



Colecistitis aguda en Colombia: Un análisis desde la epidemiología

Acute cholecystitis in Colombia: An analysis from the epidemiology

Angie Lorena Ebratt-Rincón¹ , Isabella Lacouture-Silgado¹ , Sebastián Sánchez-Ussa, MD² 

1 Programa de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

2 Departamento de Cirugía general, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

Resumen

Introducción. La colecistitis aguda es la segunda infección intraabdominal más común, con múltiples factores de riesgo y opciones de manejo. Representa una carga significativa para el sistema de salud. El objetivo del presente estudio fue caracterizar la población y el manejo de la enfermedad en Colombia, para contribuir significativamente a mejorar la gestión de la atención médica y a optimizar los recursos disponibles.

Métodos. Se accedió a la base de datos del Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud de Colombia en marzo de 2024. Se recolectaron datos de los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que fueron llevados a procedimiento quirúrgico de colecistectomía entre 2015 y 2023, y se analizaron los datos demográficos.

Resultados. Durante los nueve años se diagnosticaron 108.318 casos de colecistitis aguda, 70,7 % en la población femenina, con un pico de incidencia a los 30-34 años. Se realizaron 18.565 intervenciones quirúrgicas como tratamiento. El departamento con el mayor número de casos fue Valle del Cauca y la ciudad con mayor número de colecistectomías reportadas fue Bogotá, D.C.

Conclusión. Los factores del sistema de salud impactan en la toma de decisiones clínicas de la enfermedad, especialmente en las intervenciones quirúrgicas, identificándose una restricción de estas en el país.

Palabras clave: colecistitis aguda; colecistectomía laparoscópica; epidemiología; salud pública; factores de riesgo; Colombia.

Fecha de recibido: 19/07/2024 - Fecha de aceptación: 09/10/2024 - Publicación en línea: 21/11/2024

Correspondencia: Angie Lorena Ebratt-Rincón, Calle 127C bis # 7D -14, Bogotá, D.C., Colombia. Código postal 110121.

Teléfono: +57 3222354050. Dirección electrónica: loreebratt@gmail.com

Citar como: Ebratt-Rincón AL, Lacouture-Silgado I, Sánchez-Ussa S. Colecistitis aguda en Colombia: Un análisis desde la epidemiología. Rev Colomb Cir. 2025;40:255-65. <https://doi.org/10.30944/20117582.2644>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Abstract

Introduction. Acute cholecystitis is the second most common intra-abdominal infection, with multiple risk factors and management options. It represents a significant burden on the health system. The objective of this study was to characterize the population and the management of the disease in Colombia, to contribute significantly to improve healthcare management and to optimize available resources.

Methods. The database of the Integrated Information System for Social Protection (SISPRO) of the Ministry of Health of Colombia was accessed in March 2024. Data were collected from patients diagnosed with acute cholecystitis undergoing cholecystectomy between 2015 and 2023, and demographic data were analyzed.

Results. During the nine years, 108,318 cases of acute cholecystitis were diagnosed, 70.7% in the female population, with a peak incidence at 30-34 years. 18,565 surgical interventions were performed as treatment. The department with the highest number of cases was Valle del Cauca and the city with the highest number of cholecystectomies reported was Bogota.

Conclusion. Health system factors impact clinical decision-making about the disease, especially in surgical interventions, identifying a restriction of these in the country.

Keywords: acute cholecystitis; laparoscopic cholecystectomy; epidemiology; public health; risk factors; Colombia.

Introducción

La colecistitis aguda (CA) es la segunda patología aguda intraabdominal más común¹. Es una urgencia quirúrgica que requiere hospitalización para su tratamiento y los costos de hospitalización que conlleva representan una parte significativa de la factura total de atención médica, que registró en los Estados Unidos un monto aproximado de 9.300 millones de dólares en el año 2012^{2,3}, por lo que se considera un problema de salud pública. Tiene una morbilidad considerable, que afecta tanto la calidad de vida como la productividad, y una mortalidad que puede llegar hasta el 20 % debido a complicaciones no tratadas^{4,5}.

La evidencia actual sobre la carga de la enfermedad en países de bajos o medianos ingresos es limitada³. Colombia cuenta con pocos estudios que caracterizan la población afectada por la CA y los recursos destinados hacia las intervenciones quirúrgicas, como el realizado por Escalante, et al.⁶, en el que analizaron las colecistectomías practicadas a los pacientes beneficiarios del régimen contributivo de salud.

El Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud cuenta con las cifras tanto del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), que son datos

esenciales para la dirección, regulación y control dentro del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), como de los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS), los cuales constituyen la organización sistemática de los procedimientos de salud realizados en el país. La información derivada de estos datos permite una comprensión precisa y objetiva del comportamiento de la enfermedad y su manejo actual dentro del territorio nacional, lo que facilita la orientación de una acertada toma de decisiones en políticas de salud y una asignación de recursos de manera eficaz⁴.

El objetivo de este artículo fue presentar un análisis de los datos demográficos e intervenciones realizadas en los pacientes diagnosticados con CA en Colombia, durante el periodo comprendido entre los años 2015 y 2023.

Métodos

Recolección de datos

El acceso a los cubos de la base de datos de los RIPS se realizó en marzo de 2024, mediante el programa Microsoft Excel®, con su herramienta tablas dinámicas, que se conecta mediante un usuario y clave a la base de datos de SISPRO, una herramienta de dominio público. Se limitó la búsqueda

entre los años 2015 a 2023. Se recogieron todos los datos correspondientes a “número de personas atendidas” y se filtró por clasificación CUPS, C11- Enfermedades del sistema digestivo, y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) 10^a revisión, K00-K93 Enfermedades del sistema digestivo, K80-K87 trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas, K81.0 Colecistitis aguda.

