

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



**FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES
COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL
HOSPITAL SERGIO ENRIQUE BERNALES DURANTE
EL AÑO 2016**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
LUCY ESTELA MELHO RIOS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2018

ASESORA

DRA. ROSA BERTHA GUTARRA VILCHEZ

AGRADECIMIENTO

A Dios y mi familia quienes me han guiado y me dan fortaleza para seguir adelante. A mi asesora Dra. Rosa Gutarra Vílchez gracias por el tiempo, profesionalismo y enseñanza. Y a todos mis docentes y compañeros que me han apoyado en el desarrollo mi Tesis

DEDICATORIA

A mis hijos y esposo, por ser quienes me inspiran a luchar día a día y me motivan a lograr mis sueños.

A mis hermanos por el apoyo y confianza en lo necesario para cumplir mis objetivos como persona y profesional

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Establecer la frecuencia de las principales complicaciones intraoperatorias en la Colectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre 2016.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal, se evaluó 219 pacientes del servicio de cirugía General del Hospital Sergio E. Bernales. Que ingresaron al estudio según criterios de inclusión teniendo colectomía laparoscópica en el 2016 con un muestreo probabilístico simple de 510 pacientes. Por medio de una ficha de recolección de datos se obtuvo información de las historias clínicas de los pacientes. Se realizó análisis univariado para calcular la frecuencia de complicaciones. Además, un análisis bivariado para determinar la causa de conversión con la prueba de F Fisher para un p valor menor de 0.05.

RESULTADOS: La frecuencia de las principales complicaciones intraoperatorias en la colectomía laparoscópica fueron: dificultad de disección vesicular (9) 69%, hemorragias (2) 15%, perforaciones vesiculares (1) 8%, y daño del ducto biliar (1) 8%. El grupo etario con mayor porcentaje de complicaciones está comprendido entre 51 a 60 años concentrándose más del 50% de las complicaciones. El mayor porcentaje de complicaciones se presentó en el género femenino un 78%. En la incidencia de conversión de colectomía laparoscópica a colectomía abierta un 2% siendo las causas principales la dificultad para la disección de la vesícula y la hemorragia. Técnica quirúrgica más empleada fue la técnica francesa con un (180) 82%. Versus género masculino (39) 18%

.PALABRAS CLAVES: Colectomía Laparoscópica, Complicaciones intraoperatoria.

ABSTRACT

GENERAL OBJECTIVE to determine the main intraoperative complications in laparoscopic cholecystectomy at the Sergio E. Bernales National Hospital from January - December, 2016.

MATERIAL AND METHOD; Descriptive, cross-sectional study, 219 patients from the General Surgery Service of the Sergio E. Bernales Hospital were evaluated. They entered the study according to inclusion criteria having laparoscopic cholecystectomy in 2016 with a simple probabilistic sampling of 510 patients. By means of a data collection form, information was obtained from the patient's medical records. Univariate analysis was performed to calculate the frequency of complications. In addition, an invariado analysis to determine the cause of bivariate conversion with the F Fisher test for a p value less than 0.05.

RESULTS: The main intraoperative complications in laparoscopic cholecystectomy were: bleeding with 15%, vesicular perforations with 8%, difficulties in the removal of the gallbladder in 69%, being this the most frequent, and the damage of the bile duct by 8%. The age group with the highest percentage of complications was between 51 and 60 years, concentrating more than 50% of the complications. The highest percentage of complications occurred in the female gender with 78%. The incidence of conversion from laparoscopic cholecystectomy to open cholecystectomy was 2%, being the main causes being the difficulty of the removal of the dissection of the vesicle technique was the French technique with 82%.

KEY WORDS: Laparoscopic Cholecystectomy, Intraoperative Complications.

PRESENTACIÓN

La cirugía laparoscópica son técnicas operatorias más difundidas, en especial, aquellas que dé más fácil acceso como cavidades, y después de muchos años de utilización de estas técnicas se observaron que aparecieron más complicaciones no tan comunes, pero que, son importante conocerlos para poder actuar de manera adecuada ante cualquier de estas complicaciones.

Para entender mejor el trabajo, dividí en cinco capítulos:

En el primer capítulo, se realiza la identificación y formulación del problema, en el que se describe la importancia del buen uso de la tecnología para el desarrollo de intervenciones quirúrgicas que reduzcan la incidencia de complicaciones intraoperatorias.

En el segundo capítulo, marco teórico, iniciando con antecedentes que muestran estudios sobre frecuencias de las principales complicaciones que se presentan en una colelap y que se fueron superando con las técnicas operatorias.

En el tercer capítulo se desarrolla Metodología de la investigación. Para lo cual se utilizó un estudio, de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo y diseño observacional, retrospectivo de corte transversal. En el que desarrollamos el tipo de investigación, método, diseño, población y muestra de estudio, técnicas de recolección de datos y el procesamiento de las mismas. Por la naturaleza del estudio al ser de tipo descriptivo no se formula hipótesis. Identificándose las variables e indicadores que nos ayudaran a fundamentar el estudio.

En cuarto capítulo presentamos los resultados en cuadros, gráficos estadísticos para su estudio, conclusiones y discusión

En el quinto capítulo mencionamos las conclusiones y recomendaciones de frecuencias, de las principales complicaciones intraoperatorias en la Colecistectomía Laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales, en el año 2016.

INDICE

| | |
|---|------|
| CARÁTULA..... | I |
| ASESOR..... | II |
| AGRADECIMIENTO..... | III |
| DEDICATORIA..... | IV |
| RESUMEN..... | V |
| ABSTRACT..... | VI |
| PRESENTACIÓN..... | VII |
| ÍNDICE..... | VIII |
| LISTA DE TABLAS..... | X |
| LISTA DE GRÁFICOS..... | XI |
| LISTA DE ANEXOS..... | XII |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA | |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 2 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN..... | 2 |
| 1.4. OBJETIVOS..... | 3 |
| 1.4.1. GENERAL..... | 3 |
| 1.4.2. ESPECÍFICOS..... | 4 |
| 1.5. PROPÓSITO..... | 4 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1.ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS..... | 5 |
| 2.2.BASES TEÓRICA..... | 7 |
| 2.3.HIPÓTESIS..... | 10 |
| 2.4.VARIABLES..... | 10 |
| 2.5.DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS..... | 11 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 3.1.TIPO DE ESTUDIO..... | 13 |
| 3.2. ÁREA DE ESTUDIO..... | 14 |
| 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 14 |
| 3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 16 |
| 3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 16 |
| 3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS..... | 16 |

| | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----|
| CAPÍTULO IV: | ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | |
| 4.1. RESULTADOS..... | | 17 |
| 4.2. DISCUSIÓN..... | | 26 |
| CAPÍTULO V: | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| 5.1. CONCLUSIONES..... | | 28 |
| 5.2. RECOMENDACIONES..... | | 29 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | | 30 |
| ANEXOS..... | | 33 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|----|
| TABLA 1 | 17 |
| FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES. EN EL AÑO 2016. | |
| TABLA 2. | 18 |
| FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN GRUPO ETARIO DEL PACIENTE, EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016. | |
| TABLA 3. | 20 |
| FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN GÉNERO EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016 . | |
| TABLA 4. | 22 |
| TÉCNICA QUIRÚRGICA MAS EMPLEADA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016. | |
| TABLA 5. | 23 |
| INCIDENCIA DE CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016. | |
| TABLA 6. | 24 |
| PRINCIPALES CAUSAS DE COVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMÍA ABIERTA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016 . | |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 1..... | 17 |
| FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES. EN EL AÑO 2016 | |
| GRÁFICO 2. | 19 |
| FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN GRUPO ETARIO DEL PACIENTE, EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016 | |
| GRÁFICO 3. | 21 |
| FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN GÉNERO EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016. | |
| GRÁFICO 4. | 22 |
| TÉCNICA QUIRÚRGICA MAS EMPLEADA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016. | |
| GRÁFICO 5. | 23 |
| INCIDENCIA DE CONVERSIÓN EN LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016 . | |
| GRÁFICO 6. | 25 |
| PRINCIPALES CAUSAS DE CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMÍA ABIERTA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016 | |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| ANEXO N° 1 | |
| OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 34 |
| ANEXO N° 2 | |
| INSTRUMENTO..... | 35 |
| ANEXO N° 3 | |
| VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS | 36 |
| ANEXO N° 4 | |
| CARTA DE PRESENTACION..... | 40 |
| ANEXO N° 5 | |
| AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN..... | 41 |
| ANEXO N° 6 | |
| MATRIZ DE CONSISTENCIA..... | 42 |

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las intervenciones quirúrgicas generalmente tienen como objetivo ser lo más eficientes, rápidas y eficaces, también tienen objetivo posquirúrgico rápida recuperación, no complicaciones y pronta integración a la vida diaria normal. Sin embargo, en la búsqueda del desarrollo de nueva tecnología y nuevos procedimientos que puedan llegar a lograr lo ideal de las intervenciones quirúrgicas apareció la cirugía laparoscópica, que sin lugar a dudas se aproxima mucho a que se espera de una intervención quirúrgica ideal, pero aún se siguen presentando complicaciones posquirúrgicos¹.

Además, es importante que el desarrollo y la invención de la cirugía laparoscópica ha ayudado a realizar operaciones en cada vez menor tiempo con la misma o incluso más eficiencia y eficacia que las cirugías convencionales, también es importante que la recuperación se ha reducido drásticamente con el uso de este tipo de cirugía, al igual, que las complicaciones y es mucho más rápida la integración del paciente a su vida diaria normal; asimismo, esto ha reducido los costos en cuanto a gastos por estancia hospitalaria, y por complicaciones posquirúrgicas².

No obstante, ninguna técnica quirúrgica está exenta de sufrir alguna complicación, ni intraoperatoriamente ni postoperatoria; por esta razón es necesario estar al tanto y conocer cada una de las complicaciones que la cirugía laparoscópica pueda conllevar post cirugía.

Dentro de este contexto es muy importante conocer cada uno de las complicaciones de la cirugía laparoscópica, en especial la colecistectomía laparoscópica, ya que es la cirugía que se realiza en la mayoría de hospitales y la más difundida³.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de las principales complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica en pacientes atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Sergio Enrique Bernales, enero- diciembre del 2016?

- ¿Cuál es la frecuencia de las principales Complicaciones Intraoperatorias de la colecistectomía laparoscópica según grupo etario del paciente, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016?
- ¿Cuál es la frecuencia de las principales Complicaciones Intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica según el género del paciente, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016?
- ¿Cuál es la incidencia de conversión de colecistectomía laparoscópicas a colecistectomía abierta, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016?
- ¿Cuáles son las causas de conversión en colecistectomía laparoscópica a laparotomía, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016?
- ¿Cuál es la técnica quirúrgica más empleada en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica

Desde ya hace mucho tiempo, cuando se empezó a realizar los diversos tipos de cirugía siempre se buscó realizarlo cada vez con el menor tiempo posible, disminuir las complicaciones y que sea de recuperación rápida para el paciente. Ya en el siglo XX, se empezó a utilizar la laparoscopia pero no de forma tan eficiente como es en la actualidad, sin embargo, resulto ser uno de los más grandes avances en la cirugía en general ⁴.

Además, teniendo en cuenta que dentro de las cirugías más comunes y con mayor frecuencia se presenta, es la colecistectomía, siendo la extirpación de

la vesícula uno de los realizados también mediante este es relativamente nuevo; con el nuevo desarrollo de la tecnología y las maquinas usadas en este procedimiento, no se podía dejar de lado las complicaciones que esto generaría, razón por la cual se realizaron diversos estudios con el fin de determinar las complicaciones más frecuentes⁵.

Justificación práctica

Es necesario, estar a la vanguardia de los nuevos métodos y procedimientos, pero además también es necesario estar al tanto de las posibles complicaciones de cada uno de estos métodos, en este sentido es importante conocer las diversas complicaciones que se presentan en este nuevo método y que debemos estar en la capacidad de poder reconocer que es una complicación de la laparoscopia⁶.

Justificación metodológica

Una manera de poder analizar e identificar las complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica es la revisión de reportes operatorios en las historias clínicas, de donde se extrae la información vertida por los cirujanos a cargo de la intervención⁷.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERAL.

Determinar la frecuencia de las principales complicaciones intraoperatorias en la Colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016.

1.4.2. ESPECÍFICOS

- Determinar la “frecuencia de las principales Complicaciones Intraoperatorias de la colecistectomía laparoscópica según grupo etario del paciente, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016.”
- Establecer la “frecuencia de las principales Complicaciones Intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica según el género del paciente, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016”.
- Conocer la “incidencia de conversión de colecistectomía laparoscópicas a laparotomía en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016.”
- Identificar las “causas de conversión en colecistectomía laparoscópica a laparotomía, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016.”
- Determinar la “técnica quirúrgica más empleada en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016”.

1.5. PROPÓSITO

El presente estudio tiene como propósito poder contribuir en mejorar el uso de la tecnología para logra mejores resultados en los procesos quirúrgicos a través de la laparoscopia en el servicio de Cirugía General del Hospital Sergio E. Bernales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.

NACIONALES:

Cayetano C. (2014) El estudio realizado por el autor tuvo como objetivo determinar las principales complicaciones intraoperatorias en la colelap en el hospital Militar central, observo que la prevalencia de las complicaciones intraoperatorias que se presentaron en los pacientes operados de colelap fue elevada con respecto a estudios de investigación. 135 casos presentados en esta investigación, 7 pacientes se complicaron, por perforación de la vesícula biliar siendo la única encontrada. En los de pacientes operados predominaron los varones. y la edad más afectada en las complicaciones intraoperatorias estuvo comprendido en edades 41 y 60 años. Determinándose que la prevalencia de perforación de la vesícula biliar en la colelap fue alta, y fue nula en la prevalencia de hemorragia, extracción de la vesícula biliar, daño Intestinal, daño al ducto¹⁶.

