valor de Rho de Spearman de 0.603 cuya correlación es significativa en el nivel de 0.01 (1%) o una confiabilidad del 99%. En otro estudio los signos de inflamación sistémica, los hallazgos de laboratorio prevalecen la presencia de Proteína C Reactiva (56.4%) y de leucocitos (43.6%) (**Avendaño Castro, Laura Paola (2019)**).

Respecto a los hallazgos imagenológicos, el aumento de grosor de la pared se evidencia en los 40 pacientes con un diámetro mayor a 4mm que representa el 100%, en cuanto a la presencia de cálculos biliares 36 se evidencio su presencia que representa el 90% de los pacientes, la presencia de liquido libre se evidencio en 3 pacientes que representa el 7.5%. dando el valor de Rho de Spearman de 0.701 cuya correlación es significativa en el nivel de 0.01 (1%) o una confiabilidad del 99%.



CONCLUSIONES

PRIMERA. Se concluye que en el estudio se ha demostrado la relación entre las variables criterios de la guía de Tokio 2018 y el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica; con una correlación de 0,701 según el estadístico de Rho de Spearman. Resultando con una relación positiva muy alta, y concluyendo que, la guía de Tokio 2018 contribuyen de forma positiva en el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda.

SEGUNDA. Se concluye que en el estudio se ha demostrado la relación entre la dimensión signos de inflamación local y el diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica; con una correlación de 0,607 según RhoSpearman, cuya correlación es significativa en el nivel de 0.01 (1%) o una confiabilidad del 99%. Resultando una relación positiva muy alta. En tanto, los signos de inflamación local contribuyen de forma directa en el diagnóstico de la colecistitis aguda. Es decir, la aplicación de los criterios de inflamación local, como el signo de Murphy, el dolor y la masa en el hipocondrio derecho, ha demostrado ser efectiva para el diagnóstico temprano y preciso de la colecistitis aguda litiásica. Estos indicadores son valiosos para la identificación inicial de la condición, permitiendo una intervención oportuna y mejorando así los resultados del tratamiento.

TERCERA. Se concluye que en el estudio se ha demostrado la relación entre la dimensión signos de inflamación sistémica y la variable diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica; con una correlación de 0,603 según el estadístico de Rho de Spearman, cuya correlación es significativa en el nivel de 0.01 (1%) o una confiabilidad del 99%. Resultando una relación positiva alta, y concluyendo que, los signos de inflamación sistémica favorecen en el diagnóstico de la



colecistitis aguda. Es decir, los signos de inflamación sistémica, como la PCR elevada, la fiebre y el recuento de leucocitos, son cruciales para evaluar la gravedad de la colecistitis aguda litiásica. La correlación de estos signos con los criterios de la Guía de Tokio 2018 ha permitido una mejor estratificación de los pacientes, facilitando decisiones terapéuticas adecuadas y contribuyendo a la reducción de complicaciones severas.

CUARTA. Se concluye que en el estudio se ha demostrado la relación entre la dimensión hallazgos imagenológicos y la variable diagnóstico - tratamiento de la colecistitis aguda litiásica; con una correlación de 0,701 según el estadístico de Rho de Spearman, cuya correlación es significativa en el nivel de 0.01 (1%) o una confiabilidad del 99%. Los hallazgos imagenológicos, como el engrosamiento de la pared de la vesícula, el agrandamiento de la vesícula, los cálculos impactados, el líquido perivesicular y el momento adecuado para la colecistectomía, han sido determinantes para el manejo eficaz de la colecistitis aguda litiásica. La utilización de estos criterios ha optimizado el diagnóstico por imagen y ha mejorado la planificación del tratamiento quirúrgico, resultando en mejores resultados clínicos y menor estancia hospitalaria.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director general del Hospital Antonio Barrionuevo, colocar como base las guías de Tokio 2018 para el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda, ya que esta es la más actual, más simple y más sensible.

SEGUNDA: Al jefe del servicio de cirugía, para la mejora del diagnóstico y tratamiento basados en los signos de inflamación local, capacitación continua al personal médico del Hospital Antonio Barrionuevo en la identificación y evaluación de los signos de inflamación local según los criterios de la Guía de Tokio 2018. Además, implementar protocolos estandarizados para el uso de estos criterios en la práctica clínica diaria para asegurar diagnósticos rápidos y precisos.

