

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**COMPLICACIONES EN PACIENTES POSTOPERADOS DE
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, DE
ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

SALAS RIVERA BRIGGETTE ELSA AURORA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2019

ASESOR
DR. ROY MARTÍN ANGULO REYES

AGRADECIMIENTO

A todos mis maestros en estos años de carrera, a los cirujanos que me apoyan en la elaboración y obtención de datos en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, a mi asesor el Dr. Roy Martin Angulo Reyes por su paciencia y ayuda en la elaboración de este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios por permitirme continuar estudiando esta profesión, a mi abuelita Yoni que siempre creyó en mí, a mis padres por apoyarme en cada decisión durante los años de estudios, a mi familia, a mi compañero de vida por estar conmigo en las buenas y las malas.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las complicaciones en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de enero a diciembre del año 2018.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Se identificaron 200 pacientes operados de colecistectomía laparoscópica de los cuales 134 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: Se conoció que las complicaciones mayores, el 100 % de pacientes no presento ningún tipo de complicación de grandes vasos o de vías biliares. El tipo de complicación menor más frecuente fue el dolor postoperatorio en el 71% de pacientes de este estudio y el menos frecuente la infección de herida en 3% de la población de estudio. El género que predomino fue el género femenino con 72% y el género masculino solo se obtuvo 28%. La edad promedio fue de 47.21, la edad mínima fue de 15 años y la máxima 81 años con un rango de 66 años, la edad más frecuente fue 41 años con una desviación estándar de ± 16.169 . El tiempo de estancia hospitalaria fue de 2 días con 48% del total del estudio.

Conclusiones: En este estudio no se observa ningún tipo de complicación mayor como lo son las lesiones de grandes vasos y lesiones de vías biliares. Se menciona que las complicaciones menores son las que predominaron en su totalidad. Siendo el dolor postoperatorio el más frecuente en esta población. Se debe especificar en las historias clínicas todo tipo de complicación postoperatoria para así obtener una mejor base de datos.

Palabras claves: *complicaciones, colecistectomía laparoscópica, post operados.*

ABSTRACT

Objective: To know the complications in post-operated patients of laparoscopic cholecystectomy in the General Surgery Service of the "Daniel Alcides Carrión National Hospital" from January to December 2018.

Materials and methods: It is a descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study. We identified 200 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy, of which 134 patients met the inclusion criteria.

Results: It was known that the major complications, 100% of patients did not present any type of complication of large vessels or bile ducts. The most frequent type of minor complication was postoperative pain in 71% of patients in this study and the least frequent wound infection in 3% of the study population. The gender that predominated was the female gender with 72% and the male gender only obtained 28%. The average age was 47.21, the maximum age was 15 years and the maximum age was 81 years with a range of 66 years. the most frequent age was 41 years, with a standard deviation of $\pm 16,169$. The length of hospital stay was 2 days with 48% of the total study.

Conclusions: In this study, no major complication is observed, such as lesions of large vessels and bile duct injuries. It is mentioned that the minor complications are those that predominated in their entirety. Postoperative pain being the most frequent in this population. All types of postoperative complication should be specified in the medical records in order to obtain a better database.

Key words. - *complications, laparoscopic cholecystectomy, post-operated.*

INTRODUCCIÓN

En el capítulo primero se formula el problema de ¿Cuáles son las complicaciones en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de enero a diciembre del año 2018?

En el capítulo segundo, se describe los antecedentes bibliográficos y las bases teóricas de las complicaciones de colecistectomía laparoscópica en pacientes post operados. Los pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica pueden presentar complicaciones mayores y menores luego de la intervención quirúrgica. Según estudios realizados en hospitales a nivel mundial y de Latinoamérica, las dificultades por la colecistectomía laparoscópica han aumentado. Se considera que este tipo de intervenciones aumentan la mortalidad, morbilidad y la estancia hospitalaria.

En el capítulo tercero se detalla la metodología de la investigación, se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. En el capítulo cuarto se detalla los resultados de la investigación donde se obtuvo que no se mencionaron complicaciones mayores, dentro de las complicaciones menores, la complicación que tuvo mayor porcentaje fue el dolor post operatorio con 71% del total de 134 pacientes de estudio. En este estudio predomina el género femenino con 72%, mientras que el masculino se obtuvo 28%. La edad promedio fue de 47.21, la edad máxima fue de 15 años y la mínima 81 años con un rango de 66 años. La edad más frecuente fue 41 años, con una desviación estándar de ± 16.169 años. El tiempo de estancia hospitalaria fue de 2 días con 48% del total del estudio.

En el capítulo quinto se da a conocer que las complicaciones menores son más frecuentes y dentro de ellas, el dolor postoperatorio y que para evitar ese tipo de complicaciones se debe especificar en las historias clínicas todo tipo de complicación postoperatoria para así obtener una mejor base de datos.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. GENERAL	2
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS	5
1.6.1. GENERAL	5
1.6.2. ESPECÍFICOS	5
1.7. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2. BASES TEÓRICAS.....	10
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	20
2.4. HIPÓTESIS	21
2.5. VARIABLES.....	21

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	21
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	22
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	22
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	22
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	22
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...	23
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	24
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	24
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	25
4.1. RESULTADOS	25
4.2. DISCUSIÓN.....	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
5.1. CONCLUSIONES	39
5.2. RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	44

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1: COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	25
TABLA N° 2: COMPLICACIONES MAYORES: LESIÓN DE VASOS GRANDES Y LESIÓN DE VÍAS BILIARES	26
TABLA N° 3: COMPLICACIONES MENORES: NÁUSEAS Y/O VÓMITOS	27
TABLA N° 4: COMPLICACIONES MENORES: FIEBRE	28
TABLA N° 5: COMPLICACIONES MENORES: ÍLEO POST OPERATORIO	29
TABLA N° 6: COMPLICACIONES MENORES: INFECCIÓN DE HERIDA	30
TABLA N° 7: COMPLICACIONES MENORES: HEMORRAGIA	31
TABLA N° 8: COMPLICACIONES MENORES: COLECCIONES ABDOMINALES	32
TABLA N° 9: COMPLICACIONES MENORES: DOLOR POSTOPERATORIO	33
TABLA N° 10: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: GÉNERO	34
TABLA N° 11: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: EDAD	35
TABLA N° 12: TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA POST QUIRÚRGICA	36

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1: PORCENTAJE DE NÁUSEAS Y/O VÓMITOS	27
GRÁFICO N° 2: PORCENTAJE DE FIEBRE	28
GRÁFICO N° 3: PORCENTAJE DE ÍLEO POSTOPERATORIO	29
GRÁFICO N° 4: PORCENTAJE DE INFECCIÓN DE HERIDA	30
GRÁFICO N° 5: PORCENTAJE DE HEMORRAGIA	31
GRÁFICO N° 6: PORCENTAJE DE COLECCIONES ABDOMINALES	32
GRÁFICO N° 7: PORCENTAJE DE DOLOR POSTOPERATORIO	33
GRÁFICO N° 8: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: GÉNERO	34
GRÁFICO N° 9: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: EDAD	35
GRÁFICO N° 10: TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA POST QUIRÚRGICA	34

LISTA DE ANEXOS

	Pag.
ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
ANEXO N°2: INSTRUMENTO	47
ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTOS	50
ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	53

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Más del 90% de enfermedades del tracto biliar están asociadas con la existencia de cálculos de la vía biliar, por lo que estila presentarse con el llamado cólico biliar. Actualmente la colecistectomía laparoscópica también llamado “COLELAP” por sus siglas, como un procedimiento quirúrgico nuevo que ofrece un régimen y recuperación rápida, eficaz, por lo cual muchas personas que acuden al consultorio externo por estos síntomas requieren que requieren ser operados optan por esta opción, la cual ofrece disminución del dolor y la incapacidad postoperatoria, llegando a tener en poco tiempo su vida normal.⁹

Los primeros alcances la cirugía laparoscópica fueron dados en 1960 por Kurt Semm (ginecólogo e inventor alemán) quien se volvió un experto en el manejo de la laparoscopia, realizando en esos tiempos cirugías menores, hasta 1980-1990 el único que podía visualizar la cirugía era el cirujano lo que hacía que los procedimientos sean más difíciles, posteriormente con los avances tecnológicos, se inventó la videocámara computarizada en 1986 lo cual permitía que otras personas presentes en la cirugía puedan observar y ayudar con sus opiniones haciendo la cirugía más efectiva y menos dañina.⁹

La enfermedad de la vesícula biliar litiásica está considerada como una de las patologías más frecuentes en nuestro país y se observa con superior frecuencia en mujeres dentro de la edad reproductiva y conforme una de las enfermedades con complicaciones graves con elevada morbilidad y mortalidad.

En la práctica actual, a nivel mundial, se ha establecido a la cirugía laparoscópica como uno de los procedimientos quirúrgicos de mayor preferencia en la mayoría de las patologías de vesiculares.

A pesar de todas las ventajas que se pueden obtener con la cirugía laparoscópica, no obstante, se pueden presentar dificultades antes, durante y después de dicho tratamiento, para lo cual es primordial que se reconozca las complicaciones de mayor frecuencia de este método y pueda enfrentarlo de manera adecuada.

Durante los más recientes cinco años la “colecistectomía laparoscópica” se impone a la intervención tradicional para el tratamiento de las enfermedades quirúrgicas de la vía biliar en Latinoamérica ya se practica este procedimiento desde casi 30 años. A nivel nacional la cirugía laparoscópica se practica en mayoría de los hospitales nacionales, influyendo dos tipos de técnicas, la técnica americana y la técnica francesa, siendo segunda la más usada.

El impacto de la colecistectomía laparoscópica está influenciado por la capacidad que ofrece el cirujano y la experiencia con lo cual realiza el procedimiento.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. GENERAL

- ¿Cuáles son las complicaciones en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de enero a diciembre del año 2018?