Sánchez V. (2017) en su trabajo Factores asociados para conversión de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía, hospital nacional Hipólito Unanue, marzo 2015 y 2016 encontró que el plastrón vesicular fue la principal complicación y causa de conversión. La edad también es un factor de riesgo así como la obesidad²².

De La Cruz M (2015) en su tesis complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en hospitales Es salud Huancavelica y Gustavo Lanatta Lujan Huacho 2013- 2014" Huancayo 2015 encontraron más complicaciones en el hospital de Huacho con el porcentaje (8.4%) respecto al hospital de Huancavelica que tuvo 5.4%. El tipo de complicación fueron las conversiones las más frecuentes complicaciones intraoperatorias se dio en el género femenino y la causa de conversión más frecuente fueron las adherencias en ambos hospitales²³.

Vallejos V. (2016) Causas de conversión de colelap a colecistectomía abierta en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2015. El autor hizo un estudio de 867 colecistectomías laparoscópicas. Siendo la causa principal de conversión fue plastrón inflamatorio más en sexo femenino²⁴.

Rojas L. (2017) prevalencia de conversión de la colelap en el hospital militar central "CRL.Luis Arias Schreiber" 2016. Según el autor en el Hospital militar la prevalencia de conversión se presentó en sexo masculino y en pacientes mayores a 65 años y la causa hemorragia no controlable con el 37.5%²¹.

INTERNACIONALES:

Díaz S. y otros (2012) Colombia en el trabajo Experiencia en colecistectomía por laparoscopia en la Clínica Universitaria CES los autores realizaron 208 procedimientos de urgencia y 92 programadas encontrando que la causa principal de conversión y complicación fue la inflamación grave seguida de hemorragias y lesión de vías biliar más frecuente en mujeres que varones y el rango de edad entre 15 a 64 años²⁵.

Domínguez J. (2016) Managua en su estudio Incidencia de Complicaciones Asociadas a Colecistectomía Laparoscópica en Pacientes Intervenidos Quirúrgicamente en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, durante el 2015 Encontró que la principal complicación y causa de conversión fue la incapacidad de identificar la anatomía normal debido a alta reacción inflamatoria a nivel del triángulo hepatocístico y ligamento hepatoduodenal se presentó más en mujeres de sexo femenino²⁶.

Ali A. y colaboradores (2016) Pakistán en su artículo dificultades en colecistectomía laparoscópica realizaron un estudio observacional en el Hospital de atención terciaria de Karachi, Pakistán desde enero de 2012 hasta junio de 2015 en la que se estudió a 192 pacientes con cálculos múltiples encontrando edad promedio de 41 años y la complicación más frecuente

fueron por alteraciones anatómicas por la que se convirtieron a colecistectomía abierta 3,13%²⁷.

Raduvonic M. (2016) Montenegro estudio titulado “Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: Our Experience from a Retrospective Analysis 2016 1Faculty of Medicine, University of Montenegro”. Cuyo objetivo fue evaluar las complicaciones intraoperatorias de la colecistectomía laparoscópica, así como la frecuencia de las conversiones. El autor estudio 740 pacientes de los cuales 97 se complicaron intraoperatoriamente siendo las perforaciones iatrogénicas las más frecuentes y se presentan en varones mayoritariamente²⁸.

Prieto R. (2015) Ecuador realizo un estudio titulado “complicaciones y estancia hospitalaria de mujeres entre 15 y 90 años, sometidas a colecistectomía laparoscópica hospital Luis Vernaza año 2014-2015”. Cuyo objetivo fue determinar las complicaciones y conversiones de colecistectomía laparoscópica a laparotomía encontrando complicaciones como sangrado, y lesión de vía biliar que requirieron conversión. La edad promedio fue 42.86 años¹⁴.

2.2. BASE TEÓRICA

COMPLICACIONES

Se reportaron mayores frecuencias de lesiones biliares y de técnicas laparoscópica obteniendo 0,5% confrontado con la colecistectomía abierta que es de 0,1 a 0.2%^(8,21) que dependerá de la experiencia de cada cirujano ya que la tasa global de complicaciones internacionales oscilan entre 1.3 y 11.2%⁹.

Las tasas de complicaciones en la colecistectomía laparoscópica son mínimas, es necesario saberlas, ya que es objeto de estudio para la presente tesis. En los últimos años la complicación por colecistectomía laparoscópica

ha disminuido debido a que en la mayoría de los centros los programas de entrenamiento cuentan con cirujanos entrenados como tutores¹⁰.

COMPLICACIONES PRECOCES:

1) Baro trauma: Se da por hiperinsuflación, en el uso de insufladores no automatizados sin medidores de presión intraabdominal; con el riesgo de que la válvula se obstruya que. Pudiendo observarse al no haber desplazamiento del diafragma, y presiones de insuflación elevadas en las máquinas de anestesia; manifestándose la presencia de arritmias cardíacas pudiendo ser letales, la absorción de CO₂ y trastornos en el equilibrio ácido básico es una manifestación tardía¹¹.

2) Insuflación Extra peritoneal: Es una pequeña complicación que puede ser de gran dimensión, perturbar o impedir la cirugía de no ser observada. Todo esto se puede obviar colocando correctamente de la aguja de Veress en cavidad peritoneal¹².

3) Enfisema Subcutáneo: La punta de la aguja de Veress no penetra en la cavidad peritoneal. Ocasionando acumulo de gas en el tejido subcutáneo.¹³

4) Embolia gaseosa: Es infrecuente puede suceder iniciando la operación, al canaliza un vaso del epiplón, o al tener un lecho hepático sangrante y problemas en el seno venoso abierto existiendo hiperinsuflación¹⁴.

5) Lesiones con la aguja de Veress o con trocares: Puede ocurrir en la primera punción, por ser un procedimiento ciego tener cuidado al ingresar a la cavidad abdominal, por la penetración de los instrumentos cuando hubo cirugías previas, y la posibilidad de Adherencias viscerales en la pared,

pudiendo ocasionar lesiones. En pacientes de bajo peso el paso brusco puede lesionar grandes vasos. La gravedad de la lesión dependerá del instrumento que la causa, generalmente las lesiones de una víscera, por aguja de Veress lo recomendable es observación a no ser que haya fuga, igualmente en lesiones a estructuras vasculares, se observa a menos que haya hemorragia. Pero cuando hay lesiones secundarias a la penetración de trocares para repararlas se recomienda la conversión. Otra dificultad puede ocurrir durante la cirugía o al final es dañar alguna asa o víscera maciza especialmente el hígado, produciendo hemorragia; o, atrapamiento o pellizcamiento del intestino por el orificio de la pared abdominal al retirar los trocares o en el cierre del orificio umbilical¹⁵.

6) Hemorragia: puede ocurrir al inicio la cirugía, la insuflación hasta el retiro del último trocar. El sangrado producido por la aguja de Veress se controla por si solo o por la acción de agentes vasopresores, al lesionarse vasos del epiplón es preferible ligar o coagular. Otro tipo de sangrado es ocasionado por mala ligadura de la arteria cística o sus ramas o por desgarramiento o por excesiva tracción vesicular y agresión instrumental se lesiona el hígado¹⁶.

