

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA EVOLUCIÓN
DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON COLECISTITIS
LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-2020.**

Tesis presentada por la Bachiller:

González Quispe, Belén Aracely

Para optar por el título profesional de:

Médica Cirujana

Asesor:

Dr. Mendoza Del Solar Chávez, Gonzalo

Arequipa – Perú

2020



INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 126-FMH-CI-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA EVOLUCIÓN DEL
TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA
AREQUIPA EN EL PERIODO 2018- 2020”**

Presentado por el (la) Sr(ta):

GONZALEZ/QUISPE/BELEN ARACELY

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Arequipa, ... *20 de Julio*

.....
Dr. EDGAR MONTANCHEZ CARAZAS

.....
Dr. ALDO LÓPEZ TICONA

.....
Dra. NOEMÍ DEL CASTILLO SOLÓRZANO



INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO NO 126-FMH-C1-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA EVOLUCIÓN
DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON COLECISTITIS
LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-2020"**

Presentado por el (la) Sr(ta):

GONZALEZ/QUISPE/BELEN ARACELY

Nuestro dictamen es:

FAVORABLE

OBSERVACIONES:

NINGUNA.

Arequipa,

21-07-2020

.....
Dr. EDGAR MONTANCHEZ CARAZAS

.....
Dr. ALDO LÓPEZ TICONA

.....
Dra. NOEMÍ DEL CASTILLO SOLÓRZANO



INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 126-FMH-CI-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA EVOLUCIÓN DEL
TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA
AREQUIPA EN EL PERIODO 2018- 2020"**

Presentado por el (la) Sr(ta):

GONZALEZ/QUISPE/BELEN ARACELY

Nuestro dictamen es:

favorable

OBSERVACIONES:

Arequipa, 21 julio 2020

Dr. EDGAR MONTANCHEZ CARAZAS

Dr. ALDO LÓPEZ TICONA

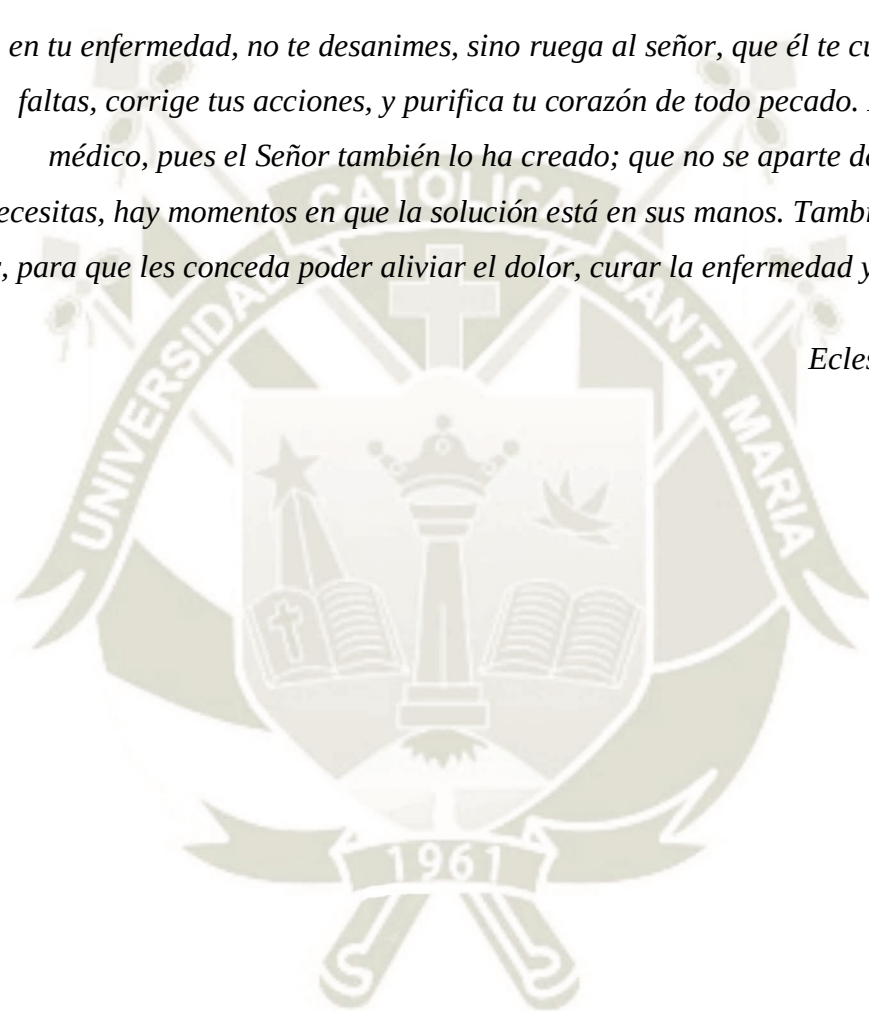
Noemí Del Castillo
Dra. NOEMÍ DEL CASTILLO SOLÓRZANO

EPÍGRAFE

“Honra al médico por los servicios que presta, que también a él lo creo el Señor. Del Altísimo viene la curación, del rey se reciben las dádivas. El señor ha creado medicinas en la tierra, y el hombre prudente no las desprecia...

Hijo, en tu enfermedad, no te desanimes, sino ruega al señor, que él te curará. Aparta tus faltas, corrige tus acciones, y purifica tu corazón de todo pecado. Luego recurre al médico, pues el Señor también lo ha creado; que no se aparte de tu lado, pues lo necesitas, hay momentos en que la solución está en sus manos. También ellos rezan al Señor, para que les conceda poder aliviar el dolor, curar la enfermedad y salvar tu vida.”

Eclesiástico 38, 1-15.



DEDICATORIA

A Dios, por ser soporte, fortaleza, y luz que guía siempre mis pasos

*A mis padres, Manuel y Flor, porque gracias a sus sacrificios y sus consejos puedo
culminar este arduo camino que es la carrera de medicina*

*A mis hermanos, Rodrigo y Lucía, por apoyarme y darme una voz de aliento cada vez que
se presentaban dificultades*

*A Michael, por permanecer a mi lado y brindarme paz y tranquilidad ante las
adversidades.*

Al esfuerzo, dedicación y lucha constante por alcanzar mi sueño de ser médico cirujano

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, quienes me impartieron sus conocimientos y colaboraron con mi formación educativa en esta profesión de médico cirujano.

Al personal médico, personal de enfermería, técnicos y administrativos de la Clínica Arequipa, en donde realice mi internado de medicina, aprendiendo de todos ellos la valiosa labor y el gran esfuerzo que representa ejercer la carrera de medicina humana y el respeto por la salud del prójimo.

A mi asesor de tesis el Dr. Gonzalo Mendoza Del Solar Chávez, quien con sus conocimientos y experiencia me ayudó y guió con esmero para la realización de este trabajo de investigación.

RESUMEN

Introducción: La colecistitis litiásica en el Perú es una de las 20 patologías más frecuentes de hospitalización. La formación de cálculos se debe a un consumo excesivo de colesterol en la dieta. La litiasis vesicular podría complicarse presentando colecistitis litiásica y el tratamiento recomendado es la colecistectomía laparoscópica. Un paciente con obesidad podría presentar mayores complicaciones quirúrgicas debido a las comorbilidades asociadas, haciendo que la cirugía laparoscópica abdominal sea más compleja y pueda tener complicaciones. **Objetivo:** Determinar cuáles son las complicaciones asociadas al sobrepeso y obesidad en la evolución del tratamiento laparoscópico en pacientes con colecistitis litiásica en clínica Arequipa en el periodo 2018-2020. **Metodología:** Se trabajó con una muestra de estudio de 348 pacientes, se realizaron cuadros estadísticos y gráficos, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson al 95%, considerando $p < 0.05$ como nivel de significación estadística. **Resultados:** De los 348 pacientes, 46.26% presentaron sobrepeso y 20.98% obesidad, de estos, 33.91% tuvieron colecistitis litiásica aguda y 33.33% crónica. Se encontró que no existe asociación entre el índice de masa corporal (IMC) con el tipo de colecistitis ($p=0.589$); con el tiempo de hospitalización postquirúrgica ($p=0.575$), ni con las complicaciones postquirúrgicas ($p=0.505$); así mismo existe asociación entre el IMC con los hallazgos intraoperatorios ($p=0.001$) y con las complicaciones intraoperatorios ($p=0.002$). **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes colecistectomizados presentaron sobrepeso y obesidad; no encontrándose asociación entre: El tipo de colecistitis litiásica, el tiempo de hospitalización y las complicaciones postquirúrgicas al sobrepeso y la obesidad. Si hubo asociación tanto en los hallazgos intraoperatorios como en las complicaciones intraoperatorias relacionadas al sobrepeso y obesidad.

PALABRAS CLAVES: Colecistitis, colecistectomía laparoscópica, obesidad, sobrepeso.

ABSTRACT

Introduction: Lithiasic cholecystitis in Peru is one of the 20 most frequent hospitalization pathologies. Stone formation is due to excessive consumption of cholesterol in the diet. Gallbladder lithiasis could be complicated by presenting lithiasic cholecystitis and the recommended treatment is laparoscopic cholecystectomy. A patient with obesity could present greater surgical complications due to the associated comorbidities, making laparoscopic abdominal surgery more complex and may have complications. **Objective:** To determine which are the complications associated with overweight and obesity in the evolution of laparoscopic treatment in patients with cholecystitis lithiasic in Arequipa clinic in the period 2018-2020. **Methodology:** We worked with a study sample of 348 patients, statistical tables and graphs were performed, Pearson's Chi-square test was applied to 95%, considering $p < 0.05$ as the level of statistical significance. **Results:** Of the 348 patients, 46.26% were overweight and 20.98% obese, of these, 33.91% had acute lithiasic cholecystitis and 33.33% chronic. It was found that there is no association between the body mass index (BMI) with the type of cholecystitis ($p=0.589$); with the time of post-surgical hospitalization ($p=0.575$), nor with post-surgical complications ($p=0.505$); There is also an association between BMI and the findings intraoperative ($p=0.001$) and with intraoperative complications ($p = 0.002$). **Conclusions:** Most of the cholecystectomy patients were overweight and obese; no association being found between: The type of lithiasic cholecystitis, the time of hospitalization and the postoperative complications of overweight and obesity. There was an association both in intraoperative findings and in intraoperative complications related to overweight and obesity.

KEY WORDS: Cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, obesity, overweight.

INDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MATERIALS Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	11
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	25
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
ANEXOS.....	40
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41
ANEXO 2: PROYECTO DE TESIS	43
ANEXO 3: TABLAS Y GRÁFICOS AUXILIARES.....	99
ANEXO 4: MATRIZ DE DATOS	107

INTRODUCCIÓN

La colecistitis litiásica es una de las principales patologías benignas de la vesícula biliar, siendo una consulta muy frecuente a nivel mundial, en EEUU se estima que 10-20% de la población presenta litiasis vesicular, en el Perú es una de las 20 patologías más frecuentes de hospitalización (1) de estos pacientes un 25% presentan sintomatología, siendo la principal un dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocondrio derecho. (2).

Esta patología se debe a la presencia de cálculos en la vesícula biliar, los cálculos de colesterol y los cálculos mixtos representan un 80% del total. (3). La formación de cálculos de colesterol se debe a un consumo excesivo de colesterol en la dieta por lo tanto los pacientes que presentan sobrepeso y obesidad tienen un mayor riesgo de padecer litiasis vesicular.

El sobrepeso y la obesidad según la organización mundial de la salud (OMS) se definen como la acumulación excesiva de grasa corporal, son problemas de salud a nivel mundial. Según la Organización Mundial de Salud en el año 2016 se encontró que más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. (4) En Perú en La Encuesta Nacional de Salud en el año 2014, en personas mayores de 15 años se encontró una prevalencia de sobrepeso de 33,8% y una prevalencia de obesidad de 18,3%. (5).

Los malos hábitos alimenticios, el consumo de comida chatarra, la vida sedentaria y la falta de ejercicio físico aumentan el riesgo de presentar sobrepeso y obesidad. La presencia de un alto IMC es un factor de riesgo para presentar diversas patologías como por ejemplo diabetes mellitus, hipertensión arterial, y como hemos visto, también un factor de riesgo de presentar litiasis vesicular, el obeso mórbido tiene dos a tres veces más frecuencia de litiasis vesicular

en comparación con personas con un adecuado IMC (6).

La litiasis vesicular podría complicarse presentando colecistitis litiásica, para la cual el tratamiento recomendado es la intervención quirúrgica, en la cual se realiza la resección de la vesícula biliar, existen dos técnicas quirúrgicas utilizadas por los médicos cirujanos, la colecistectomía abierta y la colecistectomía laparoscópica, esta última es la preferida por los profesionales de salud por presentar menor tiempo quirúrgico, menos complicaciones postquirúrgicas además de un menor tiempo de recuperación, sin embargo, un paciente con obesidad podría presentar mayores complicaciones quirúrgicas debido a las comorbilidades asociadas, esto conlleva a que la cirugía laparoscópica abdominal sea más compleja y pueda tener mayores complicaciones.

Debido a que la colecistitis litiásica es consulta frecuente en emergencia como en consultorios, siendo su tratamiento de elección y el más utilizado por los médicos cirujanos la colecistectomía laparoscópica, y teniendo en cuenta que los pacientes con colecistitis litiásica en varios casos también presentan sobrepeso y obesidad, el presente trabajo tiene como objetivo evidenciar las complicaciones que se asocian al sobrepeso y la obesidad en el tratamiento laparoscópico para encontrar información que nos puede ayudar a tomar medidas correctivas no sólo para que se tome en cuenta la importancia de la promoción y prevención de la obesidad como factor de riesgo de colecistitis litiásica, sino también para concientizar tanto a médicos cirujanos como a la población que la obesidad y el sobrepeso pueden acarrear mayores complicaciones en la evolución del tratamiento laparoscópico y poder tomar medidas al respecto, además se refleja estadísticamente las complicaciones que se asocian a obesidad y sobrepeso en la evolución de un paciente sometido a tratamiento laparoscópico.



CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Se utilizó la técnica de REVISIÓN DOCUMENTARIA, recabando la información registrada en las historias clínicas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de colecistitis litiásica que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica.

1.2. Instrumentos

Se utilizó una FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, en la que se consignó los siguientes datos de cada paciente; edad, sexo, tipo de colecistitis, peso y talla (para calcular el índice de masa corporal), además tiempo de hospitalización postquirúrgica, y complicaciones intraoperatorias y postquirúrgicas.

1.3. Materiales

- ✓ Fichas de investigación (ficha de recolección de datos, historias clínicas).
- ✓ Material de escritorio.
- ✓ Computadora portátil.
- ✓ Impresora.
- ✓ Software para procesamiento estadístico de base de datos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La presente investigación se realizó en Clínica Arequipa, ubicada en Esquina Puente Grau con Bolognesi S/N, del distrito, provincia y departamento Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

El estudio se realizó de manera retrospectiva en el periodo comprendido entre 01 de enero de 2018 al 31 de marzo de 2020.

2.3. Unidades de estudio

Todas las historias clínicas y reportes quirúrgicos de pacientes con diagnóstico de colecistitis litiásica hospitalizados en Clínica Arequipa que fueron intervenidos quirúrgicamente realizándoles colecistectomía laparoscópica.

2.4. Universo

Pacientes de la provincia de Arequipa que presentan diagnóstico de colecistitis litiásica y que son sometidos a colecistectomía laparoscópica

2.5. Población

Pacientes hospitalizados en Clínica Arequipa con diagnóstico de colecistitis litiásica que fueron intervenidos quirúrgicamente realizándoles colecistectomía laparoscópica en el periodo comprendido entre 01 de enero de 2018 al 31 de marzo de 2020.

2.6. Criterios de selección

a) Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ Pacientes entre 20 y 65 años.
- ✓ Pacientes con diagnóstico de colecistitis litiásica.

- ✓ Pacientes que ingresaron por hospitalización y por emergencia de Clínica Arequipa para someterse a tratamiento quirúrgico laparoscópico (colecistectomía laparoscópica) por colecistitis litiásica.
- ✓ Historias clínicas que cuenten con: Filiación, Anamnesis, relato y descripción clínica del paciente, además del reporte operatorio.

b) Criterios de exclusión:

- ✓ Historias clínicas incompletas.
- ✓ Pacientes con diagnóstico de colecistitis litiásica a los que se le realizó en la misma intervención quirúrgica además de colecistectomía laparoscópica alguna otra cirugía (hernioplastía, apendicetomía laparoscópica, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, etc.).
- ✓ Pacientes que presentaron un índice de masa corporal menor a 18.5 kg/m².

2.7. Muestra

Conformada por pacientes que cumplen con los criterios de inclusión descritos anteriormente, hospitalizados en Clínica Arequipa con diagnóstico de colecistitis litiásica que fueron intervenidos quirúrgicamente realizándoles colecistectomía laparoscópica en el periodo comprendido entre 01 de enero de 2018 al 31 de marzo de 2020.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- ✓ Se presentó un proyecto de investigación a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, el cual fue aprobado por un

dictaminador.

- ✓ Se realizaron coordinaciones con la Gerencia Medica de Clínica Arequipa, presentando una solicitud formal para poder realizar la revisión de historias clínicas.
- ✓ Una vez obtenido el permiso de la Gerencia Medica, se accedió al sistema de hospitalización de Clínica Arequipa escogiendo únicamente a pacientes que fueron hospitalizados con diagnóstico de colecistitis litiásica.
- ✓ Se realizó la recabación de información en el área de historias clínicas de la Clínica Arequipa de acuerdo a la ficha de recolección de datos.
- ✓ Se organizaron los datos obtenidos para su interpretación y análisis digitalizándolas en una base de datos en el software Microsoft Excel 2016, posteriormente se utilizó el programa SPSS 21 para la evaluación estadística.

3.2. Recursos

- ✓ Humanos
 - Investigadora: Bachiller Belén Aracely González Quispe.
 - Asesor: Dr. Gonzalo Mendoza Del Solar.
- ✓ Materiales
 - Material de escritorio.
 - Computadora Windows 7 (con software Microsoft Excel 2016).
 - Paquete Estadístico (SPSS 21).
 - Impresora.
 - Ficha de recolección de datos (Anexo 1).

✓ Financieros

El presente proyecto será autofinanciado.

3.3. Validación del instrumento

No se requiere validación del instrumento.

3.4. Criterios para el manejo de datos

3.4.1. Recolección de datos

Previo permiso de la gerencia médica de Clínica Arequipa y previa coordinación con el jefe del área de historias clínicas, se procedió a realizar la revisión de los expedientes médicos. Primero se accedió a la base de datos de pacientes de la Clínica Arequipa, identificando a los pacientes con diagnóstico de colecistitis litiásica hospitalizados desde el 01 de enero de 2018 hasta el 31 de marzo de 2020, obteniendo un total de 501 pacientes, de los cuales se registró su número de historia clínica.

Con esta información se revisó en el área de archivos médicos el documento físico de las historias clínicas de dichos pacientes, de estos 501 pacientes se descartaron 20, debido a incoherencias en los números de historias clínicas, nombres de los pacientes, redacción incompleta de las historias clínicas y ausencia de reportes operatorios.

De estos 481 pacientes se registró la información de acuerdo a la ficha de recolección de datos (Anexo 1) tomando en cuenta edad, sexo, tipo de colecistitis, peso, talla, índice de masa corporal y su clasificación, tiempo de

hospitalización postquirúrgica, complicaciones intraoperatorias y complicaciones postquirúrgicas.

Posteriormente se aplicó los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente en el acápite 2.6, puntos a y b respectivamente, obteniendo 348 pacientes los cuales constituyeron la muestra de estudio para el presente trabajo.

3.4.2. Sistematización de datos

Se digitalizo los datos obtenidos elaborando una base de datos en el software Microsoft Excel 2016 para poder organizar la información en tablas y gráficos y así realizar su posterior análisis estadístico en el paquete estadístico SPSS 21.

3.4.3. Análisis de datos

Se realizaron cuadros estadísticos de frecuencia y porcentaje para el análisis de variables categóricas, también se elaboraron gráficos para mostrar los resultados obtenidos.

Para determinar la asociación entre las variables estudiadas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson al 95%, en el cual se consideró $p < 0.05$ como nivel de significación estadística.

3.5. Consideraciones éticas

Se utilizó una ficha de recolección de datos, tomando los datos de las historias clínicas de pacientes con colecistitis litiásica. Se garantizó la confidencialidad de las historias clínicas revisadas. Se contó con la autorización de la gerencia medica de Clínica Arequipa para la revisión de historias clínicas.

El presente trabajo no requirió consentimiento informado porque no se tomó los datos personales de los pacientes (nombres, identificación).





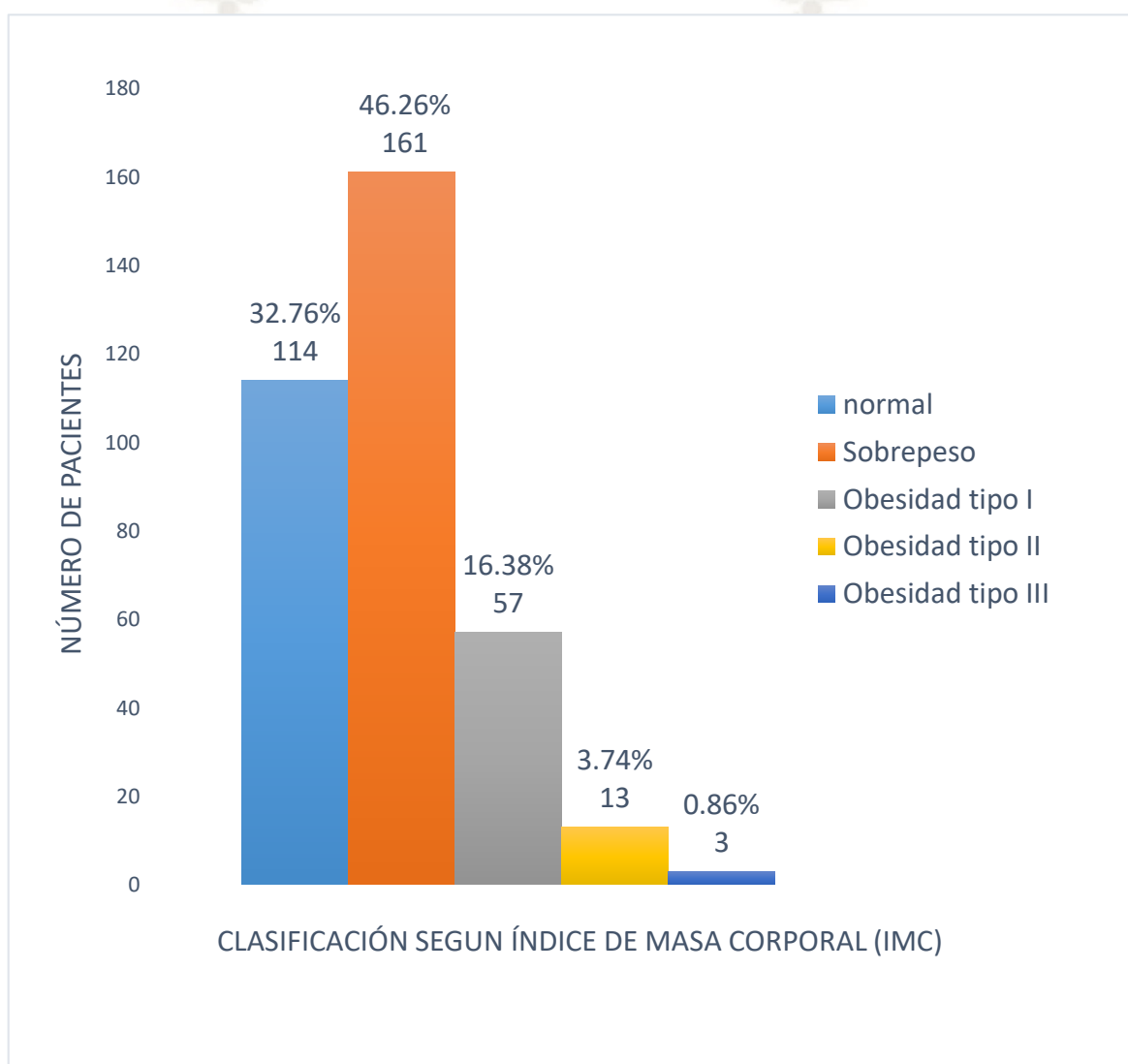
CAPÍTULO II

RESULTADOS

COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-2020.