Se incluyeron los procedimientos que se reportaron como: Colecistostomía vía abierta; Colecistostomía vía percutánea; Colecistostomía vía laparoscópica; Colecistostomía percutánea SOD incluye: instrumentación percutánea, drenaje, dilatación y derivación; Colecistectomía por laparotomía; Colecistectomía por minilaparotomía subxifoidea; Colecistectomía con exploración de vías biliares por coledocotomía; Colecistectomía por laparoscopia.

De los datos notificados de intervenciones en el sistema digestivo se excluyeron aquellos que se enunciaban como Procedimientos en pared abdominal, que incluyeron: hernioplastia, herniorrafia, herniotomía excluye reducción manual de hernia; Procedimientos en páncreas, que incluyeron: procedimientos sobre el conducto pancreático; Otros procedimientos en pared abdominal, que incluyeron: cavidad pélvica masculina, epiplón, espacio retroperitoneal, flancos, hipocondrios, mesenterio, peritoneo, región costal, crural, epigástrica, inguinal y lumbar.

Criterios de valoración principales

Los pacientes se clasificaron por sexo, edad y departamento, con la herramienta “geografía del prestador”. Esta última variable se analizó por departamento y por hospital, para seleccionar los que más procedimientos realizaron. Los datos correspondientes a la población colombiana se obtuvieron de los estimados de población para el año 2019 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y con base en estas cifras se calcularon las tasas de prevalencia por edad o por departamentos de Colombia.

Se evaluaron los siguientes criterios de valoración principales para caracterizar la población y las intervenciones de la CA:

- Distribución por sexo
- Distribución por edad
- Distribución por departamentos
- Número de intervenciones quirúrgicas realizadas
- Institución prestadora de servicios (IPS) con mayor número de colecistectomías realizadas

Resultados

Se accedió a la base de datos en marzo de 2024. Los datos reportados abarcan desde enero de 2015 a octubre de 2023. Se registró un total de 108.318 casos de colecistitis aguda, de los cuales el 69,1 % (n=74.871) eran mujeres y el 30,8 % (n=33.408) eran hombres; en 35 personas el sexo no fue reportado y en 4 no fue definido.

La edad se organizó en quinquenios, que comprenden rangos desde los 0 hasta los 80 años o más. Se observó un pico de presentación de la enfermedad en la población general a los 30 a 34 años, seguido de 35 a 39 años y posteriormente de 25 a 29 años. El pico de incidencia de la población femenina coincidió con el de la población general, y se observó un segundo pico a partir de los 80 años. No se encontró un pico de incidencia en la población masculina (Figura 1).

Durante los meses de agosto y septiembre, se observó un incremento potencial en el número de casos en algunos años. Sin embargo, este fenómeno no sigue un patrón definido a lo largo de los nueve años analizados (Figura 2). El departamento con mayor número de casos fue Valle del Cauca (n=16.471), seguido de Antioquia (n=13.164), Bogotá D.C. (n=12.866), Nariño (n=6216) y Atlántico (n=5838) (Figura 3).

Respecto a las intervenciones en los pacientes, en el 19,7 % (n=21.325) de la población se realizó una intervención quirúrgica, en el 79,2 % (n=85.834) se tomaron conductas no quirúrgicas y el 33 % (n=35.739) se reportó como procedimiento no definido. Sin embargo, después de un

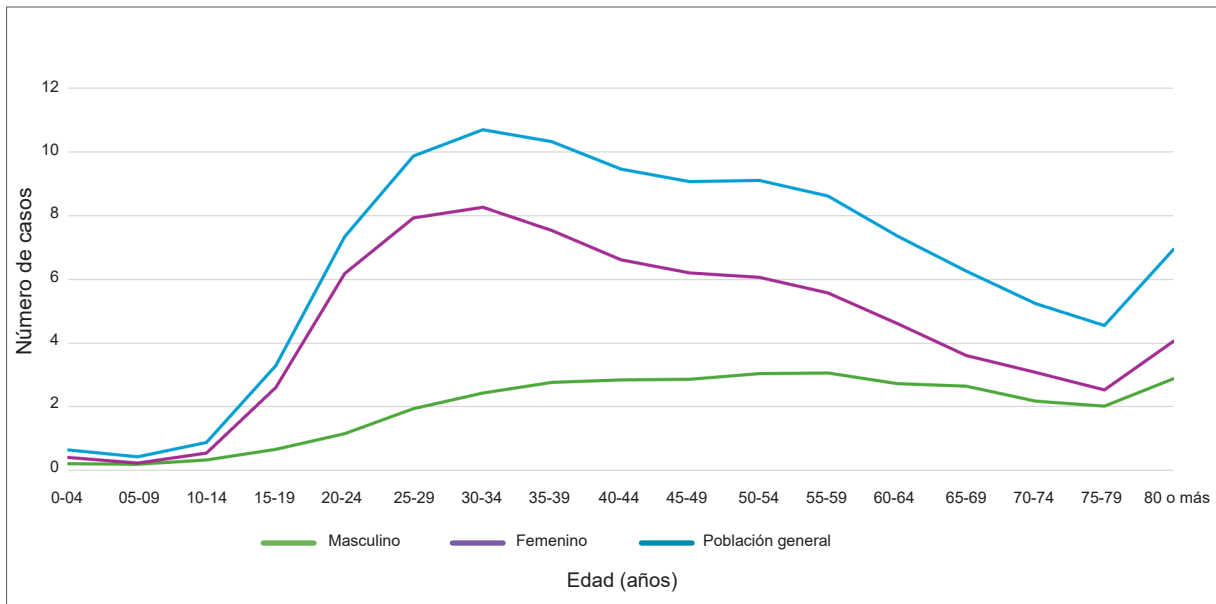


Figura 1. Distribución de casos de colecistitis aguda respecto al sexo y edad en la población colombiana.