1.2.2. ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las complicaciones mayores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica?
- ¿Cuáles son las complicaciones menores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica?

- ¿Cuáles son las características demográficas en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica?
- ¿Cuál es el tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica con complicaciones?

1.3. JUSTIFICACIÓN

- **Teórica:** La colecistectomía laparoscópica, usada actualmente por cirujanos como la técnica seleccionada por la mayoría de las patologías de la vía biliar ha aumentado su incidencia, así como, las complicaciones, por lo que este estudio accederá a información asociado al manejo quirúrgico de tipo laparoscópico que se utiliza en mayor frecuencia en nuestro país.
- **Metodológica:** Se utiliza este método ya que nos presenta beneficios para una mejor calidad de vida, existen otros factores que podrían generar complicaciones postoperatorias generando beneficios en la vida del paciente.
- **Institucional:** La identificación de estas complicaciones postoperatorias de la “colecistectomía laparoscópica” en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión permitirá lograr un gran impacto en el bienestar de las personas que acuden a Cirugía General. Por la parte económica, el conocimiento de estas complicaciones nos permitirá tomar medidas de prevención del problema en esta etapa de vida. Reducirá los días hospitalarios, reducción del consumo de los medicamentos, materiales médicos, entre otros y altos gastos para algunos pacientes, sus familiares y la sociedad en general. A nivel hospitalario es un ahorro el cual ayudara a usar ese dinero para otros aspectos necesarios.
- **Social:** De una visión social, la colecistectomía laparoscópica tiene muchos beneficios para mejorar la calidad de vida, los múltiples

factores que existen, clínicos, epidemiológicos, los cuales generan complicaciones postoperatorias presentan un gran impacto social en la vida de estos pacientes.

- **Personal y profesional:** Los resultados obtenidos en Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión nos servirán como guía para tener en cuenta que se han realizado pocos estudios de investigación sobre este tema. También es un antecedente para futuras investigaciones para otras poblaciones y para centros de salud a nivel nacional.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- **Delimitación geográfica:** Hospital Daniel Alcides Carrión, Bellavista, Callao.
- **Delimitación poblacional:** Personas mayores de 15 años que acudan al que acuden al Servicio de Cirugía General.
- **Delimitación temporal:** Periodo de Enero-Diciembre del 2018
- **Delimitación social:** Pacientes operados de colecistectomía laparoscópica del Servicio de Cirugía General

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Económico:** No hay limitación económica.
- **Recursos Humanos:** El investigador será el único recolector de datos.
- **Recursos Materiales:** No hay limitación de materiales

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. GENERAL

- Conocer las complicaciones en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de enero a diciembre del año 2018.

1.6.2. ESPECÍFICOS

- Mencionar las complicaciones mayores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica.
- Mencionar las complicaciones menores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica.
- Describir las características demográficas en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica.
- Mencionar el tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica con complicaciones.

1.7. PROPÓSITO

La intención de la realizar de este trabajo de investigación es conocer las complicaciones en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, lo cual aportara conocimientos que la cirugía laparoscópica ofrece un completo tratamiento con daño mínimo y que el paciente pueda reintegrarse a su vida normal en el menor tiempo posible.

También es necesario para conocer cuáles son este tipo de complicaciones de este procedimiento y enfrentarlas a tiempo. La finalidad es optimizar la calidad de la salud pública y disminuir las dificultades de estos procedimientos para el beneficio del público en general.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES

- **Juan M. Causas de conversión de la colecistectomía laparoscópica, departamento de Cirugía, Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues. Cuenca Ecuador. 2014.** Estudio descriptivo, retrospectivo, con un total de 342 pacientes. La edad promedio fue de 41.71 años, 68.7% fueron mujeres y 31.3% fueron varones. El 6.6% de pacientes colecistectomizados fueron convertidas a colecistectomía convencional durante la cirugía. Casi 50% estuvo relacionado con la dificultad en la exposición, el 33.3% presentó sangrado durante la cirugía y en porcentajes menores se encuentran las lesiones de vías biliares y presunción de cáncer con 8.3%.¹
- **Horacio G, et al. Fragilidad quirúrgica: factor predictor de morbilidad y mortalidad posoperatoria en adultos mayores sometidos a cirugía abdominal de urgencia. Revista Colombiana de Cirugía, vol. 29, núm. 4, octubre-diciembre 2014. pp. 278-292.** Estudio cohorte, retrospectivo en adultos mayores de 65 años, en total 300 pacientes. 15 % tuvo alto nivel de fragilidad. El valor de mortalidad con 14% (42 pacientes), readmisión de 15,67% (47 pacientes), la fragilidad fue un factor asociado a morbilidad y factor independiente de mortalidad. Los factores más importantes de reingreso fue la desnutrición y antecedente de cirugía mayor.²
- **Luis B. Complicaciones post colecistectomía laparoscópica. Hospital IESS Milagro. Guayaquil, Ecuador. 2015.** Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. En total de 140 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica. La complicación mayor fue la lesión de vías biliares con 26% seguido de lesiones por trocar y aguja de Veress con 18%, hemorragia 14%,

dolor postoperatorio 13%, hemoperitoneo 11%, infección de herida quirúrgica 9% y colecciones intrabdominales 9%. Tuvo una categoría de edad de 40 a 50 años para 59%, 30 a 39 años en 29% y 20-29 años en 13%. El género femenino tuvo mayor porcentaje con 63% y el masculino 37%. La estancia hospitalaria fue de 24 a 48 horas en 27%, 24 horas en 25%, 48 a 72 horas en 18%, 72 a 96 horas en 12%, 96 a 72 horas en 11% y 120 horas en 7%.³

- **Melissa M. Complicaciones de colecistectomía laparoscópica en pacientes de 25 a 60 años de edad, Periodo 2014-2015. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil, Ecuador. 2016.** Estudio tipo retrospectivo, analítico y explicativo, muestra de 100 pacientes en total, 42 mujeres y 58 hombres, con resultado establecido de colecistitis aguda y operados por colecistectomía laparoscópica. Solo 27 pacientes presentaron complicaciones durante la cirugía. 44% por litos olvidados en cavidad, 29,6% injuria de vasos, 14,8% neumoperitoneo y 11,1% injuria intestinal. El porcentaje de conversión fue de 6% y el 94% no se cambió a cirugía convencional. Se observó la evolución de estos pacientes fue favorable y fueron dados de alta sin problema alguno.⁴
- **Julio M. Complicaciones trans y postquirúrgicas inmediatas derivadas de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, Ecuador. 2016.** Estudio observacional descriptivo, transversal. Se realizó en 172 pacientes durante el año 2014, con un formulario de recolección de datos. En mayor porcentaje fueron mujeres con 73,8%. Los síntomas que más se consultaron fueron “dolor en hipocondrio derecho” 50.6%, y “dolor más náuseas y vómitos” en 31.4%. 98.3% de las colecistitis fueron litiásicas. El principal hallazgo quirúrgico fue el edema vesicular en 69.8%, piocolecisto 12.8%. El promedio de tiempo en sala de operaciones fue de 75,52 minutos, los días de hospitalización fue de 1,67 días. De las

complicaciones encontraron la lesión vascular en 1.8%, lesión biliar en 0.6% y solo “un caso de lesión visceral”. Las complicaciones postoperatorias fundamentales fueron las náuseas y vómitos en 4.7%, “dolor moderado” en 58.6%. No se registró porcentajes de mortalidad.⁵

NACIONALES

- **Yhofre B. et al. La colecistitis aguda litiásica como factor de riesgo en las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital Militar Central de Lima. Huancayo, Perú. 2013.** Estudio analítico, longitudinal, retrospectivo, observacional. Con 184 pacientes operados de “colecistectomía laparoscópica”. Se aplicó la prueba chi cuadrado lo cual dio como resultado el 95% de confianza estadística. También reporta un Odds Ratio de 5,19, que quiere decir que la mayoría de colecistectomías realizadas por colecistitis aguda calculosa aumentan el riesgo en relación a otros pronósticos. Solo 32.6% de las colecistectomías realizadas son dadas por colecistitis aguda calculosa y el 69.1% a otros diagnósticos. Las “complicaciones” se presentaron en 21.7% de la población total.⁶
- **Rosario R. Colecistectomía Laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en adultos mayores en el Hospital Central de la P.N.P. Luis Nicasio Sáenz. Lima, Perú. 2014.** En su estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, realizado en pacientes “adultos mayores” en el Hospital Central de la Policía Nacional en Lima desde enero a diciembre del 2012, se observó que 50% de los pacientes no tuvo complicaciones, 24% obtuvo complicaciones descritas tales como, infección de herida quirúrgica, infección urinaria, abscesos residuales, coledocolitiasis restantes, otros. 25% fueron con complicaciones relacionados a

comorbilidades de antecedentes. En ninguna de los pacientes de realizo reintervención quirúrgica.⁷

- **Marilia T. Características clínico epidemiológicas y quirúrgicas de colecistectomías laparoscópicas convertidas en el Servicio de Emergencia en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión desde el 2013 al 2015. Lima, Perú. 2016.** Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal. Reportaron los casos de conversión de colecistectomía laparoscópica con una población de 30 pacientes con edades entre 18 a 76 años. La edad media fue de 50.63, el 73.3% con edad entre 30 a 59 años, 80% presentaron fiebre, 20% presento un tiempo de enfermedad mayor de ocho días. El 53.3% fueron operados con la Técnica Americana con un promedio de tiempo quirúrgico de 247 minutos.⁸
- **Cynthia C. Prevalencia de complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” Año 2014. Lima, Perú. 2016.** Estudio de tipo “observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal”. Utilizaron una ficha de recolección de datos con 135 pacientes operados de “colecistectomía laparoscópica”. El promedio de edad fue 55.34 años, predominando los varones. En el 94.8% no hubo ningún tipo de complicación intraoperatoria.⁹
- **Melissa S. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes adultos mayores sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Vitarte 2012-2015. Lima, Perú. 2017.** En su trabajo de tesis de casos y controles de tipo “observacional, analítico, retrospectivo y de enfoque cuantitativo”, realizado en pacientes adultos mayores con diagnóstico de litiasis en total se analizó 194 pacientes, 97 casos y 97 controles; en varones 18 casos y 34 controles. Teniendo como edad media con 67,4 años y edad mínima fue 60 años y máxima de 89 años, 73,2% mujeres y 26,8% varones. En pacientes que superan los 50 años se encontraron