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL

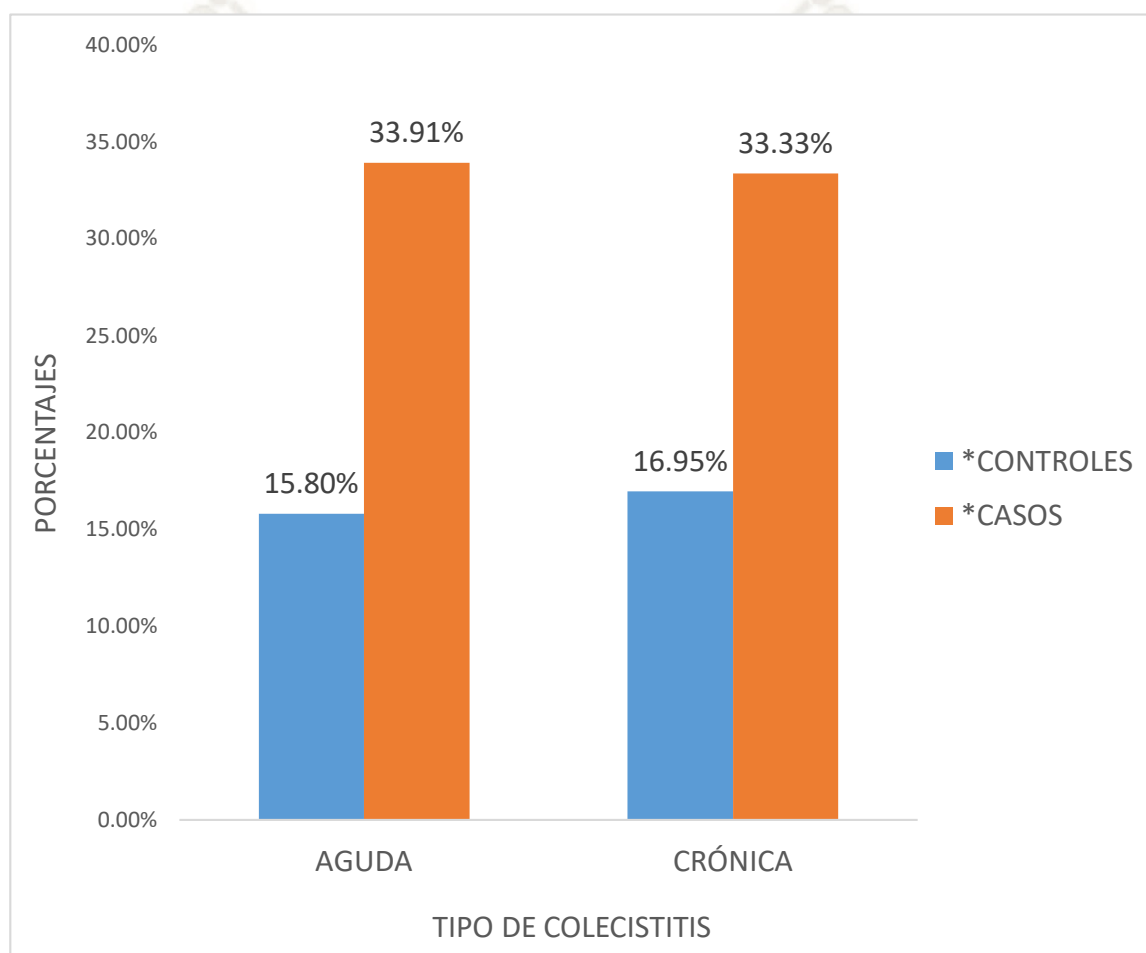


En el gráfico 1, se muestra la distribución y clasificación de los pacientes según índice de masa corporal (IMC). Se evaluaron 348 pacientes, 161 presentaron sobrepeso, es decir, un 46.26% del total, mientras que solo 73 pacientes presentaron obesidad en sus diferentes grados, lo que representa un 20.98% del total.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE COLECISTITIS LITIÁSICA



*Llámesse controles a los pacientes que presentan un índice de masa corporal (IMC) adecuado, es decir IMC comprendido entre 18.5 kg/m² y 24.99 kg/m²; y casos a los pacientes que presentan sobrepeso u obesidad, es decir un IMC mayor a 25 kg/m².

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 1

**ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) CON EL TIPO DE
COLECISTITIS LITIÁSICA**

CLASIFICACIÓN SEGÚN IMC		TIPO DE COLECISTITIS		TOTAL
		Agudo	Crónico	
CONTROLES	Recuento	55	59	114
	Normal			
	% Dentro de IMC	48.25	51.75	100.00
	% Dentro de tipo de colecistitis	31.79	33.71	32.76
	% Del total	15.80	16.95	32.76
CASOS	Recuento	86	75	161
	Sobrepeso			
	% Dentro de IMC	53.42	46.58	100.00
	% Dentro de tipo de colecistitis	49.71	42.86	46.26
	% Del total	24.71	21.55	46.26
	Recuento	26	31	57
	Obesidad I			
	% Dentro de IMC	45.61	54.39	100.00
	% Dentro de tipo de colecistitis	15.03	17.71	16.38
	% Del total	7.47	8.91	16.38
	Recuento	5.00	8.00	13.00
	Obesidad II			
	% Dentro de IMC	38.46	61.54	100.00
	% Dentro de tipo de colecistitis	2.89	4.57	3.74
	% Del total	1.44	2.30	3.74
	Recuento	1	2	3
	Obesidad III			
	% Dentro de IMC	33.33	66.67	100.00
	% Dentro de tipo de colecistitis	0.58	1.14	0.86
	% Del total	0.29	0.57	0.86
TOTAL	Recuento	173	175	348
	% Dentro de IMC	49.71	50.29	100.00
	% Dentro de tipo de colecistitis	100.00	100.00	100.00
	% Del total	49.71	50.29	100.00

En la tabla 1, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson al 95%, obteniendo $p=0.673$, esto indica que no existe asociación significativa entre el índice de masa corporal con el tipo de colecistitis litiásica.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 2

**ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y EL TIEMPO DE
HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA**

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN POSTQUIRÚRGICA		CLASIFICACIÓN SEGÚN IMC					Total
		CONTROLES	CASOS				
			Normal	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	
Menor a 2 días	Recuento	30	35	8	1	0	74
	% dentro de Tiempo de hospitalización postquirúrgico	40.54	47.30	10.81	1.35	0.00	100.00
	% dentro de IMC	26.32	21.74	14.04	7.69	0.00	21.26
	% del total	8.62	10.06	2.30	0.29	0.00	21.26
De 2 a 3 días	Recuento	79	115	45	11	3	253
	% dentro de Tiempo de hospitalización postquirúrgico	31.23	45.45	17.79	4.35	1.19	100.00
	% dentro de IMC	69.30	71.43	78.95	84.62	100.00	72.70
	% del total	22.70	33.05	12.93	3.16	0.86	72.70
Más de 3 días	Recuento	5	11	4	1	0	21
	% dentro de Tiempo de hospitalización postquirúrgico	23.81	52.38	19.05	4.76	0.00	100.00
	% dentro de IMC	4.39	6.83	7.02	7.69	0.00	6.03
	% del total	1.44	3.16	1.15	0.29	0.00	6.03
TOTAL	Recuento	114	161	57	13	3	348
	% dentro de Tiempo de hospitalización postquirúrgico	32.76	46.26	16.38	3.74	0.86	100.00
	% dentro de IMC	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	% del total	32.76	46.26	16.38	3.74	0.86	100.00

En la tabla 2, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson al 95%, obteniendo $p=0.575$, esto indica que no existe asociación significativa entre índice de masa corporal con el tiempo de hospitalización postquirúrgico.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 3

**HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS QUE COMPLICAN LA CIRUGÍA SEGÚN
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)**

HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS	CONTROLES		CASOS								Total (n)	Total (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
Lecho vesicular hipervascularizado	53	11.83%	92	20.54%	40	8.93%	9	2.01%	2	0.45%	196	43.75%
Bridas y adherencias	47	10.49%	76	16.96%	29	6.47%	5	1.12%	1	0.22%	158	35.27%
Hígado congestivo - edematoso	5	1.12%	7	1.56%	1	0.22%	0	0.00%	0	0.00%	13	2.90%
Anomalías vesiculares	5	1.12%	1	0.22%	1	0.22%	0	0.00%	0	0.00%	7	1.56%
Gangrena vesicular	4	0.89%	14	3.13%	8	1.79%	1	0.22%	0	0.00%	27	6.03%
Piocollecisto	4	0.89%	4	0.89%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	8	1.79%
Peritonitis	3	0.67%	4	0.89%	4	0.89%	0	0.00%	0	0.00%	11	2.46%
Líquido libre en subfrénico y subhepático	3	0.67%	6	1.34%	1	0.22%	0	0.00%	0	0.00%	10	2.23%
Hidrocolecisto	1	0.22%	2	0.45%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	0.67%
Plastrón vesicular	1	0.22%	3	0.67%	2	0.45%	0	0.00%	0	0.00%	6	1.34%
Pancreatitis	1	0.22%	1	0.22%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	0.45%
Cáncer vesicular	1	0.22%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.22%
Otros	3	0.67%	1	0.22%	2	0.45%	0	0.00%	0	0.00%	6	1.34%

En la tabla 3, observamos que el hallazgo intraoperatorios con mayor presentación fue un lecho vesicular hipervascularizado con un total del 43.75% del total de hallazgos, los pacientes con sobrepeso representan el 20.54% y con obesidad el 11.39%, así mismo se encontró que un 11.83% fueron pacientes con IMC normal.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 4

**NÚMERO DE HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS POR PACIENTE QUE
COMPLICAN LA CIRUGÍA SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)**

NÚMERO DE HALLAZGOS POR PACIENTE	CONTROLES		CASOS								Total (n)	Total (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
0	36	10.34%	32	9.20%	5	1.44%	3	0.86%	1	0.29%	77	22.13%
1	46	13.22%	69	19.83%	27	7.76%	5	1.44%	1	0.29%	148	42.53%
2	27	7.76%	42	12.07%	15	4.31%	4	1.15%	1	0.29%	89	25.57%
3	0	0.00%	12	3.45%	6	1.72%	1	0.29%	0	0.00%	19	5.46%
4	3	0.86%	5	1.44%	4	1.15%	0	0.00%	0	0.00%	12	3.45%
5	1	0.29%	1	0.29%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	0.57%
6	1	0.29%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.29%
TOTAL DE PACIENTES	114	32.76%	161	46.26%	57	16.38%	13	3.74%	3	0.86%	348	100.00%

En la tabla 4, observamos que 22.13% del total de pacientes no presentaron algún hallazgo operatorio, el 42.53 % presentaron 1 hallazgo intraoperatorio, siendo los controles el 13.22% y los casos 29.32%, así mismo solo en 1 paciente, que representa el 0.29% del total, se encontraron 6 hallazgos intraoperatorios.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 5

**ASOCIACION ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y HALLAZGOS
INTRAOPERATORIOS QUE COMPLICAN LA CIRUGÍA**

CLASIFICACIÓN SEGÚN IMC			HALLAZOS INTRAOPERATORIOS		TOTAL
			NO	SI	
CONTROLES	Normal	Recuento	36	78	114
		% Dentro de IMC	31.58	68.42	100.00
		% Dentro de hallazgos intraoperatorios	46.75	28.78	32.76
		% del total	10.34	22.41	32.76
CASOS	Sobrepeso	Recuento	32	129	161
		% Dentro de IMC	19.88	80.12	100.00
		% Dentro de hallazgos intraoperatorios	41.56	47.60	46.26
		% del total	9.20	37.07	46.26
	Obesidad I	Recuento	5	52	57
		% Dentro de IMC	8.77	91.23	100.00
		% Dentro de hallazgos intraoperatorios	6.49	19.19	16.38
		% del total	1.44	14.94	16.38
	Obesidad II	Recuento	3	10	13
		% Dentro de IMC	23.08	76.92	100.00
		% Dentro de hallazgos intraoperatorios	3.90	3.69	3.74
		% del total	0.86	2.87	3.74
	Obesidad III	Recuento	1	2	3
		% Dentro de IMC	33.33	66.67	100.00
		% Dentro de hallazgos intraoperatorios	1.30	0.74	0.86
		% del total	0.29	0.57	0.86
	TOTAL	Recuento	77	271	348
		% Dentro de IMC	22.13	77.87	100.00
		% Dentro de hallazgos intraoperatorios	100.00	100.00	100.00
		% del total	22.13	77.87	100.00

En la tabla 5, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson al 95%, obteniendo $p=0.014$, esto indica que existe asociación significativa entre el índice de masa corporal con los hallazgos intraoperatorios que complicarían la intervención quirúrgica.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 6

**COMPLICACIONES INTRAOPERATORIOS SEGÚN ÍNDICE DE MASA
CORPORAL (IMC)**

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS	CONTROLES				CASOS						TOTAL (N)	TOTAL (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
Lesión de vesícula	13	16.05%	17	20.99%	14	17.28%	2	2.47%	2	2.47%	48	59.26%
Sangrado del lecho vesicular	10	12.35%	14	17.28%	8	9.88%	0	0.00%	1	1.23%	33	40.74%
Lesión de vasos de la pared abdominal	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Lesión de grandes vasos	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Lesión de vía biliar	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Lesión de víscera hueca	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Lesión de víscera maciza	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Otros	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

En la tabla 6, podemos observar que del total de complicaciones presentadas el 59.26% representa a la lesión vesicular, siendo los pacientes con sobrepeso el 20.99%, los pacientes con obesidad el 22.22%, mientras que el 16.05% fueron pacientes considerados con IMC normal.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 7

**NÚMERO DE COMPLICACIONES INTRAOPERATORIOS SEGÚN ÍNDICE DE
MASA CORPORAL (IMC)**

NÚMERO DE COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS	CONTROLES				CASOS						TOTAL (N)	TOTAL (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
0	92	26.44%	131	37.64%	37	10.63%	11	3.16%	0	0.00%	271	77.87%
1	21	6.03%	27	7.76%	17	4.89%	2	0.57%	3	0.86%	70	20.11%
2	1	0.29%	3	0.86%	3	0.86%	0	0.00%	0	0.00%	7	2.01%
TOTAL DE PACIENTES	114	32.76%	161	46.26%	57	16.38%	13	3.74%	3	0.86%	348	100.00%

En la tabla 7, se puede observar que el 77.87% del total de pacientes estudiados no presentaron complicaciones intraoperatorias, mientras que 2.01%, que corresponde a 7 pacientes, presentaron 2 complicaciones intraoperatorias.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 8

**ASOCIACION ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y
COMPLICACIONES INTRAOPERATORIOS**

CLASIFICACIÓN SEGÚN IMC			COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS		TOTAL
			NO	SI	
CONTROLES	Normal	Recuento	92	22	114
		% Dentro de IMC	80.70	19.30	100.00
		% Dentro de complicaciones intraoperatorias	33.95	28.57	32.76
		% del total	26.44	6.32	32.76
CASOS	Sobrepeso	Recuento	131	30	161
		% Dentro de IMC	81.37	18.63	100.00
		% Dentro de complicaciones intraoperatorias	48.34	38.96	46.26
		% del total	37.64	8.62	46.26
	Obesidad I	Recuento	37	20	57
		% Dentro de IMC	64.91	35.09	100.00
		% Dentro de complicaciones intraoperatorias	13.65	25.97	16.38
		% del total	10.63	5.75	16.38
	Obesidad II	Recuento	11	2	13
		% Dentro de IMC	84.62	15.38	100.00
		% Dentro de complicaciones intraoperatorias	4.06	2.60	3.74
		% del total	3.16	0.57	3.74
	Obesidad III	Recuento	0	3	3
		% Dentro de IMC	0.00	100.00	100.00
		% Dentro de complicaciones intraoperatorias	0.00	3.90	0.86
		% del total	0.00	0.86	0.86
	TOTAL	Recuento	271	77	348
		% Dentro de IMC	77.87	22.13	100.00
		% Dentro de complicaciones intraoperatorias	100.00	100.00	100.00
		% del total	77.87	22.13	100.00

En la tabla 8, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson al 95%, obteniendo $p=0.001$, esto indica que existe asociación significativa entre el índice de masa corporal con las complicaciones intraoperatorios presentadas en colecistectomía laparoscópica.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 9

**COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS SEGÚN ÍNDICE DE MASA
CORPORAL (IMC)**

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS	CONTROLES				CASOS						TOTAL (N)	TOTAL (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
Hemoperitoneo	0	0.00%	2	20.00%	0	0.00%	1	10.00%	0	0.00%	3	30.00%
Enfermedades respiratorias	0	0.00%	2	20.00%	1	10.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	30.00%
Pancreatitis secundaria	1	10.00%	1	10.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	20.00%
Otros	0	0.00%	2	20.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	20.00%
Infección de herida operatoria	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Lesión de vía biliar	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Bilioperitonitis	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

En la tabla 9, se muestran las complicaciones postquirúrgicas según IMC, en la que se aprecia que la presencia de hemoperitoneo y enfermedades respiratorias representan cada una el 30% del total de complicaciones, mientras que no se presentaron casos de infección de herida operatoria, lesión de vía biliar y bilioperitonitis.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 10

**NÚMERO DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS SEGÚN ÍNDICE DE
MASA CORPORAL (IMC)**

NÚMERO DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	CONTROLES				CASOS						TOTAL (N)	TOTAL (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
0	113	32.47%	156	44.83%	56	16.09%	12	3.45%	3	0.86%	340	97.70%
1	1	0.29%	3	0.86%	1	0.29%	1	0.29%	0	0.00%	6	1.72%
2	0	0.00%	2	0.57%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	0.57%
TOTAL DE PACIENTES	114	32.76%	161	46.26%	57	16.38%	13	3.74%	3	0.86%	348	100.00%

En la tabla 10, se observa que el 97.70 % del total de pacientes evaluados no presentaron complicaciones postquirúrgicas, mientras que el 0.57% presentaron 2 complicaciones postquirúrgicas, siendo estos, 2 pacientes que pertenecen al grupo de los casos específicamente pacientes con sobrepeso.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 11

**ASOCIACION ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Y
COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS**

CLASIFICACIÓN SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)			COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS		TOTAL
			NO	SI	
CONTROLES	Normal	Recuento	113	1	114
		% Dentro de IMC	99.12	0.88	100
		% Dentro de complicaciones postoperatorias	33.24	12.5	32.76
		% Del total	32.47	0.29	32.76
CASOS	Sobrepeso	Recuento	156	5	161
		% Dentro de IMC	96.89	3.11	100
		% Dentro de complicaciones postoperatorias	45.88	62.5	46.26
		% Del total	44.83	1.44	46.26
	Obesidad I	Recuento	56	1	57
		% Dentro de IMC	98.25	1.75	100
		% Dentro de complicaciones postoperatorias	16.47	12.5	16.38
		% Del total	16.09	0.29	16.38
	Obesidad II	Recuento	12	1	13
		% Dentro de IMC	92.31	7.69	100
		% Dentro de complicaciones postoperatorias	3.53	12.5	3.74
		% Del total	3.45	0.29	3.74
	Obesidad III	Recuento	3	0	3
		% Dentro de IMC	100	0.00	100
		% Dentro de complicaciones postoperatorias	0.88	0.00	0.86
		% Del total	0.86	0.00	0.86
	TOTAL	Recuento	340	8	348
		% Dentro de IMC	97.70	2.30	100.00%
		% Dentro de complicaciones postoperatorias	100.00	100.00	100.00%
		% Del total	97.70	2.30	100.00%

En la tabla 11, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson al 95%, obteniendo $p=0.505$, esto indica que no existe asociación significativa entre el índice de masa corporal con las complicaciones postquirúrgicas presentadas en colecistectomía laparoscópica.



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En el gráfico 1, se muestra la distribución y clasificación de los pacientes según índice de masa corporal (IMC), en donde se observa que de los 348 pacientes evaluados la mayor cantidad se encontraron clasificados en sobrepeso, representando un 46.26% del total (161 pacientes), mientras que 20.98% (73 pacientes) presentaron obesidad, de los cuales en menor frecuencia se encontró obesidad tipo III, lo que representa un 0.86% del total (03 pacientes); así mismo se observó que los pacientes con IMC normal representan el 32.76% (114 pacientes), estos resultados son coherentes con los obtenidos por Díaz Garza J.H, en el cual se observa que de 544 pacientes evaluados la mayor cantidad fueron clasificados con sobrepeso representando 46% del total, 36% tuvieron un peso normal, y 18% presentaron obesidad siendo esta la clasificación con menor cantidad de pacientes (2). Igualmente, en el estudio de Suarez Reinoso K.Y. se encontró similitud en cuanto a frecuencia de presentación de pacientes con sobrepeso, que de un total de los 252 casos tuvieron sobrepeso 43%, mientras que difiere del presente estudio en cuanto al porcentaje encontrado en pacientes con IMC normal y obesidad, los cuales son 26% y 31% respectivamente, esta diferencia puede deberse a que Suarez Reinoso K.Y consideró en su muestra a pacientes con un rango etario de 0 a >65 años de edad, mientras que en el presente estudio el rango etario fue de ≥ 20 años y ≤ 65 años (7). De aquí se puede deslindar que el sobrepeso es compatible con la incidencia alta de colecistitis litiásica debido al metabolismo que tienen dichos pacientes.

En el gráfico 2, se muestra en porcentajes la distribución de los 348 pacientes según el tipo de colecistitis litiásica que presentaron, en el cual se puede observar que los pacientes con sobrepeso u obesidad (casos) representan un 33.91% del total en colecistitis litiásica aguda y 33.33% del total en colecistitis litiásica crónica, existiendo una diferencia menor al 1% entre ambos tipos de colecistitis litiásicas, del mismo modo ocurre en la distribución de los pacientes con un índice de masa corporal adecuado (controles), en el cual la diferencia de

presentación entre ambos tipos de colecistitis litiásicas es menor al 2%, este resultado difiere con el del trabajo de investigación realizado por Mitte Quijije L.L. en donde de una muestra de 220 pacientes encontraron que el porcentaje de colecistitis crónica fue del 75%, mientras que el de colecistitis aguda representa un 23%, esto puede deberse a que en nuestro estudio únicamente se estudiaron a pacientes que presentaron colecistitis litiásica y fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica mientras que en el estudio de Mitte Quijije L.L. evaluaron a pacientes que fueron sometidos a colecistectomía abierta por presentar diagnósticos como pólipo vesicular, colecistitis aguda y colecistitis crónica litiásica (16). **En la tabla 1;** se observa la asociación entre el índice de masa corporal y el tipo de colecistitis litiásica, en donde podemos apreciar que la mayor frecuencia la constituyen pacientes con sobrepeso que presentaron colecistitis litiásica aguda, representando estos el 24.71% del total, mientras que la menor frecuencia de presentación se encontró en los pacientes con obesidad tipo III con diagnóstico de colecistitis litiásica aguda, los cuales representan el 0.29%. Además, en dicha tabla se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson al 95% para establecer la asociación entre el índice de masa corporal (IMC) y el tipo de colecistitis que presentaron los pacientes evaluados en el presente estudio, en el cual se pudo determinar un valor de $p=0.673$, esto indica que no existe asociación significativa entre las variables de estudio ya mencionadas, lo que coincide con el estudio realizado por Díaz Rosales J.D & Alcocer Moren J.A., en el cual se estudiaron pacientes femeninos con diagnóstico de colecistitis litiásica encontrando que no existe diferencia estadísticamente significativa entre pacientes que presentaron, colelitiasis sintomática (colecistitis crónica) y colecistitis litiásica agudizada (colecistitis aguda), y la proporción de pacientes con normopeso, sobrepeso y obesidad (todos calculados por IMC) (8). Podemos decir entonces que, en el presente estudio, en la mitad de los casos, frente a un episodio agudo el paciente no busca el tratamiento quirúrgico inmediato, sino que posterga la operación ya sea por motivos

personales o económicos. Siendo así que la intervención quirúrgica solo se da si el paciente ha planificado operarse o el dolor es de tal severidad que requiere una intervención a la brevedad, para este entonces la patología ha evolucionado a su cronicidad. Sin embargo, se ha visto que 49.71% ha recibido tratamiento quirúrgico en el episodio agudo, posiblemente porque los pacientes que acuden a dicho centro hospitalario tienen mejor poder adquisitivo y prefieren acatar la sugerencia del médico tratante para evitar posteriores episodios de cólico vesicular.

En la tabla 2, se observa que 253 pacientes que representan el 72.70 % del total, presentaron un tiempo de hospitalización postquirúrgico de 2 a 3 días, que es el tiempo de estancia hospitalaria con mayor frecuencia de los 348 pacientes evaluados; de estos 253 pacientes, 79 tienen un IMC adecuado y 174 presentan sobrepeso u obesidad. Así mismo, 21 pacientes que representan 6.03% de total presentaron un tiempo de hospitalización postquirúrgico mayor a 3 días, siendo la menor frecuencia observada del total de pacientes evaluados, de estos, 5 pacientes presentaron un IMC adecuado, mientras que 16 pacientes tuvieron sobrepeso u obesidad. En esta misma tabla, aplicando la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson al 95%, se obtuvo $p=0.575$, lo cual representa que no existe asociación significativa entre el índice de masa corporal (IMC) con el tiempo de hospitalización postquirúrgico, discrepando con los resultados del estudio realizado por Burbano Vizcaíno C.E, en el cual encontraron que la mediana de días hospitalarios en pacientes con IMC adecuado fue de 1 día, y en pacientes que tuvieron sobrepeso u obesidad fue de 2 días., en el cual encontraron asociación estadísticamente significativa entre IMC y días de hospitalización (9). Tenemos que tomar en cuenta que al ser un servicio Hospitalario Particular se tiene protocolos de atención al paciente, donde se contempla que una estancia en la Clínica prolongada debe justificarse, no sólo por el riesgo infeccioso de otras patologías sino por el costo por día/cama

del paciente que la va a ocupar.

En la tabla 3 se muestran los hallazgos intraoperatorios que podrían complicar la intervención quirúrgica (colecistectomía laparoscópica), en la cual podemos apreciar que los más frecuentes son lecho vesicular hipervascularizado y bridas y adherencias, de los cuales el hallazgo intraoperatorio con mayor incidencia fue la presencia de lecho vesicular hipervascularizado con un total del 43.75% del total de hallazgos, siendo la mayor presentación en los pacientes con sobrepeso con 20.54%, y la menor en los pacientes con obesidad tipo III con 0.45%, así mismo se encontró que un 11.83% del total de hallazgos fueron pacientes con IMC normal. **En la tabla 4** observamos que del total de pacientes sometidos colecistectomía laparoscópica 22.13% no presentaron algún hallazgo intraoperatorio que pudiera complicar la cirugía, el resto de paciente si presentaron algún hallazgo intraoperatorio, siendo lo más frecuente la presencia de 1 hallazgo intraoperatorio que representa el 42.53 % de total de pacientes, siendo los controles el 13.22% y en los casos las personas que tuvieron sobrepeso con 19.83%, mientras que solo en 1 paciente que representa el 0.29% del total se encontró 6 de los hallazgos intraoperatorios mencionados en la tabla 3, perteneciendo este paciente al grupo control, es decir, con un IMC normal. **En la tabla 5**, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson al 95%, obteniendo como resultado $p=0.014$, esto indica que existe asociación significativa entre el índice de masa corporal con los hallazgos intraoperatorios que complicarían la intervención quirúrgica; este resultado se puede ver reflejado en el estudio realizado por Reyna Ramos L.V., donde se investigó las causas que podrían complicar una colecistectomía laparoscópica llegando a convertirla en cirugía abierta, encontrándose que del total de casos revisados, 28.89% fue a causa de múltiples adherencias, siendo este el mayor porcentaje de presentación de su total de casos (10). Igualmente, en el trabajo de investigación realizado por Apablaza Pedreros

S., menciona que del total de casos estudiados, 6.75% de colecistectomías laparoscópicas tuvieron que ser convertidas a cirugía abierta, siendo la causa más frecuente de conversión la presencia de cuadros inflamatorios, entre los que destacó el plastrón vesicular con un 1.45% (11). Ruiz Patiño C.A., en su artículo de revisión “dificultades técnicas en la colecistectomía laparoscópica. La colecistectomía difícil” menciona que las principales causas para identificar una colecistectomía laparoscópica difícil es la presencia de adherencias epiploicas y duodenales, distensión vesicular grave, pared vesicular de aspecto gangrenoso, tejido adiposo en exceso, entre otras (12). Se sabe además que un lecho vesicular hipervascularizado tiene relación con episodios repetitivos inflamatorios, motivo por el cual podemos encontrar este hallazgo frecuente.