TERCERA: Al personal médico de la Hospital Antonio Barrionuevo, fomentar el uso rutinario de pruebas de laboratorio para detectar los signos de inflamación sistémica y establecer umbrales específicos basados en la Guía de Tokio 2018 para guiar las decisiones terapéuticas. Se debe invertir en recursos para garantizar que estas pruebas estén disponibles de manera continua y que los resultados se integren en los procesos de toma de decisiones clínicas.

CUARTA: Al área Cirugía Hospital Antonio Barrionuevo, actualizar y mantener el equipamiento de imagenología del Hospital Antonio Barrionuevo para asegurar la precisión en los diagnósticos. Asimismo, se debe proporcionar formación continua a los radiólogos y cirujanos sobre la interpretación de los hallazgos según los criterios de la Guía de Tokio 2018. La creación de un protocolo de imagenología basado en estos criterios puede mejorar la planificación quirúrgica y reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias.



REFERENCIAS

1. Cuno_ol.pdf [Internet]. [3 marzo 2024]. Disponible: <https://tinyurl.com/27z5k3lq>
2. Yegros O. et al. The Tokyo criteria for diagnosing acute cholecystitis will be implemented. Rev Nac Itauguá;13(1):31-40.
3. Angarita FA, et al. Colecistitis calculosa aguda. Univ Médica. 2010;51(3):301-19.
4. 02Colecistitis.-AMCG.pdf [Internet]. [2 noviembre 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2bmjtc43>
5. Reyes Marte E del C. Evaluación de los criterios de Tokio en el manejo clínico de pacientes con colecistitis aguda en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas en marzo de 2019. Disponible en: <https://tinyurl.com/24x3yeex>
6. Villalva Salazar FC. Los criterios de Tokio se utilizan para el diagnóstico de colecistitis, 2019. Disponible en: <https://tinyurl.com/28ghegtw>
7. Medina Manuel E. Examinar los factores que afectan el pronóstico de los pacientes con colecistitis aguda: desarrollo de un modelo predictivo para la intervención quirúrgica. Disponible en: <https://tinyurl.com/25lgra3z>
8. Tipantuña S, Feijóo PA. El uso de los criterios de Tokio para identificar y tratar la colecistitis aguda. Disponible en: <https://tinyurl.com/27r6u36l>
9. Hernani C, Oscar G. Adhesión a las guías de Tokio 18 para el tratamiento de la colecistitis, Arequipa en el año 2022.
10. Aguirre Mendoza MN. A. En el año 2017, el Hospital Regional del Cusco-MINSA implementó las Guías de Tokio para la colecistitis aguda en su servicio de cirugía. UNSAAC; Disponible en: <https://tinyurl.com/29b38s72>



11. Pinto Barrios GF. Eficacia de los Criterios de la Guía Tokio 2018 en el diagnóstico de la Colecistitis Aguda en el Hospital H. Delgado. Arequipa; Disponible en: <https://tinyurl.com/267volpz>
12. Chirinos Castro AZ. Implementación de la Guía de Tokio 2018. Cañete en el año 2019. En el año 2020.
13. content.pdf [Internet]. [cit. 19 de set. 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2y8cko5u>
14. Rodríguez A. [cit. 21 set. 2023]. Disponible en: <https://tinyurl.com/24eh5t4r>
15. Alarcón S. J. El período de espera antes de la cirugía y los posibles problemas relacionados con la colecistitis aguda en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno del 2015 al 2020. UNA Disponible en: <https://tinyurl.com/2776sjgh>
16. Velásquez NC. MEDICINA HUMANA.
17. Kenhub. Vesícula biliar. Disponible en: <https://tinyurl.com/23twubrx>
18. G367. Secreción biliar [Internet]. Disponible en: <https://tinyurl.com/27p654ps>
19. Guyton y Hall. Fisiología médica. Disponible en: <https://tinyurl.com/2bb63rxa>
20. Aristondo F, et al. SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD.
21. Grossman S. Fisiopatología. novena. Vol. 2. Wolters Kluwer; Disponible en: <https://tinyurl.com/2ca426ke>
22. Yokoe M, et al. Tokyo Guidelines 2018: enero de 2018;25(1):41-54. Disponible en: <https://tinyurl.com/24bg8ood>
23. Quevedo Guanche L. Colecistitis aguda. Rev Cuba 2007;46(2):0-0.
24. Okamoto et al. Tokyo Guidelines 2018. 2018;25(1):55-72.
25. Rodríguez et al. Apuntes de ecografía: vesícula biliar y vías biliares (I).



