

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES PARA LA CONVERSIÓN DE UNA COLECISTECTOMÍA
LAPAROSCÓPICA A CONVENCIONAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
ABRIL-OCTUBRE 2016.**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

JESILU NATIVIDAD RIOS CHOQUE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2017

ASESOR

DRA. ROSSANA PAJUELO BUSTAMANTE

AGRADECIMIENTO

En la vida hay muchos retos, terminar la Universidad ha sido uno de ellos ya que no solo es la base para el entendimiento de la profesión que elegí sino para la vida y mi futuro. Por ello agradezco a todos y cada uno de mis docentes que contribuyeron en mi formación del mismo modo a mi asesora Rossana Pajuelo B. por orientarme a concluir la presente tesis y poder titularme como una feliz profesional.

DEDICATORIA

A Dios por darme fortaleza ante la adversidad
A mis padres por ser ejemplo de perseverancia
A mi hermano Jonathan por ser mi inspiración
A mi esposo por su amor incondicional
A mi hija, hoy en mi vientre por ser promesa
de buenos tiempos.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores para conversión de una Colectomía laparoscópica a convencional en el servicio de Cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue Abril-octubre 2016.

Materiales y Métodos: el presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Se utilizó una ficha cuestionario como instrumento para la recolección de los datos como la exploración de características personales, datos clínicos, pre e intraoperatorios en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Abril-Octubre 2016.

Resultados: Se encontró una tasa de conversión de Colectomía Laparoscópica de 9.2% (11), siendo factor recurrente de conversión con 45.5%(5) a la dificultad en el abordaje de cavidad seguida de Plastrón vesicular con 27.3% (3).El 16.2% tuvo edad de 60 a más años siendo del sexo masculino 17.4%(4) y requirieron conversión de colectomía laparoscópica mientras que el sexo femenino presentó 7.2%(7) de recurrencia de conversión. El 25% (1) presentó Diabetes Mellitus como morbilidad asociada de mayor impacto de ocurrencia de conversión. El 10.3% (8) tuvo como diagnóstico preoperatorio Colectitis Crónica, seguido de colelitiasis con 7.1% (3).

Conclusiones: Se encontró que el sexo masculino, la edad y algunas comorbilidades influyen como factores para la conversión de Colectomía Laparoscópica; el modo de ingreso por el servicio de emergencia presentó una recurrencia de conversión de 14.3%(8), además el tiempo de evolución de enfermedad no influyó significativamente en la variable conversión de Colectomía Laparoscópica.

Palabras claves: Conversión, Factores de Conversión, colectomía laparoscópica, Colectomía convencional, colectitis, Colelitiasis, abordaje de cavidad.

ABSTRACT

Objective: To analyze factors for the conversion of a laparoscopic cholecystectomy in the General Surgery service of the National Hospital Hipólito Unanue April-October 2016.

Materials and Methods: retrospective, descriptive and cross-sectional. The present study is descriptive, retrospective and transversal. A questionnaire sheet was used as an instrument for the collection of data, such as the exploration of personal characteristics clinical data and pre and intraoperative data at the Hospital Nacional Hipólito Unanue during the period April-October 2016.

Results: A rate of conversion of Laparoscopic Cholecystectomy of 9.2% (11) was found, being a recurrent conversion factor with 45.5% (5) to the difficulty in the cavity approach followed by Vesicular Plastron with 27.3% (3). recurrent factor of conversion with 45.5% (5) to the difficulty in the cavity approach followed by Vesicular Plastron with 27.3% (3). The 16.2% were aged 60 years and older, 17.4% (4) and required conversion of laparoscopic cholecystectomy while the female sex presented 7.2% (7) of recurrence of conversion. 25% (1) presented Diabetes Mellitus as associated morbidity with greater impact of conversion occurrence. The 10.3% (8) had as a preoperative diagnosis chronic cholecystitis, followed by cholelithiasis with 7.1% (3).

Conclusions: It was found that male sex, age, and co-morbidities influence as a factor for the conversion of Laparoscopic Cholecystectomy; The mode of admission by the emergency department showed a conversion recurrence rate of 14.3% (8). In addition, the disease evolution time did not significantly influence the variable conversion of Laparoscopic Cholecystectomy.

Keywords: Conversion, Factors of Conversion, laparoscopic cholecystectomy, conventional cholecystectomy, cholecystitis, cholelithiasis, cavity approach.

PRESENTACIÓN

Desde que Mühe en 1985 y Mouret en 1987 fueron los primeros en realizar las Colectomías laparoscópicas en humanos desde entonces se ha avanzado en el campo de la cirugía, la colectomía laparoscópica viene siendo la intervención quirúrgica de elección, frecuentemente realizada en cuanto a la resolución de la patología vesicular benigna ,y considerada como el “estándar de oro” ⁽¹²⁾. Sin embargo en algunas ocasiones existe la necesidad de convertirla a una cirugía abierta por diversos factores con el fin de evitar complicaciones en los pacientes ⁽¹⁴⁾. La prevalencia de pacientes sometidos a Colectomía Laparoscópica ha ido en aumento; aunque esta técnica quirúrgica es un método seguro y efectivo existen situaciones en las cuales se requiere la conversión a colectomía convencional ⁽³⁾. La conversión de la colectomía laparoscópica no debería ser considerada como una complicación, es por eso que la decisión de convertirla debe de estar basada en la evaluación preoperatoria e intraoperatoria teniendo una clara información, sobre la anatomía, el criterio del médico cirujano y la técnica que se va a realizar ya que se trata de que no aparezcan complicaciones durante la cirugía ^(1,2). En los últimos años diversos estudios estadísticos obtenidos de los reportes quirúrgicos en servicios de cirugía general estiman un aumento en la cantidad de colectomías laparoscópicas que fueron convertidas a cirugías convencionales que prolongan el tiempo de recuperación permanencia hospitalaria, así como el uso de materiales y otros recursos, generando un impacto económico en el paciente ⁽⁴⁾.

El presente trabajo está estructurado en V (5) capítulos presentados como sigue:

El capítulo I contiene el planteamiento del problema seguido de la formulación del problema.

El capítulo II con el marco teórico, bases teóricas y definición de términos operacionales.

El capítulo III métodos y material de estudio.

El capítulo IV resultados y discusión.

El capítulo V conclusiones del estudio y recomendaciones.

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------------------------|------|
| CARÁTULA..... | I |
| ASESOR..... | II |
| AGRADECIMIENTO | III |
| DEDICATORIA | IV |
| RESUMEN | V |
| ABSTRACT..... | VI |
| PRESENTACIÓN | VII |
| ÍNDICE | IX |
| LISTA DE TABLAS | XI |
| LISTA DE GRÁFICOS | XIV |
| LISTA DE ANEXOS | XVII |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA | 1 |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 2 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN | 3 |
| 1.4. OBJETIVOS..... | 4 |
| 1.4.1. GENERAL | 4 |
| 1.4.2. ESPECÍFICOS | 4 |
| 1.5. PROPÓSITO..... | 5 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 6 |
| 2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS..... | 6 |
| 2.2. BASES TEÓRICAS..... | 13 |
| 2.3. HIPÓTESIS..... | 32 |
| 2.4. VARIABLES..... | 32 |
| 2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS | 33 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 34 |

| | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----|
| 3.1. | TIPO DE INVESTIGACIÓN | 34 |
| 3.2. | ÁREA DE ESTUDIO | 34 |
| 3.3. | POBLACIÓN Y MUESTRA | 34 |
| 3.4. | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 35 |
| 3.5. | DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 36 |
| 3.6. | PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 37 |
| CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS..... | | 38 |
| 4.1. | RESULTADOS | 38 |
| 4.2. | DISCUSIÓN | 59 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | | 61 |
| 5.1. | CONCLUSIONES | 61 |
| 5.2. | RECOMENDACIONES..... | 63 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 64 |
| ANEXOS | | 69 |

LISTA DE TABLAS

Pág.

| | | |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1 | Distribución de la edad en grupos etarios de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 38 |
| Tabla 2 | Distribución según el sexo de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016 | 39 |
| Tabla 3 | Distribución según la evolución de enfermedad en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016 | 40 |
| Tabla 4 | Existencia de morbilidad asociada en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 41 |
| Tabla 5 | Morbilidad asociada en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 42 |
| Tabla 6 | Diagnóstico preoperatorio en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 43 |
| Tabla 7 | Modo de ingreso a hospitalización de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 44 |

LISTA DE TABLAS

| | | Pág. |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tabla 8 | Conversión de Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 45 |
| Tabla 9 | Frecuencia de factores de conversión de Colectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 46 |
| Tabla 10 | Relación entre la edad y conversión de Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 48 |
| Tabla 11 | Relación entre el sexo y conversión de la Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 50 |
| Tabla 12 | Relación entre evolución de enfermedad y conversión de Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 51 |

LISTA DE TABLAS

Pág.

| | | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 13 | Relación entre la morbilidad asociada y la conversión de Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 53 |
| Tabla 14 | Relación entre el modo de ingreso y conversión de Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 55 |
| Tabla 15 | Relación entre el diagnóstico preoperatorio y la conversión de Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 56 |
| Tabla 16 | Relación entre factor de conversión de Colectomía Laparoscópica y rango de edades de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 57 |

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

| | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1 | Distribución de la edad en grupos etarios de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 38 |
| Gráfico 2 | Distribución según el sexo de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016 | 39 |
| Gráfico 3 | Distribución según la evolución de enfermedad en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016 | 40 |
| Gráfico 4 | Existencia de morbilidad asociada en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 41 |
| Gráfico 5 | Morbilidad asociada en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 42 |
| Gráfico 6 | Diagnóstico preoperatorio en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 43 |
| Gráfico 7 | Modo de ingreso a hospitalización de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 44 |

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

| | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 8 | Conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 45 |
| Gráfico 9 | Frecuencia de los factores para la conversión de Colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016. | 47 |
| Gráfico 10 | Relación entre la edad y conversión de Colecistectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 49 |
| Gráfico 11 | Relación entre el sexo y conversión de la Colecistectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 50 |
| Gráfico 12 | Relación entre evolución de enfermedad y conversión de Colecistectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016 | 52 |

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

| | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 13 | Relación entre la morbilidad asociada y la conversión de Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 54 |
| Gráfico 14 | Relación entre el modo de ingreso y conversión de Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 55 |
| Gráfico 15 | Relación entre el diagnóstico preoperatorio y la conversión de Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016 | 56 |
| Gráfico 16 | Relación entre factores de conversión de Colectomía Laparoscópica y rango de edades de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016. | 58 |

| LISTA DE ANEXOS | | Pág. |
|------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|
| Anexo 1 | Operacionalización de variables | 69 |
| Anexo 2 | Instrumento | 72 |
| Anexo 3 | Validez de instrumento – Consulta de expertos | 73 |
| Anexo 4 | Solicitud de Autorización para la ejecución de protocolo | 74 |
| Anexo 5 | Solicitud de informe estadístico | 75 |
| Anexo 6 | Imágenes de ejecución | 76 |
| Anexo 7 | Ubicación del lugar de estudio | 77 |
| Anexo 8 | Base de datos | 78 |

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cirugía laparoscópica es un procedimiento que es realizado como tratamiento de elección para el manejo de enfermedades vesiculares ⁽¹⁾. La práctica de la colecistectomía laparoscópica realizada y aceptada por los cirujanos así como en los pacientes viene siendo un fenómeno en la historia de la cirugía. Siendo indicación para la colecistectomía laparoscópica las mismas que para colecistectomías convencionales, excepto si existieran contraindicaciones que sean específicas ⁽¹⁾. Estudios a nivel mundial reportan que la frecuencia de conversión de la colecistectomía laparoscópica a una cirugía convencional es aún constante a pesar de los beneficios de la cirugía laparoscópica con un 5% hasta el 10%, incluso hasta un 22% en algunos países. Siendo la tasa de conversión de una cirugía laparoscópica ha ido variando universalmente entre 5% y 40%; en América Latina diferentes reportes oscilan entre el 0,8% y el 11%. Colombia, presenta entre el 0,8% y el 12% ⁽²⁾. En la actualidad la conversión a cirugía convencional no es una complicación, es una decisión de buen juicio quirúrgico para el beneficio del paciente. Considerando como factores para la conversión: complicaciones transoperatorias, factores de índole técnica, factores que están asociados al paciente o al cirujano.

La Colecistectomía Laparoscópica es una de las cirugías que se realiza con cierta frecuencia en el Hospital Hipólito Unanue, siendo el tratamiento elección para patologías biliares y posibles complicaciones; que pueden causar que el procedimiento laparoscópico sea convertido a una colecistectomía convencional.⁽³⁾ .

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se planteó la siguiente incógnita:

PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores para la conversión de una Colectomía laparoscópica a convencional en el servicio de Cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Abril-Octubre 2016?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿Cuáles son los factores demográficos del paciente con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Abril-Octubre 2016.

¿Cuáles son los factores clínicos del paciente con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Abril-Octubre 2016.

¿Cuáles son los factores pre e intraoperatorios del paciente con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Abril-Octubre 2016.

1.3. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La conversión de la colecistectomía laparoscópica a cirugía convencional permanece aún constante desde que inició la era laparoscópica con estudios que reportan 5% hasta el 10%, también se han reportado en algunos países en vías de desarrollo hasta 22% de la población en, la tasa de conversión de cirugía laparoscópica ha variado universalmente entre 5% y 40%(2). Por lo que es necesario analizar aquellos factores para la conversión de la técnica laparoscópica a la técnica convencional, con los riesgos y beneficios que esto conlleva.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

El presente estudio ha sido planteado con el objetivo de analizar los factores para convertir una colecistectomía laparoscópica a convencional en pacientes con patologías biliares benignas a quienes se les intervino quirúrgicamente mediante la cirugía laparoscópica y en la que fué necesario la convertirla evitando así complicaciones.

JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Para alcanzar los objetivos del estudio se empleó una ficha cuestionario para la recolección de datos como técnicas de investigación la misma que fue validada por expertos y que permitió obtener información confiable. Se procesó en software para poder analizar los factores para la conversión de la colecistectomía laparoscópica

JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL

Analizar los factores para la conversión de la colecistectomía laparoscópica genera un impacto beneficioso a nivel económico y sobretodo en la recuperación del paciente, familia y sociedad.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERAL

- Analizar los factores para la conversión de una Colecistectomía laparoscópica a convencional en el servicio de Cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Abril-Octubre 2016.

1.4.2. ESPECÍFICOS

1. Analizar los factores demográficos para la conversión de la Colecistectomía Laparoscópica en el paciente con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Abril-Octubre 2016.
2. Analizar los factores clínicos para la conversión de la Colecistectomía Laparoscópica en el paciente con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Abril-Octubre 2016.
3. Analizar los factores pre e intraoperatorios para la conversión de la Colecistectomía Laparoscópica en el paciente con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Abril-Octubre 2016.

1.5. PROPÓSITO

El propósito del estudio es analizar los factores para conversión de colecistectomías laparoscópica en patologías biliares benigna en el servicio de Cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016, con el fin de proponer mejoras en los procedimientos que determinan la toma de decisión para la intervención quirúrgica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES NACIONALES

Panduro A. (2015) El estudio que llevó por título “Causas De Conversión De La Colectomía Laparoscópica”, Departamento De Cirugía, Hospital III Iquitos – Essalud Octubre 2013 a Octubre 2014”-Perú, tuvo como *objetivo*: Llegar a determinar si existe relación del paciente con diagnóstico de patología biliar y la conversión quirúrgica. *Materiales y Métodos*: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo y transversal. Se utilizó como instrumento un cuestionario para conocer los datos clínicos y operatorios así como las características personales del paciente. *Obteniendo como resultados*: Se encontró que un 3.0% tenía edades entre 51-60 años quienes presentaron conversión. Siendo la tasa de conversión 7.2%, el plastrón vesicular con 66.7%, un 33.3% se debió al difícil acceso para el abordaje de la cavidad abdominal. El 6.0% perteneció al sexo masculino y tuvieron conversión. También se encontró que el 2.4% fueron pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus y 1.8% con diagnóstico de hipertensión arterial y 4.2% con diagnóstico preoperatorio de colecistitis aguda, 3.0% presentaron diagnóstico de colelitiasis cuyas cirugías también requirieron de conversión laparoscópica. *El estudio concluye que*: el sexo masculino, la edad, morbilidades asociadas, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, son factores de riesgo que pueden derivar a la conversión quirúrgica; Se considera entonces que la tasa de conversión respecto a nuestro estudio es bastante similar a otros reportes a nivel mundial; la experiencia del cirujano no viene a ser un factor de riesgo para una conversión quirúrgica ⁽³⁾.