En la tabla 6 se puede apreciar que la lesión vesicular es la complicación intraoperatoria más frecuentemente observada, con un total del 59.26%, siendo la incidencia mayor en los pacientes con sobrepeso con 20.99%, los pacientes con obesidad tipo I representaron el 17.28%, mientras que el 16.05% fueron pacientes considerados con IMC normal. El 40.74% del total de complicaciones fue sangrado de lecho vesicular, de este, el 12.35% fueron pacientes considerados como controles, 17.28% en aquellos con el diagnóstico de sobrepeso, 9.88% en los que padecen de obesidad tipo II, y sólo 1.23% en aquellos con el diagnóstico de obesidad tipo III. **En la tabla 7** observamos que del total de pacientes colecistectomizados el 77.87% no tuvieron complicaciones. Además, cabe mencionar que de los que tuvieron complicaciones, el 20.11% del total tuvieron sólo 1 complicación. El 6.32% de los pacientes controles tuvieron complicaciones intraoperatorias, este resultado fue inferior al de los pacientes considerados como casos, en los cuales se encontró que el 15.86% presentaron alguna complicación intraoperatoria. **En tabla 8** se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson al 95%, obteniendo $p=0.001$, esto indica que existe

asociación significativa entre el índice de masa corporal con las complicaciones intraoperatorios presentadas en colecistectomía laparoscópica, al tener $X^2 < 0.05$. De acuerdo a los datos obtenidos, se deslinda que posiblemente la lesión vesicular es la más frecuentemente hallada, debido a que en los pacientes con sobrepeso y obesidad al realizar la técnica de laparoscopia el tejido adiposo impide una adecuada maniobrabilidad de las cánulas, esto mismo lo explica Ruiz Patiño C.A. (12), mencionando “en un paciente con obesidad grave, la distancia entre el ombligo y la vesícula llega a ser tan amplia que puede dificultar una visión adecuada durante la cirugía”, también resalta que los pacientes con un exceso de grasa intraabdominal presentarán acumulo de esta principalmente en el hígado y el ligamento hepatoduodenal, lo cual dificultará las maniobras que realice el cirujano al exponer y disecar la vesícula biliar. Igualmente ocurriría en la segunda complicación más frecuentemente encontrada que es la de sangrado de lecho vesicular, ya que sabemos que el panículo adiposo también tiene irrigación y contamos con este tejido también en torno visceral, lo que condiciona a los pacientes que tienen más cantidad de panículo adiposo sangrar más, dependiendo de eso poder presentar complicaciones mayores, como shock hipovolémico, sin embargo en el presente estudio afortunadamente no se objetivó pacientes con dicha complicación. De acuerdo a Ferraina la frecuencia con la que ocurre la lesión de la vía biliar es de 0.3 % - 0.5% y tiene relación con el entrenamiento y la experiencia del grupo quirúrgico (6), sin embargo este autor sólo está enfocándose a todos los pacientes, no tomando en cuenta la buena exposición o difícil acceso que sucede en el caso de los pacientes con sobrepeso y obesidad, en el estudio de Carbajal Meza se encontró la modalidad de cirugía como factor de riesgo asociado a las complicaciones de lesión de vías biliares (OR=3.75), así como la experiencia del cirujano (13), a diferencia del presente estudio, donde observamos que difiere en cuanto a la complicación intraoperatoria, donde la lesión de vesícula es más frecuente que la de vías biliares, posiblemente debido a la pericia de los

cirujanos que laboran en la Clínica en la que se realizó el estudio, ya que si bien es cierto se describe lesión de vesícula debemos considerar también que no siempre se encuentra el diagnóstico preoperatorio compatible al postoperatorio, en tablas anteriores ya se ha descrito que se ha encontrado patologías como hidrocolecisto y piocolecisto, lo que hace posible que la vesícula sea friable, haciendo de este modo que al momento de realizar la ubicación con el trócar se pueda lesionar fácilmente por su friabilidad. De este modo se puede englobar la idea que si bien es cierto existieron complicaciones la incidencia no fue alta, así como que existe asociación estadísticamente significativa entre un I.M.C. relacionado al sobrepeso y obesidad que con los pacientes con I.M.C. considerados normales.

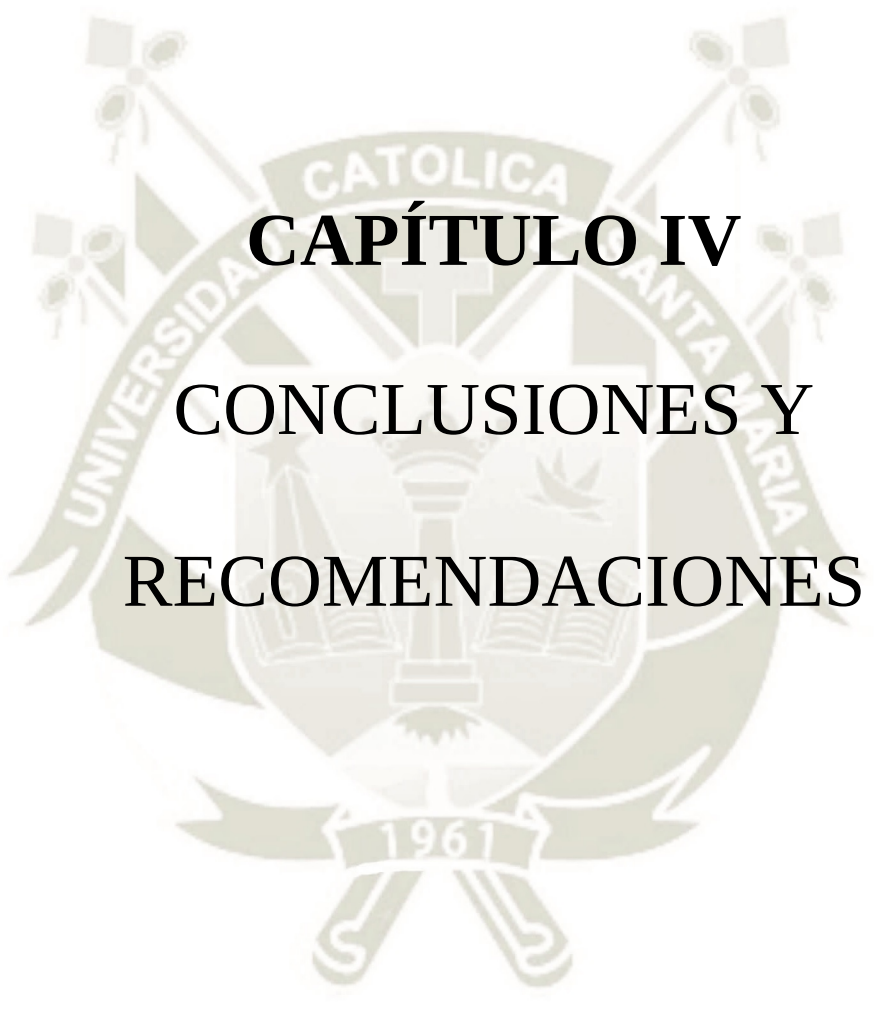
En la tabla 9, se puede evidenciar que las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes fueron hemoperitoneo y la presencia de alguna patología respiratoria (atelectasia, derrame pleural), cada una de estas patologías representa un 30.00% del total de complicaciones, es importante resaltar que los pacientes que padecieron de complicaciones post operatorias únicamente fueron los que se encontraron considerados como casos (sobrepeso y obesidad).

En la tabla 10, se observa que el 97.70% del total de los pacientes no presentaron complicaciones post quirúrgicas, sólo 1 paciente del grupo control (0.29% del total de pacientes) presentó una complicación post operatoria, el resto fueron complicaciones de los pacientes con sobrepeso y obesidad que representan el 2,01% del total. **En la tabla 11**, se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson al 95%, obteniendo $p=0.505$, esto indica que no existe asociación significativa entre el índice de masa corporal con las complicaciones postquirúrgicas presentadas en colecistectomía laparoscópica. De acuerdo a lo dicho anteriormente, se deslinda que, la incidencia de complicaciones post operatorias en general es baja, lo cual indica que tanto el ambiente quirúrgico y la experiencia del médico tratante hace que la cirugía en la gran mayoría de los casos sea un éxito, independientemente si los pacientes eran casos o controles. Díaz Garza, refiere que dentro de su estudio, una de

las complicaciones más severas fue la de colédocolitiasis residual (2), en nuestro estudio se encontró el diagnóstico de pancreatitis secundaria, dicha patología sólo se vio en dos pacientes de 348 evaluados, 1 pertenecía al grupo control y el otro al de casos. Choque Cajas sin embargo en su trabajo evidenció que los pacientes que presentaron complicaciones post operatorias representaron el 6.9%, complicaciones que se presentaron en mayor frecuencia fueron neumonía, infección de herida quirúrgica, lesión de la vía biliar y seroma (14), coincidiendo solo en una de las causas de mayor incidencia de nuestro estudio, que es la de patología respiratoria, pero difiere en cuanto a lo que es infección de herida operatoria con respecto a nuestro trabajo, esto probablemente se explica porque en este estudio sólo se está tomando en cuenta los pacientes que han sido operados por cirugía laparoscópica, en cambio en el trabajo de Choque se considera la cirugía abierta y vía laparoscópica. Zevallos en su estudio indicó que la complicación inmediata más frecuente fue la infección de herida operatoria (13.7%) (15), sin embargo, esto dista del presente trabajo, en el cual la incidencia de infección de herida operatoria fue del 0.0%, una cifra bastante alentadora, la cual motiva a seguir con los protocolos de bioseguridad que se practica en la Clínica en la que se llevó a cabo la investigación. Carbajal Meza, concluyó en su estudio que las variables modalidad de cirugía, experiencia del cirujano y tipo de colecistitis influyen en las complicaciones por colecistectomía laparoscópica (13), ciertamente estamos de acuerdo en base a lo comparado con otros estudios. Mitte Quijije refiere en su investigación que las complicaciones postquirúrgicas se presentaron en 9.53%; de las cuales la infección de herida quirúrgica fue la más prevalente 4.09% (16). Guillermo Eduardo Aldana y Col. informan que la edad, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica, la coledocolitiasis y el síndrome de Mirizzi son predictores de alguna complicación (17), partiendo de este punto supondríamos que los pacientes con I.M.C. asociado al sobrepeso y obesidad, y con síndrome metabólico podrían tener más complicaciones post operatorias, sin embargo en esta investigación no se dio dicha

asociación, resaltando probablemente que esto se dio a la pericia del personal médico encargado de las cirugías. Díaz Garza refiere en su estudio que se presentaron complicaciones leves (seroma, infección de sitio quirúrgico y atelectasias) en 1.78%, moderadas (hemorragia postoperatoria, fistula biliar y pancreatitis) en 1.18%, y severas (coledocolitiasis residual y hernia incisional) en 1.09% de los pacientes, difiere también de la presente investigación. Tras la discusión de este punto se puede deslindar que la incidencia de complicaciones fue baja, no encontrándose asociación de I.M.C. con la variable complicaciones post operatorias.





CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

➤ Primera:

Se encontró que la mayoría de los pacientes evaluados con diagnóstico de colecistitis litiásica que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica presentaron sobrepeso y obesidad.

➤ Segunda:

No se encontró asociación entre el tipo de colecistitis litiásica presentado con las complicaciones asociadas al sobrepeso y la obesidad.

➤ Tercera:

Las complicaciones asociadas al sobrepeso y la obesidad no están relacionadas con el tiempo de hospitalización postquirúrgica del tratamiento laparoscópico en pacientes con colecistitis litiásica de Clínica Arequipa en el periodo 2018-2020.

➤ Cuarta:

Si hubo asociación significativa, tanto en los hallazgos intraoperatorios como en las complicaciones intraoperatorias propias de la cirugía laparoscópica con el sobrepeso y obesidad. Siendo el hallazgo intraoperatorios más frecuente el lecho vesicular hipervascularizado y la complicación más frecuente hallada la lesión vesicular.

➤ Quinta:

Se encontró que no hay asociación entre las complicaciones postquirúrgicas y las variables sobrepeso y obesidad.

2. RECOMENDACIONES

➤ Primera:

Realizar talleres de prevención y promoción dirigidos hacia la población en general, para fomentar los hábitos de vida y alimentación saludable, explicando además los riesgos que acarrearían tener un índice de masa corporal elevado y padecer colecistitis litiásica, por las complicaciones que esto conllevaría.

➤ Segunda:

Realizar guías y protocolos de atención con enfoque en el grupo de sobrepeso y obesidad, por tener estos pacientes un mayor riesgo de morbilidad que los pacientes con índice de masa corporal normal.

➤ Tercera:

Se recomienda al servicio de enfermería de la Clínica Arequipa, realizar un esquema o flujograma de atención al paciente con respecto a la toma de medidas antropométricas (peso y talla) al ingreso de los pacientes a fin de que se consigne en forma íntegra dichos datos por ser estos de gran importancia para el mejor tratamiento y cuidado de los pacientes.

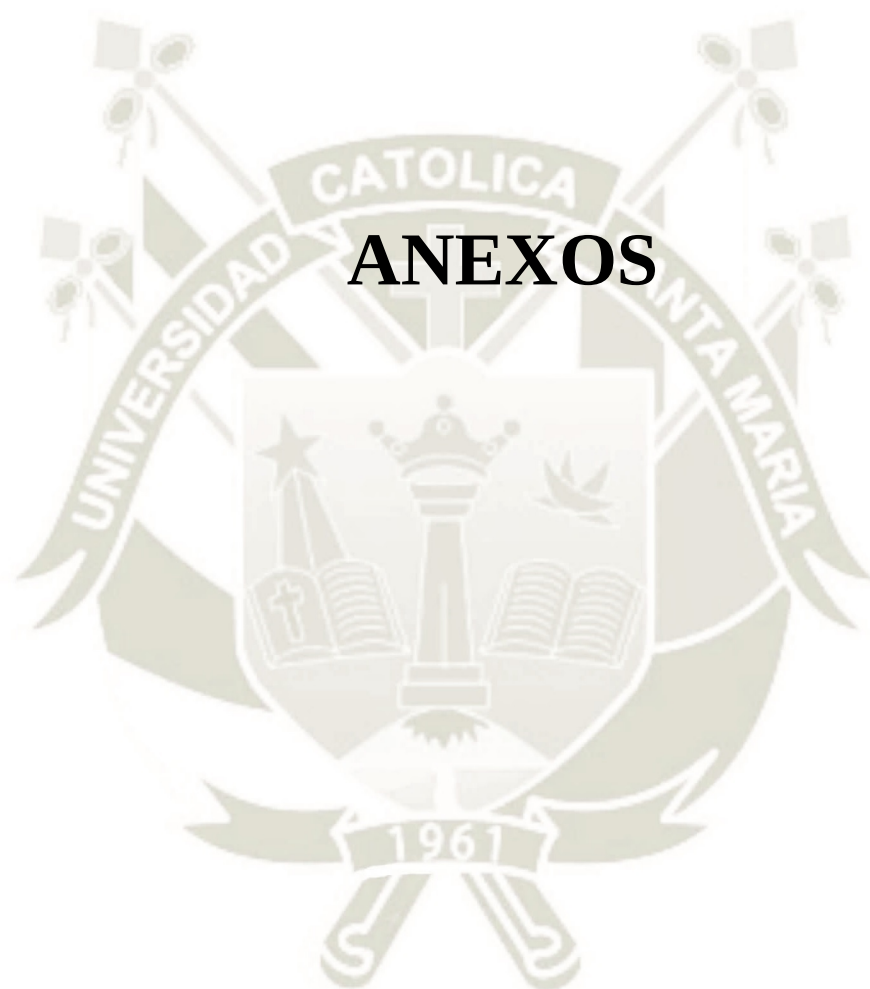
➤ Cuarta:

Se recomienda tomar como base el presente trabajo a fin de poder ampliar el estudio, es decir, evaluar a pacientes con colecistitis litiásica y no litiásica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cornetero Muro VM. Población y enfermedades no transmisibles en el Perú 2012. Lima: Organizacion Panamericana de la Salud Peru; 14 setiembre 2012.
2. Díaz Garza J.H. AOI,GGRI,CCA,RBNA. Complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica electiva. Salud Jalisco. 2018;(5): p. 144-149.
3. Longo DL, S.Fauci A, L.Kaspe D, L.Hauser S, Jameson JL, Loscazo J. Harrison Principios de Medicina Interna. 18th ed. New York: The McGraw-Hill Companies,Inc.; 2012.
4. World Health Organization. World Health Organization. [Online].; 2018. Acceso 16 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
5. Chávez JEV. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Peru. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017; 63(4): p. 593-598.
6. Ferraina P, Oria A. Cirugia de Michans. Quinta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002.
7. Suarez Reinoso KY. Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de complicaciones de la colelitiasis. Tesis de titulación. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Ecuador.
8. Díaz Rosales JdD, Antonio AMJ. Coleistectomía laparoscópica en mujeres adultas con colelitiasis vs colecistitis aguda grado I. Archivos de Medicina. 2018; 18(1).
9. Burbano Vizcaíno CE. Resultados trasn y postoperatorios inmediatos de colecistectomías laparoscópicas programadas en pacientes obesos y no obesos, realizadas en el Hospital Vozandes Quito, en el periodo 2013 a 2018. Protocolo de Disertación para título de médico especialista en cirugía general y laparoscópica. Quito: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Quito.
10. Reyna Ramos LV. Conversion de colecistectomía laparoscópica en colecisttis aguda vs colecistitis crónica en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Tesis de titulación. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, La Libertad.

11. Apablaza Pedreros S. Colectistectomía laparoscópica. Reviste Chilena de Cirugía. 1997; 49(2): p. 194-205.
12. Ruiz Patiño, Carlos A; Cázares Montañez, Jaime E; Muñiz Chavelas, Moisés; García Ruiz, Antonio. dificultades técnicas en la colectetomía laparoscópica. La colectistectomía difícil. Medigraphic. 2010; 11(2).
13. Meza Carbajal YdR. Variables que influyen en las complicaciones en pacientes intervenidos por colectistectomia laparoscopica en el servicio de cirugía general del HNPNP Luis N.Saenz entre el año 2012-2017. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. LIMA: Universidad Ricardo Palma, Lima.
14. Cajia Choque FC. Factores asociados a complicaciones post operatorias en pacientes colectistectomizados del Servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo de enero a diciembre del 2018. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín., Arequipa.
15. Zevallos Chirinos J. Colectistectomía laparoscopia en el Servicio de Cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca de enero 2012 a diciembre 2013. UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, 2014. Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano. Arequipa: Universidad Catolica de Santa Maria, Arequipa.
16. Mitte Quijije LL, Montalvo Tapia EA. Asociación entre obesidad y desarrollo de complicaciones en pacientes sometidos a colectistectomía convencional. Trabajo de titulación presentado como requisito para optar por el título de Médico General. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
17. Aldana GE, Martinez LE, Hosman MA, Ardila DA, Fernando MI, Sagra MR, et al. Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colectistectomía por laparoscopia. Revista Colombia. 2018; 33: p. 162-172.



ANEXOS



ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad			
Sexo		Masculino	
		Femenino	
Tipo de colecistitis litiásica		Aguda	
		Crónica	
Índice de masa corporal		Kg/m2	
Peso	Kg	Sobrepeso	
		Obesidad I	
Talla	m	Obesidad II	
		Obesidad III	
Tiempo de hospitalización postquirúrgica		<2 días	
		2-3 días	
		> de 3 días	
Complicaciones intraoperatorias		Lesión de los vasos de la pared abdominal	
		Lesión de grandes vasos	
		Lesión de la vía biliar	
		Lesión de víscera hueca	
		Lesión de víscera maciza	
		Sangrado del lecho vesicular	
		Otros	
Complicaciones postquirúrgicas		Infección de herida postoperatoria	
		Hemoperitoneo	
		Lesión de la vía biliar	
		Bilioperitonitis	
		Pancreatitis secundaria	
		Otros	



ANEXO 2

PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.”**

Proyecto de Tesis presentado por la Bachiller:

Belén Aracely González Quispe

Para optar por el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Asesor:

Dr. Gonzalo Mendoza Del Solar

AREQUIPA – PERÚ

2020

1. PREÁMBULO

La colecistitis litiásica es una de las principales patologías benignas de la vesícula biliar, siendo una consulta muy frecuente tanto en consultorio médico como en emergencia, dicha patología se produce por la formación de cálculos vesiculares y presenta como síntoma principal dolor en hipocondrio derecho, además de otros síntomas asociados como náuseas, vómitos y anorexia.

Se han descrito varios mecanismos por los cuales se produce la formación de cálculos biliares, el más importante es el incremento de la secreción biliar de colesterol, lo cual puede ocurrir por un consumo inadecuado de grasas y calorías, por este motivo la colecistitis litiásica estaría estrechamente relacionado con personas que presentan sobrepeso u obesidad.

El tratamiento de elección para pacientes que presentan colecistitis litiásica es la intervención quirúrgica, en la cual se realiza la resección de la vesícula biliar, existen dos técnicas quirúrgicas utilizadas por los médicos cirujanos, la colecistectomía abierta y la colecistectomía laparoscópica, esta última es la preferida por los profesionales de salud por presentar menor tiempo quirúrgico, menos complicaciones postquirúrgicas además de un menor tiempo de recuperación.

El sobrepeso y la obesidad según la organización mundial de la salud (OMS) se definen como la acumulación excesiva de grasa corporal, esto representa una problemática de salud a nivel mundial, puesto que actualmente la mayoría de personas llevan un estilo de vida sedentaria, sumándose a esto el consumo de comida chatarra rica en grasas y calorías, por lo que el riesgo de padecer sobrepeso u obesidad ha aumentado considerablemente, además estas personas tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, lo que conllevaría a un mayor riesgo en cuanto a intervenciones quirúrgicas.

En la Clínica Arequipa, durante mi periodo de internado médico, observé que la colecistitis litiásica es consulta frecuente en emergencia como en consultorios, siendo su tratamiento de elección y el más utilizado por los médicos cirujanos la colecistectomía laparoscópica, y teniendo en cuenta que los pacientes con colecistitis litiásica en varios casos también

presentan sobrepeso y obesidad, se ve necesario realizar un estudio en el cual se pueda evidenciar las complicaciones que acarrearían el sobrepeso y la obesidad en el tratamiento laparoscópico.

2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

2.1 Problema de Investigación

2.1.1 Enunciado del problema

¿Cuáles son las complicaciones asociadas al sobrepeso y obesidad en la evolución del tratamiento laparoscópico en pacientes con colecistitis litiásica en clínica Arequipa en periodo 2018-2020?

2.1.2 Descripción del problema

- ✓ **Área del conocimiento**
 - 2.1.2..1 Área general: Ciencias de la Salud.
 - 2.1.2..2 Área Específica: Medicina Humana.
 - 2.1.2..3 Especialidad: Cirugía.
 - 2.1.2..4 Línea: Colecistitis litiásica.
- ✓ **Operacionalización de variables e indicadores**

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Años	20 años - 35 años	Cualitativa ordinal
		36 años - 51 años	Cualitativa ordinal
		51 años - 65 años	Cualitativa ordinal
Sexo	Caracteres	Varón	Cualitativa nominal

	sexuales secundarios	Mujer	Cualitativa nominal
Tipo de colecistitis litiásica	Tiempo de evolución	Aguda	Cualitativa nominal
		Crónica	Cualitativa nominal
Sobrepeso u obesidad	Índice de Masa Corporal	Sobrepeso (IMC 25- 29.9 kg/m ²)	Cualitativa ordinal
		Obesidad tipo I (IMC 30-34.9 kg/m ²)	Cualitativa ordinal
		Obesidad tipo II (IMC 35-39.9 kg/m ²)	Cualitativa ordinal
		Obesidad tipo III (IMC >40 kg/m ²)	Cualitativa ordinal
Tiempo de hospitalización postquirúrgica	Días	<2días	Cuantitativo ordinal
		2días-3días	Cuantitativo ordinal
		>3días	Cuantitativo ordinal
Complicaciones intraoperatorias	Historia Clínica	Lesión de los vasos de la pared abdominal.	Cualitativa nominal
		Lesión de grandes vasos	Cualitativa nominal
		Lesión de la vía biliar	Cualitativa nominal

		Lesión de víscera hueca	Cualitativa nominal
		Lesión de víscera maciza.	Cualitativa nominal
		Sangrado del lecho vesicular	Cualitativa nominal
		Otros	Cualitativa nominal
Complicaciones postquirúrgicas	Historias clínicas	Infección de herida operatoria	Cualitativa nominal
		Hemoperitoneo	Cualitativa nominal
		Lesión de la vía biliar	Cualitativa nominal
		Bilioperitonitis	Cualitativa nominal
		Pancreatitis secundaria	Cualitativa nominal
		Enfermedades respiratorias	Cualitativa nominal
		Otros	Cualitativa nominal



Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el índice de masa corporal (IMC) de los pacientes sometidos a colecistectomía que acudieron a la clínica Arequipa en el periodo 2018-2020?
- ¿Existen complicaciones asociadas al sobrepeso y la obesidad en el tipo de colecistitis litiásica de los pacientes que acudieron a la clínica

Arequipa en el periodo 2018-2020?

- ¿Existen complicaciones asociadas al sobrepeso y la obesidad en el tiempo de hospitalización postquirúrgica del tratamiento laparoscópico en pacientes con colecistitis litiásica de Clínica Arequipa en el periodo 2018-2020?
- ¿Existen complicaciones intraoperatorias asociadas al sobrepeso y la obesidad en los pacientes con colecistitis litiásica sometidos a tratamiento laparoscópico en Clínica Arequipa en el periodo 2018-2020?
- ¿Existen complicaciones postquirúrgicas asociadas al sobrepeso y la obesidad en los pacientes con colecistitis litiásica sometidos a tratamiento laparoscópico en Clínica Arequipa en el periodo 2018-2020?