26. Coto FM. Colecistitis calculosa aguda: diagnóstico y manejo. Disponible en:
<https://tinyurl.com/2c4cs2bv>
27. Gómez Ayala AE. Litiasis biliar. Disponible en: <https://tinyurl.com/2brp6qra>
28. Segura A, et al. Ecografía de la vesícula y la vía biliar. Med Fam SEMERGEN. 1 de enero de 2016;42(1):25-30.
29. Carballoso G. et al. Manual conciso para el diagnóstico y tratamiento de la inflamación aguda de la vesícula biliar en niños. Disponible en:
<https://tinyurl.com/25fqnlles>
30. Itlao A, elio G. MEDICINA DEL LABORATORIO Fundamentos en el diagnóstico clínico. 2013.^a ed. Panamericana;
31. Claros N, et al. Serum C-Reactive Protein Levels as an Indicator of Acute Lithiasistic Cholecystitis Severity. 2020;38(4):1155-9.
32. Kumar V. Patología estructural. Novena. Vol. I. Elsevier Saunders;
33. Medina MFG. Benjamin Murphy: el signo y la medicina basada en evidencias. Cir Gen. 2011;
34. Hernández et al. ¿Chi cuadrado o Ji cuadrado? Medicentro Electrónica. diciembre de 2017;21(4):294-5.



ANEXOS



ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN	METODOLOGIA
<p>Problema general: ¿Cuál es la eficacia de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022?</p> <p>Problemas Específicos: ¿Cuál es la relación de la fiabilidad de los signos de inflamación local de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo?</p> <p>¿Cuál es la relación de la fiabilidad de los signos de inflamación sistémica de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo?</p>	<p>Objetivo general: Determinar eficacia de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.</p> <p>Objetivos específicos Establecer la relación de la fiabilidad de los signos de inflamación local de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.</p> <p>Identificar la relación de la fiabilidad de los signos de inflamación sistémica de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.</p>	<p>Hipótesis general: Existe eficacia de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica hospital Antonio Barrionuevo Lampa – 2022.</p> <p>Hipótesis específicas Los signos de inflamación local de los criterios de la guía de Tokio 2018 están relacionados en el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.</p> <p>Los signos de inflamación sistémica de los criterios de la guía de Tokio 2018 están relacionados en el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.</p>	<p>Variable 1 1. Eficacia de los criterios de Tokio 2018</p>	1.1. Signos de inflamación local	Signo de Murphy	a) Positivo b) Negativo	<p>Tipo: Retrospectivo, transversal y correlacional</p> <p>Diseño: Transversal</p> <p>Población 40 pacientes</p> <p>Muestra: 40 pacientes</p> <p>Técnica: Revisión documentaria</p> <p>Instrumento Ficha de recolección de datos.</p>
					Dolor y masa en hipocondrio derecho	a) Si b) No	
				Signos de inflamación sistémica	PCR	a) Menor de 10mg/dl b) mayor de 10mg/dl	
					Fiebre	a) 36 – 37.5 °C b) 37.5- 38 °C c) 38.1 – 38.5 °C d) 38.5 – 39 °C e) mayor 39 °C	
					Leucocitos	a) Menor de 10000 mm3 b) Mayor 10000 mm3	
				Hallazgos por imagen	1.3.1.- Engrosamiento de pared	a) Menor de 4 mm b) Mayor de 4 mm	
					1.3.2 Agrandamiento de vesícula	a) > 10cm de largo > 6 cm de ancho	
					1.3.3 cálculos impactados	a) si b) no	
					1.3.4 Liquido en el perímetro de la vesícula	a) Si b) No	
					1.3.5 Momento de colecistectomía	a) < de 72 horas b) > de 72 horas	



¿Cuál es la relación fiabilidad de los hallazgos imagenológicos de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo?	Evaluar la relación de la fiabilidad de los hallazgos imagenológicos de los criterios de la guía de Tokio 2018 relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.	Los hallazgos imagenológicos de los criterios de la guía de Tokio 2018 están relacionados en el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica Hospital Antonio Barrionuevo.	Variable 2 Diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda litiásica	2.1 Diagnostico	2.1.1 Colecistitis aguda	a) Si b) No	
				2.2 Tratamiento	2.2.1 Criterios de gravedad		



ANEXO 2. MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS

Sexo	Edad	DATOS CLINICOS					CRITERIOS DE LABOR					CRITERIOS ECOGRAFICO					CAM					CAS	
		SM	MSHD	F	PCRE	REL	EPV	AVB	CBDR	LAVB	CAL	LE1800	MDPCS0	DSM72	ILS	HTPINR	FRO	FCV	FNEU	FRES	MDLC		
1	34	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	33	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	25	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
1	27	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	35	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	45	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	21	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	19	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	18	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	44	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	38	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1		
1	47	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	28	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	37	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	40	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
0	36	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	31	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	39	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
0	30	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	23	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	30	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	23	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	31	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	40	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
0	35	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	28	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	43	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	55	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	54	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	34	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	36	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	27	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	37	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	30	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1		
0	40	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	31	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	22	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	38	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
1	19	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1		
1	23	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



PERÚ

Ministerio
de SaludDOC. INV. Y CAPAC.
HOSPITAL "ANTONIO BARRIONUEVO"
REDESS - LAMPA

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Lampa, 26 de diciembre del 2023

Señor
Robert Condori Roque.
Presente.