“factores de riesgo” en 41,7%, entre los cuales están la hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica. Se presentaron 12,4% de casos de conversión a cirugía convencional, las razones se dieron por la presencia de “adherencias fibro conjuntivas densas” y “plastrón vesicular”.¹⁰

2.2. BASES TEÓRICAS

Se considera que la “colecistitis aguda”, es la inflamación de la vesícula biliar principalmente ocasionado por la “obstrucción” del conducto cístico dado por cálculos, infección bacteriana. Se sabe que la ingestión de alimentos de contenido graso, una sustancia llamada “colecistokinina” la cual crea la contracción de la vesícula expulsando la bilis y así diluir la grasa, luego se produce la “obstrucción” de este órgano por un pequeño “lito” o cálculo en el conducto cístico lo cual incrementa compresión y posteriormente el cólico biliar que se presenta en el paciente quien desarrollara colecistitis aguda.¹

Luego se presenta la contracción seguido de la obstrucción, distensión de la vesícula y finalmente infección también llamada colecistitis aguda, si se prolonga con la duración, la “contracción” y edema ocasiona isquemia de la pared vesicular, posterior a eso se presenta la infección, la pared llega a romperse, se produce la perforación de vesícula en dos a tres días, en ese tiempo el órgano sigue inflamado, se generan todos los factores de inflamación hacia otras estructuras vecinas hasta llegar al epiplón mayor, cuando la vesícula se perfora llega a una cavidad establecida por el epiplón mayor.¹

Durante el 2006 realizaron una revisión del sistema de literatura y consenso internacional en Tokio, Japón , el cual dio como producto: “Las Guías de Tokio para el manejo de colangitis y colecistitis”. Las guías se pronuncian como las primeras en incluir los criterios de diagnóstico y severidad de la colecistitis aguda. Evaluando los parámetros de: “Signo de

Murphy, masa en cuadrante superior derecho, fiebre, PCR elevada, leucocitosis y hallazgos por imagen”.²

En el estudio que se realizó en un Hospital en Lima, se analizó a 30 pacientes quienes se realizaron colecistectomías laparoscópicas y se convirtieron en colecistectomía abierta, el 20% presento 8 días de tiempo de enfermedad. 53% intervenidos con Técnica Americana en un tiempo quirúrgico de 247 minutos en promedio.⁸

La terapia para la colecistitis consiste mayormente del daño y las complicaciones que se presentan. El manejo requiere reposo, hidratación endovenosa, analgesia, antibioticoterapia. Dentro de los antibióticos utilizados se encuentran las Cefalosporinas de 2da generación combinada con Quinolonas y/o también Metronidazol o Cefalosporinas de “tercera generación”. El tratamiento definitivo y Gold standard es la colecistectomía laparoscópica , la cual debe realizarse en las primeras veinticuatro a setenta y dos horas después de realizado el diagnostico. Si el diagnostico se encuentra en la fase tardía, 3 a 4 días que se presenta la enfermedad o los síntomas no son aptos para realizar el procedimiento o intervención, se les indica antibióticos y se programan en unos meses después. Se cree que el principal factor para las complicaciones es el tiempo que se demora en diagnosticar. Dentro de las dificultades también se incluye a empiema de vesícula, edema vesicular, perforación vesicular, entre otras.¹¹

CLASIFICACIÓN Y FISIOPATOLOGÍA DE LOS CÁLCULOS BILIARES

Para el año 1896, Naunyn clasifico por primera vez la enfermedad litiásica biliar, se escribió dos etiologías: infecciosa y por estasis biliar. 1924, se añadió las causas metabólicas por Aschoff. La clasificación abarcaba cuatro características: aportar datos de etiología, usar “terminología simple y universal”, datos importantes para la manipulación, “aceptación internacional”. En el año 1981, el “Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos y el International Workshop on Pigment Gallstone Disease” establecieron la terminología que se basa en las “características

morfológicas, composición, etiología y localización de cálculos biliares”. En la sociedad Japonesa de Gastroenterología, en 1986, mediante un comité donde complementaron esa clasificación y es aceptada a nivel mundial.¹² Hay dos tipos de cálculos de vía biliar: “primarios y secundarios”. Son primarios, porque se mantienen en el lugar donde se inician y son secundarios, porque ya nacen en la vesícula biliar y luego viajan a las vías biliares. Esta considerado tres factores: color y aspecto de la imagen, para el “diagnóstico etiologico”.¹²

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA COLECISTITIS

El origen clínico de patología biliar aguda o crónica en todo el mundo y a nivel nacional son los cálculos vesiculares, entre 90 a 95%, inicialmente dado por “obstrucción de la vesícula biliar en el conducto cístico”, produce incremento de la contracción intra vesicular. La fisiopatología tiene 2 factores determinantes.¹³

Clasificación de fisiopatología:

- a) Colecistitis edematosa (1ra etapa): Dura de dos a cuatro días, presenta “edema de pared vesicular” y “presencia de líquido intersticial” y finalmente isquemia.
- b) Colecistitis supurada (2da etapa): Dura de tres a cinco días, hay leve aumento de leucocitos con desviación izquierda, aumento de trama fibrosamiento de la vesícula y en pocos casos abscesos intra murales.
- c) Colecistitis necrosada (3ra etapa): Dura de siete a diez días, presenta zonas de hemorragia y necrosis de la vesícula biliar .
- d) Colecistitis Crónica: Se da en casos de colecistitis leves y repetitivos, la razón mayor es la litiasis vesicular, “atrofia de la mucosa y fibrosis de la pared vascular”.

Como síntoma mayor de la colelitiasis no complicada es el llamado “cólico biliar”, los pacientes con dolor en hipocondrio derecho está en proporción de 72 a 93%, el signo de Murphy presenta una especificidad

entre 79 a 96%, los cuales están considerados dentro de los criterios para diagnóstico clínico. También está considerado mayor de 10.000 mm³/dl de leucocitos en recuento, incremento del nivel de PCR a más de tres (3) miligramos por decilitro (mg/dl), e incremento de los niveles de bilirrubinas y enzimas hepáticas.

Dentro de los hallazgos imagenológicos se considera la observación en la ecografía con características de aumento del grosor de la pared vesicular (5mm o más), líquido peri colecístico.¹²

TRATAMIENTO

COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL

La colecistectomía abierta o convencional se realiza con el corte en la línea mediana superior o “incisión de Kocher”. Se identifica, se divide el área del conducto cístico, luego la “arteria cística” que delimitan a la vesícula biliar. Se realiza tracción lateral en el cuello de la vesícula biliar y dividen el peritoneo superpuesto en el triángulo de Calot , es identificada y luego ligan el conducto cístico primero en la parte proximal después en el área distal y se divide. De igual manera, la arteria cística es ligado y dividido posteriormente hasta seguir con cuidado para llegar a la vesícula biliar. Cuando es imposible identificar las estructuras anatómicas deben disecar la vesícula desde el fondo hacia el cuello vesicular, eso facilitara el reconocimiento de la anatomía. Se retira el lecho vesicular para dividir el peritoneo que esta sobrepuesto mediante el uso del cauterio. Colocan un “dren de succión” por la duda sobre la protección del cierre del cístico y al finalizar cerrar la cavidad por planos hasta la piel .¹³

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Técnica quirúrgica que se realiza con anestesia regional o general. El inicio de la cirugía requiere amplia visualización para lo cual se crea un espacio realizando el neumoperitoneo con dióxido de carbono, se inserta los

trocar en cavidad peritoneal transversalmente con una “incisión supra umbilical o umbilical” y se utiliza para la insuflación.

Luego de realizar el neumoperitoneo apropiado, insertan el primer trocar de 10 mm a través de la “incisión umbilical o supraumbilical”. Insertan el laparoscopio con la videocámara en el trocar umbilical para iniciar la exploración de la cavidad peritoneal. Muchos cirujanos utilizan el segundo trocar de 5 mm que se coloca en la región subxifoidea y dos trocar adicionales de 5 mm colocados en la región subcostal en el cuadrante superior derecha de la línea meso claviclar y axilar anterior.

El trocar de 5mm, sujetan a la vesícula biliar para iniciar la operación retrograda, el trocar del flanco de lado es utilizado para aislar la vesícula biliar en “sentido cefálico”, elevando el borde menor del hígado y se expone a La vesícula y el cístico . Un “trocar de 5mm” es utilizado para asegurar el infundíbulo de la vesícula y mostrarlo hacia el lado indicado y luego mostrar el “triángulo de Calot”. Luego de identificar el conducto cístico se debe colocar el clip hemostático por la parte proximal del “cístico”, y otros clips en la zona distal para dividirlo.

Se identifica y divide a la “arteria cística”, que podría estar en el trayecto “paralelo y detrás del conducto cístico”. Luego de controlar la arteria y sus ramas, se debe disecar la vesícula cuidadosamente para extraerlo de su ubicación. Antes de realizar la extracción de la vesícula biliar y separarlo del hígado se debe examinar cuidadosamente la zona operatoria para asegurar la hemostasia. Se separa la vesícula del hígado y es retirado a través del trocar umbilical. Algunos casos se debe ampliar el “orificio aponeurótico” más la “incisión de la piel” para poder retirar la vesícula biliar y los cálculos biliares que contienen. En algunas ocasiones si la vesícula biliar presenta “inflamación aguda o gangrena” se coloca éste en un guante quirúrgico o algún espécimen similar para separarlo de la cavidad peritoneal.¹⁴

INDICACIONES DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

La “colecistectomía laparoscópica”, una de las intervenciones más comunes llevadas a cabo en Latinoamérica, más que nada en Estados Unidos donde se ha incrementado la realización de este procedimiento llegando hasta 700 000 casos por año. La mayoría de estas intervenciones se realiza con la técnica laparoscópica.