✓ **Tipo de investigación**

Asociativo, retrospectivo.

✓ **Diseño de investigación**

Casos y controles, transversal.

✓ **Nivel de investigación**

Nivel no experimental.

2.1.3 Justificación del problema:

✓ **Justificación científica:**

La colecistitis litiásica es una patología muy frecuente a nivel mundial, en EE.UU. se estima que 10-20% de la población presenta litiasis vesicular, de estos pacientes un 25% presentan sintomatología, siendo la principal un dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocondrio derecho (1).

Esta patología se debe a la presencia de cálculos en la vesícula biliar, existen tres tipos de cálculos biliares, los cálculos pigmentados, los cálculos de colesterol y los cálculos mixtos, estos dos últimos representan un 80% del total. (2). La formación de cálculos de colesterol se debe a un consumo excesivo de colesterol en la dieta por lo tanto los pacientes que presentan sobrepeso y obesidad tienen un mayor riesgo de padecer litiasis vesicular.

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud a nivel mundial. Según la Organización Mundial de Salud en el año 2016 se encontró que más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. (3) En Perú en La Encuesta Nacional de Salud en el año 2014, en personas mayores de 15 años se encontró una prevalencia de sobrepeso de 33,8% y una prevalencia de obesidad de 18,3%. (4).

La presencia de un alto IMC es un factor de riesgo para presentar diversas patologías como por ejemplo diabetes mellitus, hipertensión arterial, y como hemos visto, también un factor de riesgo de presentar litiasis vesicular.

La litiasis vesicular podría complicarse presentando colecistitis litiásica para la cual el tratamiento recomendado es realizar colecistectomía laparoscópica, sin embargo, un paciente con obesidad presenta mayores complicaciones quirúrgicas debido a las comorbilidades asociadas, esto conlleva a que la cirugía laparoscópica abdominal sea más compleja y pueda tener mayores complicaciones.

Motivo por el cual esta investigación es valiosa para reportar los casos encontrados y conocer cuál es la realidad actual con la que nos enfrentamos.

✓ **Justificación social:**

Los malos hábitos alimenticios, el consumo de comida chatarra, la vida sedentaria y la falta de ejercicio físico son problema de salud pública pues aumentan el riesgo de presentar sobrepeso y obesidad, por lo que el

Ministerio de Salud del Perú cuenta con programas sociales que promueven cambios de conductas alimentarias e incentivan a realizar actividad física, además hacen hincapié en las enfermedades que provoca un alto IMC, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, sin embargo, solo se enfocan en estas dos patologías, dejando de lado muchas otras que también son importantes y tienen un alto índice de prevalencia en la población, una patología de gran importancia asociada a obesidad es la colecistitis litiásica.

La colecistitis litiásica es una de las 20 patologías más frecuentes de hospitalización en el Perú (5), un factor de riesgo para padecer colecistitis litiásica es presentar sobrepeso u obesidad, el obeso mórbido tiene dos a tres veces más frecuencia de litiasis vesicular en comparación con personas con un adecuado IMC (6), el tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica.

Mediante este estudio podemos encontrar información que nos puede ayudar a tomar medidas correctivas no sólo para que se tome en cuenta la importancia de la promoción y prevención de la obesidad como factor de riesgo de colecistitis litiásica, sino también para concientizar tanto a médicos cirujanos como a la población que la obesidad y el sobrepeso pueden acarrear mayores complicaciones en la evolución del tratamiento laparoscópico y poder tomar medidas al respecto.



Justificación personal:

Durante mi año de internado médico, el cual realice en Clínica Arequipa, observe que un gran número de pacientes se hospitalizaban por consultorio externo o por emergencia con el diagnóstico de colecistitis litiásica, para lo cual el tratamiento en su mayoría era realizar colecistectomía laparoscópica, sin embargo, muchos de los médicos no tomaban en cuenta como diagnóstico secundario el sobrepeso u la obesidad, sin embargo, los pacientes que presentaban colecistitis litiásica ya sea aguda o crónica y

además tenían un alto IMC acarreaban mayores complicaciones, por lo que decidí investigar al respecto y reflejar estadísticamente las complicaciones que se asocian a obesidad y sobrepeso en la evolución de un paciente sometido a tratamiento laparoscópico.

2.1.4 Factibilidad:

El proyecto es factible porque se cuenta con acceso y permiso de la Gerencia de la Clínica Arequipa para la revisión de historias clínicas con fines de investigación, se tomará en cuenta la ética y confidencialidad de los datos personales de los pacientes.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Vesícula biliar:

La vesícula biliar es un órgano que forma parte del aparato digestivo, se encuentra ubicada entre el lóbulo cuadrado y los lóbulos derecho e izquierdo del hígado, está unida a el hígado en el lecho vesicular por medio de tejido conectivo y vasos. Mide entre 7 a 10 cm de largo y 2.5 a 3 cm de ancho (6).

La función de la vesícula biliar es almacenar bilis, puede almacenar aproximadamente 30 ml de bilis, pudiendo aumentar su capacidad hasta 50-60 ml cuando se encuentra distendida, y hasta 200 -300 ml cuando pasa por un proceso de obstrucción aguda (6). La bilis almacenada por la vesícula biliar pasa por el conducto cístico hacia la vía biliar principal que desemboca en la segunda porción del duodeno (7).

La secreción de la bilis tiene dos funciones principales, la primera es la excreción de toxinas y metabolitos, elimina productos de desecho como la bilirrubina o el exceso de colesterol; la segunda es emulsificar las grasas, es decir, es fundamental para la absorción de las grasas, así como para su digestión, los ácidos biliares las emulsifican y transforman en pequeñas partículas que pueden ser degradadas por la lipasa, también ayudan al transporte de los productos finales de la digestión (8,9).

Cuando en el interior de la vesícula se produce la formación de cálculos se le conoce como colelitiasis, esta puede complicarse cuando el flujo de la bilis se encuentra obstruido por la presencia de cálculos generalmente en el conducto cístico provocando una colecistitis litiásica.

3.2 Colelitiasis

La colelitiasis es la presencia de cálculos en la vesícula como consecuencia de alteraciones en la homeostasis del colesterol en el metabolismo de las sales biliares, lo que origina disminución de la solubilidad del colesterol y su precipitación en la bilis (6,10). Esta patología es frecuente en países occidentales (2), en mujeres, aparentemente por la exposición a estrógenos y progesterona, la colelitiasis además tiene una relación lineal con la edad, a mayor edad mayor prevalencia, su frecuencia se duplica después de los 60 años (6,10), además otros factores intervienen en la formación de cálculos, como una dieta rica en grasas y baja actividad física, embarazo, obesidad, y algunas patologías hereditarias como la talasemia, anemia falciforme, entre otras (7).

3.2.1 Epidemiología

La incidencia de colelitiasis puede variar en diversas zonas a nivel mundial, Los países occidentales presentan una elevada prevalencia en comparación con los países orientales y los africanos, en sociedades occidentales la prevalencia se encuentra entre 10% y 30%. En los países desarrollados como E.E.U.U se estima que hay aproximadamente 25 millones de adultos con colelitiasis, se ha encontrado que los Indios Norteamericanos presentan la mayor prevalencia a nivel mundial (29.5% en hombres y 64.1% en mujeres). En países europeos la prevalencia reportada es menor del 9% en población italiana, 7.5% en Alemania y menor aún en Japón. En América latina se informa que entre el 5-15% de los habitantes presentan litiasis vesicular, siendo Chile el país que tiene la más alta prevalencia de litiasis biliar, se ha reportado una elevada prevalencia (35% general) en los Indios Mapuches de Chile (12.6% en hombres, 49.4% en mujeres, que aumenta al 60% en mujeres de más de 50 años)

(7,10).

3.2.2 Factores de Riesgo

Según estudios epidemiológicos sugieren que la colelitiasis es una patología determinada por factores genéticos; sin embargo, los factores ambientales relacionados con la alimentación, la obesidad, el embarazo, la edad, algunas cirugías gástricas predisponen la formación de cálculos biliares (7,10), a continuación, describiremos algunos factores relacionados con la formación de litios en la vesícula.

- ✓ Edad: la edad tiene una relación lineal con la frecuencia de presentación, de 10 a 39 años de edad hay una prevalencia de 5% en mujeres y 1.5 % en varones, de 40 a 49 años de edad hay una prevalencia de 12% en mujeres y 4,4 % en varones, y a partir de los 60 años esta prevalencia se duplica siendo un 25,4% en mujeres y 9,9 % en varones (6).
- ✓ Sexo femenino: existe una mayor frecuencia de litiasis vesicular relacionada a cambios en el metabolismo lipídico por acción hormonal (6), el elevado riesgo se relaciona con el embarazo, la paridad, el tratamiento con anticonceptivos y la terapia de reemplazo con estrógenos en la menopausia.
 - Embarazo, en el segundo y tercer trimestre aumenta el volumen residual postcontracción vesicular y disminuye la capacidad de contracción por efecto de la progesterona, lo cual produce estasis biliar (6), Durante el embarazo, se forman cálculos biliares en 1-3% de las mujeres, y el lodo biliar se presenta en más del 30% de las embarazadas (10).
 - Anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutiva con estrógenos, en este caso con mayor riesgo en mujeres menores de 40 años y las que reciben una dosis mayor de 50 microgramos de estrógenos (11).
- ✓ Otros fármacos como los fibratos y la ceftriaxona.
- ✓ Antecedentes familiares de litiasis biliar (11).
- ✓ Obesidad: La incidencia de Litiasis se eleva en forma paralela al incremento del

índice de masa corporal (IMC), 35% de las mujeres con $IMC > 32 \text{ kg/m}^2$ presentan litiasis vesicular (10). La litiasis vesicular se presenta con una frecuencia de dos a tres veces más en un obeso mórbido (6). Los obesos sintetizan una mayor cantidad de colesterol en hígado, esto origina alteraciones en el tiempo de nucleación, sobresaturación de la bilis, elevación de la concentración de prostaglandina E2, ácido araquidónico y glucoproteínas del tipo de la mucina (10), esto reduce las sales biliares y la contracción de la vesícula biliar aumentando el riesgo a desarrollar cálculos biliares (9).

- ✓ Pérdida rápida de peso, En estudios donde se utilizaron dietas de reducción de peso de 500-520 kcal/día, se encontró que la incidencia de formación de cálculos biliares fue de 11- 28% (10).
- ✓ Nutrición parenteral.
- ✓ Diabetes Mellitus, se han realizado estudios de correlación entre obesidad y diabetes mellitus como factores de riesgo de colelitiasis en diferentes grupos étnicos, los indios Mapuche de Chile y de los Indios Norteamericanos, ambos grupos étnicos se caracterizan por una elevada prevalencia de cálculos biliares; sin embargo, la prevalencia de obesidad y diabetes en los Mapuche es baja (<6%), mientras que en los norteamericanos es muy alta (>45%), se ha encontrado, además que la resistencia a la insulina, la adiposidad visceral y bajos niveles séricos de HDL, también se encuentra asociados a la colelitiasis (10).
- ✓ Cirrosis hepática, predispone la formación de cálculos pigmentarios (6).
- ✓ Enfermedades del íleon.
- ✓ Enfermedad de Crohn.
- ✓ Dislipidemia.
- ✓ Enfermedades hepáticas y metabólicas (11).

3.2.3 Fisiopatología

Los cálculos biliares pueden clasificarse en cálculos de colesterol y cálculos pigmentarios, más del 70 % de los cálculos biliares se forman por precipitación de colesterol y calcio (8). Hay varios mecanismos importantes en la producción de

cálculos biliares. El más importante es el incremento de la secreción biliar de colesterol (2). El colesterol se encuentra en la bilis en abundancia, generalmente se encuentra en estado líquido, pero cuando la bilis se sobresatura de colesterol puede ocurrir que este se vuelva en un estado insoluble (9).

La patogenia de estos cálculos es la resultante de factores hepáticos y vesiculares con una interacción dinámica que básicamente consiste en la producción de una bilis saturada en colesterol, la cual induce alteraciones en la vesícula que promueven la nucleación y el crecimiento del cálculo (6).

Cuatro factores principales explican la formación de cálculos biliares, saturación de la bilis segregada, nucleación de cristales, concentración de bilis en la vesícula biliar y la alteración de la motilidad de la vesícula biliar (8). A continuación, se describen los mecanismos que explican la formación de cálculos biliares.

a) Proceso de la sobresaturación biliar

El aumento en la secreción de colesterol biliar y la disminución en la secreción de sales biliares, es el suceso más frecuente y metabólico característico de la patología litiásica biliar, esto se debe a una pérdida intestinal incrementada o por una síntesis hepática deficiente (9). En el interior de la vesícula biliar, la bilis se concentra por absorción de agua y NaCl, aumentando las concentraciones de calcio y solutos, en los cálculos de colesterol, estos precipitan en cristales cuando la concentración en las vesículas supera la solubilidad del colesterol (8), en la bilis sobresaturada se forman zonas densas en colesterol en la superficie de las vesículas enriquecidas con colesterol y ello conduce a formación de cristales de colesterol (12). En varios casos las condiciones clínicas importantes, como alguna resección intestinal o en su defecto alguna enfermedad inflamatoria intestinal, pueden generar algún tipo de bloqueo de la circulación entero-hepática de las sales biliares, también se le relaciona con la alteración en la secreción de una bilis sobresaturada en colesterol y posterior formación de cálculos (9).

b) Precipitación y nucleación del colesterol biliar

En la formación de cálculos biliares, la sobresaturación biliar de colesterol es un suceso muy importante (2), pero no es suficiente por sí sola, es importante un segundo suceso en la formación de cálculos, la nucleación del colesterol, que se le llama a la salida del colesterol que se encuentra en la bilis en fase líquida a una fase sólida (9). La nucleación consiste en la agregación de moléculas de colesterol hasta que se forma una acumulación de material sólido de tamaño crítico. Una vez formado este núcleo, se produce el crecimiento de cristales y depósitos de moléculas adicionales en las hendiduras del cristal en crecimiento (6). Utilizando la técnica de microscopía, se ha podido demostrar que la generación de cristales de colesterol se debe a agregación y fusión de las vesículas unilaminares que son las encargadas de movilizar el colesterol, finalmente después de esos procesos se genera la aparición de cristales pequeños sólidos (9). La nucleación acelerada de colesterol puede deberse a un exceso de factores pronucleadores como algunas glucoproteínas mucínicas y no mucínicas, o a una deficiencia de factores antinucleadores como apolipoproteínas AI y AII (2). Se demostró también que las propiedades pronucleantes que tiene el mucus biliar se debe a que acaece una secreción exagerada de mucina vesicular dependiente de las prostaglandinas, esto conlleva a la aparición de cálculos, esto se demostró únicamente en modelos de animales. Pero a pesar de estos modelos, no se ha podido demostrar en los humanos, que una hipersecreción de mucus esté relacionado a la nucleación acelerada del colesterol biliar y posterior formación de cálculos (9).

c) Crecimiento y concentración de los cristales de colesterol

La presencia de microcristales no indica necesariamente su agregación y formación de cálculos. La manera precisa por la cual estos microcristales se agregan formando cálculos no está demostrada. Lo que si se ha demostrado es que el calcio y la mucina biliar acrecientan el crecimiento de los cristales y además participaría en la agregación de estos (9). La acción del moco vesicular

tiene importancia en este proceso, ya que un aumento de su secreción puede formar una especie de matriz a lo largo de la pared vesicular donde la bilis queda atrapada, esto sugiere que tiene un papel importante en la formación de cálculos biliares (6).

d) Alteración de la motilidad de la vesícula biliar

La vesícula biliar presenta alteración en la contractilidad, la cual disminuye, además hay alteración en su respuesta a la CCK, así como un aumento de la resistencia del cólico en pacientes con litiasis vesicular por factores dietéticos, estas alteraciones contribuirían a la formación de cálculos de colesterol (6). Muchos de los pacientes con esta enfermedad presentan estasis vesicular, lo que favorece el crecimiento y la agregación de microcristales siendo un importante factor patogénico en la enfermedad litiasica (9).

3.2.4 Presentación Clínica

La gran mayoría de los cálculos biliares son asintomáticos, solamente entre un 20% a 30% de los pacientes con cálculos asintomáticos presentarán síntomas en 20 años, para que sea sintomático, el cálculo biliar debe obstruir alguna estructura visceral, como el conducto cólico (8), la progresión de los síntomas está dada por la obstrucción del conducto cólico, que puede llevar a complicaciones como colecistitis ya sea aguda o crónica, coledocolitiasis, fístula colecistoduodenal y pancreatitis (7). El cólico biliar causado por el bloqueo temporal del conducto cólico, se produce después de una comida, cuando la secreción de CCK induce la contracción de la vesícula biliar (8). La clínica se caracteriza por un dolor tipo punzante, localizado en epigastrio o cuadrante superior derecho e irradiado a hombro derecho y entre las escápulas, este dolor característico del cólico biliar aumenta rápidamente de intensidad y luego permanece durante 1-5 horas, disminuyendo gradualmente de intensidad, puede estar acompañado de náuseas y emesis. También puede presentarse síntomas no específicos, como dolor en el cuadrante superior izquierdo o inferior derecho, o con dolores leves asociados a la ingesta de alimentos ricos en grasa, esto

se ha denominado dispepsia biliar, además también se asocia a distensión postprandial, cefalea y flatulencias (6,7).

3.3 Colecistitis litiásica

La colecistitis litiásica es una complicación de la colelitiasis debido a la inflamación de la pared de la vesícula biliar por la obstrucción de la vía biliar en especial del conducto cístico (8). La colecistitis litiásica puede clasificarse según su tiempo de evolución en colecistitis crónica y colecistitis aguda (2). A continuación, se describe más a detalle cada tipo de colecistitis.

3.3.1 Colecistitis litiásica crónica:

Alrededor de dos tercios de los pacientes con enfermedad por cálculos biliares presenta colecistitis crónica (12). La colecistitis crónica es el resultado de ataques recurrentes de cólicos biliares, esto puede cursar con cierta inflamación y aparición de tejido cicatricial en el cuello de la vesícula biliar y de conducto cístico, esto causaría fibrosis en la vesícula biliar (8). El dolor aparece cuando un cálculo obstruye el conducto cístico y da por resultado un incremento progresivo de la tensión en la pared de la vesícula biliar. Las alteraciones anatomopatológicas varían de una vesícula biliar al parecer normal, con inflamación crónica leve de la mucosa, a una vesícula biliar encogida, no funcional, con fibrosis transmural notable y adherencias a estructuras cercanas (12).

✓ Presentación clínica.

El principal síntoma relacionado con cálculos biliares sintomáticos es el “cólico biliar”, se presenta un dolor que es constante y episódico, aumenta de intensidad desde los primeros 30 min o de manera característica dura de 1 a 5 h, dicho dolor es muy intenso y se presenta de forma súbita, por lo común durante la noche o después de una comida grasosa, acompañado frecuentemente de náuseas y vómitos. El paciente sufre ataques discretos

de dolor, entre los cuales se siente bien. Los valores de laboratorio, como recuento de leucocitos y pruebas de función hepática suelen ser normales en personas con cálculos biliares sin complicaciones (12). Cuando el dolor dura más de 24 h o se asocia a fiebre debe sospecharse de un cálculo impactado en el conducto cístico o colecistitis aguda (8,12).



Diagnóstico

El diagnóstico de colecistitis litiásica crónica se basa en la presencia de la sintomatología ya descrita anteriormente y la demostración, mediante estudios imagenológicos, de cálculos biliares. La prueba imagenológica diagnóstica utilizada con mayor frecuencia por ser la más exacta para la visualización de cálculos biliares es la ecografía abdominal. En ocasiones también se pueden reconocer cálculos biliares en radiografías o tomografía del abdomen. Es posible que los enfermos con ataques típicos de dolor biliar no tengan pruebas de cálculos en la ecografía o sólo muestre barro biliar en la vesícula biliar. Si el paciente sufre ataques recurrentes de dolor biliar típico y se detecta barro biliar en dos o más ocasiones, se justifica una colecistectomía. En individuos sintomáticos, el tratamiento de elección en quienes presentan estas alteraciones es una colecistectomía (12).



Tratamiento

En personas con cálculos biliares sintomáticos se recomienda una colecistectomía laparoscópica electiva, se sugiere a los enfermos que eviten grasas en la dieta o comidas abundantes mientras se programa la intervención quirúrgica o si no se desea la cirugía. Existen algunas indicaciones adicionales para pacientes que tienen algunos factores de riesgo añadidos y presentan colecistitis litiásica crónica, en diabéticos debe practicarse a la brevedad una colecistectomía, ya que son más propensos a desarrollar colecistitis aguda que es con frecuencia grave; en

mujeres embarazadas que no pueden tratarse de manera expectante mediante modificaciones de la dieta, puede efectuarse una colecistectomía laparoscópica durante el segundo trimestre. La colecistectomía laparoscópica es segura y eficaz en niños y en la edad avanzada. La colecistectomía, abierta o laparoscópica, en individuos con cálculos biliares sintomáticos proporciona resultados excelentes a largo plazo. Después de este procedimiento se alivian los síntomas en casi 90% de los sujetos con síntomas biliares típicos y cálculos (12).

3.3.2 Colecistitis litiásica aguda:

La colecistitis aguda litiásica es una urgencia médica muy común, se presenta en el 10-20% de los pacientes con litiasis sintomática (6), es 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres antes de los 50 años; después de los 50 años, es solamente 1,5 veces más frecuente (13). La colecistitis aguda litiásica corresponde a una inflamación de la vesícula biliar, en 90- 95% de los casos, se presenta como una complicación de la colelitiasis, por obstrucción del conducto cístico, con distensión e inflamación, además de infección bacteriana secundaria (14). La inflamación al inicio es estéril, sin embargo, la infección bacteriana ocurre como un evento secundario. Aproximadamente el 50% de los pacientes tiene cultivos de bilis positivos por E. coli y de la familia de las Enterobacterias y anaerobios (13). La colecistitis aguda puede convertirse a colecistitis gangrenosa aguda y, si se complica por infección por un microorganismo formador de gas, en colecistitis enfisematosa aguda (8).

✓ Fisiopatología:

La inflamación aguda de la pared vesicular suele presentarse tras la obstrucción del bacinete vesicular, conducto cístico, ocasionada por un cálculo biliar (2). La respuesta inflamatoria puede desencadenarse tres factores:

- a) Por la inflamación mecánica producida por el aumento de la

presión intraluminal y la distensión, llevando en primer lugar, a una contracción intensa y distensión vesicular, lo cual explica el dolor cólico abdominal característico de este cuadro, esta obstrucción genera edema de la pared vesicular, retención de las secreciones biliares y alteraciones vasculares (2,14).

- b) Por inflamación química, el edema de pared vesicular estimula la liberación de la fosfolipasa, la fosfolipasa convierte la lecitina de la bilis en lisolecitina, que es citotóxica, y produce ácido araquidónico a partir de los fosfolípidos, lo cual favorece la producción de prostaglandinas I₂ y E₂, desencadenándose el proceso inflamatorio. Las secreciones biliares y los mismos cálculos también son irritantes, por lo que su acumulación favorece este proceso (2,14).
- c) Por inflamación bacteriana, que puede intervenir en 50-85% de los pacientes, los microorganismos identificados en la bilis con mayor frecuencia son E-Coli y especies de Klebsiella, Streptococcus y Clostridium (2).

✓ Cuadro Clínico

La Colecistitis aguda comienza con un cólico biliar que empeora de manera progresiva (2). El síntoma principal es el dolor abdominal, que suele ser de tipo continuo con exacerbaciones cólicas, este dolor se hace más generalizado ubicándose en todo el cuadrante superior derecho del abdomen o el epigastrio, a veces irradiándose a la parte superior derecha del dorso o la zona interescapular (2,14). Se pueden encontrar también signos de inflamación peritoneal como el incremento del dolor con la percusión o al respirar hondo (2). A diferencia del cólico biliar simple, el dolor solamente cede de forma temporal y parcial con analgésicos. A medida que progrese el cuadro se agregarán náuseas, emesis, anorexia, fiebre baja y compromiso del estado general. En el examen físico general

se observa un paciente que puede estar taquicárdico con alza térmica, en el examen abdominal se hallará una hipersensibilidad, se palpará una vesícula biliar distendida y dolorosa, a veces la hiperestesia y la rigidez muscular impiden una palpación profunda, también es característico el signo de Murphy, es decir, detención de la inspiración con la palpación profunda de la zona subcostal derecha (2,6,14). Otra forma de presentación, no muy común, es dolor en el epigastrio sin signos de irritación peritoneal, asociado a fiebre y vómitos (6) .

✓ Diagnóstico

El diagnóstico de colecistitis aguda litiásica se hace mediante las manifestaciones clínicas ya descritas y la sospecha imagenológica de presencia de cálculos biliares en el interior de la vesícula.

a) Clínico

El diagnóstico clínico se puede apoyar en los Criterios de Tokio, dados en las Guías de Tokio en el consenso que se realizó en Japón con la participación de más de 20 países; estos criterios indican que la sospecha diagnóstica se puede tener con la combinación de un criterio local con otro sistémico, la aplicación de la misma tiene una sensibilidad de 91.2% y una especificidad de 96.9% (15).

A. Signos de Inflamación Local: (1) Signo de Murphy, (2) Masa, dolor o defensa en Hipocondrio derecho
B. Signos de Inflamación Sistémica: (1) Fiebre, (2) PCR elevada, (3) Recuento de GB elevados.
C. Hallazgo Imagenológico característico de colecistitis aguda
Diagnóstico Sospechoso: Un ítem de A más uno de B Diagnóstico Definitivo: Un ítem de A más uno de B más uno de C

Cuadro N° 1 Criterios diagnósticos Guía de Tokio. (Ramos Loza, Mendoza Lopez Videla, & Ponce Morales, 2018) (15) .

b) Imagenológico

- Ecográfico

La ecografía es el método de elección y no tiene contraindicaciones, además de mostrar la litiasis, puede buscarse mediante la ubicación ecográfica de la vesícula un signo de Murphy más preciso. La sensibilidad y especificidad de este método es superior al 90% (6).