Fuente: Elaboración propia.

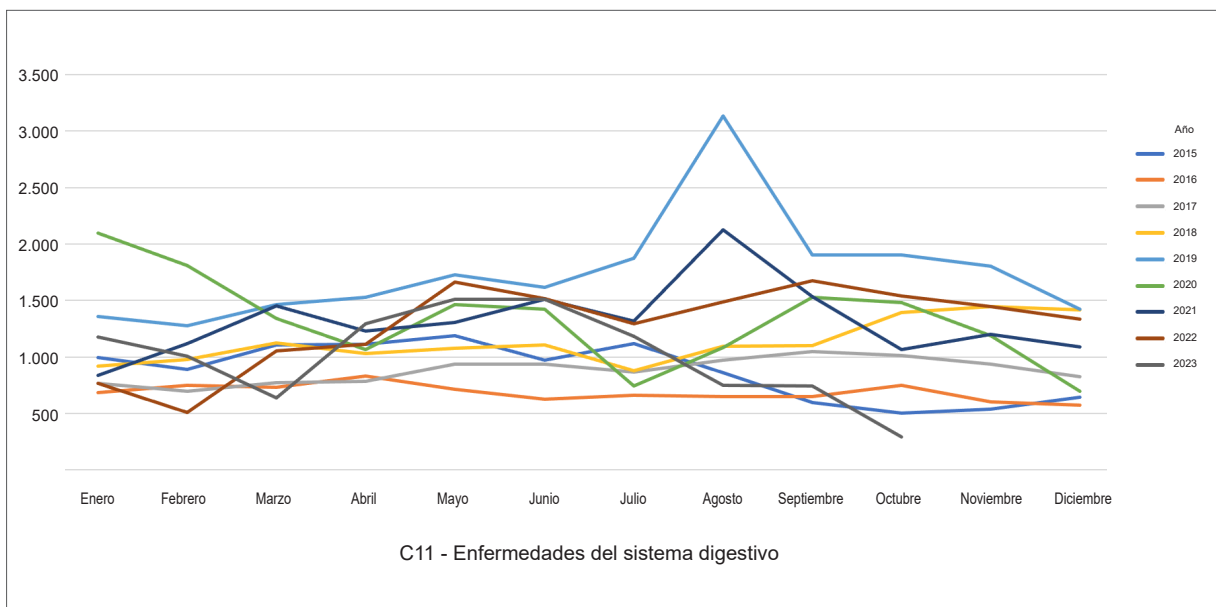


Figura 2. Distribución de casos de colecistitis aguda respecto a los meses del año.

Fuente: Elaboración propia.