Zamudio R. (2015) “Factores De Riesgo En La Conversión De Colectomía laparoscópica a Colectomía Convencional en Pacientes De Cirugía General Del Hospital Nacional Hipólito Unanue cuyo periodo comprende Abril-Septiembre Del 2015”-Perú el cuyo *objetivo*: Identificar los factores de riesgo para la conversión laparoscópica a una convencional, el estudio fue realizado en la sede del Hospital Nacional Hipólito Unanue. *Diseño*: Es un estudio analítico y transversal desarrollado como Casos y Controles Material y métodos: Periodo abril - septiembre del 2015 en el cual fueron seleccionados pacientes a quienes se les practicaron colectomías laparoscópicas como tratamiento en patología biliar con el fin de ser evaluados sus factores de riesgo así como sus características demográficas, , inflamación aguda , sangrado de lecho hepático , tiempo del evento quirúrgico. *Obteniendo como resultados*: Fueron 90 casos, divididos en 2 grupos de 45 pacientes cada uno, con conversión a cirugía convencional. Los factores de riesgo como la hemorragia de lecho hepático, la inflamación aguda así como el tiempo durante el acto quirúrgico fueron hallados en el análisis univariado . *Concluyendo así*: que las ventajas para identificar factores de riesgo que pueden derivar a conversión son la planeación, los tiempos de espera mejorados, duración de la convalecencia del paciente y los costos ⁽⁴⁾.

Reyna L. (2014) "Conversión De Colectomía Laparoscópica En Colectitis Aguda vs Colectitis Crónica Hospital Regional Docente De Trujillo 2008-2013"- Perú. Cuyo *objetivo*: el estudio tuvo por objetivo determinar si la conversión laparoscópica a convencional es de mayor porcentaje en pacientes con Colectitis Aguda versus Colectitis Crónica. *Materiales y métodos*: Es un estudio de cohorte retrospectiva realizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante 6 años; fueron comparados 2 grupos; un grupo de 257 pacientes con diagnóstico de colectitis aguda, y el otro con 417 pacientes con diagnóstico de colectitis crónica colectomizados. La edad, el tiempo de enfermedad hasta la intervención quirúrgica y el tiempo de la cirugía laparoscópica siendo analizados como factores de riesgo que influyen para la conversión a cirugía convencional. *Resultados* La edad en los pacientes con diagnóstico de colectitis agudas que fueron convertidas fue de $43,9 \pm 15,5$ años de edad y en aquellos con diagnóstico de colectitis crónica convertida un $44,7 \pm 12,1$ años. Respecto al género masculino la colectitis aguda presenta un mayor riesgo 1.0- 4.7. Según el tiempo desde el primer síntoma hasta la cirugía laparoscópica, en pacientes con diagnóstico de colectitis aguda convertidas fue $6,2 \pm 3,8$ días. *El estudio Concluye*: La colectitis aguda, el género masculino y el tiempo de duración de la cirugía laparoscópica > 90 minutos como riesgos para conversión. Así mismo un tiempo de enfermedad > 7 días hasta que se realice la intervención laparoscópica es riesgo para termine conversión ⁽⁵⁾.

Chávez C. (2013) “Factores Clínicos-Epidemiológicos Para La Conversión De La Colectomía Laparoscópica a Colectomía Abierta Del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú, 2013” Cuyo *objetivo*: Determinar características epidemiológicas Y clínicas para la conversión laparoscópica a convencional. *Materiales y Métodos*: Es un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo; se tomaron para el estudio casos de conversión de colectomía laparoscópica de tipo electivas a cirugía convencional, teniendo como fuente de datos las historias clínicas y reportes operatorios. Como población se estudiaron 80 casos en los que se consideraron pacientes de 18 a 92 años. Se realizó análisis de variables como clínicas, bioquímicas, epidemiológicas e imágenes diagnósticas. *Se obtuvo como Resultados*: Se encontró que la no identificación del Triángulo de Calot fue el factor de riesgo principal para la conversión, predominio del sexo femenino 59.4%. Siendo el promedio de edad 52 años, y la edad más frecuente estuvo entre 51 a 70 años. En un 58 % los pacientes tenían antecedentes de algún tipo de cirugía abdominal previa a la intervención. Se encontró como características bioquímicas bilirrubina total (>1.2mg/dl) 32.43% de casos. El 66.22% presento pared vesicular > 4mm. El 97.3% de casos presentó cálculos vesiculares siendo el diagnóstico más frecuente la colecistitis crónica con 51.35% y 21.62% el plastrón vesicular, El 17.57% presentó complicación posterior a la cirugía. *El estudio concluye que* La característica epidemiológica y clínica principal para la conversión laparoscópica a convencional fue la de no identificar el Triángulo de Calot ⁽⁶⁾.

2.1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Herrera C. (2014) "Frecuencia y Causas De Conversión De Colectomía Laparoscópica En El Hospital Cantonal De Paute De Ecuador" cuyo objetivo fue :Determinar la frecuencia de conversión laparoscópica y sus causas más frecuentes en pacientes con colectomía laparoscópica ,en Paute-Ecuador durante el año 2014. *Materiales y Métodos:* estudio descriptivo ,el análisis de los datos se realizó en SPSS 22 y se presenta en tablas de frecuencia ,porcentaje, valor de $P = <0.05$ Y con intervalo de confianza(IC) de 95%. *Resultados:*La prevalencia de conversión es del 19.5% con un promedio de edad $39.54 \pm$ desvío estándar (DS) de 16.29;por grupo etario: el 77.8%se encuentra entre 20 a 60 años .El 16.1% pertenece al sexo femenino y el 3.4% al masculino .El diagnóstico preoperatorio fue Colelitiasis(57.9%) y Colectitis Aguda (31%),el diagnóstico posoperatorio fue Colelitiasis (51.7%) y Colectitis Aguda (32.2%).Las causas más frecuentes de conversión :Inflamación severa 5.0%,adherencias 4.2%,y dificultad para identificación anatómica 3.4%.El tiempo quirúrgico mayor de 60 minutos fue 43.3%,el 37,9%de sexo femenino y el 5.4% del sexo masculino .Con un $OR=1,042$. *Concluyendo que* : el tiempo quirúrgico mayor de 60 minutos ,en el sexo femenino, tiene 1,042 veces más riesgo de conversión que los pacientes con tiempo quirúrgico menor de 60 minutos pero el P-valor no es significativamente estadístico ⁽⁷⁾.

Aguirre L. (2014) "Causas De Conversión De La Colectomía Laparoscópica En El Hospital Regional Isidro Ayora De La Ciudad De Loja" Cuyo *objetivo* fué conocer que causa la conversión de la colectomía laparoscópica en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja-Ecuador, en el año 2014 *Materiales y Métodos* Se realizó un estudio, descriptivo , retrospectivo y transversal. Para este estudio se evaluaron a 140 pacientes, utilizando criterios de inclusión y exclusión para lo cual se utilizó historia clínica, nota postoperatoria y formulario de recolección de datos. Se clasificó a los pacientes según género, edad, procedencia y presencia de conversión o no en el transoperatorio .*Resultados:* La tasa de conversión en el presente estudio fue del 3,6 %, siendo la principal causa de conversión las adherencias 40 %, seguidas con 20 % cada una la lesión de la vía biliar, inflamación de vesícula aguda/subaguda y falla en instrumental quirúrgico. El género femenino presento 60 % de los casos frente a 40 % en grupo masculino, siendo la edad con mayor frecuencia de conversiones la comprendida entre los 23 a 32 años. La conversión en cirugías emergentes (22,2 %) es mayor en comparación con cirugías electivas (2,3 %). *El estudio concluye que:* existe una frecuencia de conversión baja en nuestro estudio, por debajo de las tasas encontradas e investigaciones similares, las causas de conversión son similares a estudios realizados en la región, además de un mayor porcentaje de conversión en el género femenino y una tasa de conversión mayor en cirugías de emergencia que en electivas ⁽⁸⁾.

Arpi J M. y Asitimbay M. (2013) " Causas de Conversión de la Colectomía Laparoscópica, hospital Homero Castanier Crespo, departamento de cirugía, Azogues-Ecuador. Cuyo *Objetivo*: Identificar posibles causas para la conversión de la colectomía laparoscópica, departamento de cirugía, hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2013. *Materiales y método*. Es un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo; cuyo universo de 341 pacientes Colectomizados. Se utilizó un formulario estructurado para recolección de datos con la consiguiente revisión de la historia clínica. El análisis se realizó en SPSS2.0 La edad promedio de los pacientes con planificación de colectomía laparoscópica es de 41.71 años; y el 31.3% al sexo masculino y el 68.7% al sexo femenino; el 61% vive en el área urbana y el 39% residen en el área rural; el 6.6% fueron convertidas a colectomía abierta o convencional durante el transoperatorio. De los 7 médicos cirujanos que laboran en la institución el 71,4% poseen una experiencia de más de tres años en la realización de cirugía laparoscópica; entre las principales causas de conversión el 50% está relacionado con la dificultad en el abordaje, seguido por el 33.3% de pacientes que presentaron sangrado durante el transoperatorio.

Concluye que; Los resultados del presente trabajo de investigación nos muestran que la conversión está presente mayormente en el sexo femenino con un 68,7% con una edad promedio de 41.7 años y su principal causa fue la dificultad en el abordaje con un 50% de casos ⁽⁹⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS

Estudios actuales pueden evidenciar que la mayoría de las enfermedades biliares están relacionadas a cálculos vesiculares la cual es una entidad que se manifiesta con la presencia d cólicos biliares .En la actualidad la colecistectomía laparoscópica está indicada como tratamiento definitivo, alternativo, seguro y eficaz convirtiéndose de esta manera en el tratamiento quirúrgico preferido ya que ofrece muchos beneficios sobre la cirugía convencional, respecto al dolor y la incapacidad en el post operatorio ⁽⁴⁾ .La era de la Cirugía laparoscópica se inicia con Kurt S. inventor alemán experto en el manejo de la laparoscopia ginecológica diagnóstica y terapéutica. Fue quien creó los primeros equipos e instrumentos quirúrgicos. Realizó la primera apendicetomía por laparoscopia en el año de 1980 dando a conocer sus técnicas quirúrgicas posteriormente ⁽⁴⁾.En el año de 1985, aparece un cirujano general, conocedor de procedimientos laparoscópicos y familiarizado con los trabajos de Kurt S. el Dr. Erich Mühe de Böblingen quien realizó la primera colecistectomía por vía laparoscópica a nivel mundial; en el año de 1987 ya había efectuado con éxito 94 colecistectomías por laparoscopia ⁽⁴⁾. En el año de 1987 J. Perissat en Francia, fue quien adaptó videocámaras al laparoscopia y ayudado con un monitor pudo realizar la una colecistectomía por vídeo laparoscopia ^(4,10) .

COLELITIASIS

La colelitiasis viene a ser la presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar en consecuencia a alteraciones en las propiedades de la bilis. Siendo la localización donde frecuentemente se encuentran los cálculos en la litiasis vesicular, la cual puede presentarse como cálculos dentro del hígado o también pueden presentarse dentro del conducto colédoco. Sus complicaciones así como su frecuencia lo hace una patología actual considerada de gran

importancia en la salud pública ⁽²³⁾. Estando la edad relacionada directamente con la presentación de la patología la cual se duplica en los pacientes de tercera. Se considera el incremento de su frecuencia con la edad ambas están relacionadas con el colesterol elevado y alteraciones relacionadas con el movimiento de la vesícula ⁽²³⁾. Esto debido a que la Colecistoquinina va disminuyendo con los años así mismo la concentración del polipéptido pancreático se incrementa produciendo relajación a la vesícula y hace que el esfínter de oddi se contraiga por ello la edad viene a ser un factor muy importante de riesgo a considerar, otros factores además de la edad son: la gestación, el sexo, algunos medicamentos como (estrógeno, progestágenos), antecedentes de familia , así como la Diabetes mellitus y la obesidad, ⁽²³⁾. En los Estados Unidos de América el 10 -15% de adultos tiene por diagnóstico colelitiasis, siendo el país Chile que presenta la más alta prevalencia de colelitiasis con aproximadamente 44% en mujeres y un 25% en hombres >20 años en el caso de Bolivia presenta una alta incidencia 15,7%; le siguen México que presenta 14.3%, con > prevalencia avanzadas edades y respecto al género es mayor en las mujeres con una proporción 2:1 ⁽³⁾.

COLECISTITIS CRÓNICA

Los pacientes con colelitiasis por lo general presentan colecistitis crónica que es caracterizada por dolor recurrente, siendo usual el de tipo cólico y que no es bien precisado por el paciente ^(3; 21). Aparece siempre que un cálculo se encuentre obstruyendo alguno de los conductos biliares dando como resultado un aumento de la tensión en la pared vesicular ⁽²¹⁾. Las diferencias anatomopatológicas que son causadas por la inflamación recurrente, que usualmente no están bien relacionadas respecto a la presentación de síntomas van a variar en las vesículas aparentemente normales con inflamación crónica que en un inicio es leve puede pasar a una vesícula no funcional, con

presencia de fibrosis notable y adherencias en zonas aledañas. La literatura describe que en un inicio la mucosa se encuentra en estado normal o en su efecto esta hipertrofiada, pero la constante agresión del proceso inflamatorio recurrente la atrofia invadiendo el epitelio muscular lo que se conoce con el término médico de senos de Aschoff Rokitansky ⁽²¹⁾. La inflamación es en un inicio aséptica pues existe una respuesta fisiológica en la reabsorción de líquidos, por lo que aumenta la presión dentro de la vesícula ,en caso esta progresara causa dificultad de la viabilidad en la pared o puede presentarse una infección sobreagregada esto puede seguir progresando y finalmente llegar a la muerte celular evolucionando a gangrena, con posterior perforación y coleperitoneo ⁽¹¹⁾. El síntoma considerado principal es el dolor, que se presenta constantemente e incrementa su intensidad en los primeros 30 min o puede presentarse por periodos cortos 1 a 5 horas aproximadamente y en este caso si se trata de un dolor bien definido y localizado en cuadrante superior derecho obteniendo el signo de Murphy positivo al examen usualmente irradiado hacia la región superior de la espalda ⁽²¹⁾.La característica del dolor es de tipo intenso y se presenta de manera repentina ,es usual que aparezca por las noches y después de haber ingerido alimentos copiosos y asociado a náuseas y vómitos. El dolor es de tipo episódico ⁽²¹⁾. Durante la evaluación física se observa una ligera hipersensibilidad localizada en el cuadrante superior derecho en pleno episodio de dolor. Respecto a los exámenes de apoyo al diagnóstico como son los de laboratorio revelan las células blancas y transaminasas hepática dentro de parámetros normales en pacientes con diagnóstico de colelitiasis sin complicaciones ⁽²¹⁾.

COLECISTITIS AGUDA

La mayoría (90%) de los diagnósticos de colecistitis agudas están acompañadas de cálculos en la vesícula; y el 10% tiene otro origen a los que se le denominan colecistitis alitiásicas aguda. La colecistitis aguda tiene como origen la obstrucción del conducto cístico por la presencia de un cálculo o por el impacto del mismo en esta misma zona lo cual origina compresión a nivel del bacinete o cuello ⁽²²⁾. Esta obstrucción causa contracción del tejido muscular y distensión de la pared debido a la obstrucción. La persistente obstrucción aumenta la presión dentro de la vesícula, disminuyendo así el retorno venoso y posteriormente el arterial ocasionando de esta manera isquemia y finalmente necrosis del órgano que puede llegar a la perforación y proliferación bacteriana que compromete el contenido, todo ello asociado a la inflamación persistente. Se observa al microscopio infiltrado leucocitario presencia de exudado, edema intersticial, erosión de la mucosa siendo los microorganismos más comunes de encontrar: *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.* y *Streptococcus faecalis* ⁽²²⁾.