Los signos ecográficos de colecistitis aguda son:

- Murphy ecográfico.
- Engrosamiento mural superior a 3mm.
- Imagen de triple pared con capa hipoecoica central.
- Edema de pared.
- Presencia de material ecogénico en el interior de la vesícula (barro biliar).
- Colección o colecciones pericolecísticas.
- Distensión vesicular superior a 5cm del eje trasverso (16).

- Tomografía Computada.

La tomografía computarizada tiene la misma sensibilidad que la ecotomografía, no obstante, el segundo es el procedimiento de imagen inicial de elección, dado su bajo costo y la ausencia de radiación. Sin embargo, la tomografía computarizada puede superar a la ecotomografía en términos de determinación del nivel y de la causa de la obstrucción, por lo que se puede utilizar como estudio complementario o en búsqueda de complicaciones luego del estudio

imagenológico inicial. Engrosamiento de la pared vesicular, colecciones de líquidos perivesiculares, distensión vesicular y áreas de alta densidad en la grasa perivesicular son todos hallazgos que sugieren colecistitis aguda (16).

- Resonancia magnética.

La resonancia magnética es de utilidad limitada en el diagnóstico de colecistitis aguda litiásica, dado su costo elevado y el tiempo requerido para su realización. Sin embargo, puede ser útil en la búsqueda de complicaciones, tales como perforaciones o fistulas. En el caso de una colecistitis aguda litiásica, la resonancia magnética reportaría distensión vesicular, engrosamiento de la pared vesicular y signos de pericolecistitis con imágenes de alta densidad (16).

c) Exámenes laboratoriales

Los exámenes de laboratorio se utilizan principalmente para evidenciar la inflamación sistémica, se puede observar elevación de VHS o PCR junto con una leucocitosis leve a moderada, 12.000-15.000 células/mm³, en el 75 % de los pacientes a leucocitosis es mayor de 10.000 células/mm³ con desviación izquierda. Las pruebas hepáticas no se alteran, pero puede observarse una hiperbilirrubinemia directa leve, aumentos discretos de fosfatasa alcalina en el 15 % de los pacientes, y en el 40% de pacientes puede existir ligero aumento de transaminasas, el aumento de amilasa puede ocurrir en el 1% sin algún compromiso pancreático (6,16). Es relevante destacar que una hiperbilirrubinemia puede también ser un signo de una coledocolitiasis concomitante, por lo que hay que evaluar esa posibilidad dependiendo de cada paciente (16).

✓ Criterios de Gravedad y Clasificación de Colecistitis Aguda.

a. Grado I: Colecistitis aguda leve

- Ausencia de criterios de grado II y III.
- Aquella colecistitis aguda en la que la colecistectomía no implica gran dificultad.

b. Grado II. Colecistitis aguda moderada

- Presencia de al menos uno de los siguientes criterios:
 - Leucocitosis > 18.000 .
 - Masa palpable en hipocondrio derecho.
 - Duración de los síntomas > 72 horas.
 - Signos de inflamación local marcada: se corresponden con la “colecistitis aguda complicada”.
 - Aquella colecistitis aguda en la que se sospecha de una colecistectomía dificultosa.

c. Grado III. colecistitis aguda severa

- Presencia de fallo agudo de órgano o sistema:
 - Disfunción cardiovascular (hipotensión que requiere aminas).
 - Neurológica (disminución del estado de consciencia).
 - Respiratoria ($PaO_2/FiO_2 < 300$)
 - Renal (oliguria, Creatinina > 2 mg/dL).
 - Hepática ($INR > 1.5$ en ausencia de terapia anticoagulante previa).
 - Hematológica (Plaquetas $< 100000 /mm^3$) (16).

✓ Tratamiento

a) Manejo inicial conservador

El tratamiento conservador será el de elección en colecistitis aguda grado I cuando hay presencia de comorbilidades que aumenten el riesgo quirúrgico o morbilidad del paciente ante una intervención quirúrgica urgente, pacientes antiagregados u anticoagulados con riesgo moderado o alto riesgo trombótico postoperatorio, pacientes con proceso neoplásico terminal, colecistitis aguda en paciente embarazada en el primer y tercer trimestre, o en el segundo trimestre en pacientes que rechacen la intervención quirúrgica, pacientes que no otorguen su consentimiento para una colecistectomía o para una colecistectomía; en colecistitis aguda grado II se toman en cuenta los mismos puntos que la anterior añadiendo un tiempo de evolución de más de 7 días; en colecistitis aguda grado III el tratamiento conservador de soporte se instaurará lo más precoz posible mientras se realizan otros métodos de control del foco séptico como la colecistectomía (16).

b) Tratamiento conservador

La programación de la intervención quirúrgica muchas veces es objeto de debate, antes los pacientes eran tratados al margen de la cirugía durante su hospitalización y dados de alta una vez resuelto los síntomas, después se comenzó a realizar colecistectomía 6 semanas después del episodio inicial, pero recientemente se lleva a cabo la intervención quirúrgica de forma temprana (8).

El tratamiento inicial de una Colecistitis aguda grados I-II debe ser la hospitalización, la hidratación parenteral para ello debe realizarse la canalización de un acceso venoso si no lo tiene el paciente, además hay indicación de extracción de hemocultivos seriados, se debe monitorizar temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y diuresis. En cuanto a la

dieta, se debe restringir la ingesta oral. Se puede iniciar medicación analgésica, la primera línea a utilizar pueden ser los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), se puede iniciar antibioterapia, también se debe realizar protección gástrica, profilaxis de trombosis venosa profunda, antieméticos, la sonda nasogástrica es útil cuando hay vómitos o cuando el íleo es importante (6,16).

En colecistitis aguda grado III se debe tomar medidas de hospitalización y de registro al ingreso en UCI como monitorizar presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno (SatO₂), diuresis horaria, valorar según gravedad la monitorización invasiva, valorar si precisa canalización de vía central o de inserción periférica, también se debe, al momento del ingreso del paciente, extraer analítica completa, hemocultivos, solicitar radiografía simple de tórax pósterio-anterior, ecografía abdominal, valorar si precisa tomografía abdominal con contraste endovenoso, iniciar antibioterapia, resucitación con volumen guiada por presión venosa central (PVC), iniciar la resucitación con cristaloides (controlando la hiperclorémia) y soluciones balanceadas (aproximadamente 2 litros) antes del inicio de los coloides y albúmina, valorar si precisa aminas vasoactivas, avisar a cirugía para la pronta realización de colecistectomía (16).

c) Tratamiento antibiótico

La antibioticoterapia es importante para tratar las posibles complicaciones infecciosas como empiema, perforación, abscesos, o para prevenir infecciones de la herida operatoria (6).

El tratamiento antibiótico deberá de individualizarse en función del grado de severidad. En las colecistitis agudas grado I se puede utilizar Ceftriaxona 1-2 g cada 24 h intravenoso durante 3 días, si existe alergia a betalactámicos se puede utilizar Aztreonam 1 g cada 8 h intravenoso, si hubiera sospecha de *E. Coli* productor de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) dar

Ertapenem 1 g cada 24 h intravenoso. En colecistitis aguda grado II al tratamiento anterior se le debe añadir Metronidazol 500 mg cada 8 h intravenoso de 10 días a 2 semanas. En colecistitis aguda grado III usar Piperacilina- Tazobactam 4 g / 0,5 mg cada 6h en perfusión intravenosa extendida (16).

A continuación, se muestra el tratamiento antibiótico para colecistitis recomendado por la Guía de Tokio 2007.

Colecistitis aguda	Antibiótico
Grado I	- fluoroquinolona orales - Levofloxacin - Ciprofloxacino - Cefalosporinas orales - Cefotiam - Cefcapene Penicilinas de amplio espectro - Ampicilina con sulbactam
Grado II	- Penicilinas de amplio espectro - piperacilina con Tazobactam - Ampicilina con sulbactam - Cefalosporinas de segunda generación - Cefmetazole - Cefotiam - Oxacefem - Flomoxef
Grado III	- Cefalosporinas de tercera y cuarta generación - Cefoperazon con sulbactam - Ceftriaxona - Ceftazidima - Cefepime - Cefozopran - Monobactamicos (aztreonam) - Ante la sospecha de anaerobios agregar - Metronidazol

Cuadro N° 2: Tratamiento Antimicrobiano Para Colecistitis Y Colelitiasis. (Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007). (11)

La duración del tratamiento deberá de individualizarse en función del grado de colecistitis aguda y de la evolución clínica del paciente. En la colecistitis aguda grado I se recomienda 3 días y la suspensión de antibioterapia tras la colecistectomía. En las colecistitis agudas grado II y III la duración del tratamiento antibiótico recomendado es de entre

10-15 días (16).

d) Tratamiento quirúrgico

La colecistectomía, ya sea abierta o laparoscópica, es el tratamiento de elección en los casos de colecistitis aguda (6). La colecistectomía laparoscópica es un método de penetración mínima para extirpar la vesícula y sus cálculos, debido a que reduce la estancia hospitalaria y a su bajo costo es el método de elección (2). La colecistectomía tiene un perfil de bajo riesgo, pero se pueden presentar complicaciones por lo que es importante tomar la decisión de intervención quirúrgica valorando el riesgo y beneficio (8), por lo tanto se debe someter a colecistectomía si hay presencia de síntomas con la frecuencia e intensidad suficientes como para interferir en las actividades normales del paciente, si hay existencia de una complicación o si hay existencia de una o más enfermedades que expongan al paciente a un riesgo alto de presentar complicaciones (2).

Existen contraindicaciones absolutas y relativas para la realización de colecistectomía, las contraindicaciones absolutas son incapacidad para tolerar la anestesia general o laparotomía, coagulopatía resistente al tratamiento y cáncer de la vesícula biliar en potencia curable, condiciones que pongan en peligro la vida del paciente; mientras que las indicaciones relativas son cirugía abdominal superior previa, colangitis, peritonitis difusa, cirrosis y/o hipertensión portal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fístula colecistoentérica, obesidad mórbida y embarazo, estas últimas limitadas en el segundo trimestre de la gestación después de que la angiogénesis está completa y antes de que el fondo uterino alcance tamaño y longitud (17).

e) Complicaciones de la colecistectomía

- ✓ Complicaciones transoperatorias. La más grave es la lesión de la vía

biliar, sobre todo si no es reconocida en la operación (6), la identificación del conducto cístico, arteria cística y el colédoco, combinada con una buena exposición de la zona, asegura la ejecución de una operación sin complicaciones (17), la frecuencia con la que ocurre la lesión de la vía biliar es de 0.3 % -0.5% y tiene relación con el entrenamiento y la experiencia del grupo quirúrgico (6). Las lesiones del colédoco pueden ser reparadas en forma primaria mediante una anastomosis sobre un tubo en T si son menores de 1cm. Si una amplia zona del colédoco es extraída o extirpada, se recomienda efectuar la reconstrucción con anastomosis de Y Roux (17). La lesión por trocares ha descrito perforaciones de vejiga, aorta, cava, iliacas y vena porta, pueden ser mortales si no se las reconoce y corrige (6).

- ✓ Complicaciones posoperatorias: Dentro del grupo de complicaciones leves que requieren medidas sencillas para su resolución esta la infección de sitio quirúrgico superficial, pacientes con atelectasias y con seromas en la herida quirúrgica. Del grupo de pacientes con complicaciones moderadas tenemos pancreatitis aguda de etiología biliar, pacientes con hemorragia postoperatoria, pacientes con fistula biliar. Dentro del grupo de pacientes con complicaciones severas tenemos coledocolitiasis residual que requieren extracción endoscópica de los litos mediante colangiografía retrograda endoscópica (CRE), hernia incisional ya sea en el puerto supraumbilical o subxifoideo (1) .

3.4 Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (3), estos son problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad como una enfermedad crónica

(18). La obesidad y el sobrepeso se encuentran presentes en todos los grupos poblacionales, las mayores prevalencias se dan en la población adulta seguida por el grupo escolar, pre-escolar y adolescentes. Los que viven en áreas urbanas, las mujeres y los considerados no pobres son los más afectados (19). El sobrepeso y la obesidad causan la muerte de alrededor de 2,8 millones de personas en el mundo en forma directa o indirecta, asociadas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes Mellitus, la enfermedad coronaria isquémica y algunos tipos de cáncer (20).

3.4.1 Epidemiología

En Europa la prevalencia de obesidad ha aumentado en las últimas dos décadas, sobre todo en los adultos, y en un tercio de los niños. En Estados Unidos la prevalencia de obesidad en los adultos subió de 15,3%² (1995) a 23,9% en el 2005, y en general, en los países desarrollados la obesidad se ha triplicado (21). En América Latina, según estudios, la prevalencia de sobrepeso y obesidad está por encima de 20% en 17 de los 20 países, el 22-26% en Brasil, 21% en México, 10% en Ecuador, 22 – 35 % en Paraguay y 24-27% en Argentina (22).

En Perú en un estudio realizado a 69 526 miembros residentes en los hogares del ámbito nacional, de los cuales, 73.8% vivían en la zona urbana y 26.2% en la zona rural, se encontró que el sobrepeso y la obesidad en adultos de 20 a 29 años fue predominante en Lima Metropolitana y la costa, en donde existe más urbanización y menos pobreza. A nivel departamental el exceso de peso fue más prevalente en Moquegua (51.2%); Tacna (47.8%); Ica (45.7%); Piura (45.0%), y Lima (45.0%). Fue menos prevalente en Huancavelica (22.0%); Ayacucho (23.6%); Apurímac (23.8%); Huánuco (26.5%), y Pasco (27.2%). En adultos de 30 a 59 años el sobrepeso fue ligeramente mayor en hombres, pero la obesidad fue mayor en las mujeres, se observó que fue más prevalente en Lima Metropolitana y la costa. A nivel departamental, la prevalencia del exceso de peso fue mayor en Madre de Dios (77.4%); Tacna (75.0%); Ica (73.1%); Lima (70.4%), y Tumbes (70.0%). Fue menos

prevalente en Huancavelica (36.0%); Apurímac (41.1%); Huánuco (42.0%); Amazonas (46.2%), y Pasco (46.4%) (18).

3.4.2 Clasificación

La clasificación actual de Obesidad propuesta por la OMS está basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros. De esta manera, las personas cuyo cálculo de IMC sea igual o superior a 30 kg/m^2 se consideran obesas (23)

Clasificación	IMC (kg/m^2)	Riesgo Asociado a la salud
Normo Peso	18.5 – 24.9	Promedio
Exceso de Peso	≥ 25	
Sobrepeso o Pre Obeso	25 - 29.9	AUMENTADO
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34.9	AUMENTO MODERADO
Obesidad Grado II o severa	35 - 39.9	AUMENTO SEVERO
Obesidad Grado III o mórbida	≥ 40	AUMENTO MUY SEVERO

Cuadro N° 3: Clasificación de la obesidad según la OMS. (Manuel Moreno, G. Definición y Clasificación de la obesidad.2012) (23).

3.4.3 Factores de Riesgo

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Se ha observado un aumento en la ingesta de alimentos ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez

más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización. (3,23).

Estudios epidemiológicos han detectado una serie de factores asociados con el sobrepeso y la obesidad en la población, estos pueden ser la edad, el sexo femenino, la raza, el nivel de educación, el ingreso económico, la paridad, la ingesta alimentaria, el tabaquismo, la ingesta de alcohol y el sedentarismo. Existen también algunos factores genéticos y endocrinológicos asociados a obesidad, se observó que 2 a 3% de los obesos tendrían como causa alguna patología endocrinológica, entre las que destacan el hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo y lesiones hipotalámicas asociadas a hiperfagia (23).

Los adultos y niños peruanos están comiendo inapropiadamente, la calidad de la comida, la composición de la alimentación, la naturaleza de los alimentos, la inactividad física y el sedentarismo sugieren un amplio rango de enfermedades incluyendo a la obesidad (24).

3.4.4 Complicaciones

Como se ha mencionado, el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de adquirir una amplia gama de enfermedades crónicas, representan alrededor del 44% de la carga de enfermedad de diabetes, el 23% de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y 41% de algunos cánceres (24).

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon) (3). Otras co-morbididades asociadas a la obesidad incluyen a las enfermedades de la vesícula biliar, hígado graso y apnea del sueño (24).

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos (3).

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

4.1 A nivel local:

- **Autor:** Choque Cajia, Flor Carolina
- **Título:** Factores asociados a complicaciones post operatorias en pacientes colecistectomizados del Servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo de enero a diciembre del 2018
- **Resumen:** ANTECEDENTE: La enfermedad litiásica vesicular es una de las patologías más frecuentes del aparato digestivo, y afecta a una gran población del mundo, por lo que la que la colecistectomía es una de las intervenciones que se practica con mayor frecuencia en los hospitales. OBJETIVO: Asociar los factores (edad, sexo, comorbilidad, tipo de operación y operación realizada) a complicaciones post operatorias en pacientes colecistectomizados del Servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo de enero a diciembre del 2018. MÉTODOS: Se revisaron 433 historias clínicas que cumplieron con los criterios de selección. Se comparan grupos mediante Chi cuadrado. RESULTADOS: La edad es un factor asociado a complicaciones postoperatorias en pacientes colecistectomizados ($p < 0.05$). De los pacientes colecistectomizados predominó en el rango de edad de 46 a 60 años (38.1 %), con una edad promedio de 45.94 ± 14.2 años, el sexo femenino fue el más frecuente con un 70.0%, los pacientes con sobrepeso son más frecuentes (45.3%), los pacientes con alguna comorbilidad fueron del 9.2% de la población siendo las más frecuentes la HTA (3.9%), seguido de la DM tipo 2 (3.2%); antecedente de cirugía abdominal (4.6%). La operación más frecuente fue la abierta y de tipo

programada; en cuanto la realización de otros procedimientos el más frecuente fue la exploración de vías biliares; en relación al diagnóstico postoperatorio se obtuvo a la colecistitis aguda litiásica con 41.1%, colecistitis crónica litiásica 58.4%; los hallazgos operatorios que se reportaron en mayor frecuencia fueron piocolecisto e hidrocolecisto. Los pacientes que presentaron complicaciones post operatorias representaron el 6.9%, complicaciones que se presentaron en mayor frecuencia fueron neumonía, infección de herida quirúrgica, lesión de la vía biliar y seroma. **CONCLUSIÓN:** La edad es un factor asociado a complicaciones postoperatorias en pacientes colecistectomizados $p < 0,5$. (25).

- **Autor:** Skarlet Nicol, Llerena Gómez
- **Título:** Factores asociados a coledocolitiasis en pacientes colecistectomizados en el servicio de cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, de enero a diciembre del 2018.
- **Resumen:** **OBJETIVO:** Determinar los factores asociados a coledocolitiasis en pacientes colecistectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, de enero a diciembre del 2018. **HIPÓTESIS:** La edad mayor a 60 años, sexo femenino, índice de masa corporal (IMC) mayor de 30, presencia de Diabetes Mellitus, antecedente familiar de litiasis biliar, uso de anticoncepción hormonal en mujeres, dieta hipergrasa, son factores asociados a coledocolitiasis en pacientes colecistectomizados. **METODOLOGÍA:** Estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal, asociativo de casos y controles: 30 casos y 72 controles; el procedimiento se realizó mediante la revisión de historias clínicas. **RESULTADOS:** De las 102 historias clínicas de pacientes colecistectomizados se encontró 30(29,40%) pacientes que presentaron coledocolitiasis; ésta misma tiene relación significativa con el sexo femenino en 40% con $P < 0.05$ y OR: 4.0 constituyendo un factor de riesgo; la edad > 60 años en 64.3% con $P < 0.05$; el índice de masa corporal > 30 en 58.3% con $P < 0.05$. Por otro lado, la dieta hipergrasa en 40% con $P < 0.05$ y OR: 2.8 constituyendo un

factor de riesgo. **CONCLUSIONES:** El sexo femenino, edad mayor a 60 años, índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 y la dieta hipergasa son factores asociados a coledocolitiasis en pacientes colecistectomizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, de enero a diciembre del 2018. (9).

4.2 A nivel nacional:

- **Autor:** Aldana Portales, Maylei Lisset
- **Título:** Prevalencia de obesidad en pacientes con litiasis vesicular atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo, enero 2006-diciembre 2009.
- **Resumen:** **OBJETIVO:** determinar la prevalencia de obesidad e pacientes con litiasis vesicular atendidos en el Servicio de Trauma y Cirugía General del Hospital Regional Docente de Trujillo, enero 2006-diciembre 2009. **MATERIAL Y MÉTODO:** estudio descriptivo, retrospectivo. Se admitieron 303 pacientes con diagnóstico de litiasis vesicular atendidos en el Servicio de Trauma y Cirugía General del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el enero del 2006 a diciembre del 2009. **RESULTADOS:** 83 pacientes con diagnóstico de Obesidad y 220 que no presentaron obesidad. La prevalencia de obesidad en pacientes con litiasis vesicular fue de 27.7%. a realizarse la evaluación de los pacientes colecistectomizados y al comparar obesidad con Morbilidad Hospitalaria post-operatoria, estancia hospitalaria y tiempo operatorio, observamos que existe asociaciones estadísticas altamente significativas en cuanto a la morbilidad hospitalaria post-operatoria ($\chi^2 = 20.640$, $p < 0.001$), estancia hospitalaria post-operatoria ($\chi^2 = 67.712$, $p < 0.001$), y el tiempo operatorio $8 \times 2 = 14.941$, $p < 0.001$). **CONCLUSIÓN:** La prevalencia de obesidad en pacientes con litiasis vesicular es de 27.7% cuya población obesa presenta asociación estadística altamente significativa con la morbilidad hospitalaria post –operatoria, estancia hospitalaria y tiempo operatorio. (26).

- **Autor:** Zevallos Chirinos, Julio Raúl.
- **Título:** Colecistectomía laparoscopia en el Servicio de Cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca de enero 2012 a diciembre 2013.
- **Resumen:** INTRODUCCIÓN: La colecistectomía laparoscópica se muestra como una opción de tratamiento para patología vesicular confiable y segura. En el Hospital Carlos Monge Medrano se viene realizando esta técnica quirúrgica desde el año 2012 con buenos resultados intra y postoperatorios. OBJETIVOS: Describir la colecistectomía laparoscópica realizada en el Hospital Carlos Monge Medrano enero 2012 a diciembre 2013. METODOLOGÍA: Para el desarrollo del presente estudio se realizó el diseño observacional, longitudinal mediante revisión de Historias clínicas y un cuestionario aplicado a los pacientes con patología vesicular intervenidos por la técnica de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, de enero del 2012 a diciembre del 2013. RESULTADOS: En cuanto a características epidemiológicas de los 29 pacientes que intervinieron en este estudio se evidenció que la edad promedio fue de 33,79 años, además existe un predominio de mujeres (67%) sobre varones (33%). El síntoma más frecuente fue las náuseas y vómitos presente en el 100% de los pacientes seguido del dolor abdominal 93%. El RQCV con mayor frecuencia fue el I y II (34,5% y 58,6% respectivamente), los diagnósticos evidenciados con mayor frecuencia fueron Colecistitis aguda litiásica y colecistitis crónica litiásica (51% y 49% respectivamente). El tiempo operatorio promedio fue de 115 min, la estancia hospitalaria con mayor frecuencia fue de 1 a 2 días (62,2%). No hubo complicaciones intraoperatorias, la complicación inmediata más frecuente fue la infección de herida operatoria (13,7%), hubo un caso de hernia umbilical (3,4%) como complicación mediata. La mayor parte de pacientes indicaron estar “satisfechos” con la estancia hospitalaria 52%, con la estética post cirugía 55% y en general 62%. (27).

- **Autor:** Yenny Del Rosario Carbajal Meza.
- **Título:** Variables que influyen en las complicaciones en pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del HNPNP Luis N. Sáenz entre el año 2012-2017
- **Resumen:** OBJETIVO: Determinar las variables que influyen en las complicaciones en pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Policía Nacional del Perú (HNPNP) Luis N. Sáenz entre el año 2012-2017. MATERIAL Y METODOS: El presente estudio es de tipo observacional, analítico, retrospectivo realizado en el HNPNP Luis N. Sáenz. Cuenta con una población de 5734 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica en el periodo de 2012 – 2017. Se consideró por muestra no probabilística, por conveniencia la totalidad de los pacientes, siendo esta de 53 pacientes que presentaron complicación por colecistectomía laparoscópica. RESULTADOS: De los 53 pacientes que presentaron complicaciones por colecistectomía laparoscópica entre el 2012-2017, las edades de presentación más frecuente fueron pacientes <60 años a predominio del sexo femenino con un 69.8% y el sexo masculino con un 30.2%. La prueba de Fisher establece que no hay influencia del sexo en las complicaciones con un valor $p > 0.05$. La Modalidad de cirugía influye en las complicaciones por colecistectomía laparoscópica donde los resultados de la prueba de Fisher ($p < 0.05$), permiten establecer que existe relación significativa. Se encontró la modalidad de cirugía como factor de riesgo asociado a las complicaciones de Lesión de vías biliares (OR=3.75), Infección de sitio operatorio superficial (OR= 1.3) y colangitis (OR=5.7). Existe relación significativa entre la Experiencia del Cirujano y las complicaciones de Colangitis ($p=0.02$) y Estenosis ($p=0.007$). El tipo de colecistitis influye en las complicaciones de Colangitis ($p= 0.022$) y ser un factor de riesgo (OR=9.04). CONCLUSION: Las variables modalidad de cirugía, experiencia del cirujano y tipo de colecistitis influyen en las complicaciones por colecistectomía laparoscópica realizados en el hospital PNP Luis N. Sáenz, con excepción de la variable sexo con la cual no se encontró significancia. (28).