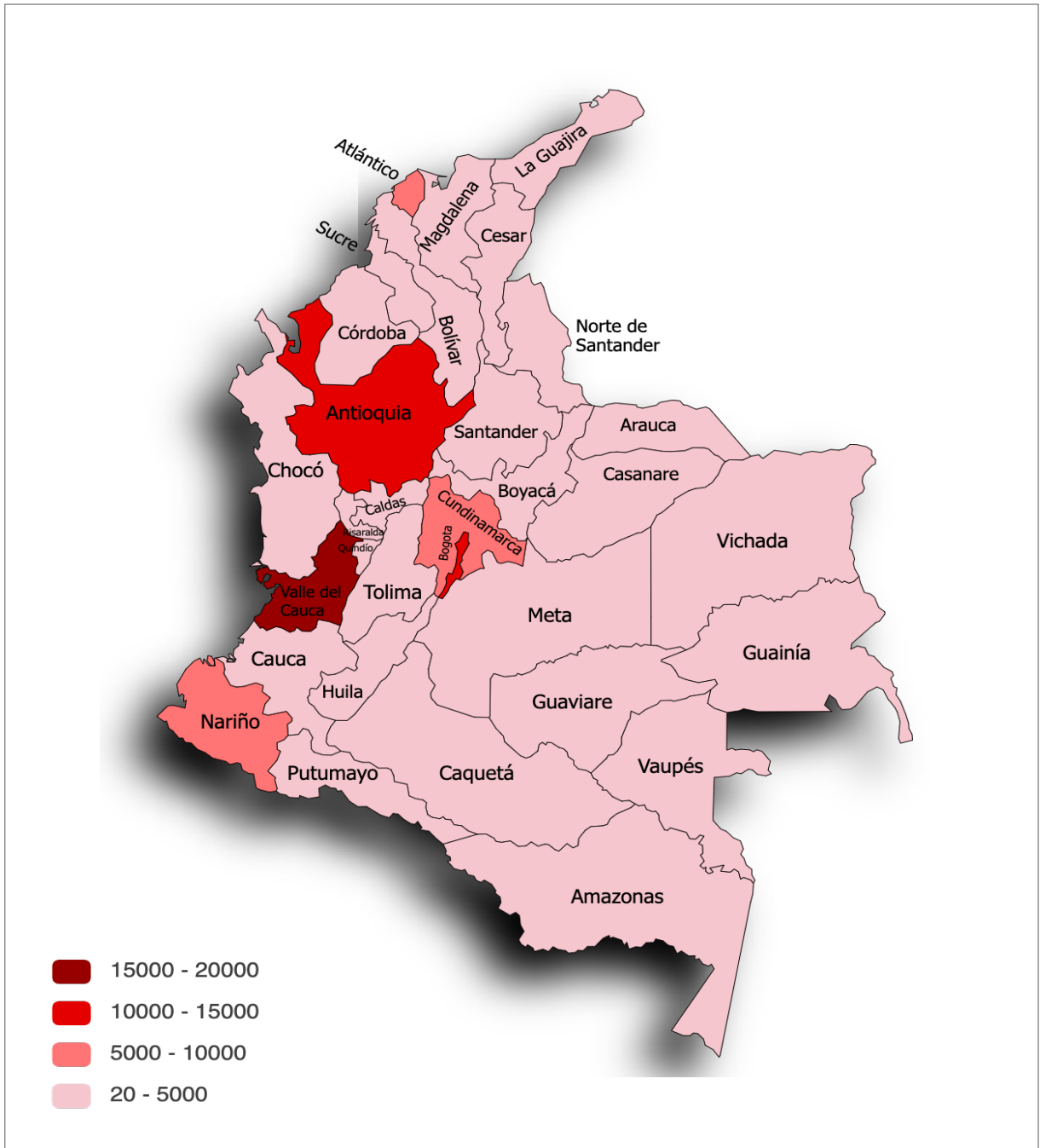


Figura 3. Distribución de casos de colecistitis aguda respecto a los departamentos de Colombia.

Fuente: Elaboración propia. Se realizó la gráfica en <https://paintmaps.com/es/grafico-de-mapa/51/grafico-de-mapa-de-Colombia>

análisis detenido de la información, se encontró que solo 19.275 procedimientos fueron realizados en el sistema digestivo y 2050 fueron mal reportados en la base de datos de SISPRO, entre los cuales se incluyeron intervenciones en el sistema nervioso, endocrino, visual, auditivo, circulatorio, hemático y linfático, urinario, o tegumentario, entre otros.

Se obtuvo una cifra final de 18.565 colecistectomías y colecistostomías realizadas para el

manejo de la patología, de las cuales 76,5 % fueron por vía laparoscópica, 22,8 % por vía abierta, 0,7 % por vía percutánea y al 0,4 % de los pacientes se les realizó una exploración de vías biliares por coledocotomía. La figura 4 muestra el manejo quirúrgico realizado con relación al número de casos diagnosticados según la edad de la población y la figura 5 muestra un mayor número de intervenciones realizadas en mujeres.

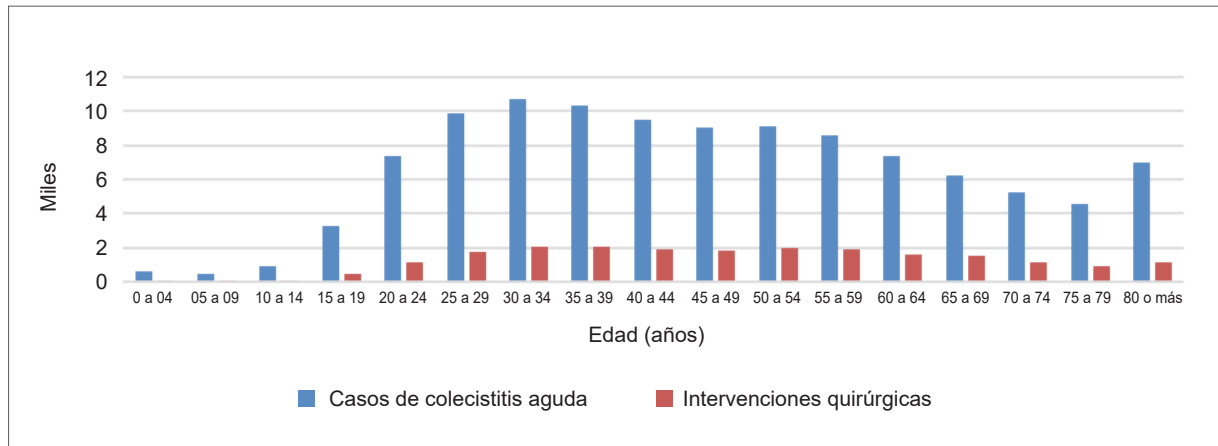


Figura 4. Diagnóstico de colecistitis aguda e intervenciones quirúrgicas realizadas distribuidos según la edad.

Fuente: Elaboración propia.