En la inflamación, la mucosa vesicular que tiene por función absorber agua en el proceso inflamatorio la secreta, y al unirse a la bilis y el moco produce hidrocolecisto, si a esto se le suma una infección purulenta se le denominará piocolecisto, que viene a ser una colección de pus y bilis que también estará infectada. La clínica suele presentarse con un dolor de tipo punzante, permanente que va progresando y se localiza en epigastrio o en el hipocondrio derecho ⁽²²⁾. El dolor suele irradiarse usualmente hacia la región de la espalda o al hombro del lado derecho. El paciente refiere que los síntomas están asociados a náuseas y vómitos, que algunas veces mejora la intensidad del dolor; la fiebre también puede estar presente en caso de Piocolecisto. A la evaluación física, se encontrará hipersensibilidad en hipocondrio derecho, los músculos presentan resistencia y irritación peritoneal. Es posible palpar una vesícula distendida y presencia de plastrón y rodeada por epiplón ⁽²²⁾. Es

común encontrar a la evaluación física el signo de Murphy presente, y este es caracterizado porque en la palpación muy profunda se detiene la respiración. En el 25% de casos hay evidencia de ictericia y se le atribuye a compresión de los conductos biliares debido a la inflamación del bacinete ó cuello de la vesícula denominada esta condición como síndrome de Mirizzi por lo q se debe de descartar coledocolitiasis⁽²²⁾. Los pacientes presentan leucocitosis moderada, de valores 15 000 por mm³ aproximadamente y neutrofilia; si los valores son >20 000 y están asociados a presencia de bandas debe sospecharse de perforación, pirocolecisto o colangitis ⁽²²⁾.

Frente al diagnóstico de colecistitis aguda se debe de dar el tratamiento inmediato, y considerar la administración de antibióticos previos a la cirugía, que para que sea oportuna, debe realizarse tempranamente una vez dado el diagnóstico colecistitis aguda. Si la cirugía no es fácil llevarla a cabo, esta puede ser postergada hasta resolver el episodio agudo realizándola electivamente, ya que la condición de agudeza y los síntomas pueden ser controlados ^(4,11). Actualmente existe evidencia de que la colecistectomía laparoscópica es un tratamiento rentable para la colecistitis aguda la misma que se debe realizar las primeras 72 h posteriores a la presentación de los síntomas. La cirugía es considerada aún segura hasta la primera semana después del inicio de los síntomas ⁽¹⁷⁾.

COLEDOCOLITIASIS

Un 20 a 25% de pacientes de 60 años con presencia de cálculos en las vías biliares, conducto colédoco y la vesícula biliar ⁽²¹⁾. La mayoría de los cálculos de vías biliares se forma en la vesícula biliar pudiendo estos llegar a través del conducto cístico hasta el colédoco. Los denominados cálculos coledocianos secundarios, diferente a la estasis biliar que conducen al desarrollo de cálculos primarios incluyen estenosis biliar, estenosis papilar, tumores etc. Aquellos cálculos impactados en el conducto colédoco son de diversos tamaños, así mismo ser solo uno o múltiples siendo el 6 a 12% de pacientes con cálculos biliares ⁽²¹⁾. Cuando aparece el dolor que es originado por la presencia de un cálculo en el colédoco este es parecido al de un cólico por impacto de un cálculo a nivel del conducto cístico y en algunas ocasiones es asociado a náuseas y vómitos⁽²¹⁾. En la evaluación física del paciente por lo general no presenta alteraciones, pero es común encontrar hipersensibilidad a nivel de epigastrio o cuadrante superior derecho y puede estar asociado a leve ictericia ⁽²¹⁾. En el caso de los síntomas estos pueden ser intermitentes, también puede presentarse cálculos pequeños que pueden pasar hacia la ampolla de forma espontánea y con resolución de síntomas ⁽²¹⁾. Así mismo los cálculos pueden impactarse completamente y ocasionar ictericia progresiva y grave, en pacientes con cálculos en el conducto colédoco es común encontrar la bilirrubina, transaminasas y fosfatasa alcalina incrementadas. La ecografía es útil para observar la presencia de cálculos en la vesícula biliar y conocer el tamaño del conducto colédoco ⁽²¹⁾. En pacientes con dolor biliar, presencia de cálculos vesiculares e ictericia así como un colédoco dilatado (>8 mm). La colangiografía nos proporciona excelentes detalles anatómicos con especificidad de 89%, y sensibilidad de 95% en el diagnóstico de coledocolitiasis >5 mm de diámetro ⁽²¹⁾. El estándar ideal para el diagnóstico de

la coledocolitiasis es la colangiografía endoscópica y tiene como ventaja dar tratamiento ⁽²¹⁾.

COLANGITIS

Infección bacteriana asociada a una obstrucción de los las vias biliares ⁽²¹⁾. Siendo la bilis estéril la misma que encontramos en los conductos biliares a flujo continuo y presencia de sustancias como las inmunoglobulinas y otras antibacterianas ⁽²¹⁾. La no circulación de la bilis facilita la contaminación y propagación bacteriana por ello es común encontrar cultivos positivos de bilis, al haber cálculos en el conducto biliar así como otras causas que originan la obstrucción ⁽²¹⁾. Una contaminación biliar bacteriana no ocasiona colangitis para su aparición se necesita una alta contaminación de bacterias y obstrucción. La causa más común de una obstrucción son los cálculos vesiculares ⁽²¹⁾. Frecuentemente los microorganismos encontrados en los pacientes con diagnóstico de Colangitis: Escherichia coli, Klebsiella, Streptococcus faecalis, pneumoniae, Bacteroides, fragilis, Enterobacter y la característica del paciente con colangitis por cálculos frecuentemente es de sexo femenino y de edad avanzada ⁽²¹⁾. Los síntomas principales son: dolor, fiebre, en el cuadrante superior derecho e ictericia. Síntomas comunes, que son conocidos como la tríada de Charcot que son identificados por lo general en estos pacientes. Esta infección puede causar desorientación y llegar a septicemia esta condición es denominada pentalogía de Reynolds (dolor, ictericia, fiebre, en el cuadrante superior derecho, shock séptico y cambio del estado mental) ⁽²¹⁾. También es frecuente encontrar leucocitosis, Transaminasas, bilirrubina y fosfatasa alcalina incrementadas, se debe de sospechar si existe presencia de esta sintomatología. Una ecografía es muy útil ya que nos da el diagnóstico definitivo de presencia de cálculos y de no observarse optar por indicación de Colangiografía magnética retrógrada.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR LAPAROSCÓPIA

Para dar el tratamiento definitivo en el diagnóstico de coledocolitiasis es la colecistectomía, en pacientes con sospecha de colecistitis aguda ó crónica ⁽²²⁾. Esta cirugía consiste en extraer la vesícula enferma que no cumple la función de vaciar completamente su contenido predisponiendo así a la formación de cristales así como de cálculos ⁽²²⁾. Esta intervención puede ser de tipo laparoscópica o de tipo abierta aunque en la actualidad para ambos diagnósticos es practicada como tratamiento definitivo y eficaz la colecistectomía laparoscópica incluso en diagnóstico de coledocolitiasis, 10 a 15% de casos). Aunque la coledocolitiasis puede ser resuelta con el procedimiento denominado Esfinterectomía endoscópica ⁽²²⁾. La colecistectomía laparoscópica puede convertirse en convencional entre un 3 y 5% de casos, esta decisión obedece a la presencia de alguna complicación durante la cirugía o alguna otra condición previa a la cirugía. Siendo la morbimortalidad en estos procedimientos están relacionados directamente con la condición clínica del paciente, alguna enfermedad diagnosticada previamente y estado de inflamación vesicular existe aproximadamente hasta 10% de morbilidad, incluidas las complicaciones menores, con una mortalidad < 0.5 % ⁽²²⁾.

COLECISTECTOMÍA

Es el procedimiento mediante el cual se extirpa la vesícula biliar enferma que presenta dificultad para vaciar la bilis lo que predispone a la cristalización de la bilis y origen de cristales, y cálculos. Puede ser tipo convencional o laparoscópico ⁽²²⁾. Actualmente para la colecistitis aguda como crónica, la colecistectomía es el tratamiento definitivo y que se practica a menudo en países occidentales ⁽²¹⁾. En 1982 C.Langensbuch realizó con éxito la primera colecistectomía y por más de cien años fue y sigue siendo el tratamiento

estándar para resolución de los cálculos vesiculares. En 1987, P. Mouret revolucionó el tratamiento de los cálculos biliares en muy corto tiempo sustituyendo la colecistectomía convencional así como intentos de tratamiento sin invasión corporal de los cálculos biliares, como es la onda extracorpórea de choque ⁽²¹⁾. La colecistectomía laparoscópica un procedimiento de mínima invasividad, dolor y de una cicatrización menor y pronto retorno a las actividades por ello es considerada la cirugía para el tratamiento eficaz y definitivo en el tratamiento de cálculos vesiculares ⁽²¹⁾.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Se entiende por colecistectomía al procedimiento que se realiza en forma electiva, mediante la técnica laparoscópica, la cual presenta mínima dificultad con mínima dificultad ⁽¹²⁾. En ella se usa una microcámara, denominada Laparoscopio, con la que se visualiza dentro del abdomen. Este instrumento permite una ampliación de imagen de 20 veces más al tamaño real ,y que finalmente será observado con nitidez en una pantalla ⁽²¹⁾.

Al ser oscuro el interior del abdomen tiene incorporado en el equipo laparoscópico una fuente de luz que permite una adecuada iluminación utilizando una fuente de luz fría, que llega a través de la fibra óptica ⁽²¹⁾. Mediante este equipo se puede visualizar bien la vesícula y el hilio biliar lo cual permite una disección, Es posible obtener las imágenes de colangiografías , disección del lecho vesicular así como el retiro del órgano ⁽²¹⁾. Esto es realizado en un tiempo no muy extenso unos 70 minutos aproximadamente y posteriormente el paciente irá evolucionando satisfactoriamente ⁽¹²⁾.

En caso de una colecistectomía que presenta dificultades en su desarrollo esto quiere decir que se presentaron inconvenientes, y se tuvieron que emplear maniobras que en algunos casos terminan en conversión a una cirugía convencional .En el caso de este tipo de técnica quirúrgica el tiempo para

ingresar a cavidad e identificar las diversas estructuras es > a 45 minutos aproximadamente ⁽¹²⁾. La visualización y ejecución son dificultosas, se suelen practicar frecuentemente en casos de urgencia , cirugía de mayor tiempo, uso de drenes, internamientos prolongado por complicaciones que incrementaran los costos ,pudiéndose realizar con anestesia general o local.

El procedimiento tiene diversas etapas: Inicia con la Instalación de Trocares, luego se insufla co2 originando un neumoperitoneo seguido del procedimiento quirúrgico y finalmente la exsuflación y el retiro de instrumentos ⁽²⁴⁾.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Colecistectomía francesa en esta técnica el paciente se encuentra en posición de litotomía, situándose el cirujano entre las piernas del sujeto ⁽²⁵⁾. El brazo derecho del individuo se acomoda en aducción total y el izquierdo en aducción, a 80° sobre el eje mayor del cuerpo. Se ajusta la cama con elevación en Fowler aproximadamente 20° y con rotación hacia el lado izquierdo para exponer elementos del triángulo de Calot, particularmente en individuos obesos ⁽²⁵⁾. Esta posición favorece la visión frontal del cirujano y ofrece mejor control y coordinación de sus movimientos. Se coloca un asistente a la izquierda del paciente para sostener la cámara y retraer el hígado del campo quirúrgico. Asimismo, se sitúa un segundo asistente a la derecha del individuo con la finalidad de que facilite la disección de la vía biliar mediante tracción del fondo vesicular ⁽²⁵⁾.

Colecistectomía americana en esta técnica el paciente se encuentra decúbito dorsal y el brazo izquierdo en abducción no forzada y el derecho en aducción total. Se inicia el neumoperitoneo en punto de Palmer con aguja de Veress a 12 mmHg ⁽²⁵⁾. Se procede a posicionar al individuo en elevación cefálica 20° y rotación al lado izquierdo para exponer adecuadamente los elementos del triángulo biliar de seguridad. El cirujano se sitúa a la izquierda del sujeto. Se

ubica a un primer asistente a la derecha del paciente para que maneje el puerto de exposición y retracción. Del mismo modo, se localiza un segundo asistente a la izquierda del cirujano para manejar la cámara ⁽²⁵⁾.

INDICACIONES DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Los pacientes seleccionados que son sometidos a una colecistectomía laparoscópica no deberían ser diferentes a las indicaciones de la cirugía convencional ⁽³⁾.

- Colelitiasis con síntomas y complicaciones.
- Colelitiasis asintomática con pacientes en riesgo de cáncer vesicular o complicaciones.
- Pólipos biliares >0.5cm.
- Colecistitis alitiásica
- Vesícula de porcelana ⁽³⁾.

Considerar los antecedentes del paciente, sus estudios previos a la cirugía y datos de la ecografía así como la evolución son la información que se debe de tener previa a la realización de la colecistectomía laparoscópica, la que se complementa con la ejecución de una colangiografía intraoperatoria (CIO). Que es muy importante porque se debe considerar para decisiones en casos de colecistectomías difíciles ⁽²¹⁾.

LAS CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

Están contraindicadas en caso de hepatopatía Coagulopatía y raras veces los pacientes con patologías pulmonares, insuficiencia cardiaca congestiva ya que estos pacientes no pueden tolerar el neumoperitoneo con co2 y en estos casos se requeriría realizar una colecistectomía convencional ⁽²¹⁾. Actualmente los factores de riesgo de una colecistectomía laparoscópica se hace difícil Cuando

es dificultoso identificar estructuras anatómicas importantes ⁽²¹⁾. La colecistitis aguda, el empiema vesicular, gangrena, las fístulas, la obesidad, el embarazo, y en caso de cirrosis.

LAS CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

Colecistitis aguda, gangrena y empiema de la vesícula biliar, fístulas, obesidad, embarazo, cirrosis y procedimientos previos en abdomen, ahora se consideran factores de riesgo de una colecistectomía laparoscópica tal vez difícil ⁽²¹⁾. Cuando no es posible identificar con claridad estructuras anatómicas es indicado convertir la cirugía laparoscópica a una convencional. Posiblemente los procedimientos con carácter de urgencia tenga la necesidad de una mayor habilidad del cirujano y necesarios en los pacientes con diagnóstico de cálculos vesiculares con complicaciones.; la conversión es 10 a 30%. Convertir la cirugía laparoscópica a una convencional no debe de considerarse como un fracaso por lo contrario debería revisarse si es posible definirla antes de la intervención ⁽²¹⁾. Es muy raro la presencia de complicaciones existiendo una tasa de mortalidad de 0.1%.

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

- La recuperación es mucho más rápida y paciente puede reincorporarse a sus actividades ⁽³⁾.
- El dolor suele ser menor durante el postoperatorio.
- Por lo general existe la tolerancia a la ingesta de alimentos a corto plazo.
- Las cicatrices por las heridas operatorias son definitivamente mucho pequeña, disminuyendo de esta manera la posible formación de adherencias ó infecciones ⁽²²⁾.
-

DESVENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

- Presencia de edemas que podrían originar aumento de la luminosidad, dificultando de esta manera la visión en el área a intervenir.
- Dependencia de los equipos tecnológicos.
- Altos costos de equipos médico quirúrgicos.
- Al iniciar la era de las colecistectomías laparoscópica se han incrementado las complicaciones de 0.5 a 1.5 %; así como lesiones y fistulas biliares, lesiones intestinales y vasculares ⁽²¹⁾.

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Probablemente gran parte de las lesiones aproximadamente un 70% puede ocurrir por una mala interpretación en la anatomía, siendo lo más común el difícil acceso a la cavidad con el laparoscopio esto por lo imposible de palpar el hilio y de tener imágenes de alta resolución. Todas estas limitaciones junto a variantes que puedan haber en la anatomía de algún individuo en particular incrementan la posibilidad de lesionar ⁽²²⁾.

Perforación vesicular En el estudio anatómico de la vesícula el cirujano puede abordar la vesícula, originando la excreción de bilis hacia la cavidad abdominal. La perforación de la vesícula puede ser cerrado o suturado así de esta forma se previene la salida de más de la bilis para prevenir una salida adicional, la perforación vesicular no se considera una complicación de hecho, no está demostrado que la salida de bilis incremente las infecciones durante el postoperatorio ⁽³⁾.

Lesión vascular Si un trócar es introducido de forma accidental sobre un gran vaso este no debe ser retirado debido a que sirve de tapón mientras tanto se realice una laparotomía de urgencia ⁽³⁾.

Siendo considerados el electro cauterio para taponear sangrados en sitios como estos por lo general solucionan con el electrocauterio ó un punto de sutura ⁽³⁾.

Lesión intestinal En el caso de las lesiones de intestino se debe reparar de inmediato sobre todo si ocurriera una fuga del contenido que es lo que se debe de evitar si esto ocurriera, esta lesión podría repararse laparoscópicamente o de lo contrario optar por realizar una laparotomía y luego realizar la cirugía laparoscópica.