- **Autor:** Liz Carlota Gamboa Díaz.
- **Título:** Factores de riesgo asociados a colecistitis crónica en pacientes atendidos en el servicio de cirugía del Hospital San Juan De Dios de Pisco durante el año 2018.
- **Resumen:** OBJETIVO: Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a pacientes con diagnóstico de colecistitis crónica en el Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el año 2018. METODOLOGIA: El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo, transversal con diseño explicativo, de casos y controles. Un total de 180 pacientes conformaron la muestra, siendo 90 los casos (diagnóstico de colecistitis crónica) y 90 los controles (diagnóstico de litiasis vesicular). Se utilizó el programa SPSS versión 25 para el análisis de datos, aplicándose estadísticos descriptivos y frecuencia de cada una de las variables de estudio. RESULTADOS: Se encontró que el sexo de mayor presentación fue el femenino, con un número de casos (87.8%). En cuanto a la edad, la mayor de pacientes fue de 35 años para los casos (67.8%). En este estudio los que presentaron relación significativa fue el peso superior adecuado para la talla ($p=0.007$, $OR=0.440$, $IC=95\%$ entre 0.241-0.802) no siendo un factor de riesgo, siguiendo con las comorbilidades también tuvo asociación significativa ($p=0.001$, $OR=0.274$, $IC=95\%$ entre 0.120-0.625) no siendo un factor de riesgo, al igual que el tipo de dieta hipergrasa ($OR=0.310$, $IC=95\%$ 0.81-1.187). a diferencia de los controles que si presentaron mayor probabilidad como factor de riesgo. CONCLUSIONES: Se determinó que el sexo femenino fue predominante para ambos grupos de estudio, Se determinó que la mayor parte de la población de estudio presento una edad mayor a los 35 años. Se encontró que las variables que tuvieron relación estadísticamente significativa a Colecistitis crónica, fueron las comorbilidades y el peso adecuado para su talla, no siendo factores de riesgo. Se evidencio que la gran mayoría de los pacientes presentaron una dieta de tipo Hipergrasa, la cual no tiene relación significativa y no es un factor de riesgo para colecistitis crónica. (29).

4.3 A nivel Internacional:

- **Autor:** Mitte Quijije Leidy Laura, Montalvo Tapia Erik Adrián
- **Título:** Asociación entre obesidad y desarrollo de complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía convencional
- **Resumen:** Las patologías biliares son muy comunes en el área de Salud Pública, y se ha determinado que casi en su totalidad requieren de un abordaje quirúrgico para su resolución, a esto debe añadirse la elevada prevalencia que alcanza la obesidad dentro de la región, motivo por el cual es necesario identificar las complicaciones postquirúrgicas. **OBJETIVO:** Determinar la relación entre la obesidad y desarrollo de complicaciones en pacientes colecistectomizados de manera convencional en la clínica particular Azuay de Guayaquil, en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre 2018. **MÉTODOLOGIA:** Estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. La información se revisó de 220 historias clínicas de los pacientes sometidos a colecistectomía abierta en la Clínica Particular Azuay desde enero del 2017 a diciembre del año 2018, se evaluó sexo, edad, datos clínicos, antecedentes patológicos, diagnóstico preoperatorio, complicaciones postquirúrgicas. Los resultados se analizaron y graficaron mediante el programa Microsoft Excel 2013. **RESULTADOS:** El principal diagnóstico preoperatorio fue colecistitis crónica calculosa 75%. Predomina el sexo femenino 66.36%. Las complicaciones postquirúrgicas se presentaron en 9.53%; de las cuales la infección de herida quirúrgica fue la más prevalente 4.09%. Según el sexo las complicaciones fueron más frecuentes en el sexo femenino con el 5.90% y el sexo masculino representó el 3,63%. Las complicaciones fueron más frecuentes entre las edades de 56 a 65 años con el 42.86%. **XIII CONCLUSIONES:** Se reportaron complicaciones postquirúrgicas en el 9.53% de los pacientes con obesidad y este resultado es similar a los hallados por otros autores. Las colecistopatías predominan en el sexo femenino y tiene sustento bibliográfico. Las complicaciones postquirúrgicas aumentan con la edad del paciente. (30).

- **Autor:** Carolina Salinas, Carlos Alberto López, Alejandra Ramírez, Ricardo Torres, María Clara Mendoza, Diana Paola Cuesta.
- **Título:** Colecistectomía por laparoscopia en colecistitis subaguda: análisis retrospectivo de pacientes en un hospital universitario
- **Resumen:** OBJETIVO. Describir los resultados clínicos y quirúrgicos de la colecistectomía por laparoscopia, en pacientes con colecistitis subaguda hospitalizados en una institución universitaria de alta complejidad. METODOLOGÍA. Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes adultos con diagnóstico de colecistitis subaguda, intervenidos con colecistectomía por laparoscopia, que fueron hospitalizados en una institución universitaria de alto nivel de complejidad entre enero y diciembre de 2014. Se evaluaron sus características sociodemográficas, clínicas, del procedimiento, las complicaciones operatorias y a los 30 días, así como la estancia hospitalaria. RESULTADOS. Se analizaron 184 pacientes con un promedio de edad de 59 años (DE=19,34), el 61 % de sexo femenino. La mayoría de los pacientes (69%) tenían hallazgos intraoperatorios correspondientes a plastrón, piocolecisto, necrosis y perforación. En 13 % de los pacientes fue necesaria la conversión a cirugía abierta, y entre las complicaciones se presentó sangrado operatorio en 13 %, fístula biliar en 2,7 % y lesión de la vía biliar en 0,5 %. La mortalidad intrahospitalaria fue del 1,1 %. CONCLUSIONES. La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento seguro con una baja tasa de complicaciones, incluso, cuando se practica en casos con más de 72 horas de iniciados los síntomas. Es indispensable que dicho procedimiento sea realizado por un grupo con gran experiencia en cirugía laparoscópica. (31).
- **Autor:** Guillermo Eduardo Aldana, Luis Eduardo Martínez, Manuel Augusto Hosman, Diego Alejandro Ardila, Iván Fernando Mariño, Michael Ricardo Sagra,

Luisa María Montoya.

- **Título:** Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colecistectomía por laparoscopia.
- **Resumen:** INTRODUCCIÓN. Los factores de riesgo para la conversión a laparotomía y las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica se han estudiado, pero no se conocen modelos actuales de predicción para estos resultados. OBJETIVO. Desarrollar un modelo de predicción para las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica. PACIENTES Y MÉTODOS. Se llevó a cabo un estudio analítico retrospectivo que incluyó 1.234 pacientes con colelitiasis sometidos a colecistectomía laparoscópica, en un periodo de 18 meses en un hospital de IV nivel de Colombia. Se hizo el análisis multivariado por medio de regresión logística, usando el procedimiento *backward* para selección de variables, buscando determinar la probabilidad en un punto compuesto de complicación (presencia de, al menos, una complicación: lesión de vía biliar, colección intra-abdominal o sangrado). Se elaboró una curva ROC para determinar la capacidad predictiva del modelo y el análisis de datos se hizo en Stata 13™. RESULTADOS. Los pacientes incluidos se clasificaron en cohortes de derivación (926) y de validación (308), y se encontró que el 69,2 % eran mujeres; la edad mediana fue de 48 años (RIC=34-60) y, la conversión, de 4,3 %; hubo colección intraabdominal en 2,6 % y complicaciones en 4,7 %, y la mortalidad global fue de 0,3 %. La edad, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica, la coledocolitiasis y el síndrome de Mirizzi se identificaron como predictores de alguna complicación. La capacidad predictiva del modelo fue de 58 %. CONCLUSIÓN. La probabilidad de alguna complicación perioperatoria de la colecistectomía por laparoscopia depende de la edad, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica, la coledocolitiasis y el síndrome de Mirizzi. Los factores de riesgo y las complicaciones descritos aquí, pueden guiar nuevas investigaciones y proporcionar evaluación de riesgos específicos. (32).

- **Autor:** Cristian Manuel Villagómez Yáñez.
- **Título:** Evaluación de las complicaciones de la colecistitis aguda resuelta quirúrgicamente de manera electiva y por emergencia tanto por cirugía convencional como laparoscópica en el Hospital San Francisco de Quito en el período de mayo a octubre del 2016.
- **Resumen:** La colecistitis aguda es una patología frecuente con diferentes valores reportados según el grupo poblacional estudiado; resulta de interés particular identificar el momento más idóneo para llevar a cabo la resolución quirúrgica de esta entidad. Existen varios estudios que han evaluado las complicaciones que pueden presentarse durante el acto quirúrgico o posterior al mismo; en vista de lo mencionado se consideró evaluar cuales son las complicaciones más frecuentes que se encontraron al realizar tanto colecistectomía laparoscópica como abierta en pacientes con colecistitis aguda y a su vez considerar el tiempo adecuado para su resolución. Se llevó a cabo un estudio epidemiológico observacional de corte transversal con una muestra de 104 pacientes; de los cuáles 50,96% (n=53), pertenecía al sexo masculino y el 43,27% (n=45) estuvo en el grupo de edad entre 21 y 40 años con diagnóstico de colecistitis aguda, intervenidos quirúrgicamente de manera convencional o laparoscópica valorando las complicaciones durante la cirugía o posterior a ella en el Hospital San Francisco de Quito. En el 34,62% de los casos operados hubo complicaciones (n=36). Dentro de las complicaciones más frecuentes en esta población fueron: el lecho vesicular friable, sangrado residual con colocación de drenajes, que estuvo presente en el 18,27 % de los casos. Las colecistectomías en colecistitis con menos de 72 horas de evolución presentaron un 6.73% de complicaciones en comparación con aquellas con más de 72 horas de evolución quienes presentaron un 27.8% de complicaciones. Un 52,88% (n=55) de pacientes se realizó una colecistectomía tardía es decir más de 72 horas de hospitalización. El 95.15% (n=99) de pacientes fue resuelto mediante vía laparoscópica, el 4.8% (n=5) que se realizaron abiertas fue posterior haber intentado por vía laparoscópica. Con respecto al grado de severidad de la colecistitis 51.92% (n=54) correspondieron a grado II, y un 0.92% (n=1) fue

catalogado grado III. (33).

- **Autor:** Díaz Garza J.H., Aguirre Olmedo I., García González R.I., Castillo Castañeda A., Romero Beyer N.A.
- **Título:** Complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica electiva
- **Resumen:** OBJETIVO: Analizar la morbilidad y mortalidad asociada a colecistectomías laparoscópicas electivas. MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron retrospectivamente las cirugías realizadas durante el 2017. Se registraron variables demográficas, tiempo quirúrgico, hemorragia transoperatoria, morbilidad y mortalidad perioperatoria de acuerdo con la clasificación de Strasberg,¹ ocurrida dentro de las primeras seis semanas de seguimiento post quirúrgico. RESULTADOS: 544 pacientes fueron sometidos a colecistectomía, con rango de edad de 16 a 86 años (mediana 42). 462 pacientes (85%) fueron mujeres y 82 (15%) hombres. La mortalidad fue 0%. Se presentaron complicaciones leves (seroma, infección de sitio quirúrgico y atelectasias) en 1.78%, moderadas (hemorragia postoperatoria, fistula biliar y pancreatitis) en 1.18%, y severas (coledocolitiasis residual y hernia incisional) en 1.09% de los pacientes. CONCLUSIONES: La colecistectomía laparoscópica es el estándar de oro para el tratamiento de litiasis biliar, con baja morbilidad y mortalidad. (1).
- **Autor:** Francisco Javier Ramírez Cisneros, Gustavo Jiménez López, Jesús Arenas Osuna.
- **Título:** Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en adultos
- **Resumen:** OBJETIVO: Determinar la frecuencia de complicaciones durante la colecistectomía laparoscópica en un hospital de enseñanza. SEDE: Hospital General Centro Médico Nacional “La Raza”. DISEÑO: Abierto, observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo. ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Estadística descriptiva para caracterizar a la población estudiada y comparación de técnicas

de abordaje por medio de prueba exacta de Fisher y Yates. **PACIENTES**
MÉTODO: De enero de 1999 a junio del 2001 se operaron 546 pacientes de
colecistectomía laparoscópica, se investigaron complicaciones postoperatorias. El
criterio de inclusión fue complicaciones trans- y post-operatorias por acceso y
técnica quirúrgica. **RESULTADOS:** Fueron 469 pacientes femeninos, 77
masculinos. Edad promedio de 45.1 para las mujeres y de 50.7 para los hombres.
Hubo 169 pacientes complicados, con 189 complicaciones: 175 menores y 14
mayores. De las mayores: 2 a grandes vasos y 2 a vía biliar principal. Otras a
hígado y arteria cística. Sólo las lesiones sangrantes requirieron conversión. Todas
se recuperaron sin secuelas. Las menores: 127 ruptura vesicular. Treinta y cuatro
infecciones, 3 litos residuales, 2 enfisemas subcutáneos con técnica Veress, 2
hematomas de pared, 1 bilioma, 1 fístula del cístico, 1 hernia postincisional y 1
singultus. Abordajes con técnica de Veress, 03, sólo ésta con incidentes de
abordaje; 43 con técnica de Hasson sin incidentes. Sin diferencia estadística ($p = 0.76$). En 39 pacientes se realizó conversión. **CONCLUSIÓN:** La frecuencia de
complicaciones en colecistectomía laparoscópica en un hospital de enseñanza
está dentro de los parámetros de seguridad aceptados en el mundo.(34).

- **Autor:** Cordero García, Rubén; Pérez Santos, Karina; García Rodríguez, Alfonso.
- **Título:** Tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post operados de Colecistectomía convencional y laparoscópica.
- **Resumen:** La colecistectomía laparoscópica es una técnica segura para el tratamiento de la enfermedad litiasica vesicular. El objetivo del presente trabajo es observar la asociación del tipo de colecistectomía con el tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica. Material y Métodos. Diseño transversal, retrospectivo, observacional, comparativo. Se incluyó a pacientes del año 2011 con patología vesicular, post operados de colecistectomía. Se formaron dos grupos: 21 pacientes con colecistectomía laparoscópica, y 115 con cirugía convencional. El análisis de datos fue realizado mediante una estadística

descriptiva e inferencial. Resultados. El 80% de la población se conformó por mujeres; la edad media fue de 48 años, y la indicación prequirúrgica más frecuente fue la colecistitis crónica litiásica (82%). Las variables sexo, domicilio, diagnóstico preoperatorio y complicaciones no mostraron diferencia estadísticamente significativa; sólo tres variables presentaron un significado estadístico: edad, tiempo de estancia hospitalaria y número de días de incapacidad ($p < 0.05$). Se encontró una asociación entre la colecistectomía convencional y el tiempo de estancia mayor a 48 horas (OR 8.86 [IC 1.14-68.65]). CONCLUSIONES: La colecistectomía laparoscópica supera a la cirugía convencional en el manejo de la patología vesicular, y representa menor tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones y días de incapacidad. (35).

- **Autor:** Díaz Chávez, Emilio Prieto; Medina Chávez, José Luis; Anguiano Carrasco, Juan José; Trujillo Hernández, Benjamín.
- **Título:** Factores de riesgo para conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta.
- **Resumen:** OBJETIVO: Identificar factores de riesgo relacionados con conversión de colecistectomía laparoscópica a cirugía abierta. SEDE: Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social. DISEÑO: Estudio transversal, analítico. Análisis estadístico: Promedios, desviación estándar y porcentajes, así como pruebas t de Student, χ^2 y análisis de regresión logística. MATERIAL Y MÉTODOS: De enero del 2004 a enero de 2005 se seleccionaron pacientes con colecistectomías laparoscópicas con expediente clínico completo, evaluándose variables relacionadas sus características demográficas y con el evento quirúrgico. RESULTADOS: Se estudiaron 120 pacientes, edades promedio de 48 ± 20 , 3 hombres y 117 mujeres, observando conversión a cirugía abierta en el 2.5% de los casos. Los factores de riesgo con significación estadística en el análisis univariado fueron antecedentes de diabetes mellitus, colecistitis alitiásica, dificultad técnica y duda anatómica al momento de

la disección, finalmente hemorragia transoperatoria. El análisis multivariado reveló que los factores significativos para conversión fueron dificultad técnica y duda anatómica al momento de la disección (RR 118 $p < 0.0001$) y hemorragia transoperatoria (RR 59.5 $p < 0.0001$). CONCLUSIONES: Las ventajas claras de identificar factores de riesgo asociados a conversión contribuyen a una excelente planeación, mejoría en los tiempos de espera de cama hospital, costes, planeación de la duración de la convalecencia y sobre todo la satisfacción del paciente. (36).

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

Determinar cuáles son las complicaciones asociadas al sobrepeso y obesidad en la evolución del tratamiento laparoscópico en pacientes con colecistitis litiásica en clínica Arequipa en el periodo 2018-2020.

5.2 Objetivos específicos:

- Determinar las complicaciones asociadas al sobrepeso y la obesidad en el tipo de colecistitis litiásica de los pacientes que acudieron a la clínica Arequipa en el periodo 2018-2020.
- Determinar el índice de masa corporal (I.M.C) de los pacientes sometidos a colecistectomía que acudieron a la clínica Arequipa en el periodo 2018-2020.
- Determinar las complicaciones asociadas al sobrepeso y la obesidad en el tiempo de hospitalización postquirúrgica del tratamiento laparoscópico en pacientes con colecistitis litiásica de Clínica Arequipa en el periodo 2018-2020.
- Determinar las complicaciones intraoperatorias asociadas al sobrepeso y la obesidad en los pacientes con colecistitis litiásica sometidos a tratamiento laparoscópico en Clínica Arequipa en el periodo 2018-2020.
- Determinar las complicaciones postquirúrgicas asociadas al sobrepeso y la obesidad en los pacientes con colecistitis litiásica sometidos a tratamiento laparoscópico en Clínica Arequipa en el periodo 2018-2020.

6. HIPÓTESIS:

Las complicaciones asociadas al sobrepeso y obesidad tienen una relación directa con la evolución del tratamiento laparoscópico en pacientes con colecistitis Litiásica.

7. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

7.1 Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

7.1.1 Técnica:

- ✓ Revisión documentaria.

7.1.2 Instrumentos:

- ✓ Ficha de recolección de datos.

7.1.3 Materiales:

- ✓ Fichas de investigación.
- ✓ Material de escritorio.
- ✓ Computadora portátil.
- ✓ Impresora.
- ✓ Software para procesamiento estadístico de base de datos.

7.2 Campo de verificación

7.2.1 Ubicación espacial:

La presente investigación se realizará en Clínica Arequipa, Arequipa.

7.2.2 Ubicación temporal:

El estudio se realizará de manera retrospectiva en el periodo comprendido entre los

años 2018-2020.

7.2.3 Unidades de estudio

✓ Universo:

Todas las historias clínicas y reportes quirúrgicos de pacientes colecistectomizados en Clínica Arequipa en el periodo comprendido en los años 2018-2020.

✓ Criterios de selección:

c) Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes de ambos sexos.
- ✓ Pacientes entre 20 y 65 años.
- ✓ Pacientes que ingresaron por hospitalización y por emergencia de Clínica Arequipa para someterse a tratamiento laparoscópico por colecistitis litiásica.
- ✓ Pacientes con diagnóstico de colecistitis litiásica.
- ✓ Historias clínicas que cuenten con: Descripción clínica del paciente, exámenes laboratoriales, ecografía abdominal e informe operatorio.

d) Criterios de exclusión:

- ✓ Historias clínicas incompletas.

7.3 Estrategia de recolección de datos

7.3.1 Organización

- Se realizarán las coordinaciones con la Gerencia Medica de clínica Arequipa para la revisión de historias clínicas de pacientes colecistectomizados.
- Organización de los datos obtenidos para su interpretación y análisis.

- Presentación y aprobación del proyecto en la Facultad de medicina humana.
- Presentación a jurados.
- Aprobación final de proyecto de tesis.

7.3.2 Recursos

✓ Humanos

- Investigadora.
- Asesor.

✓ Materiales

- Material de escritorio.
- Computadora Windows 7.
- Paquete Estadístico.
- Impresora.
- Ficha de encuesta y de recolección de datos.

✓ Financieros

- El presente proyecto será autofinanciado.

7.3.3 Validación de los instrumentos

No se requiere validación del instrumento.

7.3.4 Criterios o estrategia para el manejo de resultados

Los resultados obtenidos serán analizados estadísticamente utilizando paquete estadístico software SPSS versión 25 y Microsoft Excel 2016.

7.3.5 Consideraciones éticas

Se utilizará una ficha de recolección de datos, esta se realizará tomando los datos de las historias clínicas de pacientes con colecistitis litiásicas entre 20 a 65 años. Se garantizará la confidencialidad de las historias clínicas revisadas. Se contará con la autorización de la gerencia medica de Clínica Arequipa para la revisión de historias clínicas.

El presente trabajo no requiere consentimiento informado porque no se tomará los datos personales de los pacientes (nombres, identificación).



8. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Enero					Febrero								Marzo					
Actividades	27	28	29	30	31	03	07	10	14	17	21	24	28	02	06	09	13	16	20
1. Elección del tema																			
2. Revisión bibliográfica																			
4. Redacción del proyecto																			
5. Aprobación de proyecto de tesis																			
7. Proceso de recolección de datos																			
8. Ejecución del proyecto																			
10. Análisis e interpretación																			
11. Informe final																			

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

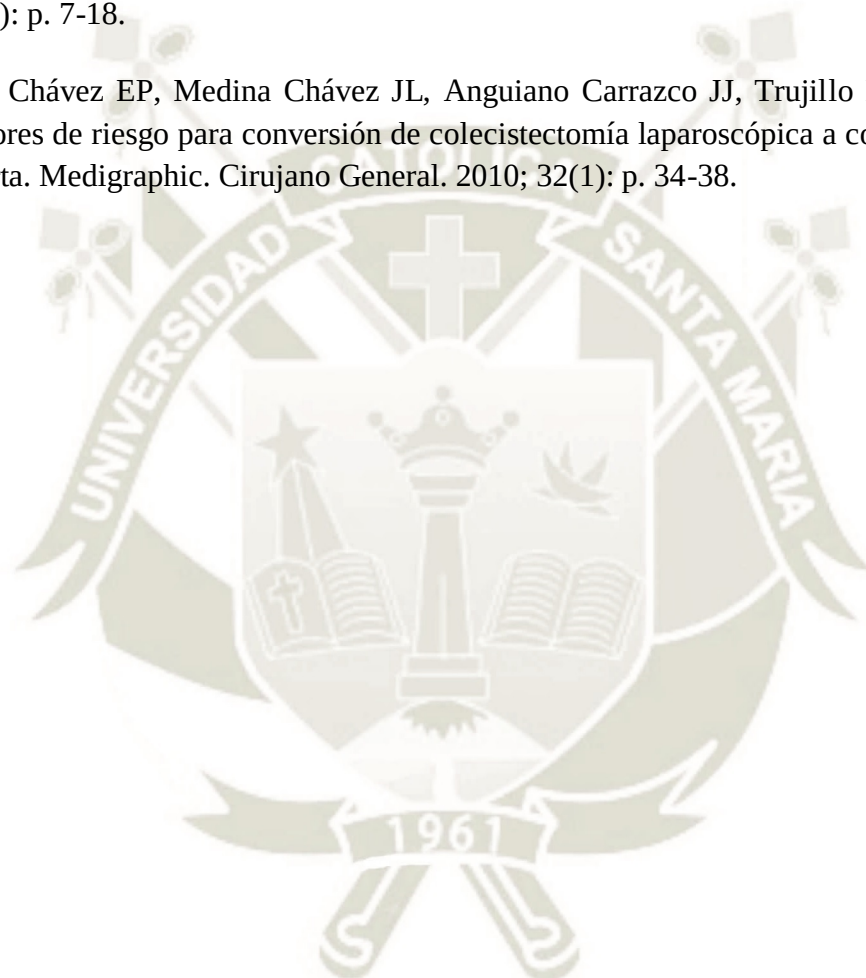
1. Díaz Garza J.H. AOI,GGRI,CCA,RBNA. Complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica electiva. Salud Jalisco. 2018;(5): p. 144-149.
2. Longo DL, S.Fauci A, L.Kaspe D, L.Hauser S, Jameson JL, Loscazo J. Harrison Principios de Medicina Interna. 18th ed. New York: The McGraw-Hill Companies,Inc.; 2012.
3. World Health Organization. World Health Organization. [Online].; 2018. Acceso 16 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
4. Chávez JEV. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Peru. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017; 63(4): p. 593-598.
5. Cornetero Muro VM. Población y enfermedades no transmisibles en el Perú 2012. Lima: Organizacion Panamericana de la Salud Peru; 14 setiembre 2012.
6. Ferraina P, Oria A. Cirugia de Michans. Quinta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002.
7. Zarate A, Torrealba A, Patiño B, Alvarez M, Raue M. Colelitiasis. En Zarate A. Manual de enfermedades digestivas UFT. Chile: Unidad de Medicina Fenis Terrae; 2018. p. 35-40.
8. Townsend CM. Sabiston Tratado de Cirugia Madrid: Elsevier; 2014.
9. Llerena Gomez SN. Factores asociados a coledocolitiasis en pacientes colecistectomizados en el servicio de cirugía del hospital regional honorio delgado espinoza, de enero a diciembre del 2018. Tesis para obtener el titulo profesional de Médico cirujano. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustin, Arequipa.
10. Mercedes GH, Blanca Estela BR, Arturo PC. Factores de riesgo en la genesis de litiasis vesicular. Medigraphic. 2005; VII.
11. Seguridad ISMd. Diagnostico y Tratamiento de Colescistitis y Colelitiasis. Guia de Referencia Rápida. México; 2016.
12. Brunicardi Charles F. Schwartz principios de cirugia Mexico: McGraw-Hil Interamericana Editores, S. A. de C. V.; 2011.