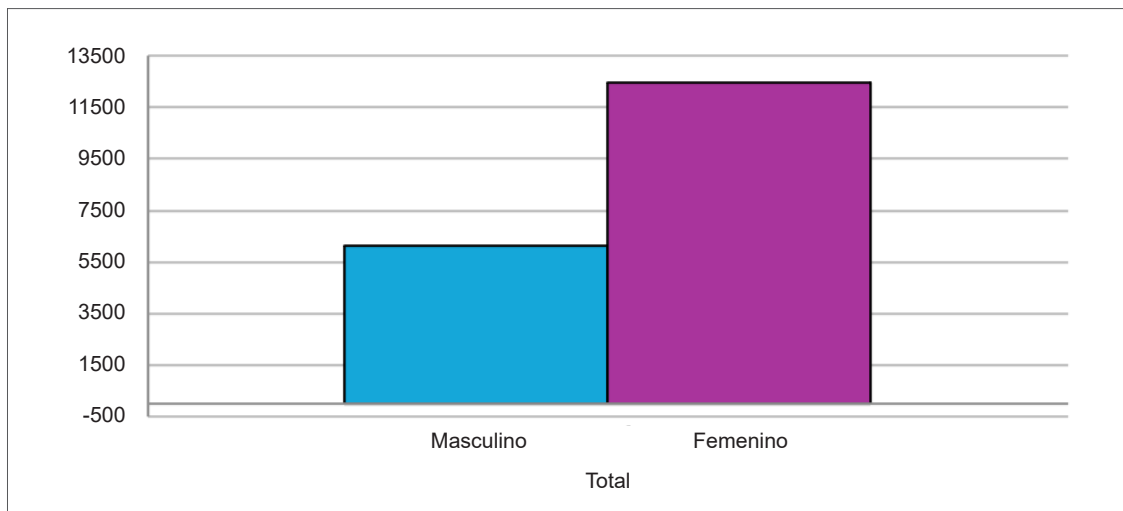


Figura 5. Intervenciones quirúrgicas realizadas distribuidas respecto al sexo.

Fuente: Elaboración propia.

Las instituciones con mayor reporte de intervenciones quirúrgicas se encuentran en los departamentos de Bogotá, Valle del Cauca, Norte de Santander, Nariño y Cauca. La ciudad con mayor número de procedimientos reportados es Bogotá, con un total de 20 entre las 50 instituciones que realizan la mayor cantidad de colecistectomías. La institución que más ha realizado procedimientos quirúrgicos se encuentra en Valle del Cauca. La mayoría de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son de carácter público y se concentran principalmente en las capitales de los departamentos (Tabla 1)

Discusión

Datos demográficos

La CA consiste en la inflamación aguda de la vesícula biliar como consecuencia de la obstrucción del conducto cístico por cálculos en el 90 % a 95 % de los casos^{7,8}. Del total de pacientes con colelitiasis, el 20 % a 40 % desarrollan síntomas, y la presentación clínica más frecuente es la colecistitis aguda, en el 10 % - 15 % de los casos⁶. El resto de los pacientes con colecistitis aguda son de etiología no litiásica; esta forma afecta más a la población masculina (82,4 %), con edad media de 35 años, con otras comorbilidades como diabetes mellitus e infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), o pacientes en estado crítico⁹.

La CA litiásica es tres veces más prevalente en mujeres que en hombres hasta los 50 años, después de esta edad la diferencia se reduce a 1,5 veces más común en mujeres. Otros factores de riesgo descritos son la obesidad, la pérdida de peso abrupta, nutrición parenteral total prolongada, embarazo, consumo diario de 7-14 gramos de alcohol, o de medicamentos como octreotide, ceftriaxona y análogos del péptido similar al glucagón^{5,7}.

En Colombia, se encontró una clara dominancia del sexo femenino en cuanto a mayor número de casos diagnosticados y mayor número de intervenciones quirúrgicas realizadas, de acuerdo con Pak & Lindseth¹⁰, quienes afirmaron que las mujeres son el sexo con mayor riesgo de colelitiasis,

y por ende de colecistitis, en todos los grupos etarios. Esto puede ser explicado por los niveles de estrógeno intrínsecamente más elevados, la toma de anticonceptivos orales o la multiparidad. Asimismo, las mujeres son más propensas a someterse a un procedimiento de colecistectomía comparado con los hombres¹⁰.

Las mujeres tienen un aumento del riesgo de desarrollar colecistitis durante la juventud y este persiste después de la menopausia. No obstante, en la vejez, la frecuencia de cálculos biliares tiende a ser similar entre hombres y mujeres¹¹. En la población colombiana, se observó un notable aumento en el diagnóstico de colecistitis en mujeres a partir de los 25 años, lo cual difiere con el pico de incidencia más comúnmente reportado en la literatura, hacia los 40 años. Otras comunidades que poseen datos similares son los indios Pima del suroeste de Estados Unidos, donde se reporta un incremento notable en la incidencia de cálculos biliares en mujeres de 20 a 30 años, siendo esta diferencia del 70 % en comparación con los hombres¹².

Intervenciones

La colecistectomía laparoscópica temprana (<72 horas) es considerada el tratamiento estándar debido a que tiene menores complicaciones postoperatorias en los primeros 75 días, reduce la estancia hospitalaria media, minimiza los costos hospitalarios, tiene menor incidencia de lesión de las vías biliares después de la cirugía, menor ingreso a unidad de cuidados intensivos y menor tasa de mortalidad (1,0 % comparada con 1,9 % de una colecistectomía tardía)⁷. De manera concomitante, se deben administrar en la cantidad adecuada los líquidos, corregir los electrolitos e iniciar el tratamiento antibiótico⁸.

El riesgo de complicaciones mayores de la colecistectomía puede llegar a ser hasta de un 9 %, sin embargo, se reconoce como un procedimiento relativamente seguro. Entre las complicaciones se han descrito infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular agudo, insuficiencia renal, embolia pulmonar, insuficiencia pulmonar o shock posoperatorio¹³.

Tabla 1. Las 50 instituciones con mayor número de colecistostomía y colecistectomías realizadas entre 2015 - 2023.