7) Fuga biliar. Se clasificar por su origen en:

Lecho vesicular.

Conducto cístico.

Conductos extra hepáticos.

Cuando existe fuga durante el procedimiento intraoperatorio, independientemente de su origen, debe repararse y dejar dren, favoreciendo una fístula biliar externa que cerrará en una a dos semanas a salvo que esté obstruido el colédoco distal. En el postoperatorio cuando hay dolor y

resistencia en hipocondrio derecho o en forma difusa con o sin fiebre y no se produce drenaje puede haber algún problema,

El cuadro es más severo y evidente, sospechar el origen en el cístico, ya sea porque la grapa se movió o por obstrucción distal de la vía biliar. En lesiones de la vía biliar postoperatorio actuar de acuerdo al tiempo detectable¹⁷.

8) Perforación de la vesícula Biliar: Lesión ocasionada por la ruptura de pared vesicular, vertiendo al exterior. Muchas veces se observa en el cuadro de colecistitis aguda y puede pasar generalmente al separar la vesícula del lecho hepático¹⁸.

9) Lesiones por energía: Es ocasionado por el uso incorrecto del electrocauterio, desde perforación de víscera hueca, hemorragia y lesión de los conductos; sus manifestaciones pueden ser transoperatoria¹⁹.

2.3. HIPÓTESIS

Debido a la naturaleza de este estudio no se realiza hipótesis.

2.4. VARIABLES

- Edad
- Sexo
- Incidencia de técnica Quirúrgica utilizada
- Complicaciones intraoperatorias
- Conversión a Laparotomía

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.

Edad

- **Concepto**

Tiempo transcurrido entre el día, mes y año de nacimiento .²⁹

- **Escala de Medición**

Ordinal

< 20

21 - 30 años

31 - 40 años

41 - 50 años

51 - 60 años

>de 60 años

Sexo

- **Definición Conceptual**

Característica biológica que clasifica a los seres humanos en hombres y mujeres³⁰.

- **Escala de Medición**

Nominal

2 = femenino

1 = masculino

Técnica quirúrgica utilizada

- **Definición Conceptual**

Procedimiento que involucra la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea de diagnóstico, terapéutico, o pronóstico²⁰.

Escala de Medición

Francesa = 1

Americana = 2

Complicaciones intraoperatorias.

- **Definición Conceptual**

Cualquier alteración durante la cirugía respecto a la respuesta local y sistémica del paciente. Puede o no estar asociada a la enfermedad por la cual la cirugía es realizada⁹.

- **Escala de Medición.**

| | | |
|--|--------|--------|
| Dificultad en la disección de la vesícula biliar | Si = 1 | No = 2 |
| Hemorragia. | Si = 1 | No = 2 |
| Perforación de vesícula biliar. | Si = 1 | No = 2 |
| Lesión del ducto biliar. | Si = 1 | No = 2 |
| Daño intestinal. | Si = 1 | No = 2 |

Conversión a laparotomía

- **Definición Conceptual**

Cambio en el procedimiento quirúrgico inicial a una cirugía abierta transabdominal⁸.

- **Escala de Medición** SI = 1 No = 2

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación de acuerdo a su intervención es:

Por su Finalidad:

Es un tipo de investigación clínica ya que su intención fundamental es extender el conocimiento, mediante la información recolectada de las historias clínicas

Según su alcance:

Es una investigación descriptiva que busca detallar propiedades, características y rasgos importantes de la información recolectada de las historias clínicas.

Según su enfoque:

Es cuantitativa ya que se centra en los aspectos observables y susceptibles de cuantificación, recogiendo información recolectada de las historias clínicas sobre las veces que se presenta la complicación.

Según las veces en que se mide la variable:

Es de tipo transversal, ya que la recolección de la información se realiza en un único momento. La aplicación del instrumento a la historia clínica es única.

Según en tiempo en que se mide la variable:

Es una investigación retrospectiva orientada al análisis de hechos ya que recoge información desde una perspectiva inductiva, el objetivo es establecer la casuística.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital Sergio E. Bernales se encuentra ubicado en el Perú, departamento de Lima, Provincia de Lima, Distrito de Comas en la Av. Túpac Amaru N° 8000 Km. 14.5.

El Hospital Sergio E. Bernales cuenta con servicio de Cirugía General, sala de operaciones la cual atiende a pacientes programados y de emergencia.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

Personas de 18 años a más que han sido intervenidas quirúrgicamente de colecistitis mediante técnica laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales. Siendo la Criterios de inclusión:

- Pacientes que hayan sido sometidos a una colecistectomía laparoscópica durante el año 2016.
- Pacientes que durante la intervención quirúrgica tiene una edad de 18 a más.
- Pacientes atendidos e intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Sergio E. Bernales por colecistitis mediante laparoscopia.

Criterios de exclusión

- Pacientes con Historia Clínica Incompleta.

Muestra:

Estuvo constituida por 219 pacientes seleccionadas de forma probabilístico, esta muestra fue calculada con los siguientes datos.

Formula:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{\alpha}^2}{e^2(N-1) + \sigma^2 Z_{\alpha}^2}$$

n = tamaño de la muestra 219.

N = tamaño de la población.510

σ = Desviación estándar de la población, que cuando no se tiene su valor, se utilizarse un valor constante de 0,5.

n = 219

N = 510

$\sigma = 0,5$.

Z_{α} : 1.96 para el 95% de confianza es = 5%.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento ficha de recolección de datos diseñada por el investigador y validada por 3 expertos.

El instrumento consta de 9 ítems agrupados en 3 segmentos los cuales son:

- I.- Los datos generales: con 2 ítems.
- II.- Técnica Quirúrgica empleada, con 2 ítems.
- III.- Complicaciones quirúrgicas presentadas, con 6 ítems.
- IV.- Conversión a laparotomía, con 1 ítem

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de la recolección de los datos inicia con la solicitud de permiso de aplicación del instrumento, realizado a la oficina de Docencia e Investigación del Hospital Sergio E. Bernales. Una vez obtenida la autorización se programa las actividades para la recolección de las mismas, El instrumento se aplicó a las Historias Clínicas de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital la cual tiene una duración de 3 minutos por historia. La aplicación se realiza en las áreas de estadística del Hospital, La recolección de datos fue realizado los meses de Julio y agosto del 2017, con un promedio de 20 historias por día, dos veces por semana.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de la aplicación del instrumento de recolección de datos en el Hospital Sergio E. Bernales, se elaborará una matriz de recopilación de datos en Excel a fin de tener una vista panorámica de los datos. Para la medición y el análisis de los datos que se obtengan, se utilizará el programa estadístico SPSS Statistics Base 24 con el cual se realizarán el análisis de las frecuencias, tablas y gráficos, descriptivos y de correspondencias.

CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA 1

FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES. EN EL AÑO 2016

n = 219

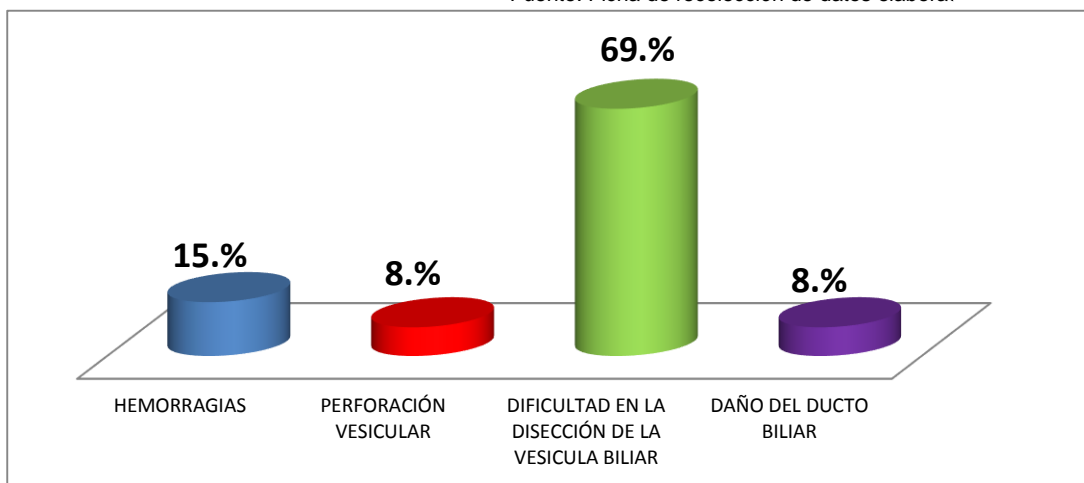
| COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS | Frecuencias | % | % de la muestra |
|--|-------------|------------|-----------------|
| HEMORRAGIAS | 2 | 15 | 0.91% |
| PERFORACIÓN VESICULAR | 1 | 8 | 0.46% |
| DIFICULTAD EN LAEXTRACCIÓN DE LA VESICULA BILIAR | 9 | 69 | 4.1% |
| DAÑO DEL DUCTO BILIAR | 1 | 8 | 0.46% |
| TOTAL | 13 | 100 | 5.93% |

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por el autor

GRÁFICO 1

FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES. EN EL AÑO 2016.

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborac n = 219



Interpretación:

En tabla 1 y grafico 1 se observa las frecuencias de las principales complicaciones intraoperatorias en la Colectomía Laparoscópica fueron: La dificultad en la disección en 69% (9) del total de las complicaciones, seguida de las hemorragias con un 15% (2), la perforación vesicular con un 8% (1) y daño del ducto biliar con un 8% (1). Obteniéndose así un 6% (13) de complicaciones intraoperatorias en la colectomía laparoscópica.

TABLA 2

FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS DE LA COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN GRUPO ETARIO DEL PACIENTE, EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2016.

n = 219

| GRUPOS DE EDAD*COMPLICACIONES | | | COMPLICACIONES | | Total | |
|-------------------------------|--------------|----------------------------|----------------------------|------------|--------|--------|
| | | | No se complicaron | Frecuencia | | |
| GRUPOS DE EDAD | <20 | Recuento | 8 | 1 | 9 | |
| | | % dentro de COMPLICACIONES | 3,9% | 8,3% | 4,1% | |
| | 21 a 30 | Recuento | 36 | 1 | 36 | |
| | | % dentro de COMPLICACIONES | 17,4% | 0,0% | 16,4% | |
| | 31 a 40 | Recuento | 46 | 3 | 49 | |
| | | % dentro de COMPLICACIONES | 22,2% | 25,0% | 22,4% | |
| | 41 a 50 | Recuento | 49 | 2 | 51 | |
| | | % dentro de COMPLICACIONES | 23,7% | 16,7% | 23,3% | |
| | 51 a 60 | Recuento | 31 | 4 | 35 | |
| | | % dentro de COMPLICACIONES | 15,0% | 33,3% | 16,0% | |
| | > 60 | Recuento | 37 | 2 | 39 | |
| | | % dentro de COMPLICACIONES | 17,9% | 16,7% | 17,8% | |
| | Total | | Recuento | 206 | 13 | 219 |
| | | | % dentro de COMPLICACIONES | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

P 0.378

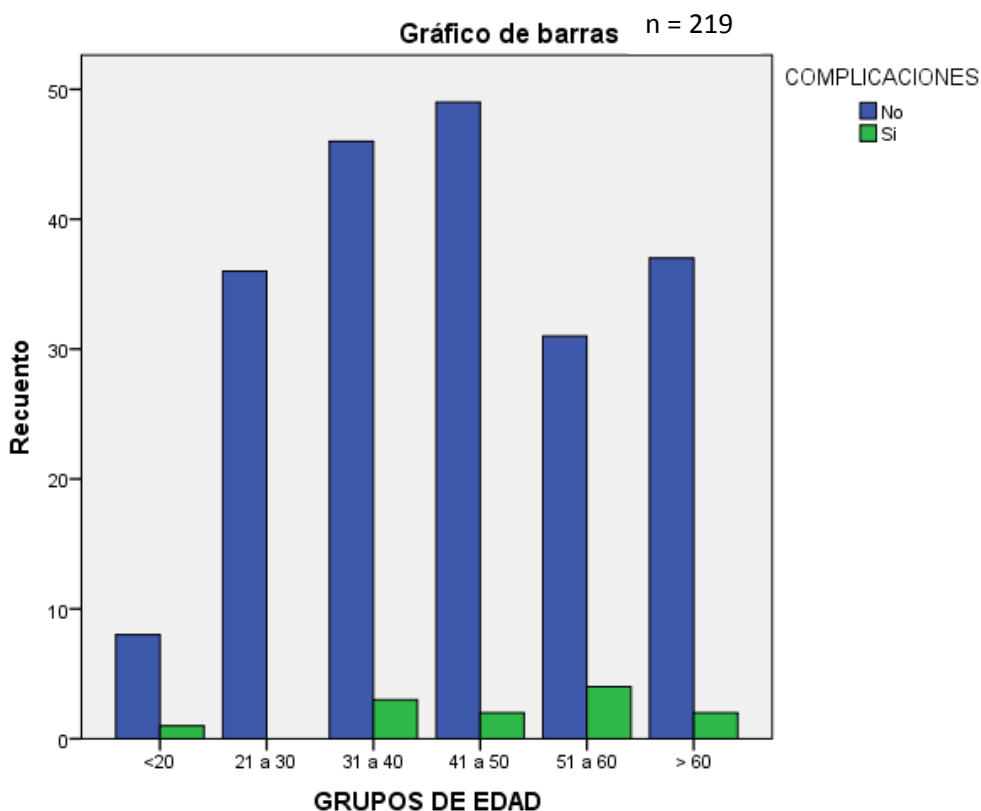
Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por el autor

Interpretación:

En la tabla 2 se observa las frecuencias de las principales complicaciones intraoperatorias en la Colectomía Laparoscópica se dieron en el grupo etareo de 51 a 60 años (4) seguida de 31 a 40 años (3) total de complicaciones 13 no complicados 206 de un total de 219 pacientes

GRÁFICO 2

FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN GRUPO ETARIO DEL PACIENTE, EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE ENERO - DICIEMBRE DEL 2



Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por el autor

Interpretación:

En el gráfico 2 se observa que las frecuencias de las principales complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica se presentaron en el grupo etario de 51 a 60 (4) complicaciones, seguido del grupo etario de 31 a 40 años con (3) complicaciones

TABLA 3

FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEGÚN GÉNERO EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016

n = 219

| GENERO | FEMENINO | | MASCULINO | | TOTAL |
|--|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------|
| | Frecuencias | % | Frecuencias | % | |
| HEMORRAGIAS | 1 | 8 | 1 | 8 | 2 |
| PERFORACIÓN VESICULAR | 0 | 0 | 1 | 8 | 1 |
| DIFICULTAD EN LA DISECCION DE LA VESICULA BILIAR | 8 | 62 | 1 | 8 | 9 |
| DAÑO DEL DUCTO BILIAR | 1 | 8 | 0 | 0 | 1 |
| TOTAL | 10 | 78 | 3 | 24 | 13 |

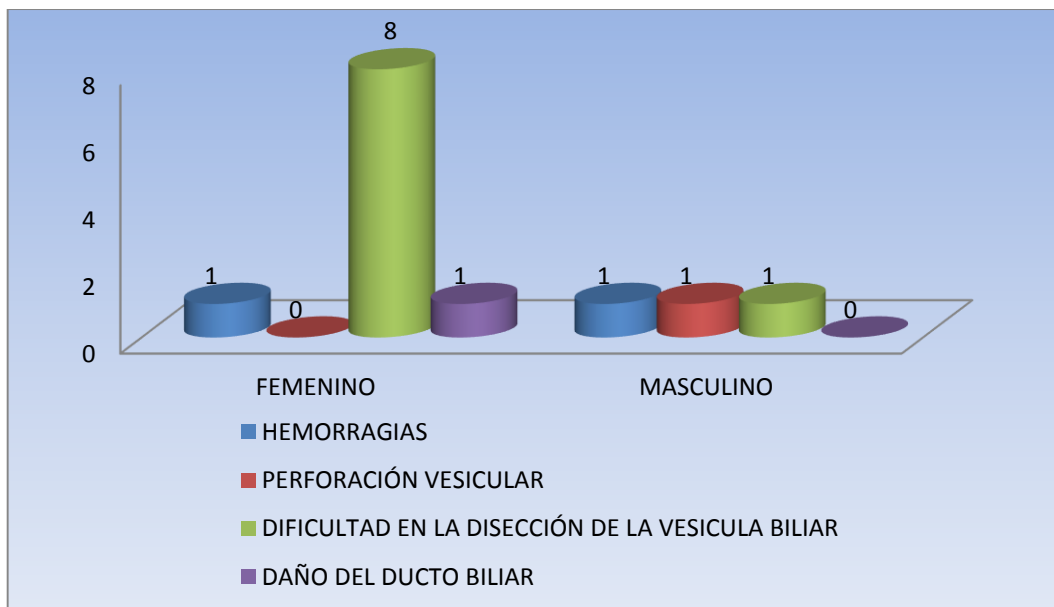
P = 0.503

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por el autor

GRÁFICO 3

FRECUENCIAS DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA SEGÚN GÉNERO EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016

n = 219



Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por el autor

Interpretación:

En la tabla 3 y el gráfico 3 se observa los porcentajes de las frecuencias de las principales complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica según género, teniendo un 78% (10) en el género femenino y 24% (3) en el género masculino, siendo la dificultad en la disección de la vesícula biliar la de mayor frecuencia con un 62% (8) en el género femenino y un 8% (1) en el género masculino, en cuanto al daño del ducto biliar un 8% (1) en el género femenino y 0% (0) en el género masculino, hemorragias para

ambos géneros se presentó en un 8% (1) y en la perforación vesicular en el género masculino se dio en un 8% (1) y 0% en el género femenino.

TABLA 4

TÉCNICA QUIRÚRGICA MAS EMPLEADA EN LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016

n = 219

| TÉCNICA EMPLEADA | Frecuencias | % |
|-------------------|-------------|-----|
| TÉCNICA FRANCESA | 180 | 82 |
| TÉCNICA AMERICANA | 39 | 18 |
| TOTAL | 219 | 100 |

P = 0.915

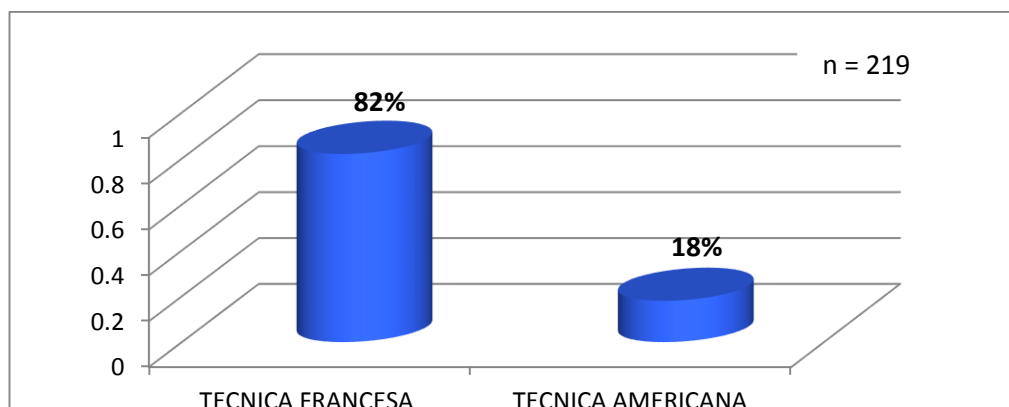
Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por el autor

Interpretación:

En la tabla 4 y el gráfico 4 se observa que la técnica quirúrgica más utilizada es la técnica francesa 82%(180) seguida de la técnica americana 18% (39).