Lesión de la vía biliar Debe de ser solucionadas rápidamente si estas se dan en plena cirugía. Algunas lesiones en la vía biliar no pueden ser reconocidas durante la cirugía y las cuales se pueden manifestar durante el postoperatorio. Debiendo ser remitidas al médico cirujano con especialidad en cirugía hepática ⁽³⁾.

LA COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL

Es considerado como tratamiento en pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda. Cuando inició la era de la colecistectomía laparoscópica durante los años 80's era la principal forma de abordaje para la actualidad esto ha cambiado pues la colecistectomía la realizan actualmente por laparoscopia de habitual y rutinaria ⁽¹¹⁾. Aplicando estos principios de igual manera que en la cirugía convencional ⁽²¹⁾. Actualmente la cirugía laparoscópica viene siendo un tipo de procedimiento no muy común y que también se practica en pacientes a quienes les es necesario practicar una laparotomía. Una vez identificado el hilio, la vesícula es liberada del lecho hepático. se libera la vesícula biliar del lecho hepático ⁽²¹⁾.

CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA

La colecistectomía puede darse sin ninguna complicación pero realmente existen ciertas circunstancias en donde es recomendable realizar una conversión a cirugía convencional para de esta manera enfrentar las posibles dificultades que aparecen antes de la aparición de algunas complicaciones. Conversión viene a ser entonces una opción de tratamiento que decide el médico para dar por finalizado el acto quirúrgico y que se tornó difícil por diversas causas ^(4,12). La frecuencia de conversión suelen variar desde 0% al 20 %.Las diversas causas pueden ser: un hallazgo no previsto, anatomía variante o dificultosa, como un resultado de la inflamación en casos de colecistitis aguda así como crónica, lesiones iatrogénicas. Se debe tratar de evitar complicaciones serias de presentarse formas anatómicas q no facilitan el acceso durante el desarrollo de la cirugía laparoscópica. ⁽¹²⁾.

Se debe de buscar reducir el porcentaje de lesiones en las vías biliares sobretodo tener precaución si se decide convertir la cirugía pues puede originarse lesiones de las vías por la misma. Debe entenderse que la idea es que esta decisión de convertir se realice con tranquilidad como al iniciar la cirugía ⁽¹²⁾. Si existiera sospecha de lesiones se debe de buscar la opinión de un cirujano experto en el manejo ya que de eso depende la evolución del paciente también es importante una exposición adecuada para las 2 características del abordaje como son el palpar y la visualización directa ⁽¹²⁾.

El síndrome de Mirizzi: en 1948,se denominó así a la estenosis benigna del conducto hepático que es el resultado de la inflamación por el impacto en la región del bacinete vesicular o conducto cístico. Por ello se denomina "Síndrome anatómico funcional del hepático" ⁽¹²⁾. Existe por lo general un alto riesgo de lesiones a vías biliares causadas por tratamiento quirúrgico ⁽¹²⁾.

La colelitiasis que se encuentra específicamente localizada en el bacinete causa una fuerte inflamación en la región del triángulo de Calot la misma que

presiona a los principales vasos como el hepático común y que puede terminar fistulando si esto persiste. Si esto sucediera y el cirujano no se encuentra preparado para afrontar esta situación esto puede llegar a terminar en una resección de la vía y esto se consideraría como iatrogenia. Esta es una complicación poco frecuente que ocurre en 0.1 % a 0.7 % de pacientes con diagnóstico de colelitiasis ⁽¹²⁾.

En las cirugías electivas, es un 5% de pacientes es convertirla necesariamente a una cirugía convencional ⁽⁴⁾. Las intervenciones de urgencia posiblemente requieran de mayor experiencia del cirujano y serán en pacientes con colelitiasis complicadas; En Los Estados Unidos de América (EUA) la cirugía laparoscópica es practicada en lugares especializados y estos centros refieren estudios de tasas de conversión que se aproxima a las 3/4 partes de las colecistectomías siendo un 5% al 10% ⁽¹⁶⁾.

La conversión de debe de ser considerada como un fracaso y debe considerarse la revisión dl paciente previo a la cirugía y es que raras son las veces que se presentan complicaciones que se consideren realmente de importancia ⁽⁴⁾. La mortalidad por conversión es realmente mínima ,asi estudios refieren tasa de alrededor del 0.1% ,para el caso de cirugías laparoscópicas programadas es de 5% aproximadamente, y para la cirugía en casos de urgencia con un diagnóstico de colecistitis aguda puede llegar a 30% ⁽⁴⁾.

Las posibles variables o factores que pueden influir para la difícil colecistectomía

- Variables de tipo General en el paciente:

La Obesidad

Pacientes con hepatopatías

Cirugías previas

En estado de gestación.

Pacientes varones

Pacientes de tercera edad > a 65 años

Enfermedades graves asociadas

Diabetes Mellitus

- Variantes anatómicas:

Variantes en la ubicación de la vesícula biliar

Variantes de la arteria hepática, vena porta, vía biliar principal y conducto cístico.

- Presentación Clínica:

Presencia de cólico biliar repetidas veces

Ictericia

Colecistitis aguda y/o Pancreatitis aguda

Antecedente de colangiografía retrógrada endoscópica

Dolor en región retroesternal de gran intensidad

Antecedente de Colecistostomía previa.

ESTUDIOS POR IMÁGENES

Ecografía Abdominal.- el ultrasonido nos permite dar diagnóstico de colelitiasis en la mayoría de los casos (95%),coledocolitiasis, colecistitis aguda con una sensibilidad 50% debido a la proximidad del intestino en su porción duodenal; el hallazgo de un cálculo puede determinarse por un aumento en el diámetro del conducto colédoco > 6mm en pacientes que no tienen no colecistectomía) ^(4,12).

El estudio de imágenes en paciente en quien se sospecha alguna anormalidad del árbol biliar ya que no se trata de un procedimiento invasivo corporal, no causa dolor, no existe radiación y puede realizarse en casos de urgencia en pacientes graves. Los resultados van a depender de cuan hábil es el operador. La ecografía define la presencia de cálculos en las vías biliares y tiene especificidad y sensibilidad > 90% ⁽²¹⁾. Nos muestra imágenes precisas del

hígado y el entorno con sensibilidad de 95% teniendo posibilidad de fines terapéuticos ⁽⁶⁾.

Tomografía Axial Computada (TAC).-

Este estudio no es considerado de primera opción para casos de enfermedades vesiculares. Se le da mayor importancia a las imágenes de una tomografía computada con contraste en enfermedades vesiculares cuando estas son agudas o crónicas donde se visualizan los órganos aledaños y estructuras que se encuentran al rededor y en donde existe gran sospecha de enfermedad maligna o benigna o con presencia de fístula en la región duodenal ⁽¹²⁾.

Es de gran apoyo en pacientes en quienes se sospecha de íleo, alteración de la grasa o presencia de colecciones alrededor de la vesicular, pared engrosada alteración de la glándula hepática cercana a la vesícula que hagan suponer una colecistitis aguda ⁽¹²⁾. De igual manera como en la ecografía puede indicarse para realizar colecistectomías previo diagnóstico de colecistitis aguda ⁽¹²⁾.

Resonancia Magnética Nuclear.

Del mismo modo que en la tomografía, este método está indicado para valorar el compromiso secundario a la inflamación ya sea de tipo aguda o crónica indicación en la valoración del compromiso local secundario a la inflamación aguda o crónica de la vesícula, compromisos como: vesícula esclero-atrónica, frente a la sospecha de cáncer de vesícula. ⁽¹²⁾. Está indicada específicamente cuando se requiere evaluar la vía biliar por impacto de cálculos pues otorga una mejor visualización de los mismos, hecho de importancia porque define la programación de una intervención quirúrgica como tratamiento ⁽¹²⁾.

Colangiografía ó Ecografía Intraoperatoria (CIO)

En el caso de las vías biliares como son los conductos pueden ser observados por fluoroscopia con ayuda de contraste para la mejor visualización que permita valorar el tamaño del conducto cístico, presencia de cálculos en el colédoco. La colangiografía intraoperatoria es un examen de apoyo al diagnóstico para la visualización de cálculos, delinea la anatomía y descubre hallazgos de otras lesiones ⁽²¹⁾.

2.3. HIPÓTESIS

El presente estudio no presenta hipótesis por ser descriptivo.

2.4. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Conversión de Colectomía Laparoscópica.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores para la conversión de la Colectomía Laparoscópica.

- Dificultad durante el abordaje a cavidad
- Vesícula con inflamación subaguda ó aguda
- Plastrón vesicular
- Sangrado
- Lesión de vías biliares

Factores Demográficos

- Edad
- Sexo

Factores Clínicos

- Tiempo de evolución de enfermedad
- Morbilidad asociada

Factores preoperatorios

- Diagnóstico preoperatorio
- Modo de ingreso a hospitalización

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- Edad: Comprende los años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la intervención. El presente trabajo, se categoriza en cuatro grupos etarios, < 29 años, de 30-39 años, 40-49,50-59 años y >o = a 60 años.
- Sexo: características fenotípicas que diferencian a cada sexo, masculino y femenino.
- Tiempo de evolución de enfermedad: se refiere a la forma en que una enfermedad se va a curar, estabilizar o empeorar. Puede ser favorable y en este caso la enfermedad se resuelve espontáneamente (aguda) o con tratamiento. A veces puede dejar secuelas mínimas o complicaciones duraderas de la enfermedad curada (crónica).
- Colecistitis se refiere a un proceso inflamatorio localizado en la pared vesicular una vez iniciado origina cambios microscópicos y macroscópicos que al ser persistente progresa en el tiempo.
- Conversión de Colectomía: Se refiere al acto de suspender una cirugía laparoscópica y proseguirla con una cirugía abierta.
- Factores de conversión de Colectomía: condición médica que determinan indicación de conversión.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo:

Transversal: estudios que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único ⁽¹³⁾.

Descriptivo: manifiestan las variables proporcionando su descripción, indaga la incidencia y sus valores así mismo consisten en medir grupos de sujetos ⁽¹³⁾.

Retrospectivo: estudio que busca los factores a partir de un evento que ya se presentó ⁽¹³⁾.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio tiene como objetivo determinar cuáles son los factores para la conversión de una colecistectomía laparoscópica en el paciente con Patología biliar benigna e indicación de una colecistectomía laparoscópica en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo Abril-Octubre 2016 por lo que esta investigación está comprendida en el servicio de cirugía general (E2) 2° nivel en el Hospital Nacional III Hipólito Unanue de la ciudad de Lima ,distrito de El Agustino (Av. Cesar Vallejo N°1390). (Anexo 5).

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Estudio constituido por los pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio de cirugía general por patología biliar benigna y que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica; según datos estadísticos obtenidos durante el periodo abril-Octubre 2016.

MUESTRA:

Se tomó como muestra a toda la población de pacientes (120) que estuvieron hospitalizados por patología biliar benigna, cumplían con criterios de inclusión y que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica en el en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional III Hipólito Unanue durante el periodo Abril-octubre 2016.

Criterios de inclusión

- Paciente con indicación de colecistectomía laparoscópica durante el periodo de estudio.
- Presencia de historia clínica completa.
- Presencia de historia de hospitalización.
- Presencia de informe operatorio.

Criterios de exclusión

- Paciente con indicación de colecistectomía laparoscópica durante el periodo de estudio.
- Ausencia de historia clínica o falta de la historia de hospitalización.
- Ausencia de informe operatorio.
- Paciente con diagnóstico de Ca vesicular.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se tomó de referencia una ficha, de una investigación similar ⁽³⁾ aprobada como instrumento de recolección de datos publicada por: Panduro A. en su estudio de investigación titulado **“CAUSAS DE CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, HOSPITAL III IQUITOS-ESSALUD, OCTUBRE 2013 A OCTUBRE 2014** y modificada por el autor del presente estudio de investigación titulado:

“FACTORES PARA LA CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE PERIODO ABRIL-OCTUBRE 2016”.(Anexo 2)

Se aplicó la ficha de recolección de datos, basada en estudios realizados para identificar los factores de conversión de la colecistectomía laparoscópica la cual fue validada por tres expertos y estructurada como se describe a continuación:

Factores demográficos: (Dos ítems)

Factores clínicos (Dos ítems)

Factores preoperatorios (Dos ítems)

Factores intraoperatorios:(Dos ítems)

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización de este trabajo de investigación se presentó solicitud en mesa de partes del Hospital Nacional Hipólito Unanue dirigido al director Dr. Miranda Molina Luis Wilfredo para la obtención del permiso para la ejecución del trabajo de investigación, también se envía solicitud dirigido a la jefa de la oficina de estadística e informática Ing. Maribel Ponce Carhuamaca para obtención de datos estadísticos e información de números de Historias clínicas correspondientes a los pacientes con diagnóstico de patologías biliares benignas, que fueron atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional III Hipólito Unanue durante el periodo Abril-octubre 2016.

*Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación:

El presente estudio es de tipo no experimental, y se realizó obteniendo información de una base de datos estadísticos, informes quirúrgicos, encontrados en el libro de sala de operaciones e historias clínicas, además de

ser confidencial respetando el derecho a la privacidad y anonimato del paciente, por lo que no puso en riesgo la integridad física ni moral de los mismos por tratarse de un estudio de carácter retrospectivo.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Según tipo de variables se usaron métodos estadísticos.

–Programa para análisis de datos: Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23 de IBM en Español y presentación de resultados mediante tablas de distribución de frecuencia así como gráficos en barras.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

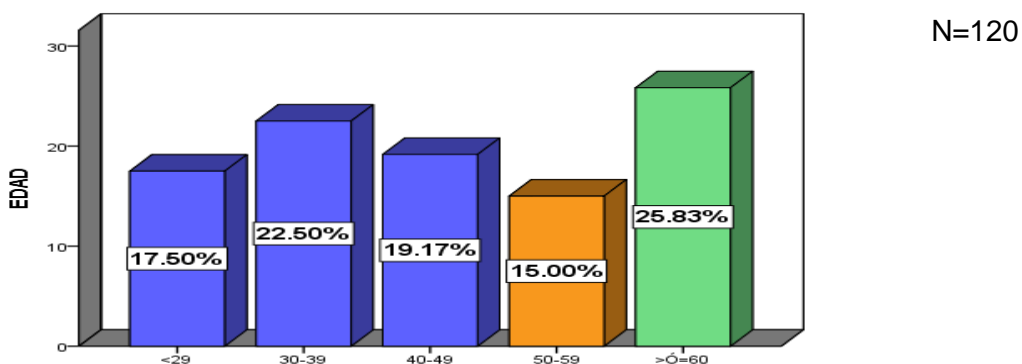
4.1. RESULTADOS

TABLA 1: Distribución de la edad en grupos etarios de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril- Octubre 2016.

| Datos Demográficos | | Frecuencia | Porcentaje | % válido | % acumulado |
|--------------------|-------|------------|------------|----------|-------------|
| Edad | <29 | 21 | 17.5 | 17.5 | 17.5 |
| | 30-39 | 27 | 22.5 | 22.5 | 40.0 |
| | 40-49 | 23 | 19.2 | 19.2 | 59.2 |
| | 50-59 | 18 | 15.0 | 15.0 | 74.2 |
| | >ó=60 | 31 | 25.8 | 25.8 | 100.0 |
| | Total | 120 | 100.0 | 100.0 | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas.

GRÁFICO 1: Distribución de la edad en grupos etarios de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



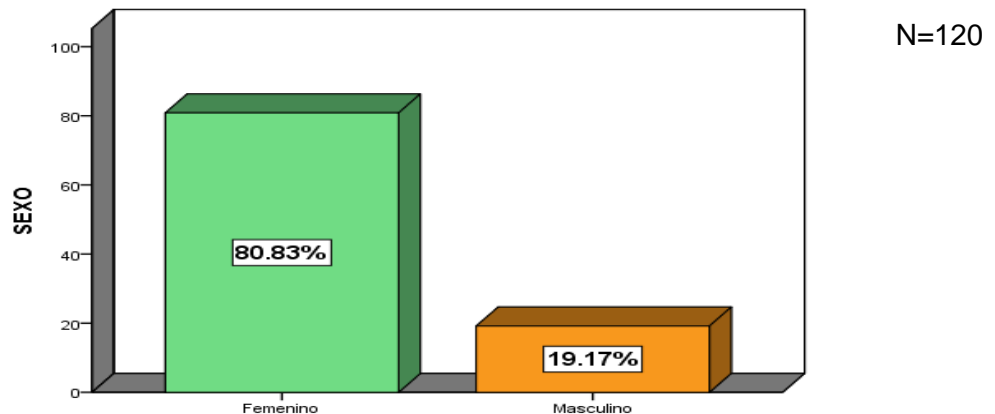
INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico 1 se observa que del 100.0% (120) de pacientes con patología biliar, el 25.83% (31) de ellos tienen edades entre 60 a más años, mientras que el 15% (18) tienen edades entre 50 a 59 años.