En atención a su solicitud presentada a la Dirección del Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa, con fecha 22 de diciembre de los corrientes; **EL ÁREA DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN** del Hospital, no ve inconveniente alguno, y siempre que cuente con el visto bueno del Director del Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa, **AUTORIZA** a su persona, la **realización del trabajo de investigación "EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUIA DE TOKIO 2018 RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA – HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022"**, cuyo proyecto de investigación deberá ser presentada con anterioridad al inicio de actividades de investigación. **Este trabajo de investigación, deberá enmarcarse rigurosamente en la reserva de datos obtenidos de los pacientes y de la institución, así como el marco legal vigente; y ceñirse estrictamente a la matriz operacional, y los ítems señalados en los anexos** que acompaña en su proyecto de investigación.

Así mismo, deberá hacer llegar al **ÁREA DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN** del Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa, una copia del trabajo de investigación aprobada en su oportunidad.

Atentamente.

Dr. Jorge F. Flores Canasa
E.S.P. Cirugía General y Laparoscópica
CMP: 22819 - RNE: 21361
JEFE DE SERVICIO
COORDINADOR DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN
HOSPITAL A. B. LAMPA



VºBº DIRECTOR



ANEXO 4. INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Identificación

- Sexo: masculino () femenino ()
- Edad (años)

DATOS CLINICOS		
	Positivo	Negativo
<u> Criterios clínicos </u>		
○ signos de Murphy		
○ masa/ dolor en hipocondrio derecho		
○ fiebre		
<u> Criterios de laboratorio </u>		
○ PCR elevada		
○ recuento elevado de leucocitos		
<u> Hallazgos ecográficos </u>		
○ engrosamiento de la pared de la vesícula		
○ agrandamiento de la vesícula biliar		
○ cálculos biliares o desechos retenidos		
○ liquido alrededor de la vesícula biliar		



Anexo: 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CLASIFICACIÓN DE LA COLECISTITIS		
	Si	No
<u>Colecistitis aguda leve</u>		
<ul style="list-style-type: none"> ○ No obedece a la directriz grado II o grado III. Cirugía segura y de riesgo bajo 		
<u>Colecistitis aguda moderado</u>		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Numero de leucocitos elevado mayor 18000/mm³ ○ Masa dolorosa palpable CSD ○ Duración de los síntomas mayor a 72 h ○ Inflamación local significativa (absceso hepático, absceso pericolecístico, colecistitis enfisematosa, colecistitis enfisematosa, peritonitis biliar). 		
<u>Colecistitis aguda severo</u>		
<ul style="list-style-type: none"> ○ Falla hepática: TP _ INR mayor 1,5 ○ Falla renal oliguria: Creatinina mayor a 2 mg/dl ○ Falla cardiovascular: presión baja ○ Falla neurológica: alteración del nivel de conciencia ○ Falla respiratoria: PaO₂/FiO₂ fracción menor de 300. 		

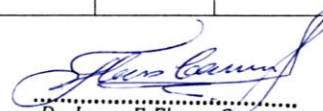


FORMATO DE VALIDACIÓN DE DEL INSTRUMENTO

Estimados revisores expertos. Dr. Jorge F. Flores Canasa

Proporcione sus comentarios sobre la herramienta de recopilación de datos del proyecto de investigación **EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TOKIO 2018 RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022**. Presentado por el bachiller Robert Condori Roque y el asesor Dr Santiago Cristóbal Quispe Pari, Creo que la herramienta es adecuada para su propósito. Según los criterios a continuación, Marque (X) Sí o No para cada criterio según su opinión.