Los pacientes seleccionados para realizar la colecistectomía laparoscópica deben tener las mismas indicaciones que los pacientes que se someten a colecistectomía tradicional. Existen sugerencias que se deben reconocer como: historia del paciente, desarrollo de la enfermedad, hallazgos de exámenes preoperatorios y resultados ecográficos, entre otros. También se pueden complementar con la ejecución de colangiografía intraoperatoria.

Actualmente, la pauta fundamental para transformar este procedimiento a una cirugía convencional es cuando no se han definido bien la anatómica, tanto como el triángulo de Calot, que son fundamentales para el buen criterio quirúrgico antes de tener una complicación. El rango de transformación de la colecistectomía laparoscópica convencional es cerca del 5% y el rango de conversión en emergencias en la colecistitis aguda llega a 30%.¹⁴

CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA¹⁴

Se dividen en absolutas y relativas:

- Absolutas
 - Alteraciones graves de la coagulación no corregidos
 - Enfermedad cardiopulmonar severa
 - Inestabilidad hemodinámica
 - Imposibilidad de tolerar la anestesia general
 - Peritonitis difusa
 - Traumatismo encéfalo-craneano

- Relativas
 - Obesidad mórbida
 - Fistula colecisto-enterica
 - Hernias gigantes
 - Cirrosis hepática
 - Pancreatitis aguda
 - Embarazo
 - Portador de marcapaso

FACTORES DE RIESGO

Son aquellas condiciones que aumentan las probabilidades de una persona para adquirir una enfermedad.

- ✓ Edad: a medida que avanza la edad, la bilis se vuelve más litogénica lo que aumenta la prevalencia de cálculos. Es más frecuente a partir de los 40 años y en pacientes mayores de 70 años.
- ✓ El género femenino: por influencia de los estrógenos también aumenta el riesgo.
- ✓ Obesidad: asociada a la producción y posterior eliminación de colesterol por vías biliares.
- ✓ Embarazo: condición que predispone el desarrollo de cálculos de colesterol, en algunos casos son asintomáticas, algunos cálculos desaparecen tras el parto.
- ✓ Anticonceptivos orales: mayor riesgo en mujeres menores de 40 años y las que reciben dosis de estrógenos mayor de 50mg.
- ✓ Antecedentes de litiasis biliar.
- ✓ Nutrición parenteral
- ✓ Diabetes mellitus: la resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia y neuropatía autonómica que produce hipomotilidad vesicular.
- ✓ Cirrosis hepática.
- ✓ Anemia hemolítica, resección ileal, enfermedad de Crohn.
- ✓ Uso de drogas.

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

- El dolor es menos luego de la intervención quirúrgica.
- Recuperación rápida.
- Heridas quirúrgicas pequeñas, ayuda en la parte estética del paciente.
- Tolerancia de alimentos es más rápida.
- Menos tiempo de estadía hospitalaria.

DESVENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

- Imposibilidad de aplicar sentido del tacto fino.
- El edema puede aumentar la luz dificultando la visión clara del campo operatorio.
- Existen defectos hemodinámicos y ventilatorios al uso del CO₂
- Se debe monitorizar el CO₂ arterial sobre todo en pacientes con riesgos de ASA II-III.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

Riesgos poco graves y frecuentes

-Infección o sangrado de la herida quirúrgica. Retención aguda de orina, flebitis, trastornos temporales de la digestión, dolor prolongado en zona operatoria. Puede ocurrir extensión del gas al tejido subcutáneo y/o otras zonas y dolores referidos, habitualmente en el hombro.¹

Riesgos poco frecuentes y graves

-Estrechez de la vía biliar, fistula biliar con salida de bilis que en muchos casos se resuelve con tratamiento médico, sangrado o infección intrabdominal, fistula intestinal. Colangitis, ictericia, pancreatitis, coledocolitiasis. Lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos y embolia.¹

COMPLICACIONES DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA¹⁵

La suma de cifras de morbilidad y mortalidad son similares a la técnica convencional. Las pequeñas incisiones han disminuido las complicaciones tempranas y posteriores de la herida operatoria y el dolor postoperatorio luego del procedimiento. Hay una mínima manipulación de las vísceras alternas con esta técnica lo que explica la disminución del íleo postoperatorio. A pesar de todas estas explicaciones, existen complicaciones que se describirán seguidamente:

El ingreso de la aguja de Veress podría dañar asas intestinales, sangrado de algún “vaso del mesenterio o punción de un vaso mayor” (aorta o cava). Las complicaciones son más frecuentes cuando existen cirugías anteriores que presentan adherencias de asas a la pared para este caso se sugiere usar el primer trocar en forma abierta y bajo visión directa. La punción de los vasos grandes es más probable en pacientes más delgados.

La cifra de mortalidad debido a una complicación del neumoperitoneo son 1/100.000 y entre sus causalidades se encuentran: “shock hipovolémico, embolia gaseosa, arritmias o neumotórax a tensión”. El ingreso del primer trocar normalmente se hace “a ciegas” que también puede ser dificultoso por la presencia de adherencias intestinales o epiplón pegado a la pared. El riesgo disminuirá si se realiza con cautela la introducción del trocar bajo visión directa. Al insertar los demás trocates, la mayor complicación es el sangrado del sitio de inserción, que es tratado muy bien la mayoría de las veces, pero hay algunos casos que obliga a convertir el procedimiento.

Por laceración de grandes vasos: los más afectados visualmente son aorta y las arterias ilíacas comunes las cuales se diagnostican por el retorno de la sangre por el trocar.

Lesión de vasos de la pared abdominal: determina mayormente en el estadio postoperatorio.

Hematoma: acumulación de sangre causada por una hemorragia interna que aparece como respuesta corporal.

Perforación gastrointestinal: ruptura a través de todas las capas del intestino delgado, puede haber liberación del contenido intestinal.

Infección de herida quirúrgica: aparece entre el 3er día y el 10mo día post operatorio, el órgano comprometido es el tejido celular subcutáneo, que se manifiesta con fiebre, aumento de dolor en la herida, edema y eritema, signos de flogosis. Para prevenir la infección de la herida se deberá reducir la contaminación, técnicas de lavado de manos, técnicas quirúrgicas limpias, hasta el uso de antibióticos en los pacientes.

Hemorragia: se debe tener los valores de hemoglobina y hematocrito del paciente es muy importante. Con la realización de video laparoscopia, se puede realizar la ligadura urgente del vaso sangrante.

Dolor postoperatorio: el dolor es mayor en las intervenciones abdominales altas que en las cirugías abdominales bajas. Existe gran variación en las necesidades de uso de los analgésicos, algunos pacientes no necesitan estos medicamentos, pero otros reciben hasta tres veces la dosis normal, el tipo de cirugía e intensidad de dolor es la misma para todos.

Colecciones intraabdominales: los abscesos, colecciones que presentan secreción purulenta aislada de la cavidad peritoneal. Se desarrollan después una peritonitis difusa y/o perforación de víscera. El 74% son intraperitoneales y se forman de 1 a 4 semanas.³

CONVERSIÓN QUIRÚRGICA¹

La conversión de cirugía laparoscópica a cirugía convencional no es una complicación y se debe hacer a tiempo para proteger al paciente de una lesión seria. La decisión de la conversión de la colecistectomía debe considerarse como juicio quirúrgico sano. La tasa de conversión en casos no complicados es de 3 a 13% en colecistitis aguda se encuentra sobre el 20%. La cirugía laparoscópica es un método seguro en colecistitis aguda, se presenta pocas complicaciones, el post operatorio es mínimo y la decisión de convertir la cirugía se debe efectuar rápidamente antes de posibles lesiones.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Colecistectomía laparoscópica: Cirugía donde se extirpa la vesícula biliar con el uso de un laparoscopio y otros instrumentos quirúrgicos por orificios en el abdomen.³

Colecistectomía convencional: Intervención quirúrgica que consiste en extirpar la vesícula biliar, con la incisión en el flanco derecho del abdomen y visualización del área.³

Complicaciones postoperatorias: Complicaciones que el cirujano debe afrontar cuando se presente en los pacientes que son intervenidos.⁴

Lesiones de grandes vasos: particularmente sensibles a lesión por trauma contuso.⁴

Lesión de vías biliares: lesión quirúrgica por obstrucción, disección parcial o total de la vía biliar principal o conductos.¹⁰

Náuseas y/o vómitos: signos y síntomas frecuentes que se pueden ocasionar a raíz de diversas afecciones.¹⁰

Hemorragia: Son dados por el defecto de hemostasia de vasos de regular tamaño.³

Fiebre: Ocurren en el postoperatorio inmediato, primeras 12 horas. Se debe considerar significativa cuando dure más de 2 días.¹⁰

Infección de herida quirúrgica: calor, enrojecimiento, edema y dolor, secreción purulenta. Se presenta 2 a 3 días después de la cirugía.¹⁰

Íleo postoperatorio: Se pueden dividir en íleo adinámico, dura de 24 a 72 horas y el íleo dinámico puede estar causado por bridas y/o adherencias.⁴

Colecciones abdominales: Resultantes de la contaminación local del peritoneo o una infección peritoneal generalizada.³

Dolor postoperatorio: Tipo de dolor agudo o crónico que aparece luego de la cirugía.³

Características demográficas: El sexo y la edad son las dos características demográficas más importantes en la composición de las poblaciones.⁷

Estadía hospitalaria: Cantidad de días que el paciente permanece en el hospital posterior a la cirugía.⁷

2.4. HIPÓTESIS

En este caso no se requiere hipótesis por ser un estudio de tipo descriptivo

2.5. VARIABLES

Complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópica

- Complicaciones mayores: Lesiones de grandes vasos, lesión de vías biliares.
- Complicaciones menores: Nauseas y/o vómitos, fiebre, íleo post operatorio, infección de herida, hemorragia, colecciones abdominales, dolor postoperatorio
- Características demográficas
- Tiempo de estadía post quirúrgica

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Colecistectomía laparoscópica: intervención quirúrgica que utiliza laparoscopia con el fin de introducir material quirúrgico y extracción de la vesícula biliar por vía abdominal.