	Institución	Intervenciones quirúrgicas	Departamento	Ciudad
1	Clínica Nuestra	699	Valle del Cauca	Cali
2	ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja	515	Boyacá	Tunja
3	Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe SAS	488	Valle del Cauca	Cali
4	Clínica Nuestra Señora de Los Remedios	358	Valle del Cauca	Cali
5	Corporación para la Salud Integral S.A.S. - Corposalud S.A.S.	346	Nariño	Pasto
6	Hospital Universitario San Jose de Popayán ESE	283	Cauca	Popayán
7	ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	272	Norte de Santander	Cúcuta
8	Clínica La Estancia SA	261	Cauca	Popayán
9	Clínica Los Nogales SAS	260	Bogotá	Bogotá
10	Hospital Universitario Mayor-Mederi	253	Bogotá	Bogotá
11	Clínica Colsubsidio Ciudad Roma	252	Bogotá	Bogotá
12	Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José	238	Bogotá	Bogotá
13	Fundación Hospital Infantil Universitario de San José	221	Bogotá	Bogotá
14	Hospital Susana Lopez de Valencia	216	Cauca	Popayán
15	Clínica Palermo	212	Bogotá	Bogotá
16	ESE Hospital Local	211	Bolívar	Cartagena
17	Fundación Santa Fe de Bogotá	207	Bogotá	Bogotá
18	Clínica Medilaser SAS Sucursal Tunja	206	Boyacá	Tunja
19	Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas	205	Caldas	Manizales
20	Clínica Medilaser SAS Sucursal Florencia	188	Caquetá	Florencia
21	Sociedad Las Lajas SAS	184	Nariño	Pasto
22	Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar	183	Bogotá	Bogotá
23	Clínica Versalles SA	179	Valle del Cauca	Cali
24	Clínica de La Mujer	174	Bogotá	Bogotá
25	Hospital Universitario San Ignacio	171	Bogotá	Bogotá
26	Clínica Medical Duarte	164	Norte de Santander	Cúcuta
27	Sede Principal Hospital Alma Máter de Antioquia	163	Antioquia	Medellín
28	Clínica San Jose de Cucuta SA	161	Norte de Santander	Cúcuta
29	Fundación Hospital San Jose	158	Bogotá	Bogotá
30	Hospital Universitario de Santander	150	Santander	Bucaramanga
31	Clínica Santa Ana S.A.	146	Norte de Santander	Cúcuta
32	ESE Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios	144	Quindío	Armenia
33	Clinica Partenón	141	Bogotá	Bogotá
34	ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva	141	Huila	Neiva
35	ESE Hospital Departamental Mario Correa Rengifo	140	Valle del Cauca	Cali
36	Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy	135	Bogotá	Bogotá
37	Hospital Federico Lleras Acosta ESE	127	Tolima	Ibagué
38	ESE Hospital Regional de Aguachica Jose David Padilla Villafañe	124	Cesar	Aguachica
39	ESE Hospital La Maria	120	Antioquia	Medellín
40	Clínica Del Country IPS	119	Bogotá	Bogotá
41	Unidad de Servicios de Salud Santa Clara	119	Bogotá	Bogotá
42	Clínica Chicamocha SA	117	Santander	Bucaramanga
43	ESE Hospital Universitario de La Samaritana	116	Bogotá	Bogotá
44	Hospital Universitario Clínica San Rafael	115	Bogotá	Bogotá
45	Fundación Hospital San Pedro	114	Nariño	Pasto
46	Fundación Abood Shaio	113	Bogotá	Bogotá
47	Hospital San Juan de Dios	113	Bogotá	Bogotá
48	Hospital Universitario Nacional de Colombia	109	Bogotá	Bogotá
49	Inversiones Clínica del Meta SA	109	Meta	Villavicencio
50	Clínica Desa SAS	106	Valle del Cauca	Cali

* ESE: Empresa Social del Estado; SAS: Sociedades por Acciones Simplificadas; SA: Sociedad Anónima; IPS: Institución Prestadora de Servicios. Fuente: Elaboración propia de los autores.

Solo aquellos pacientes con alto riesgo quirúrgico se consideran candidatos para manejo conservador con antibioticoterapia y el drenaje biliar, usualmente con colecistostomía percutánea como terapia puente^{7,8}. Los pacientes con un alto riesgo quirúrgico se identifican mediante varios criterios, incluyendo la clasificación grado III de Tokio 2018, una clasificación ASA (*American Society of Anesthesiologist*) > 3, un índice de comorbilidad de Charlson (ICC) > 6, cirrosis hepática con clasificación de Child-Pugh C o D, o tener una segunda línea de acceso al tracto biliar (puente de lesión maligna del tracto biliar, dilatación de la estenosis biliar, desviación de salida de la fístula biliar, descompresión de las vías biliares en colangitis)^{10,14}.

Existen otras excepciones en las que se deben considerar alternativas de manejo, como el drenaje biliar de urgencia, por ejemplo, en los casos de colecistitis aguda Tokio grado II en los cuales no se dispone de acceso a laparoscopia y hay una respuesta insuficiente al tratamiento médico. Esto es especialmente relevante para pacientes con condiciones generales adversas (ICC > 6 puntos o clasificación ASA > 3). Sin embargo, se debe ser muy cuidadoso en la elección de estos manejos no quirúrgicos ya que tienen una alta tasa de complicaciones, con una estancia hospitalaria mayor y una mortalidad del 11 %^{14,15}.

Por eso, llama la atención que en nuestro estudio el 79 % de los pacientes no recibieron manejo quirúrgico, a pesar de que la cirugía es el manejo estándar. En un estudio prospectivo observacional realizado por Escartín A, et al.¹⁶, que abarcó a 998 pacientes diagnosticados con colecistitis aguda entre 2010 y 2015, la distribución según la severidad fue del 33,9 % con colecistitis aguda Tokio I, el 56,8 % Tokio II y el 9,3 % Tokio III. Con esta distribución de severidad, el 58,3 % de los pacientes se sometieron a intervención quirúrgica, lo que indica que se operó a un número significativamente mayor que aquellos con solo colecistitis leve, pero un porcentaje menor al que corresponde a los pacientes con colecistitis moderada y severa.