items	Los elementos corresponden a las dimensiones de la variable.		La estructura del instrumento es adecuada		Los ítems son claros comprensibles		El número de ítem es adecuado para su aplicación	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Signo de Murphy	x		x		x		x	
Dolor en hipocondrio derecho	x		x		x		x	
Masa palpable	x		x		x		x	
Fiebre mayor > 38C	x		x		x		x	
Leucocitosis > 10000mm3	x		x		x		x	
PCR	x		x		x		x	
Diámetro de la pared > 4mm	x		x		x		x	
Longitud > 10mm, transversal > 6 mm	x		x		x		x	
Cálculos impactados	x		x		x		x	
Diagnostico con la directriz de Tokio 2018	x		x		x		x	
Colecistectomía	x		x		x		x	


 Dr. Jorge F. Flores Canasa
 E.S.P. Cirugía General y Laparoscópica
 CMP: 22819 - RNE: 21361
 JEFE DE SERVICIO

Firma y sello

FORMATO DE VALIDACIÓN DE DEL INSTRUMENTO

Estimados revisores expertos. Dr. Ivan Cruz Ramos Quenta

Proporcione sus comentarios sobre la herramienta de recopilación de datos del proyecto de investigación **EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TOKIO 2018 RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022**. Presentado por el bachiller Robert Condori Roque y el asesor Dr Santiago Cristóbal Quispe Pari, Creo que la herramienta es adecuada para su propósito. Según los criterios a continuación, Marque (X) Sí o No para cada criterio según su opinión.

items	Los elementos corresponden a las dimensiones de la variable.		La estructura del instrumento es adecuada		Los ítems son claros comprensibles		El número de ítem es adecuado para su aplicación	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Signo de Murphy	x		x		x		x	
Dolor en hipocondrio derecho	x		x		x		x	
Masa palpable	x		x		x		x	
Fiebre mayor > 38C	x		x		x		x	
Leucocitosis > 10000mm3	x		x		x		x	
PCR	x		x		x		x	
Diámetro de la pared > 4mm	x		x		x		x	
Longitud > 10mm, transversal > 6 mm	x		x		x		x	
Cálculos impactados	x		x		x		x	
Diagnostico con la directriz de Tokio 2018	x		x		x		x	
Colecistectomía	x		x		x		x	



Ivan Cruz Ramos Quenta
CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCÓPICA
CMP: 52851 RNE: 38696

Firma y sello



FORMATO DE VALIDACIÓN DE DEL INSTRUMENTO

Estimados revisores expertos. Dr. Roy Eyner Jara Callohuanca

Proporcione sus comentarios sobre la herramienta de recopilación de datos del proyecto de investigación **EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TOKIO 2018 RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA – 2022**. Presentado por el bachiller Robert Condori Roque y el asesor Dr Santiago Cristóbal Quispe Pari, Creo que la herramienta es adecuada para su propósito. Según los criterios a continuación, Marque (X) Sí o No para cada criterio según su opinión.

items	Los elementos corresponden a las dimensiones de la variable.		La estructura del instrumento es adecuada		Los ítems son claros comprensibles		El número de ítem es adecuado para su aplicación	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Signo de Murphy	x		x		x		x	
Dolor en hipocondrio derecho	x		x		x		x	
Masa palpable	x		x		x		x	
Fiebre mayor > 38C	x		x		x		x	
Leucocitosis > 10000mm3	x		x		x		x	
PCR	x		x		x		x	
Diámetro de la pared > 4mm	x		x		x		x	
Longitud > 10mm, transversal > 6 mm	x		x		x		x	
Cálculos impactados	x		x		x		x	
Diagnostico con la directriz de Tokio 2018	x		x		x		x	
Colecistectomía	x		x		x		x	



R. Eyner Jara Callohuanca
MÉDICO CIRUJANO - CIRUJANO GENERAL
C.M.P. 65684 - R.N.E. 37859

Firma y sello



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: _____

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ROBERT CONDORI ROQUE

Dirección: Jr. AZANGARO 768

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 42249846

Teléfono: 946524535 email: overroque@gmail.com

Nombres y Apellidos: ROBERT CONDORI ROQUE

Dirección: Jr. AZANGARO 768

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 42249846

Teléfono: 946524535 email: overroque@gmail.com

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MEDICO CIRUJANO

Asesor: SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: EFICACIA DE LOS CRITERIOS DE LA GUÍA DE TOKIO 2018 RELACIONADOS CON EL
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA HOSPITAL
ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA - 2022

Palabras claves, (3 a 5 términos): Colecistitis litiásica, colico biliar, colecistitis crónica, fiebre y litiasis.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

No

¹ indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

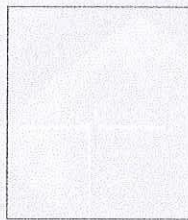
En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: MEDICINA HUMANA - P09

Firma de Autor



huella digital

Fecha