Complicaciones postoperatorias: problema médico que se presenta en los pacientes luego de la cirugía, podrían estar o no relacionados a la enfermedad

Características demográficas: Perfil de la población que habita un contexto particular

Estadía hospitalaria: Días que el paciente permanece en el hospital, desde su ingreso hasta el egreso.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio:

- ✓ Observacional: sólo se observará los resultados obtenidos durante el periodo de estudio.
- ✓ Transversal: la recolección de datos se realizó en un periodo determinado.
- ✓ Retrospectivo: se revisará las complicaciones de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica durante enero a diciembre del 2018.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Nivel descriptivo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población General: Pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante enero a diciembre del 2018, que en total fueron 200 pacientes.

Criterios de selección

1. Criterios de inclusión

- Pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica con reportes operatorios completos.
- Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda y/o crónica sometidos a cirugía laparoscópica

- Pacientes operados por vía laparoscópica, quienes presentaron complicaciones postoperatorias

2. Criterios de exclusión

- Pacientes operados de colecistectomía convencional durante el periodo de estudio.
- Pacientes que presenten otras patologías diferentes a patología de vesícula biliar.
- Pacientes con complicaciones tardías post cirugía laparoscópica.

Población Objetivo: La población que cumplieron con los criterios de elegibilidad antes mencionados fueron un total de 134 pacientes.

Muestra: La muestra a tomar en cuenta fue la totalidad de la población objetivo, es decir fue de 134 pacientes adultos. Los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión por lo cual no fue necesario utilizar fórmula estadística.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará como medio de recolección de datos la base datos de pacientes y una ficha de recolección de datos. Se empleará los programas de SPSS 25 y programa Excel para procesar los datos obtenidos.

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicito la base de datos de pacientes del servicio de Cirugía General bajo permiso del jefe del departamento y observación de las historias clínicas bajo permiso del jefe del hospital.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La descripción de los datos se realizará mediante frecuencias y porcentajes para variables nominales y ordinales.

Para las variables cuantitativas se usará las medidas de tendencia central media y de dispersión y se puede representar en tablas y gráficos.

Para las variables cualitativas se utilizará frecuencias y porcentajes y se pueden representar en tablas y gráficos.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación da prioridad a mantener la privacidad, confidencialidad y anonimato de las historias clínicas de los pacientes del estudio, basado en la declaración de Helsinki que dice lo siguiente: que el medico tiene como misión proteger la salud del hombre.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

De un total de 200 pacientes, se analizó a 134 pacientes en quienes se presentaron complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópica, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

OBJETIVO GENERAL: Conocer las complicaciones en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de enero a diciembre del año 2018.

TABLA N° 1: COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADOS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

		Recuento	% del N de columna
LESION DE GRANDES VASOS	SI	0	0.0%
	NO	134	100.0%
LESION DE VIAS BILIARES	SI	0	0.0%
	NO	134	100.0%
NAUSEAS Y/O VOMITOS	SI	47	35.1%
	NO	87	64.9%
FIEBRE	SI	17	12.7%
	NO	117	87.3%
ILEO POSTOPERATORIO	SI	53	39.6%
	NO	81	60.4%
INFECCION DE HERIDA	SI	4	3.0%
	NO	130	97.0%
HEMORRAGIA	SI	0	0.0%
	NO	134	100.0%
COLECCIONES ABDOMINALES	SI	13	9.7%
	NO	121	90.3%
DOLOR POSTOPERATORIO	SI	95	70.9%
	NO	39	29.1%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

INTERPRETACIÓN: En la tabla N° 1 se menciona que las complicaciones menores son las que predominaron en su totalidad. Siendo el dolor postoperatorio el más frecuente en esta población con 70.9% y el menos frecuente la infección de herida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.- Mencionar las complicaciones mayores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica.

TABLA N° 2: COMPLICACIONES MAYORES: LESIÓN DE GRANDES VASOS Y LESIÓN DE VIAS BILIARES

LESION DE GRANDES VASOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	0	0	0	0
	NO	134	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

LESION DE VIAS BILIARES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	0	0	0	0
	NO	134	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

INTERPRETACIÓN: respecto a la tabla N°2 se menciona que el total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el 100% de estos pacientes no presentaron ningún tipo de lesiones mayores como lo son las lesiones de grandes vasos y lesiones de vías biliares, en el Servicio de Cirugía General en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de enero a diciembre del 2018.

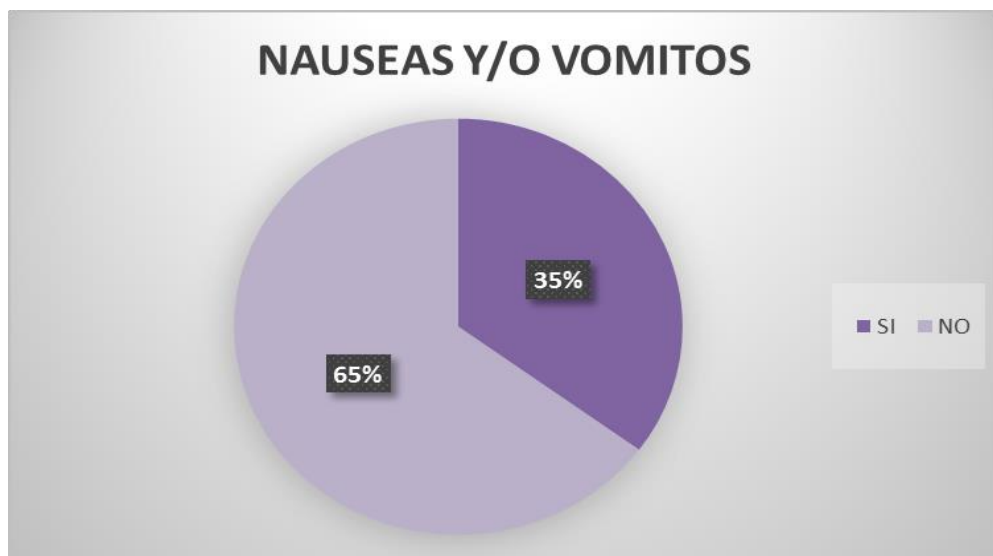
2.- Mencionar las complicaciones menores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica.

TABLA N° 3: COMPLICACIONES MENORES: NÁUSEAS Y/O VÓMITOS

NAUSEAS Y/O VOMITOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	47	35.1	35.1	35.1
	NO	87	64.9	64.9	100.0
	Total	134	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

GRÁFICO N°1: PORCENTAJE DE NÁUSEAS Y/O VÓMITOS



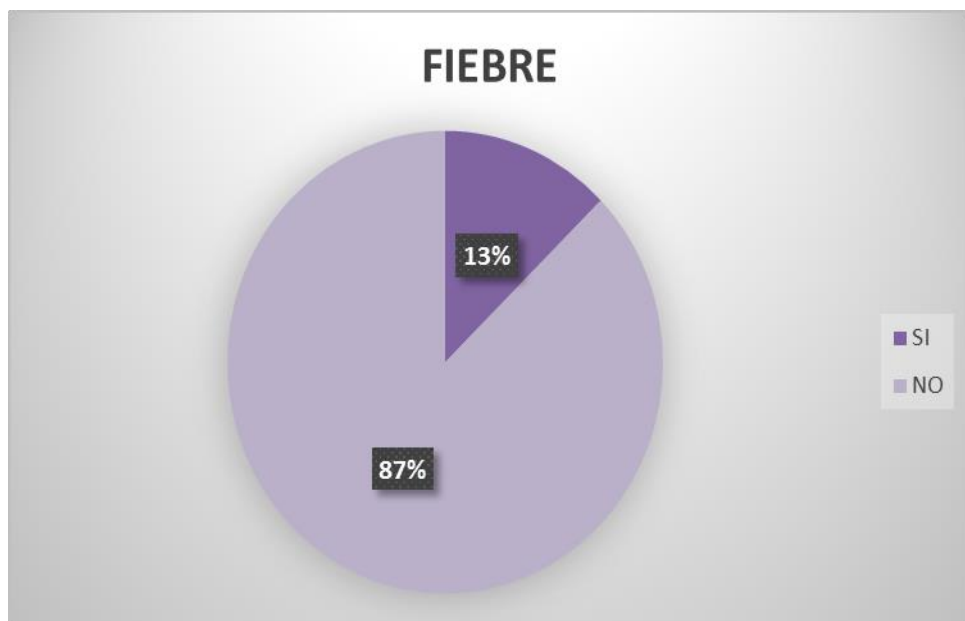
INTERPRETACIÓN: Respecto a la tabla N°3 y gráfico N°1 se menciona que, del total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el 65% no presentó náuseas y/o vómitos, el 35% si presentó náuseas y/o vómitos.