Para esto se podrían plantear varios puntos en discusión. Primero, la base de datos colombiana no

aporta la clasificación del grado de severidad según las guías de Tokio y, segundo, estas guías proponen diferente manejo según la gravedad del caso. Para CA Tokio I se plantea como primera línea la cirugía laparoscópica, siempre y cuando el paciente tenga un ICC ≤ 5 y ASA ≤ 2; para CA Tokio II también se propone la colecistectomía por laparoscopia realizada por un especialista con experiencia, en caso de que lleguen a cumplir los dos requisitos anteriores; en caso contrario, se recomienda manejo médico o drenaje de vesícula biliar. Para CA Tokio III, en pacientes con criterios estrictos, en centros avanzados y con cirujanos con amplia experiencia, se pueden considerar la colecistectomía temprana; si no llega a ser apto, se debe realizar un drenaje biliar temprano y urgente, seguido de una colecistectomía laparoscópica tardía¹⁷.

Teniendo en cuenta el riesgo del paciente, se justifica que, en aquellos con alto riesgo quirúrgico, se realicen intervenciones de drenaje por vía endoscópica o percutánea, las cuales han tenido aceptación y éxito en la mayoría de los casos. Después se propone la colecistectomía como tratamiento definitivo¹⁸.

Al no contar con la clasificación de severidad de Tokio, las comorbilidades de los pacientes, ni la clasificación ASA, no se puede concluir si los pacientes tuvieron un adecuado manejo o no respecto al momento más apropiado para realizar las intervenciones quirúrgicas. No obstante, si despierta una gran sospecha debido a que el pico de incidencia de la enfermedad sucede en población joven, generalmente sana, en la cual no se espera que tengan múltiples comorbilidades que interfieran con el tratamiento quirúrgico.

Sistema de salud

Medicaid es el programa de seguro médico más grande en los Estados Unidos de América y se encarga del financiamiento de la atención en salud para la población de bajos ingresos¹⁹. Greenstein AJ, et al.²⁰, realizaron un estudio retrospectivo acerca de los beneficiarios de Medicaid diagnosticados con colecistitis aguda a través de la base de datos de la Muestra Nacional de Pacientes Hospitalizados de los Estados Unidos, desde 1998 hasta 2008. Su investigación demostró una disparidad en el manejo

de la CA en cuanto a la realización de colecistectomía según el tipo de seguro, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$), ya que el 83 % de los beneficiarios del seguro estatal fueron intervenidos quirúrgicamente comparado con un 89 % de los afiliados a seguro privado. Los resultados clínicos también difirieron, pues los usuarios de Medicaid tuvieron menores intervenciones laparoscópicas (69 % vs 78 %; $p=0,001$) y una mayor tasa de conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta (3,9 % frente a 3,0 %; $p=0,001$)²⁰.

La mayoría de IPS documentadas en el diagnóstico de colecistitis aguda en Colombia son entidades públicas, y si bien, lo anteriormente mencionado ocurre en un país con un desarrollo económico y un sistema de salud diferente al nuestro, puede llegar a ser extrapolable. Facilitar un acceso a la atención primaria y a las clínicas quirúrgicas para todos los pacientes dentro de los hospitales de la red de seguridad podría conducir a resultados superiores en el tratamiento de la enfermedad, al incrementar tanto el diagnóstico como el tratamiento en un entorno electivo²¹. Los aspectos del sistema de atención de salud, como su organización, su financiamiento y la disponibilidad de servicios pueden tener diversos impactos en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes²⁰.

Limitaciones

En relación con las limitaciones del presente estudio, se debe tener en cuenta que para la obtención de datos se usó una base de datos nacional, por lo que no hay forma de que los autores del estudio correspondan los datos evaluados. Igualmente, se entiende que no hay manera de evaluar el diagnóstico que realiza el personal de salud a la hora de registrar los datos en los RIPS.

Perspectivas a futuro

En el futuro, la obtención de datos será más fácil con el uso de la tecnología apoyada en herramientas como la Inteligencia Artificial y las maneras de comunicar a todo el país. Para los investigadores, es importante acoplarse al uso de diferentes instrumentos disponibles ya que estos permiten llevar a cabo más estudios de caracterización epidemiológica para múltiples enfermedades, a nivel nacional e internacional.

Conclusión

Los factores del sistema de salud tienen un impacto en la toma de decisiones clínicas relacionadas con la colecistitis aguda, especialmente en la realización de intervenciones quirúrgicas, dado que se observa una limitación en este tipo de procedimientos en el país.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Este proyecto de investigación se basa en el análisis de los cubos almacenados en la base de datos de SISPRO. Dado que es una base de datos nacional no se efectuó ningún procesamiento de datos personales de los pacientes, por lo tanto, no se requiere diligenciamiento de consentimiento informado. El proyecto siguió las pautas establecidas en la Declaración de Helsinki de 2013 y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Conflictos de interés: Los autores declararon no tener conflictos de intereses.

Uso de Inteligencia Artificial: No se realizó uso de ninguna tecnología asistida por Inteligencia Artificial.

Fuentes de financiación: Este proyecto no requirió ninguna fuente de financiación.