13. Fiorella MC. Colecistitis calculosa Aguda: Diagnostico y Manejo. Revista medica de Costa Rica y Centro America LXXIII. 2016;(618): p. 97-99.
14. Zarate A, Álvarez M, King I, A. T. Colecistitis Aguda. En AJ Z. Manual de enfermedades digestivas UFT.; 2018. p. 41-47.
15. Ramos Loza CM, Mendoza Lopez Videla JN, Ponce Morales JA. Aplicacion de la Guías de Tokio en Colecistitis Aguda Litiasica. Rev Med La Paz. 2018; 24(1).
16. Via Clinica de Colecistitis aguda. Sevilla : Hospitales Universitarios Virgen del Rosario y Virgen Macarena.
17. Varela Fernandez LF. Factores de riesgo asociados al desarrollo de colecistitis litiasica. Hospital Municipal De Tenango Del Valle Mariano Matamoros Bicentenario, ISEM; 2010- 2011. Tesis para obtener el diploma de la especialidad en Cirugía General. Estado De Mexico: Universidad Autonoma del Estado De Mexico, Toluca.
18. Álvarez Dongo D, Sánchez Abanto J, Gómez Guizado G. Sobrepeso y Obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012; 29(3): p. 30-313.
19. Pajuelo Ramírez J. Obesity in Peru. An. Fac. med. 2017; 78(2): p. 179-185.
20. World Health Organization (WHO). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a Who Consultation. Geneva: World Health Organization; 2000.
21. Tarqui Mamani C, Sánchez Abanto J, Alvarez Dongo D, Gómez Guizado G, Valdivia Zapana S. Tendencia del sobrepeso, obesidad y exceso de peso en el Perú. Revista Peruana de Epidemiología. 2013; 17(3).
22. J. B. Prevalencia de Obesidad en América Latina. Anales Sis San Navarra. 2002; 25(1): p. 109-115.
23. Manuel Moreno G. Definición y clasificación de la obesidad. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012; 23(2): p. 124-128.
24. Ministerio de Salud. Un gordo problema: Sobrepeso y obesidad en el Perú. Ministerio de Salud. 2002.
25. Cajia Choque FC. Factores asociados a complicaciones post operatorias en pacientes colecistectomizados del Servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo de enero a diciembre del 2018. Tesis para optar el titulo

- profesional de Médico Cirujano. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín., Arequipa.
26. Portales M. A. Prevalencia de obesidad en pacientes con litiasis vesicular atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo, enero 2006- diciembre 2009. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, 2010. Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo.
 27. Zevallos Chirinos J. Colectectomía laparoscopia en el Servicio de Cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca de enero 2012 a diciembre 2013. UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, 2014. Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano. Arequipa: Universidad Catolica de Santa Maria, Arequipa.
 28. Meza Carbajal YdR. Variables que influyen en las complicaciones en pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del HNPNP Luis N. Saenz entre el año 2012-2017. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. LIMA: Universidad Ricardo Palma, Lima.
 29. Diaz LCG. Factores de riesgo asociados a colecistitis crónica en pacientes atendidos en el servicio de cirugía de Hospital San Juan De Dios De Pisco durante el año 2018. Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano. Universidad Privada San Juan Bautista, Lima.
 30. Mitte Quijije LL, Montalvo Tapia EA. Asociación entre obesidad y desarrollo de complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía convencional. Trabajo de titulación presentado como requisito para optar por el título de Médico General. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
 31. Salinas C, Lopez CA, Ramirez A, Torres R, Mendoza MC, Cuesta DP. Colectectomía por laparoscopia en colecistitis subaguda: análisis retrospectivo de pacientes en un hospital universitario. Revista Colombia. 2018; 33: p. 154-161.
 32. Aldana GE, Martinez LE, Hosman MA, Ardila DA, Fernando MI, Sagra MR, et al. Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colecistectomía por laparoscopia. Revista Colombia. 2018; 33: p. 162-172.
 33. Manuel VYC. Evaluación de las complicaciones de la colecistitis aguda resuelta quirúrgicamente de manera electiva y por emergencia tanto por cirugía convencional como laparoscopia en el hospital San Francisco de Quito en el periodo de mayo a octubre del 2016. Informe final de Investigación presentado como requisito para optar por el título de Especialista en Cirugía General. Quito: Universidad Central del

Ecuador.

34. Ramírez Cisneros FJ, Jiménez López G, Arenas Osuna J. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en adultos. Medigraphic. Cirujano General. 2006; 28 Núm(2): p. 97-102.
35. Cordero García R, Pérez Santos K, García Rodríguez A. Tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post operados de Colecistectomía convencional y laparoscópica. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. 2015; II(15): p. 7-18.
36. Díaz Chávez EP, Medina Chávez JL, Anguiano Carrazco JJ, Trujillo Hernández B. Factores de riesgo para conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta. Medigraphic. Cirujano General. 2010; 32(1): p. 34-38.



ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad			
Sexo		Masculino	
		Femenino	
Tipo de colecistitis litiásica		Aguda	
		Crónica	
Índice de masa corporal		Kg/m2	
Peso	Kg	Sobrepeso	
		Obesidad I	
Talla	m	Obesidad II	
		Obesidad III	
Tiempo de hospitalización postquirúrgica		<2 días	
		2-3 días	
		> de 3 días	
Complicaciones intraoperatorias		Lesión de los vasos de la pared abdominal	
		Lesión de grandes vasos	
		Lesión de la vía biliar	
		Lesión de víscera hueca	
		Lesión de víscera maciza	
		Sangrado del lecho vesicular	
		Otros	
Complicaciones postquirúrgicas		Infección de herida postoperatoria	
		Hemoperitoneo	
		Lesión de la vía biliar	
		Bilioperitonitis	
		Pancreatitis secundaria	
		Otros	



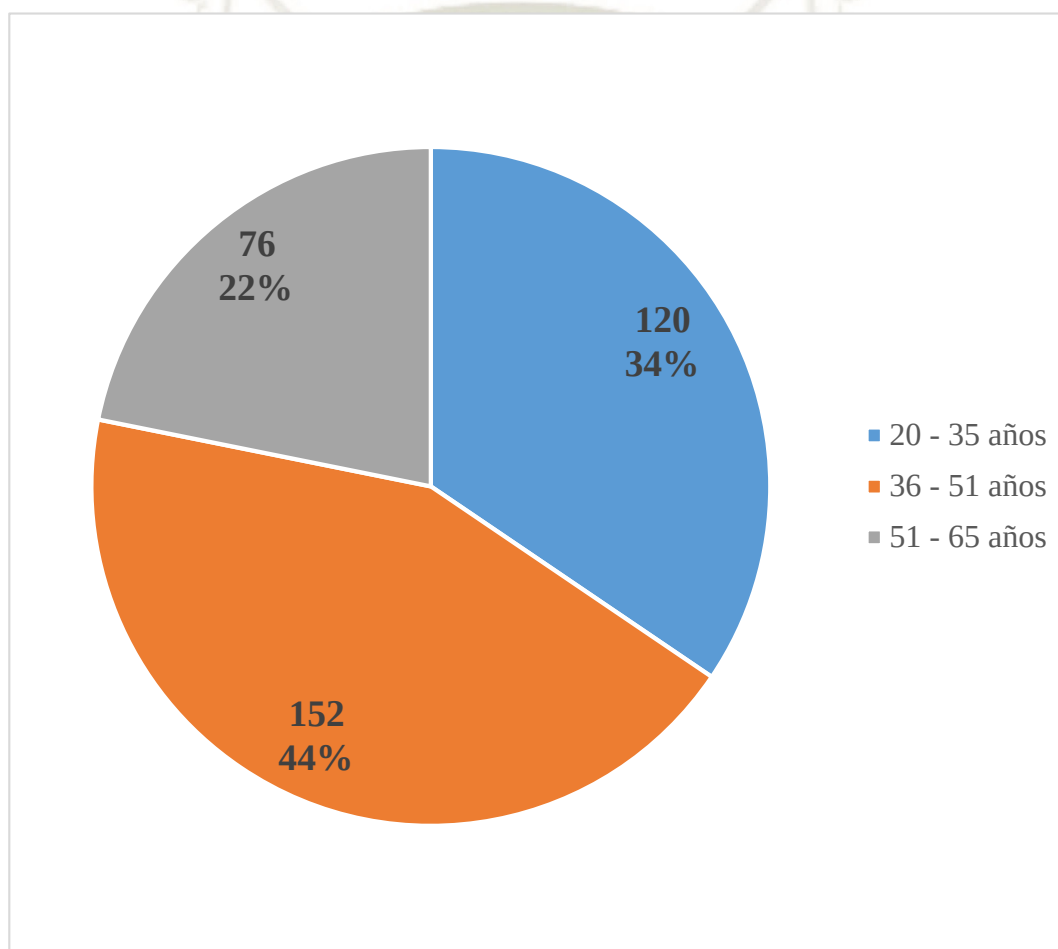
ANEXO 3

TABLAS Y GRÁFICOS AUXILIARES

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

GRÁFICO 3

**DISTRIBUCION ETARIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
COLECISTITIS LITIÁSICA**

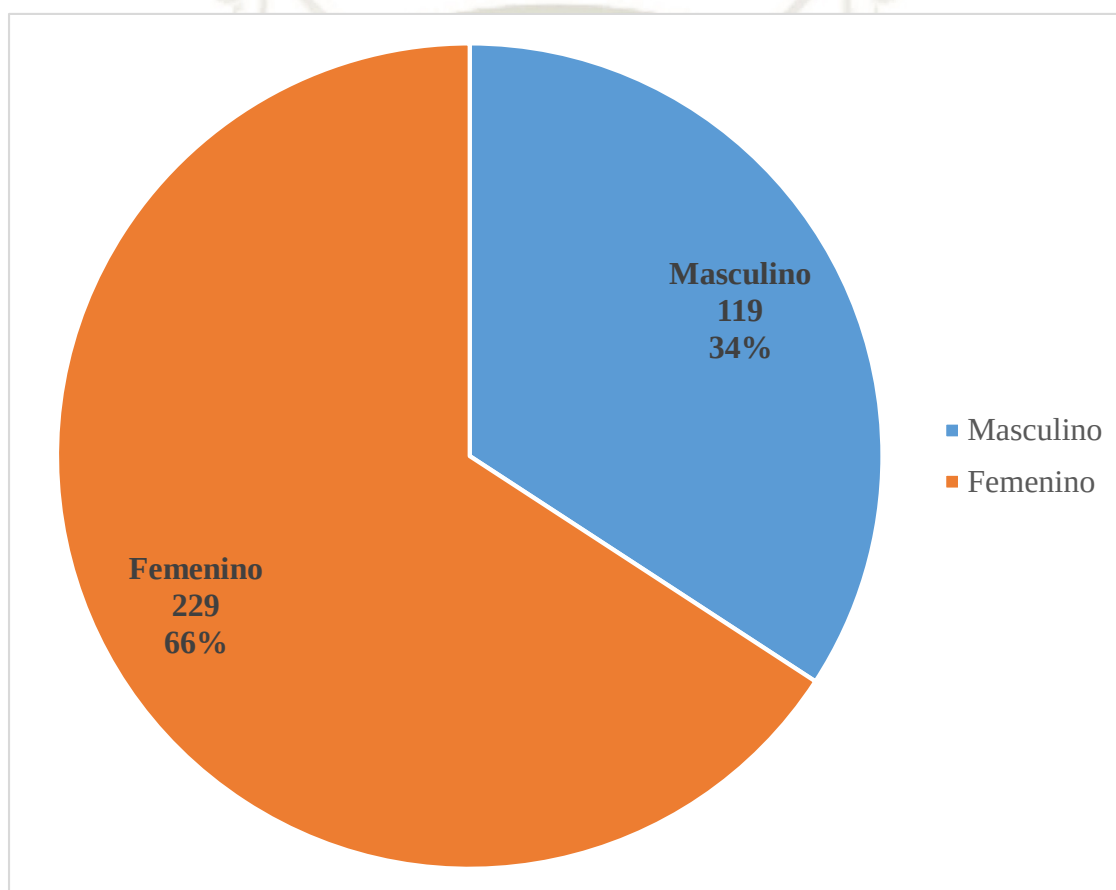


En el gráfico 3, podemos observar que la mayoría de pacientes que presentaron colecistitis litiásica pertenecen al grupo etario comprendido entre los 36 y 51 años, y la menor frecuencia la presentaron los pacientes con edades entre 51 y 65 años.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

GRÁFICO 4

**DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS LITIÁSICA**



En el gráfico 4, se puede apreciar que los pacientes que presentaron con mayor frecuencia el diagnóstico de colecistitis litiásica fueron del sexo femenino, representando el 66% de la muestra de estudio.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 12

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL
(IMC).**

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	CONTROLES		CASOS								TOTAL (N)	TOTAL (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
Gastritis	18	10.71%	25	14.88%	5	2.98%	1	0.60%	0	0.00%	49	29.17%
Hipertensión arterial	3	1.79%	7	4.17%	4	2.38%	0	0.00%	0	0.00%	14	8.33%
Patologías tiroides	8	4.76%	3	1.79%	1	0.60%	0	0.00%	0	0.00%	12	7.14%
Patologías neurológicas	5	2.98%	6	3.57%	1	0.60%	0	0.00%	0	0.00%	12	7.14%
Patologías digestivas	5	2.98%	4	2.38%	2	1.19%	0	0.00%	0	0.00%	11	6.55%
Patologías ginecológicas	3	1.79%	6	3.57%	1	0.60%	0	0.00%	0	0.00%	10	5.95%
Patologías respiratorios	4	2.38%	3	1.79%	1	0.60%	1	0.60%	0	0.00%	9	5.36%
Resistencia a la insulina	0	0.00%	6	3.57%	0	0.00%	1	0.60%	1	0.60%	8	4.76%
Patologías renales	2	1.19%	2	1.19%	3	1.79%	1	0.60%	0	0.00%	8	4.76%
Diabetes mellitus	3	1.79%	3	1.79%	1	0.60%	0	0.00%	0	0.00%	7	4.17%
Patologías traumatológicas	2	1.19%	3	1.79%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	5	2.98%
Patologías cardiacas	2	1.19%	1	0.60%	1	0.60%	0	0.00%	0	0.00%	4	2.38%
Patologías psiquiátricas	3	1.79%	0	0.00%	1	0.60%	0	0.00%	0	0.00%	4	2.38%
Prediabetes	0	0.00%	1	0.60%	2	1.19%	0	0.00%	0	0.00%	3	1.79%
Anemia	2	1.19%	1	0.60%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	1.79%
Pancreatitis aguda	2	1.19%	1	0.60%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	1.79%
Hipercolesterolemia	0	0.00%	2	1.19%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	1.19%
Patología urológica	1	0.60%	1	0.60%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	1.19%
Otros	1	0.60%	0	0.00%	1	0.60%	0	0.00%	0	0.00%	2	1.19%

En la tabla 12, se observa que la patología más frecuente fue la presencia de gastritis con un 20.91% del total de patologías, representando el 14.88% a los pacientes con sobrepeso.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 13

**NÚMERO DE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS SEGÚN ÍNDICE DE MASA
CORPORAL (IMC)**

NÚMERO DE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	CONTROLES				CASOS						TOTAL (N)	TOTAL (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
0	62	17.82%	104	29.89%	39	11.21%	9	2.59%	2	0.57%	216	62.07%
1	42	12.07%	43	12.36%	13	3.74%	4	1.15%	1	0.29%	103	29.60%
2	8	2.30%	12	3.45%	4	1.15%	0	0.00%	0	0.00%	24	6.90%
3	2	0.57%	2	0.57%	1	0.29%	0	0.00%	0	0.00%	5	1.44%
TOTAL DE PACIENTES	114	32.18%	161	45.69%	57	16.09%	13	3.74%	3	0.86%	348	98.56%

En la tabla 13, podemos apreciar que 37.94% del total de pacientes presentaron algún antecedente patológico, mientras que el 62.07% del total de pacientes no presentaron ningún antecedente patológico.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 14

**HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS PROPIOS DEL PACIENTE SEGÚN
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)**

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS PROPIOS DEL PACIENTE	CONTROLES		CASOS								TOTAL (N)	TOTAL (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
Hígado graso	11	9.48%	34	29.31%	16	13.79%	6	5.17%	0	0.00%	67	57.76%
Dolicomegacolon	7	6.03%	13	11.21%	3	2.59%	0	0.00%	0	0.00%	23	19.83%
Patología ginecológica	7	6.03%	1	0.86%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	8	6.90%
Hepatopatías	1	0.86%	1	0.86%	3	2.59%	0	0.00%	0	0.00%	5	4.31%
Hígado cirrótico	0	0.00%	2	1.72%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.86%	3	2.59%
Pólipo vesicular	1	0.86%	2	1.72%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	2.59%
Dolicocolon	1	0.86%	1	0.86%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	1.72%
Hígado pre cirrótico	0	0.00%	0	0.00%	1	0.86%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.86%
Otros	2	1.72%	2	1.72%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	4	3.45%

En la tabla 14, se puede observar que el hallazgo intraoperatorio más frecuente fue la presencia de hígado graso con un porcentaje de 57.76% del total, siendo su mayor frecuencia en pacientes con sobrepeso, lo que representa el 29.31%.

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 15

**NÚMERO DE HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS PROPIOS DEL PACIENTE
SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)**

NÚMERO DE HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS PROPIOS DEL PACIENTE	CONTROLES		CASOS								TOTAL (N)	TOTAL (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
0	89	25.57%	111	31.90%	35	10.06%	7	2.01%	2	0.57%	244	70.11%
1	20	5.75%	44	12.64%	21	6.03%	6	1.72%	1	0.29%	92	26.44%
2	5	1.44%	6	1.72%	1	0.29%	0	0.00%	0	0.00%	12	3.45%
TOTAL DE PACIENTES	114	32.76%	161	46.26%	57	16.38%	13	3.74%	3	0.86%	348	100.00%

En la tabla 15, se aprecia que, del total de pacientes evaluados, en el 70.11% no se encontró algún hallazgo intraoperatorio, mientras que en el 3.45% del total se observó 2 hallazgos intraoperatorios

**COMPLICACIONES ASOCIADAS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA
EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTES CON
COLECISTITIS LITIÁSICA EN CLÍNICA AREQUIPA EN EL PERIODO 2018-
2020.**

TABLA 16

TIEMPO OPERATORIO SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

TIEMPO OPERATORIO	CONTROLES		CASOS								TOTAL (N)	TOTAL (%)
	Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III			
<1 Hora	5	1.44%	5	1.44%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	10	2.87%
1-2 Horas	95	27.30%	113	32.47%	40	11.49%	9	2.59%	2	0.57%	259	74.43%
>2-3 Horas	12	3.45%	40	11.49%	15	4.31%	3	0.86%	1	0.29%	71	20.40%
>3 Horas	2	0.57%	3	0.86%	2	0.57%	1	0.29%	0	0.00%	8	2.30%
TOTAL	114	32.76%	161	46.26%	57	16.38%	13	3.74%	3	0.86%	348	100.00%

En la tabla 16, se muestra el tiempo operatorio de las colecistectomías laparoscópicas estudiadas, en la cual se puede apreciar que en el 74.43% del total de intervenciones se tuvo un tiempo operatorio entre 1 y 2 horas, mientras que en el 2.30% de pacientes el tiempo operatorio fue de más de 3 horas.



ANEXO 4

MATRIZ DE DATOS

N° Orden	Edad	Sexo	Tipo de colecistitis	Peso	Talla	IMC	Clasificación según IMC	Tiempo de hospitalización postquirúrgica
1	64	M	crónica	94.0	1.65	34.53	obesidad I	3
2	45	F	crónica	64.2	1.64	23.87	normal	3
3	40	M	aguda	105.0	1.75	34.29	obesidad I	2
4	37	M	aguda	101.0	1.70	34.95	obesidad I	2
5	27	M	crónica	91.0	1.80	28.09	sobrepeso	2
6	30	M	aguda	93.0	1.75	30.37	obesidad I	2
7	55	F	crónica	61.0	1.58	24.44	normal	3
8	53	F	crónica	57.0	1.56	23.42	normal	2
9	31	F	crónica	53.9	1.59	21.32	normal	3
10	47	M	aguda	77.0	1.74	25.43	sobrepeso	2
11	36	F	aguda	63.0	1.60	24.61	normal	2
12	47	M	aguda	84.0	1.78	26.51	sobrepeso	1
13	51	F	aguda	68.0	1.67	24.38	normal	2
14	58	F	crónica	70.0	1.54	29.52	sobrepeso	2
15	43	M	aguda	74.0	1.70	25.61	sobrepeso	2
16	48	M	crónica	94.0	1.71	32.15	obesidad I	2
17	58	M	crónica	74.5	1.60	29.10	sobrepeso	2
18	54	M	aguda	78.0	1.69	27.31	sobrepeso	2
19	35	F	aguda	57.0	1.62	21.72	normal	1
20	53	F	crónica	61.4	1.51	26.93	sobrepeso	2
21	33	M	aguda	99.0	1.73	33.08	obesidad I	3
22	32	F	aguda	54.0	1.58	21.63	normal	2
23	46	F	crónica	67.0	1.56	27.53	sobrepeso	2
24	36	F	crónica	77.0	1.53	32.89	obesidad I	2
25	54	F	crónica	68.0	1.56	27.94	sobrepeso	1
26	46	F	crónica	60.0	1.58	24.03	normal	1
27	40	F	crónica	60.0	1.57	24.34	normal	2
28	46	F	aguda	73.0	1.70	25.26	sobrepeso	1
29	37	F	aguda	68.0	1.69	23.81	normal	2
30	34	F	crónica	93.8	1.57	38.05	obesidad II	1
31	54	F	crónica	61.0	1.60	23.83	normal	2
32	57	F	aguda	85.5	1.60	33.40	obesidad I	2
33	42	F	crónica	66.3	1.55	27.60	sobrepeso	2
34	63	M	aguda	86.4	1.87	24.71	normal	2
35	39	M	aguda	78.0	1.74	25.76	sobrepeso	2
36	35	F	crónica	52.0	1.60	20.31	normal	1
37	39	M	aguda	75.0	1.69	26.26	sobrepeso	3
38	28	M	aguda	102.0	1.70	35.29	obesidad II	3
39	35	F	crónica	72.0	1.54	30.36	obesidad I	3
40	47	M	aguda	98.0	1.71	33.51	obesidad I	2
41	43	F	crónica	81.0	1.63	30.49	obesidad I	2
42	34	M	crónica	112.0	1.74	36.99	obesidad II	2
43	63	M	aguda	64.0	1.58	25.64	sobrepeso	2
44	36	M	aguda	78.0	1.70	26.99	sobrepeso	2
45	49	M	aguda	75.0	1.73	25.06	sobrepeso	2

N° Orden	Edad	Sexo	Tipo de colecistitis	Peso	Talla	IMC	Clasificación según IMC	Tiempo de hospitalización postquirúrgica
46	44	F	crónica	66.0	1.54	27.83	sobrepeso	2
47	47	F	crónica	60.0	1.66	21.77	normal	1
48	52	F	aguda	69.0	1.61	26.62	sobrepeso	2
49	44	F	crónica	81.5	1.55	33.92	obesidad I	3
50	34	F	aguda	63.0	1.63	23.71	normal	2
51	60	F	crónica	67.9	1.68	24.06	normal	2
52	39	F	crónica	50.0	1.55	20.81	normal	2
53	43	F	crónica	53.0	1.50	23.56	normal	2
54	24	F	aguda	69.0	1.58	27.64	sobrepeso	2
55	50	F	aguda	63.0	1.60	24.61	normal	2
56	58	F	crónica	70.4	1.60	27.50	sobrepeso	2
57	44	M	aguda	90.0	1.62	34.29	obesidad I	3
58	37	M	crónica	84.0	1.73	28.07	sobrepeso	2
59	40	M	crónica	61.0	1.73	20.38	normal	1
60	50	F	aguda	72.0	1.50	32.00	obesidad I	2
61	42	M	crónica	78.0	1.80	24.07	normal	2
62	36	F	aguda	55.0	1.60	21.48	normal	3
63	46	M	aguda	85.0	1.74	28.08	sobrepeso	2
64	40	F	crónica	55.0	1.62	20.96	normal	2
65	38	M	aguda	107.0	1.70	37.02	obesidad II	2
66	37	M	aguda	78.0	1.63	29.36	sobrepeso	2
67	36	F	aguda	67.0	1.67	24.02	normal	2
68	63	M	crónica	74.0	1.70	25.61	sobrepeso	2
69	43	F	crónica	53.0	1.52	22.94	normal	1
70	36	F	aguda	64.0	1.52	27.70	sobrepeso	2
71	35	F	aguda	60.0	1.60	23.44	normal	2
72	36	F	crónica	52.0	1.45	24.73	normal	2
73	37	F	aguda	53.0	1.60	20.70	normal	2
74	30	F	crónica	79.0	1.67	28.33	sobrepeso	2
75	49	F	aguda	64.0	1.65	23.51	normal	1
76	22	F	crónica	70.0	1.65	25.71	sobrepeso	2
77	50	F	aguda	61.0	1.63	22.96	normal	2
78	33	F	crónica	75.0	1.66	27.22	sobrepeso	2
79	48	M	aguda	77.0	1.62	29.34	sobrepeso	3
80	41	F	aguda	67.0	1.56	27.53	sobrepeso	2
81	44	F	aguda	57.0	1.58	22.83	normal	2
82	38	F	crónica	65.3	1.50	29.02	sobrepeso	1
83	64	M	crónica	86.0	1.68	30.47	obesidad I	4
84	55	M	aguda	85.0	1.70	29.41	sobrepeso	3
85	21	F	aguda	68.0	1.60	26.56	sobrepeso	2
86	37	M	aguda	111.0	1.77	35.43	obesidad II	2
87	38	M	aguda	68.3	1.68	24.20	normal	1
88	58	F	aguda	77.0	1.58	30.84	obesidad I	1
89	57	M	crónica	77.0	1.62	29.34	sobrepeso	2
90	42	M	crónica	78.7	1.67	28.22	sobrepeso	2