TABLA N° 4: COMPLICACIONES MENORES: FIEBRE

FIEBRE					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	17	12.7	12.7	12.7
	NO	117	87.3	87.3	100.0
	Total	134	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

GRÁFICO N°2: PORCENTAJE DE FIEBRE



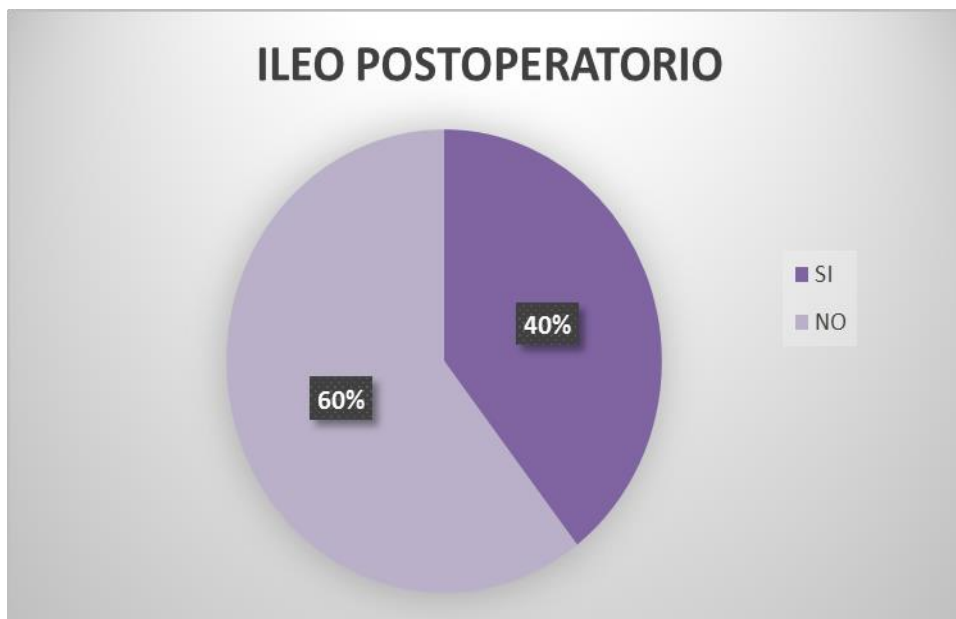
INTERPRETACIÓN: Respecto a la tabla N°4 y gráfico N°2 se menciona que, del total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el 87% no presentó fiebre, y el 13% si presentó fiebre.

TABLA N° 5: COMPLICACIONES MENORES: ÍLEO POSTOPERATORIO

ILEO POSTOPERATORIO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	53	39.6	39.6	39.6
	NO	81	60.4	60.4	100.0
	Total	134	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

GRÁFICO N°3: PORCENTAJE DE ÍLEO POSTOPERATORIO



INTERPRETACIÓN: Respecto a la tabla N°5 y gráfico N°3 se menciona que, del total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el 60% no presentó íleo postoperatorio, y el 40% sí presentó íleo postoperatorio.

TABLA N° 6: COMPLICACIONES MENORES: INFECCIÓN DE HERIDA

INFECCION DE HERIDA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	3.0	3.0	3.0
	NO	130	97.0	97.0	100.0
	Total	134	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

GRÁFICO N°4: PORCENTAJE DE INFECCIÓN DE HERIDA



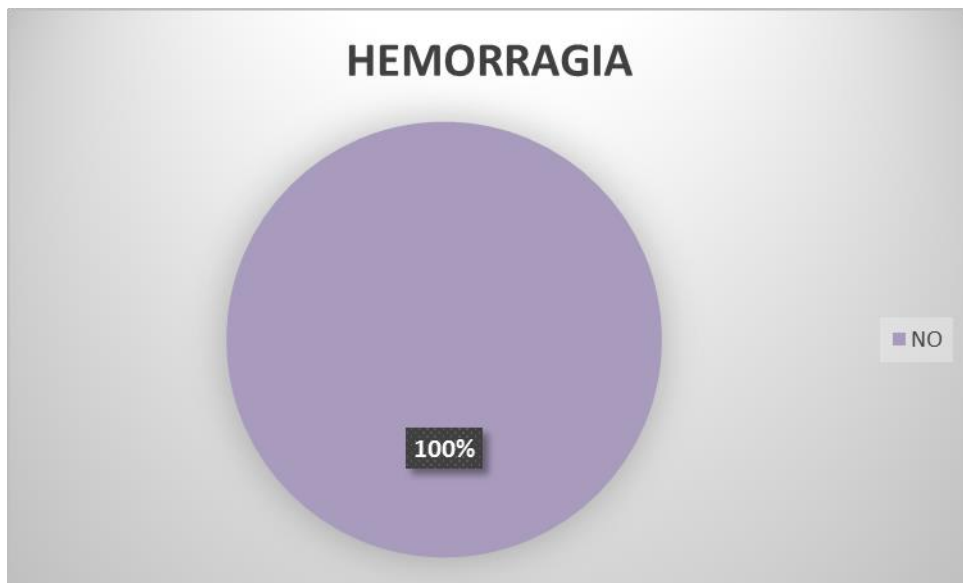
INTERPRETACIÓN: Respecto a la tabla N°6 y gráfico N°4 se menciona que, del total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el 97% no presentó infección de herida quirúrgica, y el 3% si presentó infección de herida quirúrgica.

TABLA N° 7: COMPLICACIONES MENORES: HEMORRAGIA

HEMORRAGIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	0	0	0	0
	NO	134	100.0	100.0	100.0

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

GRÁFICO N°5: PORCENTAJE DE HEMORRAGIA



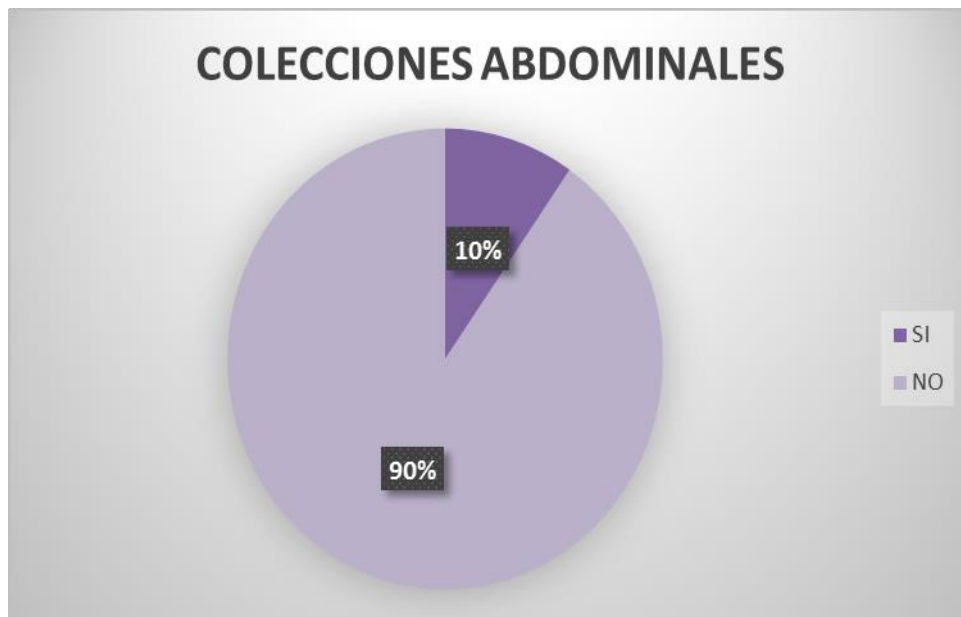
INTERPRETACIÓN: Respecto a la tabla N°7 y gráfico N°5 se menciona que, del total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el 100 % no presentó hemorragia como complicación menor.

TABLA N° 8: COMPLICACIONES MENORES: COLECCIONES ABDOMINALES

COLECCIONES ABDOMINALES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	13	9.7	9.7	9.7
	NO	121	90.3	90.3	100.0
	Total	134	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

GRÁFICO N°6: PORCENTAJE DE COLECCIONES ABDOMINALES



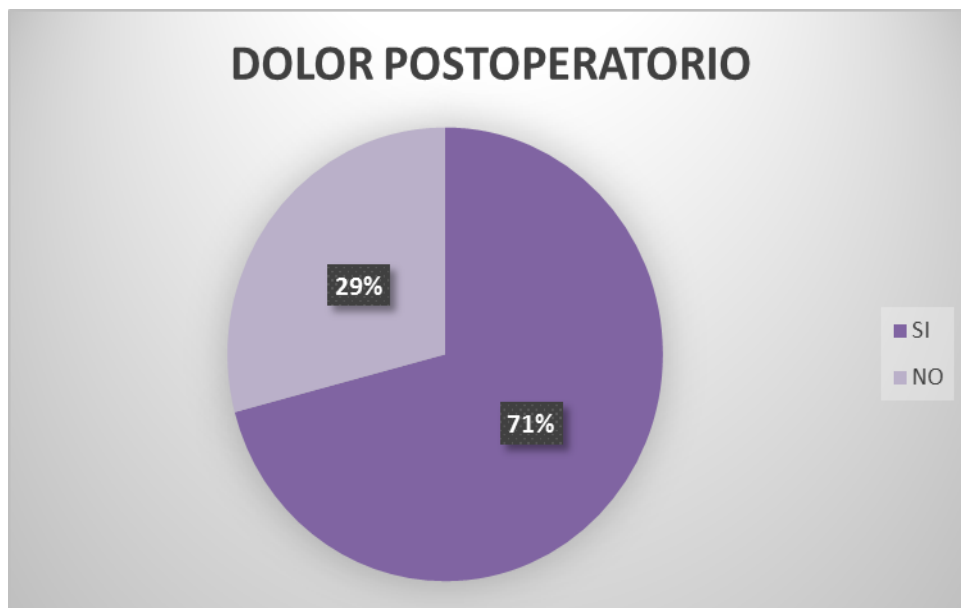
INTERPRETACIÓN: Respecto a la tabla N°8 y gráfico N°6 se menciona que, del total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el 90% no presentó colecciones abdominales, y el 10% si presentó colecciones abdominales.

TABLA N° 9: COMPLICACIONES MENORES: DOLOR POSTOPERATORIO

DOLOR POSTOPERATORIO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	95	70.9	70.9	70.9
	NO	39	29.1	29.1	100.0
	Total	134	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

GRÁFICO N°7: PORCENTAJE DE DOLOR POSTOPERATORIO



INTERPRETACIÓN: Respecto a la tabla N°9 y gráfico N°7 se menciona que, del total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el 71% sí presentó dolor post operatorio, y el 29% no presentó dolor postoperatorio.