Contribución de los autores

- Concepción y diseño del estudio: Angie Lorena Ebratt Rincón, Isabella Lacouture-Silgado, Sebastián Sánchez-Ussa.
- Adquisición de datos: Angie Lorena Ebratt Rincón, Isabella Lacouture-Silgado.
- Análisis e interpretación de datos: Angie Lorena Ebratt Rincón, Isabella Lacouture-Silgado, Sebastián Sánchez-Ussa.
- Redacción del manuscrito: Angie Lorena Ebratt Rincón, Isabella Lacouture-Silgado, Sebastián Sánchez-Ussa.
- Revisión crítica: Angie Lorena Ebratt Rincón, Isabella Lacouture-Silgado, Sebastián Sánchez-Ussa.

Referencias

1. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Cimbanassi S, Boerna D, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World J Emerg Surg.* 2020;15:61. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>

2. Koti RS, Davidson CJ, Davidson BR. Surgical management of acute cholecystitis. *Langenbeck's Arch Surg*. 2015;400:403-19. <https://doi.org/10.1007/s00423-015-1306-y>
3. Wadhwa V, Jobanputra Y, Garg SK, Patwardhan S, Mehta D, Sanaka MR. Nationwide trends of hospital admissions for acute cholecystitis in the United States. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2017;5:36-42. <https://doi.org/10.1093/gastro/gow015>
4. Li ZZ, Guan LJ, Ouyang R, Chen ZX, Ouyang GQ, Jiang HX. Global, regional, and national burden of gallbladder and biliary diseases from 1990 to 2019. *World J Gastrointest Surg*. 2023;15:2564-78. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i11.2564>
5. Halpin V. Acute cholecystitis. *BMJ Clin Evid*. 2014;2014:0411.
6. Escalante-Arbeláez D, Bernal-Gutiérrez M, Buitrago-Gutiérrez G. Mortalidad perioperatoria y volumen quirúrgico de colecistectomías en el régimen contributivo en Colombia. *Rev Colomb Cir*. 2021;36:83-90. <https://doi.org/10.30944/20117582.705>
7. Gallaher JR, Charles A. Acute cholecystitis: A review. *JAMA*. 2022;327:965-75. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.2350>
8. Bustos-Guerrero AM, Guerrero-Macías SI, Manrique-Hernández EF, Gomez-Rincón GA. Severidad de la colecistitis aguda en tiempos de COVID-19: ¿mito o realidad? *Rev Colomb Cir*. 2022;37:206-13. <https://doi.org/10.30944/20117582.1122>
9. Walsh K, Goutos I, Dheansa B. Acute acalculous cholecystitis in burns: A review. *J Burn Care Res*. 2018;39:724-8. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irx055>
10. Pak M, Lindseth G. Risk factors for cholelithiasis. *Gastroenterol Nurs*. 2016;39:297-309. <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000235>
11. Hjaltadóttir K, Haraldsdóttir KH, Möller PH. [Gallstones – review]. *Læknablaðið*. 2020;106:464-72. <https://doi.org/10.17992/lbl.2020.10.602>
12. Shaffer EA. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: Has the paradigm changed in the 21st century? *Curr Gastroenterol Rep*. 2005;7:132-40. <https://doi.org/10.1007/s11894-005-0051-8>
13. Huntington CR, Cox TC, Blair LJ, Prasad T, Lincourt AE, Heniford BT, et al. Nationwide variation in outcomes and cost of laparoscopic procedures. *Surg Endosc*. 2016;30:934-46. <https://doi.org/10.1007/s00464-015-4328-1>
14. Morales-Maza J, Rodríguez-Quintero JH, Santes O, Hernández-Villegas AC, Clemente-Gutiérrez U, Sánchez-Morales GE, et al. Colecistostomía percutánea como tratamiento de colecistitis aguda: ¿qué ha pasado en los últimos 5 años? Revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Méx*. 2019;84:482-91. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.06.004>
15. Gonzalez-Castillo AM, de Miguel-Palacio M, Rabasa-Rodríguez A, Martín-Ramos M, Pelegrina-Manzano A, Membrilla-Fernandez E. Percutaneous cholecystostomy for acute calculous cholecystitis. Analysis of complications. *Br J Surg*. 2023;110(Supplement_10):z-nad388.018. <https://doi.org/10.1093/bjs/znad388.018>
16. Escartín A, González M, Muriel P, Cuello E, Pinillos A, Santamaría M, et al. Colecistitis aguda litiasica: Aplicación de las Guías de Tokio en los criterios de gravedad. *Cir Cir*. 2021;89:12-21. <https://doi.org/10.24875/CIRU.19001616>
17. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: Flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25:55-72. <https://doi.org/10.1002/jhbp.516>
18. Lee SO, Yim SK. [Management of acute cholecystitis]. *Korean J Gastroenterol*. 2018;71:264-8. <https://doi.org/10.4166/kjg.2018.71.5.264>
19. Donohue JM, Cole ES, James CV, Jarlenski M, Michener JD, Roberts ET. The US Medicaid Program: Coverage, financing, reforms, and implications for health equity. *JAMA*. 2022;328:1085-99. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2022.14791>
20. Greenstein AJ, Moskowitz A, Gelijns AC, Egorova NN. Payer status and treatment paradigm for acute cholecystitis. *Arch Surg*. 2012;147:453-8. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2011.1702>
21. Myers S, Kenzik K, Allee L, Dechert T, Theodore S, Jaffe A, et al. Social determinants of health associated with the need for urgent versus elective cholecystectomy at an urban, safety-net hospital. *Surg Infect (Larchmt)*. 2024;25:101-8. <https://doi.org/10.1089/sur.2023.229>