GRÁFICO 4

TÉCNICA QUIRÚRGICA MAS EMPLEADA EN LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016



Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por el autor

TABLA 5

INCIDENCIA DE CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA A LAPAROTOMIA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016

n = 219

| INCIDENCIA DE CONVERSIÓN | N° | % |
|--------------------------|-----|-----|
| SI | 5 | 2 |
| NO | 214 | 98 |
| TOTAL | 219 | 100 |

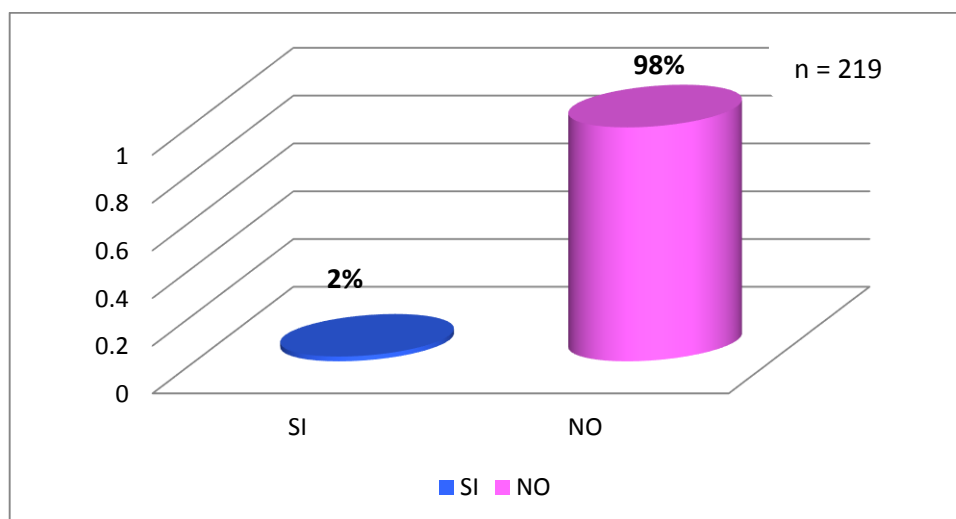
Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por el autor

Interpretación:

En la tabla 5 se observa que la incidencia de conversión de la colecistectomía laparoscópica en laparotomía es un 2% (5).no se convirtieron (214) 98%

GRÁFICO 5

INCIDENCIA DE CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA A LAPAROTOMIA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016



Interpretación:

Gráfico 5 se observa que la incidencia de conversión de la colecistectomía laparoscópica en laparotomía fue de un 2% (5). Y no convirtieron un 98 (214)

TABLA 6

PRINCIPALES CAUSAS DE CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMIA ABIERTA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016.

| | | CONVERSIONES n = 219 | | | |
|----------------------|--|----------------------------------|--------|--------|--------|
| | | No | Si | Total | |
| CAUSAS DE CONVERSION | NINGUNA | Recuento | 208 | 0 | 208 |
| | | % dentro de CAUSAS DE CONVERSION | 100,0% | 0,0% | 100,0% |
| | HEMORRAGIA | Recuento | 0 | 2 | 2 |
| | | % dentro de CAUSAS DE CONVERSION | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | DIFIDULTAD EN LA DISECCION DE LA VESICULA BILIAR | Recuento | 6 | 2 | 8 |
| | | % dentro de CAUSAS DE CONVERSION | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | PERFORACION DE LA VESICULA BILIAR | Recuento | 0 | 0 | 0 |
| | | % dentro de CAUSAS DE CONVERSION | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| | DAÑO DEL DUCTO | Recuento | 0 | 1 | 1 |
| | | % dentro de CAUSAS DE CONVERSION | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| Total | | Recuento | 214 | 5 | 219 |
| | | % dentro de CAUSAS DE CONVERSION | 97,7% | 2,3% | 100,0% |

P 0.000 (F de Fisher)

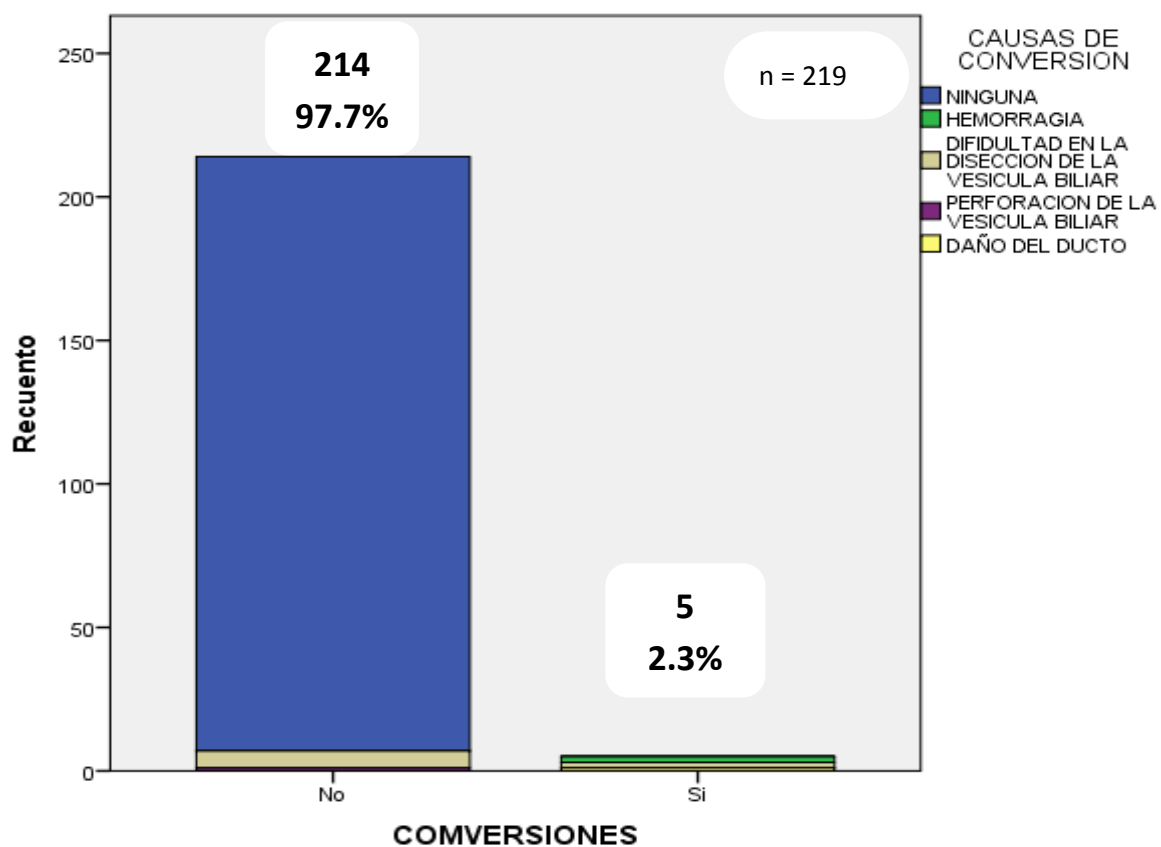
Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por el autor

Interpretación:

En la tabla 6 se observa que las principales causas de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta, siendo la hemorragia la causa más importante de conversión con un 100% (2), seguido de la dificultad en la disección de la vesícula biliar con un 75% (8), y el daño del ducto biliar un 100. % (1). Y la perforación de la vesícula 0.0% (0)

GRÁFICO 6

PRINCIPALES CAUSAS DE CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMIA ABIERTA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES EN EL AÑO 2016



Fuente: Ficha de recolección de datos elaborado por el autor

Interpretación:

En el gráfico 6 se observa que las principales causas de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta, siendo la hemorragia la causa más importante de conversión con un 100% (2), seguido de la dificultad en la disección de la vesícula biliar con un 100% (8), 2 (75%) se convirtieron y el daño del ducto biliar un 100% (1). Y la perforación de la vesícula un 0.0% (0).