N° Orden	Edad	Sexo	Tipo de colecistitis	Peso	Talla	IMC	Clasificación según IMC	Tiempo de hospitalización postquirúrgica
91	33	F	aguda	60.0	1.56	24.65	normal	1
92	33	M	aguda	83.0	1.67	29.76	sobrepeso	3
93	37	F	crónica	60.0	1.60	23.44	normal	1
94	42	F	crónica	96.0	1.64	35.69	obesidad II	2
95	39	M	crónica	86.0	1.75	28.08	sobrepeso	2
96	37	F	crónica	53.0	1.58	21.23	normal	2
97	30	F	aguda	56.0	1.63	21.08	normal	2
98	57	M	crónica	85.0	1.70	29.41	sobrepeso	1
99	30	M	aguda	68.0	1.67	24.38	normal	2
100	52	M	crónica	120.0	1.83	35.83	obesidad II	2
101	52	M	crónica	72.0	1.58	28.84	sobrepeso	1
102	38	F	crónica	65.0	1.65	23.88	normal	2
103	43	F	aguda	71.0	1.65	26.08	sobrepeso	2
104	38	F	crónica	62.0	1.59	24.52	normal	2
105	35	F	crónica	67.0	1.50	29.78	sobrepeso	2
106	32	F	aguda	71.0	1.65	26.08	sobrepeso	2
107	33	M	aguda	76.0	1.68	26.93	sobrepeso	2
108	21	F	aguda	60.0	1.60	23.44	normal	2
109	35	F	crónica	52.0	1.60	20.31	normal	2
110	41	M	crónica	86.0	1.71	29.41	sobrepeso	2
111	65	M	aguda	71.0	1.68	25.16	sobrepeso	2
112	28	F	aguda	67.0	1.53	28.62	sobrepeso	1
113	39	F	crónica	73.0	1.55	30.39	obesidad I	1
114	41	M	crónica	91.0	1.76	29.38	sobrepeso	2
115	43	F	crónica	71.0	1.62	27.05	sobrepeso	1
116	42	F	crónica	67.0	1.67	24.02	normal	2
117	64	F	crónica	58.0	1.53	24.78	normal	3
118	26	M	aguda	87.0	1.78	27.46	sobrepeso	2
119	56	F	aguda	82.0	1.75	26.78	sobrepeso	2
120	33	M	crónica	66.9	1.63	25.18	sobrepeso	4
121	46	M	aguda	71.0	1.74	23.45	normal	3
122	30	F	aguda	58.0	1.55	24.14	normal	8
123	22	F	aguda	50.0	1.59	19.78	normal	3
124	50	M	aguda	74.0	1.73	24.73	normal	4
125	27	F	aguda	64.0	1.62	24.39	normal	4
126	43	M	crónica	71.0	1.66	25.77	sobrepeso	1
127	49	M	crónica	93.0	1.75	30.37	obesidad I	2
128	30	F	aguda	69.0	1.59	27.29	sobrepeso	2
129	59	F	aguda	55.0	1.48	25.11	sobrepeso	1
130	35	M	aguda	65.0	1.60	25.39	sobrepeso	3
131	27	F	aguda	67.0	1.58	26.84	sobrepeso	2
132	41	M	crónica	87.0	1.85	25.42	sobrepeso	2
133	45	M	aguda	85.0	1.74	28.08	sobrepeso	3
134	31	F	crónica	57.0	1.56	23.42	normal	2
135	38	M	crónica	78.0	1.73	26.06	sobrepeso	2

N° Orden	Edad	Sexo	Tipo de colecistitis	Peso	Talla	IMC	Clasificación según IMC	Tiempo de hospitalización postquirúrgica
136	34	F	crónica	68.0	1.60	26.56	sobrepeso	1
137	54	F	crónica	67.0	1.48	30.59	obesidad I	2
138	31	F	crónica	65.0	1.60	25.39	sobrepeso	2
139	44	M	aguda	75.0	1.60	29.30	sobrepeso	3
140	31	F	aguda	62.6	1.56	25.72	sobrepeso	1
141	33	F	aguda	60.0	1.50	26.67	sobrepeso	2
142	31	F	aguda	56.0	1.56	23.01	normal	2
143	46	F	crónica	84.0	1.61	32.41	obesidad I	2
144	40	M	aguda	60.0	1.52	25.97	sobrepeso	8
145	24	F	crónica	61.0	1.56	25.07	sobrepeso	1
146	28	F	crónica	46.0	1.56	18.90	normal	1
147	38	M	aguda	71.0	1.78	22.41	normal	1
148	35	F	crónica	76.0	1.60	29.69	sobrepeso	1
149	37	F	aguda	76.0	1.56	31.23	obesidad I	2
150	59	F	crónica	93.0	1.58	37.25	obesidad II	2
151	37	F	aguda	67.0	1.51	29.38	sobrepeso	2
152	37	M	aguda	108.0	1.70	37.37	obesidad II	2
153	34	F	aguda	55.0	1.58	22.03	normal	2
154	43	M	aguda	98.0	1.70	33.91	obesidad I	2
155	35	F	aguda	53.1	1.63	19.99	normal	2
156	65	F	aguda	95.0	1.65	34.89	obesidad I	2
157	46	F	aguda	53.2	1.60	20.78	normal	1
158	35	F	aguda	55.0	1.55	22.89	normal	1
159	27	F	crónica	62.0	1.55	25.81	sobrepeso	3
160	20	F	aguda	51.0	1.55	21.23	normal	2
161	38	M	crónica	80.8	1.68	28.63	sobrepeso	2
162	24	F	crónica	86.0	1.63	32.37	obesidad I	2
163	21	F	aguda	61.0	1.58	24.44	normal	2
164	65	M	aguda	71.0	1.70	24.57	normal	2
165	64	M	aguda	70.0	1.60	27.34	sobrepeso	2
166	24	F	crónica	61.0	1.70	21.11	normal	2
167	57	F	crónica	66.0	1.55	27.47	sobrepeso	2
168	52	F	crónica	80.0	1.56	32.87	obesidad I	3
169	26	F	aguda	65.0	1.60	25.39	sobrepeso	1
170	26	F	aguda	64.0	1.60	25.00	sobrepeso	2
171	26	F	crónica	58.0	1.61	22.38	normal	2
172	24	F	aguda	71.0	1.61	27.39	sobrepeso	3
173	34	F	crónica	67.0	1.55	27.89	sobrepeso	2
174	56	M	aguda	68.0	1.56	27.94	sobrepeso	2
175	23	F	aguda	72.0	1.65	26.45	sobrepeso	2
176	32	F	aguda	60.0	1.61	23.15	normal	2
177	40	M	aguda	90.0	1.76	29.05	sobrepeso	3
178	53	F	crónica	54.0	1.62	20.58	normal	2
179	32	M	crónica	67.0	1.52	29.00	sobrepeso	2
180	39	F	aguda	62.8	1.58	25.16	sobrepeso	2

N° Orden	Edad	Sexo	Tipo de colecistitis	Peso	Talla	IMC	Clasificación según IMC	Tiempo de hospitalización postquirúrgica
181	43	F	aguda	67.0	1.58	26.84	sobrepeso	2
182	42	F	aguda	62.0	1.62	23.62	normal	1
183	31	F	crónica	101.0	1.68	35.79	obesidad II	6
184	32	M	aguda	75.0	1.62	28.58	sobrepeso	3
185	35	M	crónica	92.0	1.74	30.39	obesidad I	2
186	39	F	aguda	78.0	1.58	31.24	obesidad I	3
187	39	M	aguda	94.0	1.68	33.30	obesidad I	1
188	37	F	crónica	81.0	1.65	29.75	sobrepeso	2
189	32	M	crónica	64.0	1.63	24.09	normal	1
190	37	M	aguda	66.0	1.56	27.12	sobrepeso	4
191	54	M	crónica	85.0	1.74	28.08	sobrepeso	1
192	30	F	crónica	54.0	1.56	22.19	normal	2
193	42	F	aguda	73.8	1.58	29.56	sobrepeso	1
194	37	F	crónica	67.0	1.53	28.62	sobrepeso	2
195	33	F	crónica	62.0	1.64	23.05	normal	3
196	25	F	crónica	74.0	1.73	24.73	normal	1
197	39	M	aguda	86.0	1.66	31.21	obesidad I	3
198	63	F	crónica	65.2	1.54	27.49	sobrepeso	2
199	44	F	aguda	48.0	1.50	21.33	normal	1
200	46	F	crónica	54.3	1.45	25.83	sobrepeso	3
201	45	M	aguda	106.0	1.70	36.68	obesidad II	2
202	53	F	crónica	50.0	1.48	22.83	normal	2
203	32	M	crónica	105.0	1.87	30.03	obesidad I	2
204	38	F	crónica	58.0	1.52	25.10	sobrepeso	2
205	31	M	aguda	73.0	1.65	26.81	sobrepeso	3
206	59	M	crónica	89.0	1.77	28.41	sobrepeso	2
207	59	F	aguda	61.8	1.55	25.72	sobrepeso	2
208	45	F	crónica	74.0	1.51	32.45	obesidad I	1
209	56	F	aguda	73.0	1.55	30.39	obesidad I	2
210	65	M	aguda	70.0	1.60	27.34	sobrepeso	4
211	58	F	aguda	74.0	1.60	28.91	sobrepeso	3
212	44	F	aguda	82.9	1.64	30.82	obesidad I	3
213	36	M	aguda	71.0	1.60	27.73	sobrepeso	2
214	63	F	crónica	107.0	1.60	41.80	obesidad III	3
215	24	F	crónica	61.0	1.54	25.72	sobrepeso	2
216	32	F	crónica	71.0	1.45	33.77	obesidad I	3
217	59	F	aguda	94.0	1.65	34.53	obesidad I	4
218	61	F	crónica	63.0	1.50	28.00	sobrepeso	2
219	31	F	crónica	98.0	1.62	37.34	obesidad II	2
220	36	M	crónica	92.7	1.75	30.27	obesidad I	1
221	26	F	aguda	77.0	1.62	29.34	sobrepeso	2
222	57	M	crónica	93.0	1.73	31.07	obesidad I	2
223	50	F	aguda	80.0	1.60	31.25	obesidad I	2
224	32	F	crónica	63.0	1.54	26.56	sobrepeso	2
225	65	F	crónica	54.0	1.50	24.00	normal	2

N° Orden	Edad	Sexo	Tipo de colecistitis	Peso	Talla	IMC	Clasificación según IMC	Tiempo de hospitalización postquirúrgica
226	51	M	aguda	66.0	1.77	21.07	normal	3
227	32	F	crónica	74.0	1.56	30.41	obesidad I	2
228	49	F	crónica	67.0	1.54	28.25	sobrepeso	2
229	30	F	aguda	56.0	1.56	23.01	normal	2
230	49	F	aguda	58.7	1.50	26.09	sobrepeso	1
231	31	F	crónica	72.0	1.60	28.13	sobrepeso	2
232	48	F	aguda	63.0	1.50	28.00	sobrepeso	2
233	29	M	aguda	76.0	1.71	25.99	sobrepeso	2
234	45	F	aguda	69.0	1.55	28.72	sobrepeso	1
235	32	M	crónica	82.2	1.65	30.19	obesidad I	3
236	46	F	crónica	65.0	1.50	28.89	sobrepeso	1
237	43	F	crónica	56.0	1.62	21.34	normal	3
238	49	F	aguda	59.6	1.61	22.99	normal	1
239	52	F	crónica	71.0	1.56	29.17	sobrepeso	1
240	63	F	aguda	65.0	1.54	27.41	sobrepeso	4
241	28	F	crónica	48.0	1.56	19.72	normal	1
242	20	M	aguda	70.0	1.68	24.80	normal	2
243	46	F	crónica	76.0	1.59	30.06	obesidad I	2
244	34	F	aguda	73.0	1.49	32.88	obesidad I	2
245	48	F	crónica	61.0	1.62	23.24	normal	2
246	39	F	crónica	77.0	1.52	33.33	obesidad I	2
247	23	F	aguda	69.0	1.70	23.88	normal	2
248	24	F	aguda	70.0	1.65	25.71	sobrepeso	2
249	62	F	crónica	54.0	1.65	19.83	normal	1
250	32	M	crónica	76.0	1.78	23.99	normal	3
251	26	F	crónica	57.0	1.55	23.73	normal	2
252	30	F	aguda	65.0	1.50	28.89	sobrepeso	4
253	36	F	aguda	83.6	1.55	34.80	obesidad I	2
254	55	F	crónica	57.8	1.55	24.06	normal	3
255	32	F	aguda	76.0	1.55	31.63	obesidad I	2
256	27	M	crónica	114.0	1.78	35.98	obesidad II	2
257	39	F	crónica	74.0	1.56	30.41	obesidad I	2
258	36	F	crónica	62.0	1.67	22.23	normal	2
259	61	F	crónica	62.0	1.45	29.49	sobrepeso	1
260	40	F	aguda	75.0	1.70	25.95	sobrepeso	4
261	34	M	aguda	128.0	1.78	40.40	obesidad III	3
262	33	M	aguda	88.0	1.72	29.75	sobrepeso	2
263	31	F	crónica	127.0	1.60	49.61	obesidad III	2
264	59	F	aguda	64.0	1.57	25.96	sobrepeso	1
265	32	M	aguda	75.0	1.65	27.55	sobrepeso	1
266	29	F	aguda	66.0	1.51	28.95	sobrepeso	2
267	60	F	crónica	78.0	1.50	34.67	obesidad I	1
268	65	F	crónica	59.0	1.45	28.06	sobrepeso	2
269	63	F	aguda	80.0	1.68	28.34	sobrepeso	3
270	39	F	crónica	67.2	1.55	27.97	sobrepeso	2

N° Orden	Edad	Sexo	Tipo de colecistitis	Peso	Talla	IMC	Clasificación según IMC	Tiempo de hospitalización postquirúrgica
271	54	F	crónica	57.4	1.56	23.59	normal	1
272	40	F	crónica	64.0	1.60	25.00	sobrepeso	1
273	43	F	aguda	50.6	1.65	18.59	normal	2
274	41	F	aguda	63.0	1.50	28.00	sobrepeso	2
275	25	M	aguda	93.0	1.75	30.37	obesidad I	2
276	51	M	crónica	84.0	1.70	29.07	sobrepeso	2
277	49	F	crónica	59.0	1.58	23.63	normal	1
278	50	F	crónica	57.0	1.50	25.33	sobrepeso	2
279	50	M	crónica	88.0	1.76	28.41	sobrepeso	1
280	43	F	aguda	68.0	1.65	24.98	normal	4
281	41	F	crónica	71.0	1.60	27.73	sobrepeso	2
282	36	F	aguda	57.0	1.50	25.33	sobrepeso	2
283	49	F	crónica	46.5	1.49	20.95	normal	1
284	31	M	aguda	60.0	1.61	23.15	normal	2
285	48	M	aguda	92.0	1.74	30.39	obesidad I	4
286	32	M	aguda	88.0	1.73	29.40	sobrepeso	2
287	22	F	crónica	64.3	1.60	25.12	sobrepeso	2
288	40	F	crónica	49.0	1.52	21.21	normal	2
289	30	F	aguda	62.2	1.56	25.56	sobrepeso	6
290	48	M	crónica	76.0	1.74	25.10	sobrepeso	2
291	61	M	aguda	90.0	1.78	28.41	sobrepeso	3
292	47	F	crónica	56.5	1.60	22.07	normal	2
293	26	F	crónica	86.0	1.68	30.47	obesidad I	2
294	28	F	aguda	71.0	1.64	26.40	sobrepeso	10
295	26	F	aguda	57.1	1.58	22.87	normal	2
296	48	F	aguda	65.0	1.55	27.06	sobrepeso	1
297	56	M	crónica	76.0	1.65	27.92	sobrepeso	1
298	46	F	crónica	76.0	1.72	25.69	sobrepeso	1
299	48	F	aguda	55.0	1.55	22.89	normal	3
300	22	F	aguda	57.0	1.53	24.35	normal	2
301	58	F	crónica	58.0	1.58	23.23	normal	3
302	58	M	aguda	76.1	1.75	24.85	normal	2
303	45	M	aguda	66.0	1.64	24.54	normal	4
304	22	F	crónica	50.0	1.59	19.78	normal	2
305	49	F	aguda	69.8	1.50	31.02	obesidad I	2
306	35	M	aguda	73.0	1.73	24.39	normal	2
307	27	F	crónica	79.5	1.53	33.96	obesidad I	1
308	53	F	crónica	73.5	1.68	26.04	sobrepeso	1
309	49	F	crónica	73.0	1.54	30.78	obesidad I	5
310	39	F	aguda	57.0	1.55	23.73	normal	1
311	52	M	aguda	81.0	1.77	25.85	sobrepeso	1
312	50	M	crónica	84.0	1.86	24.28	normal	2
313	38	F	aguda	68.0	1.65	24.98	normal	2
314	32	M	crónica	71.0	1.69	24.86	normal	2
315	38	F	crónica	66.0	1.50	29.33	sobrepeso	1

N° Orden	Edad	Sexo	Tipo de colecistitis	Peso	Talla	IMC	Clasificación según IMC	Tiempo de hospitalización postquirúrgica
316	32	M	aguda	72.0	1.70	24.91	normal	2
317	44	F	crónica	64.0	1.62	24.39	normal	1
318	42	M	aguda	75.0	1.60	29.30	sobrepeso	3
319	32	M	crónica	77.0	1.70	26.64	sobrepeso	3
320	32	F	aguda	61.0	1.60	23.83	normal	1
321	35	F	crónica	67.0	1.62	25.53	sobrepeso	2
322	34	F	crónica	65.0	1.63	24.46	normal	2
323	33	F	crónica	69.0	1.60	26.95	sobrepeso	1
324	43	M	aguda	68.0	1.60	26.56	sobrepeso	2
325	52	F	aguda	68.0	1.55	28.30	sobrepeso	3
326	57	M	aguda	73.0	1.65	26.81	sobrepeso	2
327	55	M	crónica	87.6	1.78	27.65	sobrepeso	2
328	50	F	crónica	74.0	1.65	27.18	sobrepeso	2
329	23	M	aguda	69.5	1.59	27.49	sobrepeso	2
330	46	F	crónica	52.0	1.60	20.31	normal	2
331	35	F	crónica	54.0	1.59	21.36	normal	2
332	65	F	crónica	56.0	1.54	23.61	normal	1
333	34	M	crónica	75.6	1.60	29.53	sobrepeso	2
334	40	F	aguda	83.5	1.66	30.30	obesidad I	2
335	58	F	crónica	47.0	1.45	22.35	normal	1
336	56	M	crónica	81.0	1.78	25.68	sobrepeso	2
337	33	F	crónica	65.5	1.60	25.59	sobrepeso	1
338	55	M	aguda	73.0	1.60	28.52	sobrepeso	6
339	43	F	crónica	79.2	1.57	32.13	obesidad I	1
340	60	F	crónica	73.0	1.48	33.33	obesidad I	2
341	45	F	crónica	65.0	1.62	24.77	normal	1
342	43	F	aguda	69.0	1.55	28.72	sobrepeso	1
343	65	M	crónica	89.0	1.75	29.06	sobrepeso	3
344	34	F	crónica	64.0	1.56	26.30	sobrepeso	2
345	62	F	aguda	63.0	1.55	26.22	sobrepeso	4
346	38	M	aguda	94.0	1.81	28.69	sobrepeso	2
347	60	F	aguda	68.0	1.51	29.82	sobrepeso	2
348	32	M	crónica	93.0	1.72	31.44	obesidad I	2

[illegible]

HALLAZAGOS INTRAOPERATORIOS									
Dolico-megacolon	Dolicolon	Hígado graso	Hígado cirrótico	Hígado precirrótico	Hepatopatías	Pólipo vesicular	Patología ginecológica	otros	Total (n)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	si	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	si	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

HALLAZAGOS INTRAOPERATORIOS									
Dolico-megacolon	Dolicolon	Hígado graso	Hígado cirrótico	Hígado precirrótico	Hepatopatías	Pólipo vesicular	Patología ginecológica	otros	Total (n)
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	si	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	si	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

HALLAZAGOS INTRAOPERATORIOS									
Dolico-megacolon	Dolicolon	Hígado graso	Hígado cirrótico	Hígado precirrótico	Hepatopatías	Pólipo vesicular	Patología ginecológica	otros	Total (n)
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	si	no	si	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

HALLAZAGOS INTRAOPERATORIOS									
Dolico-megacolon	Dolicolon	Hígado graso	Hígado cirrótico	Hígado precirrótico	Hepatopatías	Pólipo vesicular	Patología ginecológica	otros	Total (n)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	si	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	si	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	si	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

HALLAZAGOS INTRAOPERATORIOS									
Dolico- megacolon	Dolicolon	Hígado graso	Hígado cirrótico	Hígado precirrótico	Hepatopatías	Pólipo vesicular	Patología ginecológica	otros	Total (n)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	si	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	si	no	no	no	no	no	no	si	1
no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	si	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	si	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

HALLAZAGOS INTRAOPERATORIOS									
Dolico-megacolon	Dolicolon	Hígado graso	Hígado cirrótico	Hígado precirrótico	Hepatopatías	Pólipo vesicular	Patología ginecológica	otros	Total (n)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	si	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	si	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	si	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

HALLAZAGOS INTRAOPERATORIOS									
Dolico-megacolon	Dolicolon	Hígado graso	Hígado cirrótico	Hígado precirrótico	Hepatopatías	Pólipo vesicular	Patología ginecológica	otros	Total (n)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	si	no	no	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	1



HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfrénico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	si	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	si	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfrénico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	2
no	no	si	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	si	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	si	no	no	no	no	no	si	si	no	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfrénico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	si	no	no	si	si	no	no	4
si	no	no	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfrénico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	si	no	no	si	no	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	si	2
si	no	no	si	si	si	no	no	no	si	si	no	no	6
si	no	no	no	si	no	no	no	no	si	si	no	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
si	no	no	no	si	no	no	no	no	si	si	no	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfrénico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	si	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	si	no	no	no	si	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	si	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	si	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfréntico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	si	no	no	no	si	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfréntico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
si	no	no	no	si	no	no	no	no	si	si	no	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
si	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	2
si	no	no	no	no	no	si	no	no	si	si	no	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	si	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
si	no	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	si	no	si	no	no	si	4
si	no	si	no	no	si	no	no	no	no	si	no	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfrénico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfrénico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	si	si	no	no	no	si	si	no	no	5
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
si	no	no	no	si	no	no	no	no	si	si	no	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfrénico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	si	no	si	no	no	si	no	si	no	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
si	no	no	si	si	si	no	no	no	no	si	no	no	5
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
si	no	no	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	si	no	no	no	no	no	si	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	si	si	no	no	no	no	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2

HALLAZGOS INTRAOPERATORIAS QUE COMPLICARÍAN LA CIRUGÍA													
Gangrena vesicular	Hidrocolecisto	Piocollecisto	Hígado congestivo edematoso	Peritonitis	Líquido libre en subfrénico y subhepático	Plastrón vesicular	Cáncer vesicular	Pancreatitis	Bridas y adherencias	Lecho vesicular hipervascularizado	Anomalías vesiculares	Otros	Total (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	si	no	no	no	no	no	si	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
si	no	no	no	si	no	no	no	no	si	si	no	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	si	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	4
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	si	no	no	1	03:00	2
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:00	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:05	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	00:45	0
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:35	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	00:30	0
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:20	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:50	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:40	2
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:55	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:30	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:30	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	00:45	0
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:40	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	03:00	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	si	si	no	2	02:25	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:10	2
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:20	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:05	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:30	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:02	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:30	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:40	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:50	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	00:55	0
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:15	2
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:35	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	04:15	3
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:35	2
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:15	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	02:50	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:50	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	00:50	0
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:15	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:00	1
no	no	no	si	no	no	no	no	1	02:20	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	si	si	no	2	02:10	2
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:45	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:55	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:45	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	00:50	0

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:05	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:15	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:20	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	03:30	3
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	00:50	0
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:55	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:55	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	02:20	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:30	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	si	si	no	2	02:20	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:05	2
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:10	2
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	si	no	no	1	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:15	2
no	no	no	no	si	si	no	no	2	02:30	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	00:55	0
no	no	si	no	no	no	no	no	1	02:20	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	si	si	no	2	01:40	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	03:30	3
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	04:40	3
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	03:25	3
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:55	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:05	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:55	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:15	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:20	2
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:50	1

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:10	2
no	no	no	no	no	si	no	no	1	02:10	2
no	no	no	no	no	si	no	no	1	02:10	2
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:05	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:06	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:28	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:35	2
no	no	no	no	no	si	no	no	1	02:05	2
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:20	2
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:05	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:45	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:05	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:55	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:55	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	00:40	0
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:20	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	03:30	3
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	03:10	3
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	03:00	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:30	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:05	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:50	1
no	no	no	no	no	si	no	no	1	02:25	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:30	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:40	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:25	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:10	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:20	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:35	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:10	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	00:55	0
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:25	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:50	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:55	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:05	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:30	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	02:00	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:20	1
no	no	no	no	no	si	si	no	2	03:00	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:05	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:45	1

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS									TIEMPO QUIRÚRGICO	
Lesión de vasos de la pared abdominal	Lesión de grandes vasos	Lesión de vía biliar	Lesión de víscera hueca	Lesión de víscera maciza	Sangrado del lecho vesicular	Lesión de vesícula	Otro	Total (n)	Duración de cirugía (horas)	Clasificación tiempo quirúrgico
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:05	2
no	no	no	no	no	no	si	no	1	03:15	3
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	si	si	no	2	03:00	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:15	1
no	no	no	no	no	no	si	no	1	02:55	2
no	no	no	no	no	no	no	no	0	01:40	1



[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS							
Infección de herida operatoria	Hemoperitoneo	Lesión de vía biliar	Bilioperitonitis	Pancreatitis secundaria	Enfermedades respiratorias	Otros	Total (n)
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	si	no	1
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	si	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	si	1

[illegible]

[illegible]

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS							
Infección de herida operatoria	Hemoperitoneo	Lesión de vía biliar	Bilioperitonitis	Pancreatitis secundaria	Enfermedades respiratorias	Otros	Total (n)
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	si	no	2
no	no	no	no	no	no	no	0

[illegible]

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS							
Infección de herida operatoria	Hemoperitoneo	Lesión de vía biliar	Bilioperitonitis	Pancreatitis secundaria	Enfermedades respiratorias	Otros	Total (n)
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	0

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroides	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	2
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroides	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	1
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	si	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no															

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroides	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	si	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	si	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroideas	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	si	no	no	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

[illegible]

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroideas	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroideas	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	si	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	3
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroideas	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroideas	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no															

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroides	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	2
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	1
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroideas	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	2
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS																			
hipertensión arterial	diabetes mellitus	prediabetes	resistencia a la insulina	gastritis	anemia	hipercolesterolemia	pancreatitis aguda	patologías digestivas	patologías respiratorias	patologías cardíacas	patologías tiroides	patologías renales	patologías traumatológicas	patologías neurológicas	patologías psiquiátricas	patologías ginecológicas	patología urológica	otros	TOTAL (N)
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0
no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	1
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	0