TABLA 2: Distribución según el sexo de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| Datos Demográficos | | Frecuencia | Porcentaje | % válido | % acumulado |
|--------------------|-----------|------------|------------|----------|-------------|
| Sexo | Femenino | 97 | 80.8 | 80.8 | 80.8 |
| | Masculino | 23 | 19.2 | 19.2 | 100.0 |
| | Total | 120 | 100.0 | 100.0 | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

GRÁFICO 2: Distribución según el sexo de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



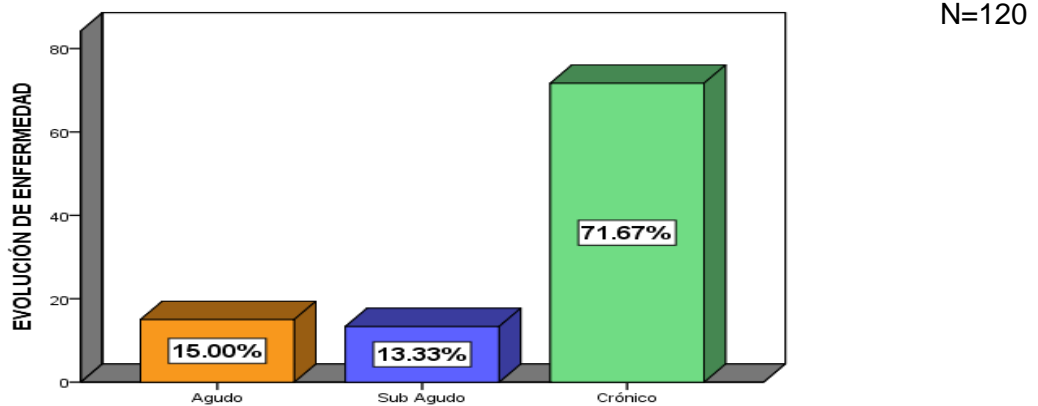
INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico 2 se observa que del 100% de pacientes (120) el 80.8%(97) de son de sexo femenino y el 19.17% (23) son de sexo masculino.

TABLA 3: Distribución según la evolución de la enfermedad en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo abril-octubre 2016.

| Datos Clínicos | | Frecuencia | Porcentaje | % válido | % acumulado |
|-------------------------|-----------|------------|------------|----------|-------------|
| Evolución De Enfermedad | Agudo | 18 | 15.0 | 15.0 | 15.0 |
| | Sub Agudo | 16 | 13.3 | 13.3 | 28.3 |
| | Crónico | 86 | 71.7 | 71.7 | 100.0 |
| | Total | 120 | 100.0 | 100.0 | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

GRÁFICO 3: Distribución según la evolución de la enfermedad en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo abril-octubre 2016.



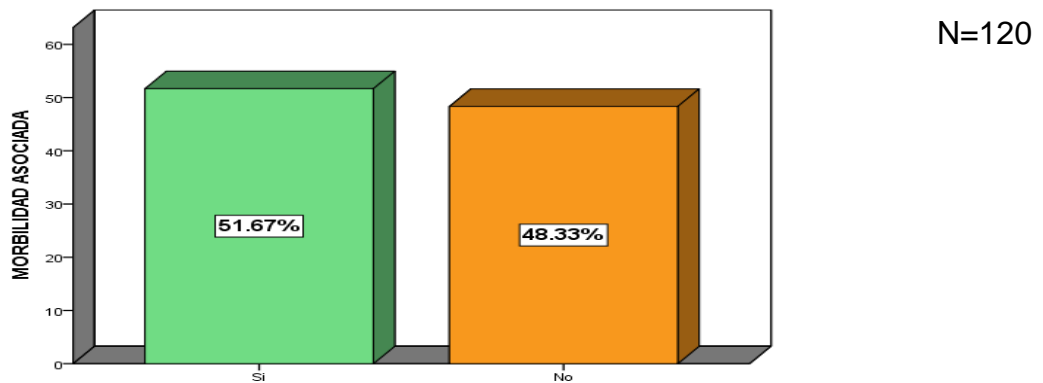
INTERPRETACION: En la tabla y gráfico 3 se observa que el 71.7%(86) de los pacientes con patología biliar presentan evolución crónica, mientras que el 13.3% presentan una evolución Sub aguda.

TABLA 4: Existencia de morbilidad asociada en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| Datos Clínicos | | Frecuencia | Porcentaje | % válido | % acumulado |
|---------------------|-------|------------|------------|----------|-------------|
| Morbilidad Asociada | Si | 62 | 51.7 | 51.7 | 51.7 |
| | No | 58 | 48.3 | 48.3 | 100.0 |
| | Total | 120 | 100.0 | 100.0 | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

GRÁFICO 4: Existencia de morbilidad asociada en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



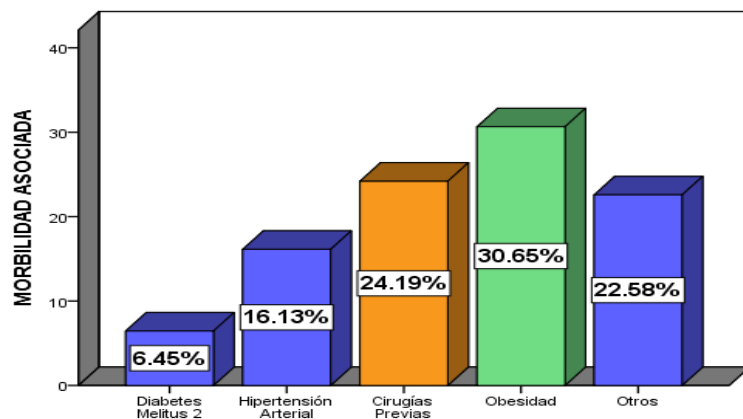
INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico 4 se observa que del total de la población el 51.67% de los pacientes con patología biliar presenta alguna enfermedad asociada mientras que el 48.3% no la presenta.

TABLA 5: Morbilidad asociada en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| Datos Clínicos | | Frecuencia | Porcentaje | %válido | % acumulado |
|---------------------|-------------------|------------|------------|---------|-------------|
| Morbilidad Asociada | Diabetes Mellitus | 4 | 3.3 | 6.5 | 6.5 |
| | HTA | 10 | 8.3 | 16.1 | 22.6 |
| | Cirugías Previas | 15 | 12.5 | 24.2 | 46.8 |
| | Obesidad | 19 | 15.8 | 30.6 | 77.4 |
| | Otros | 14 | 11.7 | 22.6 | 100.0 |
| | Total | 62 | 51.7 | 100.0 | |
| Sistema | | 58 | 48.3 | | |
| Total | | 120 | 100.0 | | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

GRÁFICO 5: Morbilidad asociada en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



N=120

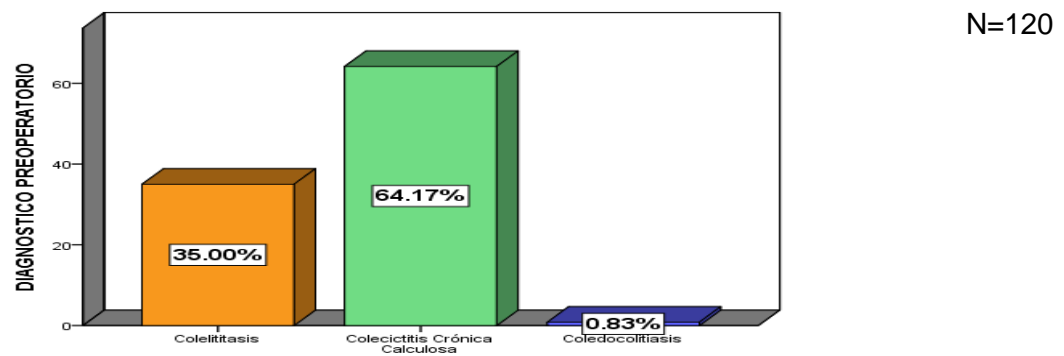
INTERPRETACIÓN: En Tabla y gráfico 5 se observa que del total de pacientes (120) el 15.8% presenta Obesidad como morbilidad asociada y el 11.7% presenta otro tipo de morbilidad asociada diferente a las mencionadas como alternativa.

TABLA 6: Diagnóstico preoperatorio en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| Datos Pre Operatorios | | Frecuencia | Porcentaje | % válido | % acumulado |
|----------------------------|------------------|------------|------------|----------|-------------|
| Diagnostico Pre-Operatorio | Colelitiasis | 42 | 35.0 | 35.0 | 35.0 |
| | Colecistitis C.C | 77 | 64.2 | 64.2 | 99.2 |
| | Coledocolitiasis | 1 | .8 | .8 | 100.0 |
| | Total | 120 | 100.0 | 100.0 | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas.

GRÁFICO 6: Diagnóstico preoperatorio en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



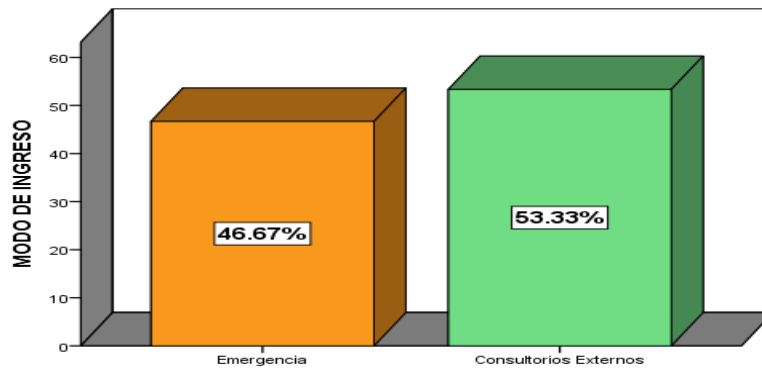
INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico 6 se observa que el 64.17%(77) de los pacientes presenta Colecistitis Crónica Calculosa como diagnóstico preoperatorio y el 0.83. %(1) Coledocolitiasis.

TABLA 7: Modo de ingreso a hospitalización de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| Datos Pre Operatorios | | Frecuencia | Porcentaje | % válido | % acumulado |
|-----------------------|-----------------------|------------|------------|----------|-------------|
| Modo de Ingreso | Emergencia | 56 | 46.7 | 46.7 | 46.7 |
| | Consultorios Externos | 64 | 53.3 | 53.3 | 100.0 |
| | Total | 120 | 100.0 | 100.0 | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas.

GRÁFICO 7: Modo de ingreso a hospitalización de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



N=120

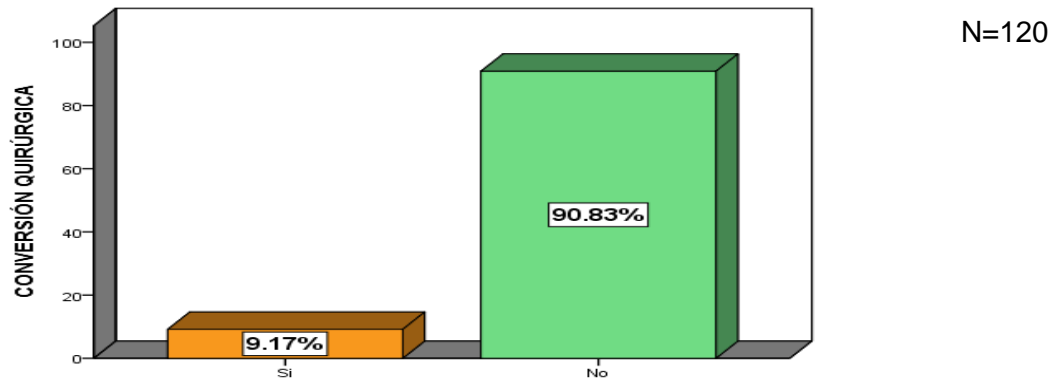
INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico 7 se observa que el 53.3% (64) de los pacientes ingresó a hospitalización por consultorios externos, mientras que el 46.67%(56) lo hizo por el servicio de emergencia.

TABLA 8: Conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| Datos Operatorios | | Frecuencia | Porcentaje | % válido | % acumulado |
|-----------------------|-------|------------|------------|----------|-------------|
| Conversión Quirúrgica | Si | 11 | 9.2 | 9.2 | 9.2 |
| | No | 109 | 90.8 | 90.8 | 100.0 |
| | Total | 120 | 100.0 | 100.0 | |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas.

GRÁFICO 8: Conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico 8 se observa que el 90.83% de los pacientes con patología biliar e ingresados a cirugía para Colelap no hubo conversión de cirugía, mientras que en el 9.17% si se realizó conversión de colecistectomía laparoscópica.

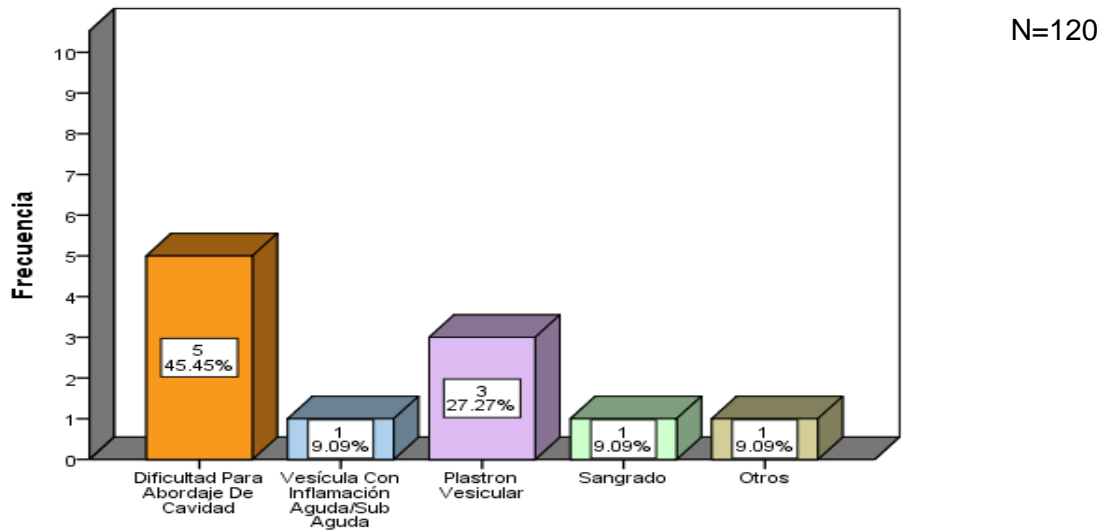
TABLA 9: Frecuencia de los factores para la conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-October 2016.

| | | | Conversión Quirúrgica | | Total | |
|---------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------|--------|--------|
| | | | Si | No | | |
| Causa De Conversión | Dificultad Para Abordaje De Cavity | Recuento | 5 | 0 | 5 | |
| | | % dentro de Conversión Quirúrgica | 45.5% | 0.0% | 4.2% | |
| | Vesícula Con Inflamación Aguda | Recuento | 1 | 0 | 1 | |
| | | % de Conversión Quirúrgica | 9.1% | 0.0% | 0.8% | |
| | Plastrón Vesicular | Recuento | 3 | 0 | 3 | |
| | | % de Conversión Quirúrgica | 27.3% | 0.0% | 2.5% | |
| | Sangrado | Recuento | 1 | 0 | 1 | |
| | | % de Conversión Quirúrgica | 9.1% | 0.0% | 0.8% | |
| | Otros | Recuento | 1 | 0 | 1 | |
| | | % de Conversión Quirúrgica | 9.1% | 0.0% | 0.8% | |
| | Sin complicación | Recuento | 0 | 109 | 109 | |
| | | % de Conversión Quirúrgica | 0.0% | 100.0% | 90.8% | |
| | Total | | Recuento | 11 | 109 | 120 |
| | | | % de Conversión Quirúrgica | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas.