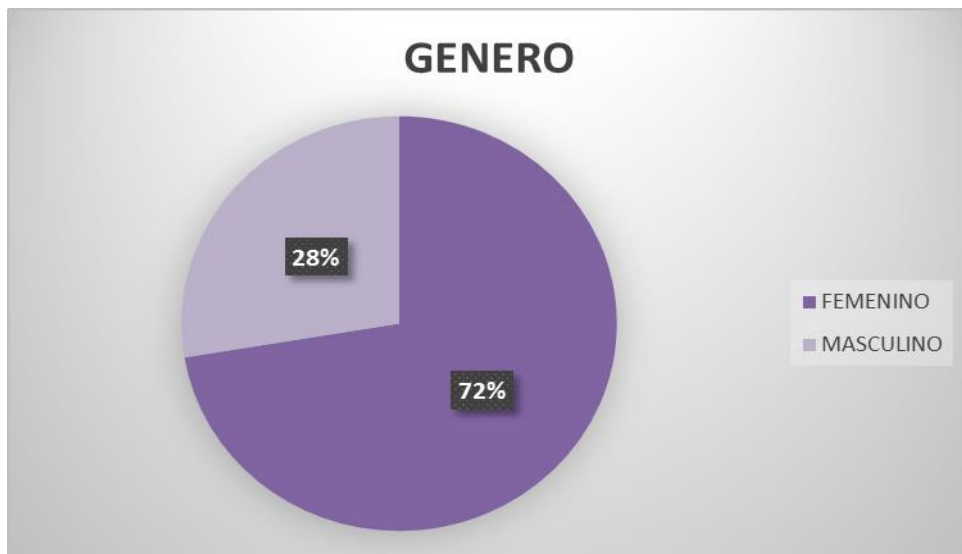
3.- Describir las características demográficas en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica

TABLA N° 10: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: GÉNERO

GENERO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	97	72.4	72.4	72.4
	MASCULINO	37	27.6	27.6	100.0
	Total	134	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

GRÁFICO N°8: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: GÉNERO

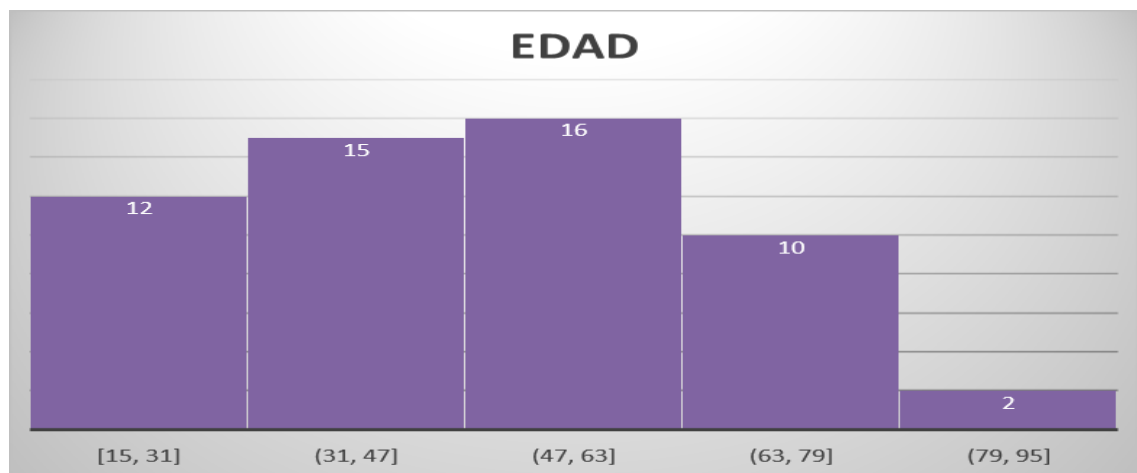


INTERPRETACIÓN: Respecto a la tabla N°10 y gráfico N°8 se describe que, del total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el 72% fueron de género femenino y el 28% fueron de género masculino.

TABLA N° 11: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: EDAD

EDAD		
N	Válido	134
	Perdidos	0
Media		47.21
Mediana		46.00
Moda		41
Desv. Desviación		16.169
Rango		66
Mínimo		15
Máximo		81
Fuente: Ficha de Recolección de Datos		

GRÁFICO N°9: CARÁCTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: EDAD



INTERPRETACIÓN: Respecto a la tabla N°11 y gráfico N°9 se describe que, del total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, la edad media fue 47.21 años, la edad mínima 15 años y la edad máxima 81 años con un rango de 66 años. La edad más frecuente fue 41 años, con una desviación estándar de ± 16.169 años.

4.- Mencionar el tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica con complicaciones.

TABLA N° 12: TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA POST QUIRÚRGICA

ESTANCIA HOSPITALARIA POST QUIRURGICA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	35	26.1	26.1	26.1
	2	64	47.8	47.8	73.9
	3	27	20.1	20.1	94.0
	4	4	3.0	3.0	97.0
	5	1	0.7	0.7	97.8
	7	2	1.5	1.5	99.3
	16	1	0.7	0.7	100.0
	Total	134	100.0	100.0	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

GRÁFICO N°10: TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA POST QUIRÚRGICA



INTERPRETACIÓN: Respecto a la tabla N°12 y gráfico N°10 se menciona que, del total de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica, el 48% tuvo 2 días de estancia hospitalaria post quirúrgica, el 26% tuvo 1 día de estancia hospitalaria post quirúrgica y el 20% tuvo 3 días de estancia hospitalaria.

4.2. DISCUSIÓN

- Este estudio busca conocer las complicaciones en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica y se demuestra que la complicación post operatoria más frecuente es el dolor operatorio en 71% a diferencia de Vicente Ponce quien en su trabajo presenta que la infección de herida quirúrgica fue la complicación más frecuente.²¹
- Se menciona que las complicaciones mayores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica son las lesiones de grandes vasos y lesiones de vías biliares que en este caso se observa que el 100% de estos pacientes no presento este tipo de complicaciones a diferencia de un trabajo realizado por Luis Benites Delgado quien refiere que la complicación de mayor daño fueron las lesiones de vías biliares en un 26%, seguido de lesiones por trocar y aguja de Veress en 18%.³
- De las complicaciones menores, se menciona que la más frecuente fue el dolor post operatorio en 71% similar al trabajo realizado por el Dr. Julio Milton Pérez quien presento que el dolor moderado fue la principal complicación post operatoria en la mayoría de los pacientes.⁵
- Sobre las características demográficas, el estudio demuestra que el género femenino fue el mayor con 72% y el género masculino con 28% a diferencia de Melissa Maylin Mora quien en su estudio demostró que predominó el género masculino con 58% y el femenino con 42%.⁴
- Se menciona que la edad promedio fue 47.21 años, la edad máxima fue de 15 años y la mínima 81 años. En varios artículos la edad promedio esta entre 30 a 50 años, edades donde se presenta mayores complicaciones postoperatorias.
- La estancia hospitalaria después de la intervención quirúrgica en esta investigación tuvo un tiempo medio de 2 días en el 48% y 1 día en 26% con lo que comparamos con el estudio de Marilia Janet

Tapullima quien obtuvo un tiempo medio de 2.53 a 0.86 días por lo que revela que estas intervenciones son de poco tiempo de estadía hospitalaria.⁸

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se menciona que en este estudio no se observa ningún tipo de complicación mayor como lo son las lesiones de grandes vasos y lesiones de vías biliares.
- En este estudio se observa y menciona que las complicaciones menores son las que predominaron en su totalidad. Siendo el dolor postoperatorio el más frecuente en esta población.
- El género que predominó es el género femenino con 72% a diferencia del género masculino que se obtuvo en 28%.
- El grupo etario más afectado estuvo entre los 47.21 años y los 41 años, siendo la edad mínima los 15 años y la máxima los 81 años con un rango de 66 años. La edad más frecuente fue 41 años, con una desviación estándar de ± 16.169 años.
- La estancia hospitalaria estuvo comprendida entre 2 días y 1 día luego de la intervención quirúrgica. La estancia hospitalaria está asociada al tipo de complicación postoperatoria. El paciente puede permanecer hasta 3 días si no hay complicaciones. Si necesitara mas estudios la estadía se prolongaría.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se debe especificar en las historias clínicas todo tipo de complicación postoperatoria para así obtener una mejor base de datos.
- Mejorar la evaluación clínica de los pacientes considerando el rango de edad promedio y el género donde se presentan estas complicaciones.
- Evaluar la técnica de cirugía laparoscópica para lograr reconocer y modificar los puntos que puedan causar complicaciones.
- Recomendar a las autoridades en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en invertir en el mantenimiento y nuevos equipos de cirugía laparoscópica.
- Recomendar a los médicos cirujanos de la especialidad de Cirugía General en capacitarse en nuevas técnicas para el manejo de la cirugía laparoscópica y así disminuir las complicaciones postoperatorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Arpi J. et al. Causas de conversión de la colecistectomía laparoscópica, departamento de Cirugía, Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues. Cuenca Ecuador. 2016.
- 2.- Garzón H. et al. Fragilidad quirúrgica: factor predictor de morbilidad y mortalidad posoperatoria en adultos mayores sometidos a cirugía abdominal de urgencia. Revista Colombiana de Cirugía, vol. 29, num. 4, octubre-diciembre 2014. pp. 278-292.
- 3.- Benites L. Complicaciones post colecistectomía laparoscópica. Hospital IESS Milagro. Guayaquil, Ecuador. 2015.
- 4.- Mora M. Complicaciones de colecistectomía laparoscópica en pacientes de 25 a 60 años de edad, Periodo 2014-2015. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil, Ecuador. 2016.
- 5.- Pérez J. Complicaciones trans y postquirúrgicas inmediatas derivadas de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, Ecuador. 2016
- 6.- Barboza Y. et al. La colecistitis aguda litiásica como factor de riesgo en las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital Militar Central de Lima. Huancayo, Perú. 2013.
- 7.- Ricse R. Colecistectomía Laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en adultos mayores en el Hospital Central de la P.N.P. Luis Nicasio Sáenz. Lima, Perú. 2014.
- 8.- Tapullima M. Características clínico epidemiológicas y quirúrgicas de colecistectomías laparoscópicas convertidas en el Servicio de Emergencia en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión desde el 2013 al 2015. Lima, Perú. 2016.