INTERPRETACIÓN: En la tabla 9 se observa que del total de los pacientes con conversión quirúrgica (11) el 45.5% (5) se debió a dificultad para abordaje de cavity y el 27.3% (3) se debió a plastrón vesicular. Así mismo se observa que del total de 120 pacientes con patología biliar en el 90.8% (109) de casos no hubo complicaciones por lo que no se realizaron conversión quirúrgica.

GRÁFICO 9: Frecuencia de los factores para la conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU periodo Abril-Octubre 2016



INTERPRETACIÓN: En el gráfico 9 se observa que del total de los pacientes con conversión quirúrgica el 45.5% (5) presentó dificultad para el abordaje de la cavidad abdominal, mientras que el 27.27% (3) presentó plastrón vesicular.

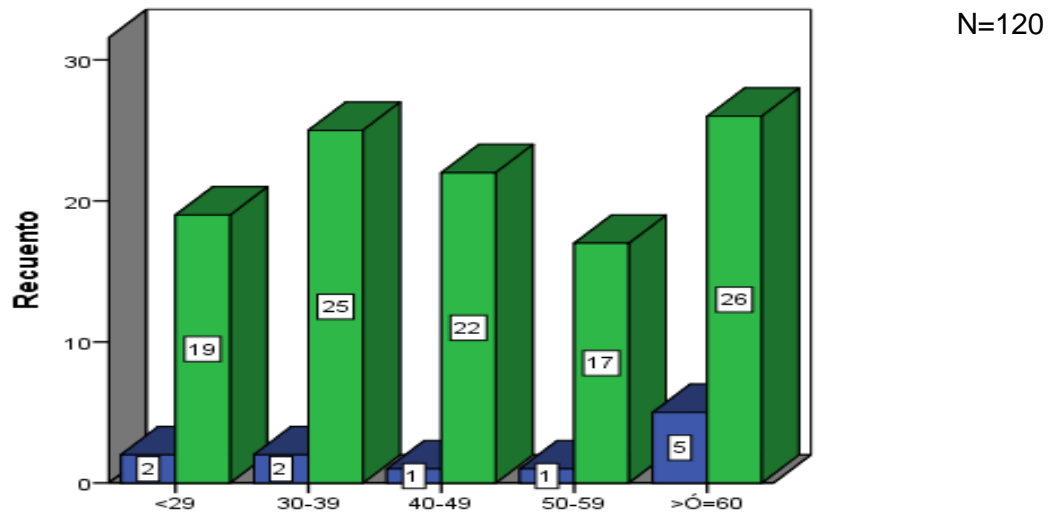
TABLA 10: Relación entre la edad y la conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| | | | Conversión Quirúrgica | | Total |
|------------------|-------|-----------------------|-----------------------|-------|--------|
| | | | Si | No | |
| Edad De Paciente | <29 | Recuento | 2 | 19 | 21 |
| | | % de Edad De Paciente | 9.5% | 90.5% | 100.0% |
| | 30-39 | Recuento | 2 | 25 | 27 |
| | | % de Edad De Paciente | 7.4% | 92.6% | 100.0% |
| | 40-49 | Recuento | 1 | 22 | 23 |
| | | % de Edad De Paciente | 4.3% | 95.7% | 100.0% |
| | 50-59 | Recuento | 1 | 17 | 18 |
| | | % de Edad De Paciente | 5.6% | 94.4% | 100.0% |
| | >Ó=60 | Recuento | 5 | 26 | 31 |
| | | % de Edad De Paciente | 16.1% | 83.9% | 100.0% |
| | Total | Recuento | 11 | 109 | 120 |
| | | % de Edad De Paciente | 9.2% | 90.8% | 100.0% |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas.

INTERPRETACIÓN: En la tabla 10 se observa que del 100.0% (31) pacientes con patología biliar de 60 años o más, el 16.1% (5) de ellos presentaron conversión.

GRÁFICO 10: Relación entre la edad y la conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

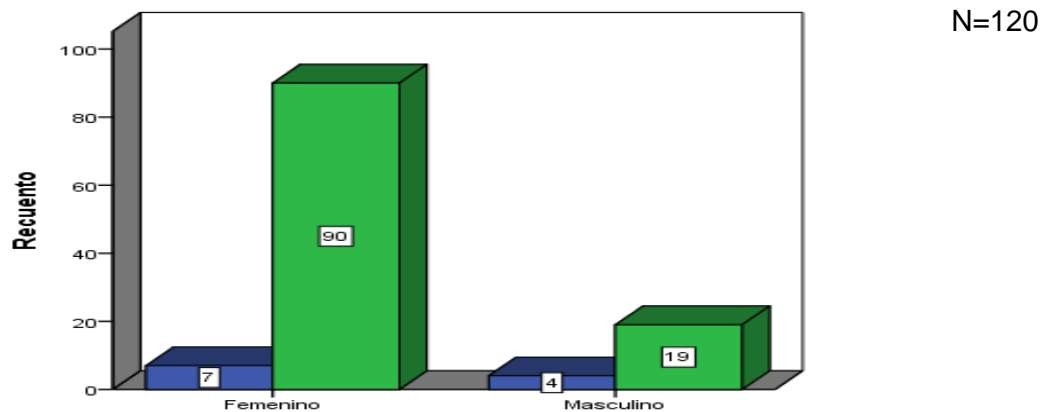


INTERPRETACIÓN: En el gráfico 10 se observa que del 100.0% (31) pacientes con patología biliar de 60 años o más, el 16.1% (5) de ellos presentaron conversión.

TABLA 11: Relación entre el sexo y la conversión de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| | | | Conversión Quirúrgica | | Total |
|------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-------|--------|
| | | | Si | No | |
| Sexo De Paciente | Femenino | Recuento | 7 | 90 | 97 |
| | | %de Sexo De Paciente | 7.2% | 92.8% | 100.0% |
| | Masculino | Recuento | 4 | 19 | 23 |
| | | % de Sexo De Paciente | 17.4% | 82.6% | 100.0% |
| Total | | Recuento | 11 | 109 | 120 |
| | | % de Sexo De Paciente | 9.2% | 90.8% | 100.0% |

GRÁFICO 11: Relación entre el sexo y la conversión de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico 11 se observa que del 100.0% (23) de pacientes con patología biliar de sexo masculino, el 17.4% (4) de ellos presentaron conversión de colecistectomía laparoscópica, mientras que en el sexo femenino fueron solo el 7.2% (7) de los pacientes que presentaron conversión de colecistectomía laparoscópica.

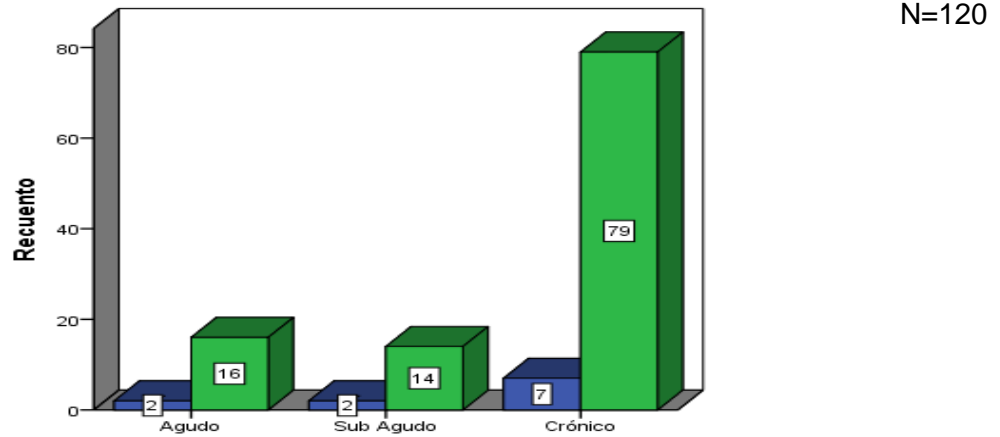
TABLA 12: Relación entre la evolución de enfermedad y conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| | | | Conversión Quirúrgica | | Total |
|-----------------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------------------|-------|--------|
| | | | Si | No | |
| Tiempo De Evolución De Enfermedad | Agudo | Recuento | 2 | 16 | 18 |
| | | %Tiempo De Evolución De Enfermedad | 11.1% | 88.9% | 100.0% |
| | Sub Agudo | Recuento | 2 | 14 | 16 |
| | | % Tiempo De Evolución De Enfermedad | 12.5% | 87.5% | 100.0% |
| | Crónico | Recuento | 7 | 79 | 86 |
| | | % Tiempo De Evolución De Enfermedad | 8.1% | 91.9% | 100.0% |
| Total | | Recuento | 11 | 109 | 120 |
| | | % Tiempo De Evolución De Enfermedad | 9.2% | 90.8% | 100.0% |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

INTERPRETACIÓN: En la tabla 12 se observa que hay una alta frecuencia de tiempo de evolución de la enfermedad de tipo crónico, pero no observándose una única dependencia de esta variable

GRÁFICO 12: Relación entre la evolución de enfermedad y conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



INTERPRETACIÓN: En el gráfico 12 se observa que hay una alta frecuencia de tiempo de evolución de la enfermedad de tipo crónico, pero no observándose una única dependencia de esta variable.

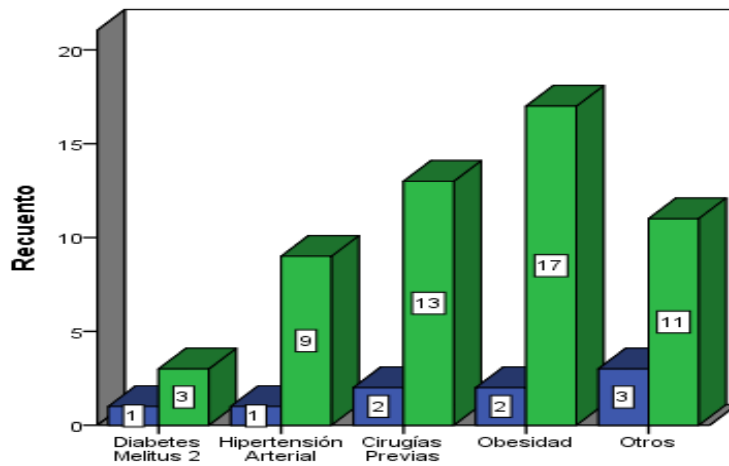
TABLA 13: Relación entre morbilidad asociada y la conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| | | | Conversión Quirúrgica | | Total |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|-------|--------|
| | | | Si | No | |
| Morbilidad Asociada (tipo) | Diabetes Mellitus 2 | Recuento | 1 | 3 | 4 |
| | | % de Morbilidad Asociada | 25.0% | 75.0% | 100.0% |
| | Hipertensión Arterial | Recuento | 1 | 9 | 10 |
| | | % de Morbilidad Asociada | 10.0% | 90.0% | 100.0% |
| | Cirugías Previas | Recuento | 2 | 13 | 15 |
| | | % de Morbilidad Asociada | 13.3% | 86.7% | 100.0% |
| | Obesidad | Recuento | 2 | 17 | 19 |
| | | % de Morbilidad Asociada | 10.5% | 89.5% | 100.0% |
| | Otros | Recuento | 3 | 11 | 14 |
| | | % de Morbilidad Asociada | 21.4% | 78.6% | 100.0% |
| Total | | Recuento | 9 | 53 | 62 |
| | | % de Morbilidad Asociada | 14.5% | 85.5% | 100.0% |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

INTERPRETACIÓN: En la tabla 13 se observa que del 100.0% (4) de pacientes con patología biliar y con enfermedad de Diabetes Mellitus 2 el 25% (1) de ellos presentaron conversión de colecistectomía laparoscópica.

GRÁFICO 13: Relación entre morbilidad asociada y la conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



N=120

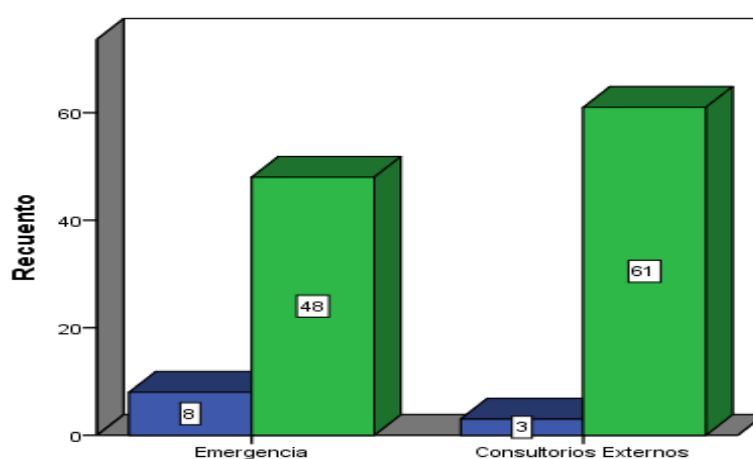
INTERPRETACIÓN: En el gráfico 13 se observa que del 100.0% (4) de pacientes con patología biliar y con enfermedad de Diabetes Mellitus 2 el 25% (1) de ellos presentaron conversión de colecistectomía laparoscópica.

TABLA 14: Relación entre el modo de ingreso y conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| | | | Conversión Quirúrgica | | Total |
|-----------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------|--------|
| | | | Si | No | |
| Modo De Ingreso | Emergencia | Recuento | 8 | 48 | 56 |
| | | % Modo De Ingreso | 14.3% | 85.7% | 100.0% |
| | Consultorios Externos | Recuento | 3 | 61 | 64 |
| | | % Modo De Ingreso | 4.7% | 95.3% | 100.0% |
| Total | | Recuento | 11 | 109 | 120 |
| | | % Modo De Ingreso | 9.2% | 90.8% | 100.0% |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

GRÁFICO 14: Relación entre el modo de ingreso y conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



N=120

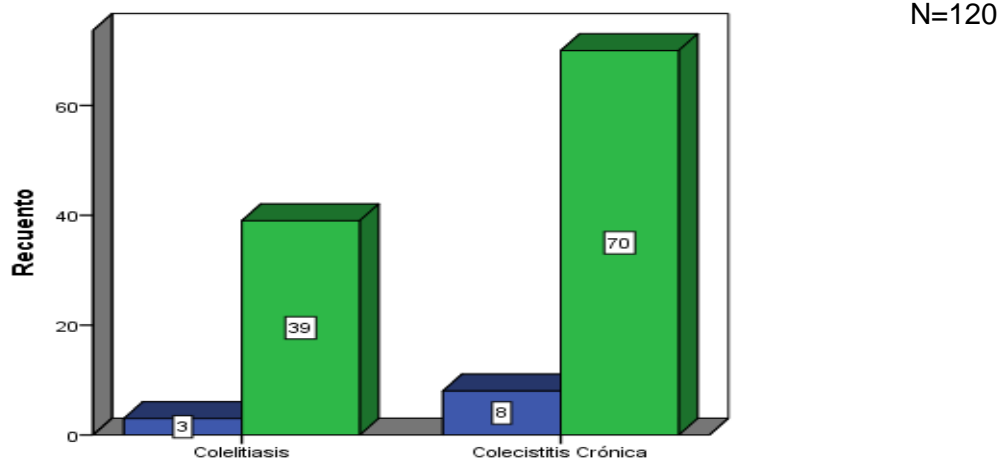
INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico 14 se observa que del 100.0% (56) de pacientes que entraron por servicio de emergencia y con patología biliar en el 14.3% (8) de ellos se realizó conversión quirúrgica.

TABLA 15: Relación entre diagnóstico preoperatorio y conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| | | | Conversión Quirúrgica | | Total |
|---------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------|-------|--------|
| | | | Si | No | |
| Diagnostico Preoperatorio | Colelitiasis | Recuento | 3 | 39 | 42 |
| | | % Diagnostico Preoperatorio | 7.1% | 92.9% | 100.0% |
| | Colecistitis Crónica | Recuento | 8 | 70 | 78 |
| | | % Diagnostico Preoperatorio | 10.3% | 89.7% | 100.0% |
| Total | | Recuento | 11 | 109 | 120 |
| | | % Diagnostico Preoperatorio | 9.2% | 90.8% | 100.0% |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

GRÁFICO 15: Relación entre diagnóstico preoperatorio y conversión de colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico 15 se observa que del 100.0% (78) de pacientes con patología biliar y colecistitis crónica, en el 10.3% (8) de ellos se realizó conversión quirúrgica.

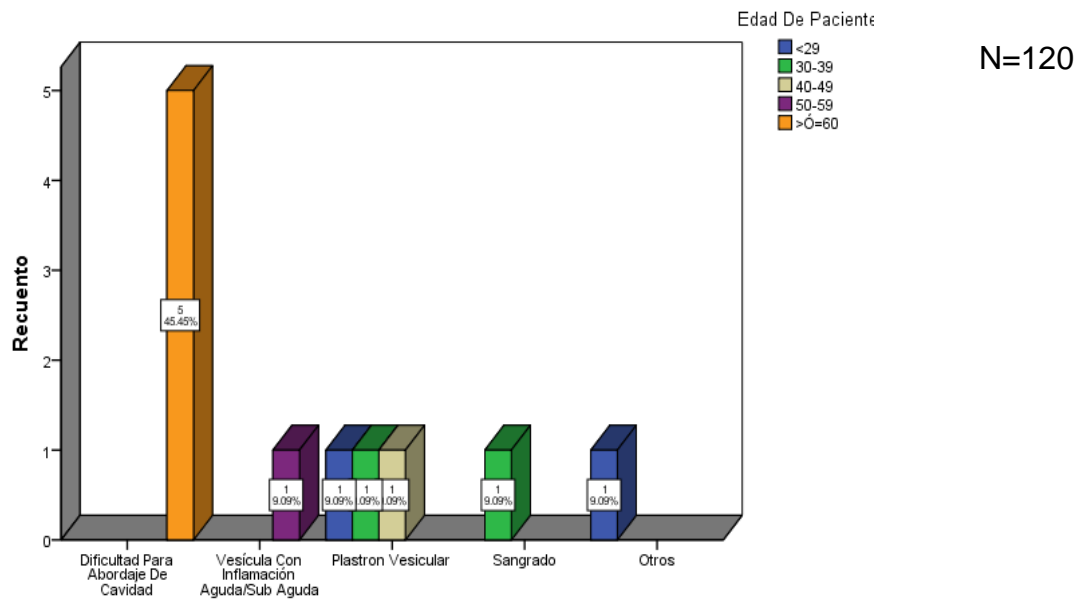
TABLA 16: Relación entre factores de conversión para colecistectomía laparoscópica y rango de edades de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.

| | | | Edad De Paciente | | | | | Total |
|---------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------------|--------|-------|--------|--------|--------|
| | | | <29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | >Ó=60 | |
| Causa De Conversión | Dificultad Para Abordaje De Cavidad | Recuento | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| | | % Causa De Conversión | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| | Vesícula Con Inflamación Aguda | Recuento | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | | % Causa De Conversión | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| | Plastrón Vesicular | Recuento | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| | | % Causa De Conversión | 33.3% | 33.3% | 33.3% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | Sangrado | Recuento | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | % Causa De Conversión | 0.0% | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | Otros | Recuento | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | % Causa De Conversión | 100.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 100.0% |
| | Sin complicación | Recuento | 19 | 25 | 22 | 17 | 26 | 109 |
| | | % Causa De Conversión | 17.4% | 22.9% | 20.2% | 15.6% | 23.9% | 100.0% |
| | Total | Recuento | 21 | 27 | 23 | 18 | 31 | 120 |
| | | % Causa De Conversión | 17.5% | 22.5% | 19.2% | 15.0% | 25.8% | 100.0% |

FUENTE: Ficha de recolección de datos de historias clínicas

INTERPRETACIÓN: En la tabla 16 se observa que del 100% (11) pacientes con patología biliar y que se realizaron conversión quirúrgica, el 45.45% (5) se debió a dificultad para el abordaje de cavidad abdominal.

GRÁFICO 16: Relación entre factores de conversión para colecistectomía laparoscópica y rango de edades de pacientes con patología biliar benigna en el servicio de cirugía general del HNHU durante el periodo Abril-Octubre 2016.



INTERPRETACIÓN: En el gráfico 16 se observa que del 100%(11) pacientes con patología biliar y que se realizaron conversión quirúrgica, el 45.45% (5) se debió a dificultad para el abordaje de cavidad abdominal.

4.2. DISCUSIÓN

Respecto a los resultados obtenidos de las fichas de datos, las Colectomías Laparoscópicas realizadas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) Se encontró que el intervalo de edad de 60 a más años, los cuales corresponden un 16.1% se asoció a conversión de colectomía laparoscópica diferente a lo reportado por Panduro A. (2015) ⁽³⁾ que encontró un intervalo de 51 a 60 años y Aguirre L. (2014) ⁽⁸⁾ que reportó que la edad con mayor frecuencia de conversiones estuvo comprendida entre los 23 a 32 años. Chávez C. (2013) ⁽⁶⁾ encontró la edad más frecuente el intervalo comprendido entre 51 a 70 años muy similar al presente estudio. Respecto al sexo en los resultados obtenidos del estudio se encontró que el sexo masculino presentó mayor recurrencia de conversión de Colectomía Laparoscópica con 17.4% respecto al sexo femenino con 7.2% .Similar a PANDURO A. (2015) ⁽³⁾ que reportó que el 6.0% de pacientes es del sexo masculino, mientras el 1.2% son del sexo femenino y presentaron conversión. Diferente a Chávez C. (2013) ⁽⁶⁾ quien reportó que el 59.5% de los casos fueron de sexo femenino, muchos estudios han demostrado con medidas de asociación que el sexo masculino es un factor para la conversión de la colectomía laparoscópica como lo reporta REYNA L. (2014) ⁽⁵⁾. Respecto a la morbilidad asociada que predominó fue la Diabetes Mellitus tipo 2 que posee mayor impacto en la ocurrencia de conversión de colectomía laparoscópica con 25% del total de casos convertidos. Similar a lo encontrado por PANDURO A. (2015) ⁽³⁾ donde la Diabetes Mellitus se presentó como primer factor con 2.4% para la conversión laparoscópica.

Respecto al diagnóstico preoperatorio que influyó en la ocurrencia de conversión de Colectomía Laparoscópica, la colecistitis Crónica

presentó 10.3% de conversión. A diferencia de REYNA L. (2014) ⁽⁵⁾ cuyo estudio concluyó que el porcentaje de conversión es mayor en la colecistitis aguda con 9.7%.

Respecto a la tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en nuestro estudio realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNU) fue del 9.2% porcentaje mayor a la tasa de conversión reportado por Aguirre L. (2014) ⁽⁸⁾ con un 3.6%; y mayor al reportado por Panduro A. (2015) ⁽³⁾ con 7.2% de conversiones.

Respecto al principal factor para la conversión de colecistectomía Laparoscópica a Convencional en nuestro estudio fue Dificultad para el abordaje de la cavidad abdominal con un 36.4%. Similar al reportado por Arpi JM y Asitimbay M. ⁽⁹⁾ cuyo estudio encontró a las Adherencias como dificultad para el abordaje de cavidad abdominal.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El factor con mayor relevancia para la conversión de Colectomía Laparoscópica fue: La dificultad para el abordaje de la cavidad abdominal.

- Los factores demográficos que se encontraron fueron: la edad y el sexo.
 - El grupo etario según la edad igual o mayor a 60 años presentó mayor recurrencia de conversión de Colectomía Laparoscópica con 16.1%.
 - El sexo masculino presentó mayor recurrencia de conversión de Colectomía Laparoscópica con 17.4%.

- Los factores clínicos que se encontraron fueron: Tiempo de evolución de enfermedad y morbilidad asociada.
 - El tiempo de evolución de la enfermedad no influyó significativamente como factor para la conversión de Colectomía Laparoscópica.
 - La morbilidad asociada que causa mayor impacto en la ocurrencia de conversión de Colectomía laparoscópica es La Diabetes Mellitus 2 con 25%.

- Los factores preoperatorios que se encontraron fueron: Diagnostico preoperatorio y modo de ingreso a hospitalización.
 - La colecistitis crónica asociada a la edad (≥ 60) influyen en la ocurrencia de Conversión de Colecistectomía Laparoscópica con 10.3%.
 - El modo de ingreso a hospitalización por el servicio de emergencia presentó mayor recurrencia de conversión de Colecistectomía Laparoscópica con 14.3%.

5.2. RECOMENDACIONES

General

- Implementar equipos tecnológicos modernos que contribuyan a superar la dificultad para el abordaje de cavidad.

Especificas

- Considerar el riesgo que implica la edad, sexo puesto que de darse la conversión llevará al paciente a un post operatorio prolongado y con posibles complicaciones generando un impacto económico en el paciente y en el sistema de salud.
- Considerar el riesgo que implica tiempo de evolución asociada a Diabetes Mellitus 2 puesto que de darse la conversión llevará al paciente a un post operatorio prolongado y con posibles complicaciones generando un impacto económico en el paciente y en el sistema de salud.
- Establecer protocolos ó procedimientos para priorizar la intervención quirúrgica de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de colecistitis crónica asociada a la edad (≥ 60) e ingresados por el servicio de emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ocádiz J, Blando A. Ricardez J. Conversión de Colectomía Laparoscópica. En Acta Medica Grupo Angeles Volumen 9 N° 4 Col. Álamos, México, D.F; 2011 Pg.1-4
www.Medigraphics.com/pdf/actmed/am-2011/am114c.pdf. 2 de Enero 2017.
2. Sánchez SK. “Hallazgos ultrasonográficos vesiculares como predictor de conversión de colectomía laparoscópica”.
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/503/1/S%C3%81nchez_stefany_utilidad_hallazgos_ultrasonogr%C3%81ficos.pdf 2 de Enero 2017.
3. Panduro, A. “Causas de conversión de la colectomía laparoscópica, departamento de cirugía, hospital III Iquitos – Essalud, Tesis de bachiller, Iquitos-Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana 2015.
4. Zamudio R. *et al* “Factores De Riesgo En La Conversión De Colelap a Colectomía Convencional”. En servicio de Cirugía General Del HNHU-Tesis de Bachiller Lima- Perú; Universidad Ricardo Palma 2015.
5. Reyna L. *et al* “Conversión de Colectomía Laparoscópica En Colectitis Aguda vs Colectitis Crónica” Hospital Regional Docente De Trujillo Tesis de bachiller Lima-Perú; Universidad Privada Antenor Orrego 2014.

6. Chávez C. "Conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta"; en el hospital nacional Arzobispo Loayza; Tesis de bachiller, Lima-Perú; Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2015.
7. Herrera CO. "Frecuencia y causas de conversión de Colecistectomía Laparoscópica en Hospital Cantonal de Paute Tesis para obtención de especialidad Cuenca- Ecuador; Universidad de Cuenca, 2015.
8. Aguirre L. "Causas De Conversión De La Colecistectomía Laparoscópica en El Hospital Regional Isidro Ayora De La Ciudad De Loja-Ecuador Tesis de Bachiller, Lima-Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2014
9. ArpiJ M, Asitimbay MV. "Causas de Conversión de la Colecistectomía Laparoscópica" hospital Homero Castanier Crespo, Azogues-Ecuador. Tesis de bachiller; Universidad de Cuenca, 2013.
10. Cevallos JP. "Complicaciones postquirúrgicas por colecistectomía laparoscópica" En el hospital IESS Riobamba. Tesis de Bachiller, .Escuela Superior Técnica de Chimborazo-Ecuador; 2013.
11. Molina JL, "Indicaciones y resultados de la Colecistectomía Percutánea como opción terapéutica en la Colecistitis aguda". Departamento de Cirugía Tesis Doctoral, Universidad de Valencia-España; 2013.

12. Boretti, JJ, Colectomía Dificultosa. Revista Argentina de Médicos Residentes de Cirugía general; XXVI Congreso Argentino y Latinoamericano de 2013; 18(1):6-36
<http://revista.aamrcg.org.ar/revista/v18n1/636%20Relato%202013.PDF>
3 de Enero 2017.
13. Hernández Sampieri capítulo 7 páginas 4-5
<http://es.slideshare.net/pepemario/sampierimetodologiainvcap7diseñosnoexperimentales>. 2 de Enero 2011
14. Domínguez A, Bermúdez C, Herrera W. “Análisis de los factores de conversión durante Colectomía Laparoscópica a abierta”. Departamento de Cirugía del Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá- Colombia. Ed. Elsevier España Volumen 89, Pg.300-306; 2011
15. Souba, Wiley W. Fink, Mitchell. P. ACS Surgery, Principles and Practice, 2004. Pág 450-469.
16. Livingston EH, Rege RV. “A nationwide study of conversion from laparoscopic to open cholecystectomy” The American Journal of Surgery 2010 (188) 205–211.
17. Gurusamy KS, Davidson C, Glud C, Davidson BR. “Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis”. Cochrane Data base of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art.No.: CD005440

18. Alcántara MJ, “Complicaciones en pacientes con sobrepeso sometidos a Colectomía Laparoscópica en el hospital Regional de Trujillo. Tesis de Bachiller. Universidad Nacional de Trujillo. La Libertad-Perú; 2014.
19. Keus F, de Jong J, Gooszen HG, Laarhoven CJ. “Laparoscopic versus Open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis”. Cochrane Data base of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art.No.: CD006231.
20. Ponce VB. “Complicaciones de la colectomía Laparoscópica”. En Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Tesis de Bachiller, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú; 2010
21. SCHWARTZ. Principios de cirugía. [ed.] MD, FACS F. Charles Brunicki. [trad.] Dra. Martha Araiza Martínez. Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. Novena Edición. México, D.F: Mc Graw Hill, 2011, Vol. 2, Cap. 32, págs. 1142 – 1160 y 1135- 1165.
22. Asociación Mexicana de Cirugía General A.C, Consejo Mexicano de Cirugía General A.C Tratado de cirugía general /[ed.] Editor Dr. José Luis Morales Saavedra. 2º edición. México, [ed] Manual Moderno, 2008, Cap.117-120 Pág. 935-969.
23. MINCHANS.Cirugía de Minchans. [ed] Pedro Ferráina-Alejandro Oría. Vías biliares. Quinta edición. Argentina. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2008 Cap.28.Págs 572-578.

24. Poggi L." Cirugía Laparoscópica" en Lima-Perú
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_07_cirug%C3%ADa%20Laparosc%C3%B3pica.htm 12 de Enero 2017

25. Rodríguez A. Guevara A. Aragón C. "Eficacia y seguridad de la técnica francesa de colecistectomía laparoscópica" Cirugía Endoscópica Vol. 17 Núm. 2 Abr-Jun. 2016; Pg. 1-5.

ANEXOS
ANEXO 1: Operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | INDICADORES | FUENTE |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|---------|-------------|----------------------|
| INDEPENDIENTE | | | | | | | |
| Factores para la Conversión de la Colectomía Laparoscópica | Condición médica que determina el cambio de un procedimiento para culminar satisfactoriamente la intervención Quirúrgica | Información que se obtiene del reporte operatorio | Dificultad para el abordaje a cavidad. | Cualitativa | Nominal | Si No | Ficha de recolección |
| | | | Vesícula con inflamación aguda | Cualitativa | Nominal | Si No | Ficha de recolección |
| | | | Plastrón vesicular | Cualitativa | Nominal | Si No | Ficha de recolección |
| | | | Sangrado | Cualitativa | Nominal | Si No | Ficha de recolección |
| | | | Lesión de vías biliares | Cualitativa | Nominal | Si No | Ficha de recolección |

| | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|------------|----------------------------------------------------------|----------------------|
| Factores Demográficos: | Características de la población que tienen mayor relevancia con la probabilidad de conversión de colecistectomía laparoscópica | Información que tiene el paciente registrado en la historia clínica | Edad | Cuantitativa | Intervalos | <29 30-39 40-49 50-59 >ó=60 | Ficha de recolección |
| | | | Sexo | Cualitativa | Nominal | Masculino Femenino | Ficha de recolección |
| Factores Clínicos | Condición fisiológica o clínica del paciente que agrava su estado de salud. | Se obtendrá de la historia clínica antes de la intervención quirúrgica | Tiempo de evolución enfermedad | Cualitativa | Nominal | Aguda Sub aguda Crónico | Ficha de recolección |
| | | | Morbilidad asociada | Cualitativa | Nominal | Diabetes Mellitus HTA Cirugías previas Obesidad | Ficha de recolección |

| | | | | | | | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Factores Preoperatorios | Condición del paciente antes de su intervención quirúrgica | Se obtendrá de la historia clínica diagnosticada antes de la intervención quirúrgica. | Diagnostico Preoperatorio | Cualitativo | Nominal | Colelitiasis Colecistitis crónica Colecistitis aguda Coledocolitiasis | Ficha de recolección |
| | | | Modo de ingreso | Cualitativo | Nominal | Emergencia Consulta Externa | Ficha de recolección |
| DEPENDIENTE | | | | | | | |
| Conversión de la Colecistectomía Laparoscópica | Término médico que se refiere al hecho de suspender el desarrollo de una cirugía laparoscópica y proseguirla con una cirugía convencional | Información obtenida del reporte operatorio | | Cualitativo | Nominal | SI NO | Ficha de recolección |

ANEXO 2: Instrumento



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACTORES PARA LA CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA”, EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE ABRIL-OCTUBRE 2016 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Autor: RÍOS CHOQUE, JESILU

FICHA N° _____ HC N° _____ FECHA _____

I. Factores demográficos:

1) Edad en años:

- <29 ()
- 30-39 ()
- 40-49 ()
- 50-59 ()
- >ó= 60 ()

2) Género:

- Masculino ()
- Femenino ()

II. Factores clínicos:

3) Tiempo de evolución de enfermedad

- Agudo ()
- Sub agudo ()
- Crónico ()

4) Morbilidad asociada: si () no. ()

- Diabetes Mellitus 2 ()
- Hipertensión arterial ()
- Cirugías previas (.)
- Obesidad ()
- Otros ()

III. Factores Pre operatorios:

5) Diagnóstico preoperatorio

- Colelitiasis
- Colecistitis Aguda

- Colecistitis crónica
- Coledocolitiasis

6) Modo de ingreso:

- Emergencia
- Consultorio externo

IV. Factores operatorios:

7) Conversión quirúrgica Si () No ()

8) Factores de conversión


- Dificultad en el abordaje a cavidad

Especificar:.....