- 9.- Cayetano C. Prevalencia de complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” Año 2014. Lima, Perú. 2016.
- 10.- Salirrosas M. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes adultos mayores sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Vitarte 2012-2015. Lima, Perú. 2017.
- 11.- Molina F. Colecistitis Aguda Calculosa: Diagnostico y manejo. Costa Rica y Centroamérica. 2016.
- 12.- Gomez J. Clasificación y fisiopatología de los cálculos biliares. Univ. Med. Bogotá. Colombia, 50 (1): 91-97.
- 13.- Kiriya S. et al. TG13 Guidelines for diagnosis and severity grading of acute cholangitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan; 20:35–46.
- 14.- Sabiston, D. Tratado de Cirugía. 19ª Edición. Vol. 2. McGraw- Hill Interamericana editores. 2013. 1547-1572.
- 15.- Dr. Luis G. Colecistectomía laparoscópica. Boletín de Escuela de Medicina. Vol. 23 No. 2, 1994. Universidad Católica de Chile. 2018
- 16.- Cevallos J. Complicaciones postquirúrgicas por colecistectomía laparoscópica. Hospital IESS. Riobamba 2008-2010. Ecuador.
- 17.- Caceres C. Et al. Colelap en geriatría, características pre y post operatorias realizadas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé. Huancayo. Peru. 2015.
- 18.- Molina C. F. Colecistitis Calculosa Aguda: Diagnostico y manejo. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII (618) 97-99. 2016.
- 19.- Nezam H Afdhal, MD. Et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Enero 2019.
- 20.- Pryor A. MD. Et al. Complications of laparoscopy surgery. Enero 2018.

21.- Ponce V. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio Bernales. Agosto. Lima. Perú. 2010.

ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: Salas Rivera, Brigette Elsa Aurora

ASESOR: Dr. Roy Martin Angulo Reyes

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Complicaciones en pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, de enero a diciembre del año 2018

VARIABLE: COMPLICACIONES			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
COMPLICACIONES MAYORES:			
LESIONES DE GRANDES VASOS	SI/NO	NOMINAL	Ficha de recolección de datos
LESION DE VIAS BILIARES	SI/NO	NOMINAL	
COMPLICACIONES MENORES:			
NAUSEAS Y/O VOMITOS	SI/NO	NOMINAL	Ficha de recolección de datos
FIEBRE	SI/NO	NOMINAL	
ILEO POST	SI/NO	NOMINAL	

OPERATORIO			Ficha de recolección de datos
INFECCION DE HERIDA	SI/NO	NOMINAL	
HEMORRAGIA	SI/NO	NOMINAL	
COLECCIONES ABDOMINALES	SI/NO	NOMINAL	
DOLOR POST OPERATORIO	SI/NO	NOMINAL	
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:			Ficha de recolección de datos
EDAD	AÑOS CUMPLIDOS	DE RAZÓN	
GÉNERO	FEMENINO/MASCULINO	NOMINAL	
ESTADÍA HOSPITALARIA	DÍAS	ORDINAL	

ANEXO N°2: INSTRUMENTO

TITULO: COMPLICACIONES EN PACIENTES POSTOPERADOS DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION, DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2018

AUTOR: BRIGGETTE SALAS RIVERA

FECHA:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° DE FICHA:

HISTORIA CLINICA:

LLENADO POR:

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD:

SEXO FEMENINO MASCULINO

DATOS CLINICOS:

Tiempo de evolución de la patología:

CUADRO CLINICO

Ictericia: SI () NO ()

Signo de Murphy SI () NO ()

Náuseas y vómitos SI () NO ()

Fiebre SI () NO ()

Cólico vesicular SI () NO ()

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO:

Colecistitis Aguda Calculosa SI () NO ()

Colecistitis Aguda Acalculosa SI () NO ()

Colecistitis Cronica calculosa SI () NO ()

Colecistitis Cronica acalculosa SI () NO ()

Colelitiasis

Otros: _____

Tiempo quirúrgico: < 1Hr () entre 1 y 2 Hr () >2 Hr ()

DIAGNÓSTICO POST-OPERATORIO:

Colecistitis aguda calculosa SI () NO ()

Colecistitis aguda acalculosa SI () NO ()

Colecistitis crónica calculosa SI () NO ()

Colecistitis crónica acalculosa SI () NO ()

Colelitiasis

Otros: _____

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS:

Lesión de grandes vasos SI () NO ()

Lesión de vías biliares SI () NO ()

Náuseas y/o vómitos SI () NO ()

Fiebre SI () NO ()

Íleo post operatorio SI () NO ()

Infección de herida quirúrgica SI () NO ()

Hemorragia SI () NO ()

Colecciones abdominales SI () NO ()

Dolor Post operatorio SI () NO ()

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA POST QUIRÚRGICA

_____ DÍAS

ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Angulo Reyes, Roy Martin
 1.2 Cargo e institución donde labora: Médico Docente UPSJB
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recoleccion de Datos
 1.5 Autora del instrumento: Salas Rivera, Briggette Elsa Aurora

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					/
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					/
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Complicaciones de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica					/
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					/
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					/
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de las complicaciones de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica					/
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					/
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					/
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptiva					/


III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplicada* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

89%

Lugar y Fecha: Lima, 7 Febrero de 2019


 M. G. Roy Martin Angulo Reyes
 C.M.P. 32882
 Firma del Experto
 D.N.I N° ...06150073
 Teléfono

Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Jeanne Quintanilla Garate (Cir.G)*
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recoleccion de Datos
 1.5 Autora del instrumento: Salas Rivera, Brigette Elsa Aurora

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					86%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					86%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Complicaciones de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica					86%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					86%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					86%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de las complicaciones de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica					86%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					86%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					86%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptiva					86%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplica (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

86%

Lugar y Fecha: Lima, 07 Febrero de 2019

Jeanne Quintanilla Garate
 Dra. Jeanne Quintanilla Garate
 Cirujana General
 Firma del Experto
 D.N.I./Nº *00264146*
 Teléfono *997395442*

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Elsi Bazán Rodríguez
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente UPSJB
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de Recoleccion de Datos
 1.5 Autora del instrumento: Salas Rivera, Briggette Elsa Aurora

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					86%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					86%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre Complicaciones de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica					86%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					86%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					86%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la descripción de las complicaciones de pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica					86%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					86%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					86%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación Descriptiva					86%


III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplica* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

86%

Lugar y Fecha: Lima, 09 Febrero de 2019


Elsi Bazán Rodríguez
 Experto
 D.N.I. N° 19209983
 Teléfono 997 414879

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: Salas Rivera, Briggette Elsa Aurora

ASESOR: Dr. Roy Martin Angulo Reyes

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Complicaciones en pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, de enero a diciembre del año 2018

53

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General:</p> <p>PG: ¿Cuáles son las complicaciones en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de enero a diciembre del año 2018?</p>	<p>General:</p> <p>OG: Conocer las complicaciones en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de enero a diciembre del año 2018.</p>	<p>En este caso no se requiere hipótesis por ser un estudio de tipo descriptivo</p>	<p>Variable:</p> <p>Complicaciones postoperatorias</p> <p>-Complicaciones Mayores</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesión de grandes vasos - Lesión de vías biliares <p>-Complicaciones menores</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nauseas y/o

<p>Específicos:</p> <p>PE 1: ¿Cuáles son las complicaciones mayores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica?</p> <p>PE 2: ¿Cuáles son las complicaciones menores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica?</p> <p>PE 3: ¿Cuáles son las características demográficas en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica?</p> <p>PE 4: ¿Cuál es el tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post</p>	<p>Específicos:</p> <p>OE1: Mencionar las complicaciones mayores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica.</p> <p>OE 2: Mencionar las complicaciones menores en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica</p> <p>OE 3: Describir las características demográficas en pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica</p> <p>OE 4: Mencionar el tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post</p>		<p>vómitos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Íleo post operatorio - Infección de herida - Hemorragia - Colecciones abdominales - Dolor post operatorio <p>-Características demográficas</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Genero <p>-Tiempo de estadía post quirúrgica</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Días
--	--	--	---

operados de colecistectomía laparoscópica con complicaciones?	operados de colecistectomía laparoscópica con complicaciones.		
DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
<p>- Nivel: Descriptivo</p> <p>- Tipo de Investigación: Observacional</p> <p>Transversal</p> <p>Retrospectivo</p>	<p>Población: Pacientes que acuden al Servicio de Cirugía General en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante enero a diciembre del 2018</p> <p>N = por definir</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica con reportes operatorios completos -Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda y/o crónica sometidos a cirugía laparoscópica -Pacientes operados por vía laparoscópica, quienes presentaron complicaciones postoperatorias 	<p>Técnica:</p> <p>Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p>	

	<p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none">-Pacientes operados de colecistectomía convencional durante el periodo de estudio.-Pacientes que presenten otras patologías diferentes a patología de vesícula biliar.-Pacientes con complicaciones tardías post cirugía laparoscópica. <p>Población Objetiva:</p> <p>Pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica que presentaron complicaciones.</p> <p>N: Por definir</p> <p>Tamaño de muestra: Por definir</p> <p>Muestreo: Probabilístico</p>	
--	---	--