- Vesícula con inflamación aguda
- Plastrón vesicular.
- Sangrado.
- Lesión de vías biliares
- Otros

Especificar:.....

ANEXO 3: Validez de instrumento – Consulta de expertos






UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS
CAUSAS PARA LA CONVERSION DE LA COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPOLITO UNANUE -2016



AUTOR: RIOS CHOQUE, JESILU NATIVIDAD

| N° | ASPECTO A CONSIDERAR | EXPERTOS | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|----|----|----|----|
| | | A | | B | | C | |
| | | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 1 | El instrumento tiene estructura lógica | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 2 | La secuencia de presentación de ítems es optima | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 3 | El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 4 | Los ítems permiten medir el problema de investigación. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 5 | Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de investigación. | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 6 | El instrumento abarca las variables e indicadores | ✓ | | ✓ | | ✓ | |

| TABLA DE IDENTIFICACION DE EXPERTOS | | |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES | | FIRMA DEL EXPERTO |
| A | Ricardo Watanabe de |  |
| B | Adolfo Paredes de |  |
| C | OSCAR MEDINA A |  |

ANEXO 4: Solicitud de autorización para la ejecución de investigación

SOLICITUD: AUTORIZACION PARA LA EJECUCION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION

DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Dr. Miranda Molina Luis Wilfredo.

Yo Jesilu Natividad Rios Choque, con DNI 40506950, domiciliada en Av. Las Gaviotas 2008 Urb. Parques de Surco en el distrito de Santiago de Surco, alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo sido aprobado mi proyecto de investigación titulado "CAUSAS PARA LA CONVERSION DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE PERIODO ABRIL-OCTUBRE DE 2016" y necesitando se me brinde las facilidades para la ejecución del mismo.

SOLICITO: Autorización para la ejecución del mencionado proyecto, por lo expuesto, ruego a Ud. Se sirva acceder a mi petición por ser de justicia.

Lima, 12 de enero del 2017



Dra. Rossana C. Pajuelo Bustamante



Jesilu N. Rios Choque
DNI 40506950



ANEXO 5: Solicitud de informe estadístico

SOLICITO Informe estadístico

JEFA DE OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA

Ing. Maribel Ponce Carhuamaca.

Yo, Jesita Natividad Rios Choque..... DNI 40506950
domicilio Av. Los Conquistadores 2008 - Surco..... Celular 984478609

Teléfono fijo 8-591557..... Correo electrónico Jassyrios260@hotmail.com

Ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo:

Que Habiendo sido aprobado mi proyecto de investigación titulado
"Causas para la generación de la Colestrolémia la peroxisoma en el
servicio de cirugía general del H.U.H.U. 2016 y Desempeño
Se me brinda la facilidad para la obtención de información
estadística para la ejecución del mismo.

Por lo expuesto:

Solicito a Ud. Atender mi petición a la brevedad posible y agradezco su gentil deferencia.

El Agustino 17 de ene del 2017

Firma Jesita Natividad Rios Choque

Sra: Jesita Natividad Rios Choque

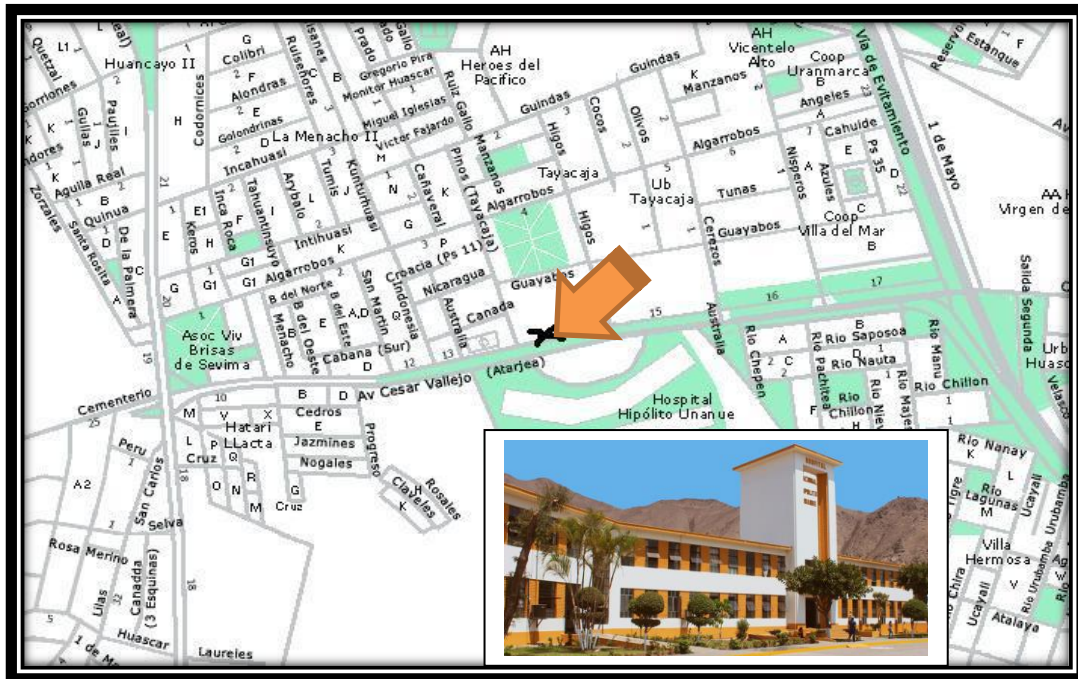
DNI 40506950



ANEXO 6: Imágenes de ejecución



ANEXO 7: Ubicación del lugar de estudio



Fuente: http://www.bibliocad.com/biblioteca/mapa-de-el-agustino_73712

Hospital Nacional III Hipólito Unanue ubicado en la ciudad de Lima, distrito de El Agustino (Av. Cesar Vallejo N°1390).

ANEXO 8: Base de datos

Datos de Conversion HHNU_1.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

| | EDAD | SEXO | EVOLUCIÓN DE ENFERMEDAD | MORBILIDAD ASOCIADA | CUAL | DIAGNOSTICO | INGRESO | CONVERSIÓN | COMPLICACIONES |
|----|-------|-----------|-------------------------|---------------------|---------------|----------------------|--------------------|------------|-------------------------|
| 1 | <29 | Masculino | Sub Agudo | No | . | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 2 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 3 | 40-49 | Femenino | Sub Agudo | Si | Otros | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 4 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 5 | 30-39 | Femenino | Sub Agudo | No | . | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 6 | 50-59 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 7 | 50-59 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 8 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Otros | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 9 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 10 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Diabetes ... | Colecistitis Crónica | Emergencia | Si | Dificultad Para Abor... |
| 11 | <29 | Femenino | Sub Agudo | No | . | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 12 | 40-49 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 13 | 50-59 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 14 | 40-49 | Femenino | Crónico | Si | Otros | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 15 | <29 | Femenino | Crónico | No | . | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 16 | 50-59 | Femenino | Crónico | Si | Otros | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 17 | 50-59 | Masculino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 18 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Hipertensi... | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 19 | 50-59 | Masculino | Crónico | Si | Otros | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 20 | <29 | Femenino | Agudo | No | . | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 21 | <29 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |

Vista de datos Vista de variables

Datos de Conversion HHNU_1.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

| | EDAD | SEXO | EVOLUCIÓN DE ENFERMEDAD | MORBILIDAD ASOCIADA | CUAL | DIAGNOSTICO | INGRESO | CONVERSIÓN | COMPLICACIONES |
|----|-------|-----------|-------------------------|---------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|--------------------|
| 22 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Diabetes ... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 23 | <29 | Femenino | Crónico | No | . | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 24 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 25 | 40-49 | Femenino | Crónico | No | . | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 26 | 40-49 | Masculino | Sub Agudo | Si | Otros | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 27 | 40-49 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 28 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 29 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Otros | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 30 | 40-49 | Femenino | Sub Agudo | No | . | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 31 | 30-39 | Femenino | Sub Agudo | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | Si | Sangrado |
| 32 | 40-49 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 33 | 50-59 | Masculino | Crónico | No | . | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 34 | 50-59 | Femenino | Sub Agudo | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 35 | 50-59 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 36 | 30-39 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 37 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 38 | 50-59 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 39 | >0=60 | Masculino | Crónico | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 40 | 40-49 | Masculino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 41 | 40-49 | Masculino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Emergencia | Si | Plastron Vesicular |
| 42 | 40-49 | Femenino | Sub Agudo | Si | Diabetes ... | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |

Vista de datos Vista de variables

ANEXO 8: Base de datos

| | EDAD | SEXO | EVOLUCIÓN DE ENFERMEDAD | MORBILIDAD ASOCIADA | CUAL | DIAGNOSTICO | INGRESO | CONVERSIÓN | COMPLICACIONES | |
|----|-------|-----------|-------------------------|---------------------|------|----------------|----------------------|--------------------|----------------|-------------------------|
| 43 | 40-49 | Femenino | Crónico | No | Si | Obesidad | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 44 | <29 | Femenino | Agudo | No | No | | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 45 | >0=60 | Masculino | Crónico | No | Si | Hipertensió... | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 46 | 50-59 | Femenino | Crónico | No | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 47 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | Si | Hipertensió... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | Si | Dificultad Para Abor... |
| 48 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | Si | Cirugías Pr... | Colelititasis | Emergencia | Si | Plastron Vesicular |
| 49 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | No | | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 50 | <29 | Femenino | Crónico | No | No | | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 51 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | No | | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 52 | <29 | Femenino | Sub Agudo | No | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 53 | <29 | Masculino | Agudo | No | Si | Cirugías Pr... | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 54 | 50-59 | Masculino | Crónico | No | No | | Colecistitis Crónica | Emergencia | Si | Vesicula Con Infram... |
| 55 | 40-49 | Masculino | Sub Agudo | No | No | | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 56 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 57 | >0=60 | Masculino | Crónico | No | No | | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 58 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | No | | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 59 | 30-39 | Femenino | Agudo | No | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 60 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | Si | Hipertensió... | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 61 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | Si | Obesidad | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 62 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | No | | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 63 | 30-39 | Femenino | Sub Agudo | No | No | | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |

| | EDAD | SEXO | EVOLUCIÓN DE ENFERMEDAD | MORBILIDAD ASOCIADA | CUAL | DIAGNOSTICO | INGRESO | CONVERSIÓN | COMPLICACIONES | |
|----|-------|-----------|-------------------------|---------------------|------|----------------|----------------------|--------------------|----------------|------------------|
| 64 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | No | | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 65 | 30-39 | Femenino | Agudo | No | No | | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 66 | 40-49 | Femenino | Crónico | No | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 67 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | Si | Hipertensió... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 68 | 40-49 | Femenino | Sub Agudo | No | No | | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 69 | 30-39 | Femenino | Sub Agudo | No | No | | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 70 | 30-39 | Masculino | Crónico | No | No | | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 71 | 40-49 | Femenino | Crónico | No | No | | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 72 | <29 | Femenino | Agudo | No | No | | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 73 | <29 | Femenino | Agudo | No | No | | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 74 | <29 | Femenino | Crónico | No | No | | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 75 | 40-49 | Femenino | Crónico | No | No | | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 76 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 77 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | Si | Hipertensió... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 78 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 79 | >0=60 | Femenino | Crónico | No | Si | Hipertensió... | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 80 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | No | | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 81 | 40-49 | Masculino | Agudo | No | Si | Diabetes ... | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 82 | 50-59 | Masculino | Agudo | No | Si | Otros | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 83 | <29 | Femenino | Agudo | No | No | | Colelititasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 84 | 30-39 | Femenino | Crónico | No | Si | Obesidad | Colelititasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |

ANEXO 8: Base de datos

| | EDAD | SEXO | EVOLUCIÓN DE ENFERMEDAD | MORBILIDAD ASOCIADA | CUAL | DIAGNOSTICO | INGRESO | CONVERSIÓN | COMPLICACIONES |
|-----|-------|-----------|-------------------------|---------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|-------------------------|
| 84 | 30-39 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colelitiasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 85 | >0=60 | Masculino | Crónico | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 86 | 40-49 | Masculino | Crónico | No | . | Colelitiasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 87 | 30-39 | Femenino | Agudo | Si | Obesidad | Colelitiasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 88 | <29 | Femenino | Agudo | No | . | Colelitiasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 89 | <29 | Femenino | Crónico | Si | Otros | Colelitiasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 90 | >0=60 | Femenino | Sub Agudo | Si | Hipertensió... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 91 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Hipertensió... | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 92 | 50-59 | Femenino | Crónico | Si | Cirugías Pr... | Colelitiasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 93 | 40-49 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 94 | 50-59 | Femenino | Crónico | Si | Cirugías Pr... | Colelitiasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 95 | 30-39 | Femenino | Crónico | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 96 | 50-59 | Femenino | Crónico | Si | Hipertensió... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 97 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 98 | 30-39 | Femenino | Crónico | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 99 | 30-39 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colelitiasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 100 | 30-39 | Masculino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 101 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Otros | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 102 | 40-49 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 103 | 30-39 | Femenino | Agudo | No | . | Colelitiasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 104 | >0=60 | Femenino | Agudo | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Emergencia | Si | Dificultad Para Abor... |
| 105 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colelitiasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |

| | EDAD | SEXO | EVOLUCIÓN DE ENFERMEDAD | MORBILIDAD ASOCIADA | CUAL | DIAGNOSTICO | INGRESO | CONVERSIÓN | COMPLICACIONES |
|-----|-------|-----------|-------------------------|---------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|-------------------------|
| 101 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Otros | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 102 | 40-49 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 103 | 30-39 | Femenino | Agudo | No | . | Colelitiasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 104 | >0=60 | Femenino | Agudo | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Emergencia | Si | Dificultad Para Abor... |
| 105 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 106 | 30-39 | Femenino | Agudo | No | . | Colelitiasis | Emergencia | No | Sin complicación |
| 107 | 50-59 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 108 | <29 | Femenino | Agudo | No | . | Colelitiasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 109 | >0=60 | Femenino | Crónico | Si | Obesidad | Colecistitis Crónica | Emergencia | Si | Dificultad Para Abor... |
| 110 | 40-49 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 111 | >0=60 | Masculino | Crónico | Si | Otros | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | Si | Dificultad Para Abor... |
| 112 | >0=60 | Masculino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 113 | <29 | Masculino | Agudo | Si | Otros | Colelitiasis | Emergencia | Si | Otros |
| 114 | <29 | Femenino | Crónico | No | . | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 115 | >0=60 | Masculino | Crónico | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Emergencia | No | Sin complicación |
| 116 | 30-39 | Femenino | Crónico | Si | Cirugías Pr... | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 117 | <29 | Femenino | Crónico | Si | Otros | Colecistitis Crónica | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 118 | 50-59 | Femenino | Crónico | No | . | Colelitiasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 119 | <29 | Femenino | Sub Agudo | Si | Otros | Colelitiasis | Emergencia | Si | Plastron Vesicular |
| 120 | 40-49 | Femenino | Agudo | No | . | Colelitiasis | Consultorios Ex... | No | Sin complicación |
| 121 | | | | | | | | | |