4.2. DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se buscó identificar las frecuencias de las principales complicaciones intraoperatorias de la colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Sergio E. Bernaldes de enero a diciembre del 2016 con una muestra de 219 pacientes en el que encontramos 5.93 % (13) de complicaciones intraoperatorias los que comparado con estudios nacionales e internacionales como Cayetano 5% De la Cruz 8% Álvarez 4.6% ²⁰. Estamos dentro del promedio estadístico que es de 1.3 y 11% ^{8,21}.

El grupo etáreo que está comprendida entre 18 a 80 años siendo promedio de 44,21 años. Este resultado es menor a los estudios nacionales de Cayetano quienes encontraron una edad promedio de es de 55.34 años, Sánchez la edad promedio es mayor de 50 años Así mismo, es similar a estudios internacionales como Ali A. 41.30 +-8.43 años (rango de 26 a 68 años) mientras que Rojas L. mayores de 65 años. Esta población se caracteriza por tener un grupo de géneros donde que el género femenino es el más frecuente 78% con resultados parecidos a estudios nacionales como Sánchez 44 .4% De la Cruz 64.3% e internacionales como Miodrag 67.8% Domínguez 82% Prieto 30.9%. La técnica quirúrgica más utilizada es la francesa 82% ²².

La incidencia de conversión en mi trabajo fue de 2%; en trabajos nacionales como Rojas 5.7% De la Cruz 4.2% Internacional Domínguez 11% estamos dentro de la estadísticas nacional e internacional que es de 0.8 a 11% ²³.

Las principales causas de conversión son las hemorragias (2) dificultad para disección (2) , perforación de la vesícula (1) coincide con estudios nacionales como Rojas 37.5% hemorragias dificultad para disección 25.2% De la Cruz Hemorragias 14.3% Domínguez; hemorragias y daño del ducto, 11.5% Prieto 8.6% por sangrado, lesión de vías biliares 1.1% mi trabajo coincide con estudios nacionales e internacionales que la principal complicación intraoperatorias y causa de conversión son las hemorragias.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Se determinó que las frecuencias de las principales complicaciones intraoperatorias de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre 2016, fueron: 5.93 % (13) de complicaciones intraoperatorias, la dificultad en la disección de la vesícula biliar, (9) 69% hemorragias, (2) 15% daño del ducto biliar (1) 8% y la perforación vesicular (1) 8%.
2. Se determinó que las frecuencias de las principales complicaciones intraoperatorias de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016, según grupo etario fueron: de 51 a 60 años, (4) 33.3% seguido de 31 a 40 años (3) 25.0% 41 a 50 (2) 18.7% >60 (2) 16,7% <20 (1) 8.3% 21 a 30 (1)
3. Se determinó que las frecuencias de las principales complicaciones intraoperatorias de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016, según genero fueron: en el sexo femenino se presentaron en mayor porcentaje la dificultad en la disección de la vesícula biliar, (10) 78% y en los varones tanto las hemorragias, perforación vesicular como dificultad en la disección de la vesícula biliar. (3) 24%.
4. La incidencia de conversión de colecistectomía laparoscópicas a colecistectomía abierta, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016 fue de (5) 2%. No se convirtieron (214) 98%.
5. Las principales causas de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016 fueron las hemorragias (2) 100%, dificultades para la disección de la vesícula (2) 75%. daño del ducto biliar (1) 100%, perforación de la vesícula (0) 0.0% total de conversión (5) 2.3%.

6. La técnica quirúrgica más empleada en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016 fue la técnica francesa con un (180) 82% versus la americana (39) 18%.

5.2. RECOMENDACIONES

7. Las técnicas laparoscópicas actualmente empleadas son de gran versatilidad, lo que se requiere es una mayor capacitación técnica de los cirujanos, por lo que se requeriría implementar con simuladores modernos para una capacitación continua y permanente.
8. Promover campañas informativas, preventivas promocionales, especialmente en madres y en población escolar, para de esa manera disminuir la incidencia de colecistitis y reduciendo así las complicaciones intraoperatorias por la cronicidad de la patología.
9. Implementar dentro de las pruebas preventivas en las mujeres el control ecográfico abdominal con el fin de identificar en forma temprana las patologías vesiculares y así una intervención quirúrgica temprana y de esa manera reducir las complicaciones intraoperatorias.
10. Para reducir la tasa de conversión se recomienda mejorar la destreza en la técnica operatoria empleada y mejorar los criterios que determinan el tipo de técnica operatoria a aplicarse.
11. Mejorar la destreza del cirujano operatoria frente a la diversidad de adversidades que se presentan en el intraoperatorio, contar con equipos mejor implementados.
12. Reforzar el uso de ambas técnicas operatorias para la complementariedad del equipo de cirujanos y hacer frente a las diferentes circunstancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez C. Historia de la cirugía laparoscópica: particularidades de su introducción y desarrollo en Cuba. Diciembre 2013 P. 206
2. Guerrero J La cirugía de invasión mínima: antecedente histórico; Mex Jul 2014 P.377,378,380
3. Valle O. cirugía laparoscópica de urgencia en un hospital de tercer nivel España 2016 P.12,14
4. García Ruiz Evolución histórica de la cirugía laparoscópica Mex junio 2016 P.105.
5. Bonilla F Cirugía del día: colecistectomía laparoscópica. ¿Es factible en nuestro medio? Uruguay 2016 P.276 Ulloa F. colecistectomía laparoscópica. Experiencia de 20 años en el hospital militar mayor Alberto Alvarado Cobos Ecuador 2015 P.19, 20.
6. Pekoloj J. Complicaciones de la cirugía abdominal Argentina 2015 P, 26,28.
7. Mendoza M. tesis Determinación de factores que proceden a la conversión de la cirugía colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional en el área de cirugía del hospital 2014.Ecuador P.18
8. Cayetano C. tesis prevalencia de complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica en el hospital Militar Central “Crl. Luis Arias Schreiber” 2014 P.19, 24.
9. Vitolo F colecistectomía laparoscópica aspectos médico-legales y manejo de riesgos España 2016 P.7, 8.
10. Olive J. Complicaciones relacionadas con anestesia en cirugía laparoscópica Cuba 2013 P.62.
11. Cristóbal L. Uso de trocar óptico en cirugía bariátrica España 2015 P.1
12. Ortiz J. neumoperitoneo principios básicos. Costa rica y Centroamérica 2014 P.755, 757.

13. Prieto R. tesis complicaciones y estancia hospitalaria de mujeres entre 15 y 90 años, sometidas a colecistectomía laparoscópica hospital Luis Vernaza año 2014-2015 Ecuador P.19.
14. Altamirano M. y otros Resultados del tratamiento endoscópico en fugas biliares. Experiencia del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS Mex. Jun 2016 P.55, 60.
15. Cayetano C. tesis prevalencia de complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Militar Central "Crl. Luis Arias Schreiber" año 2014 Perú P.85.
16. Prieto R. tesis complicaciones y estancia hospitalaria de mujeres entre 15 y 90 años, sometidas a colecistectomía laparoscópica hospital Luis Vernaza año 2014-2015 Ecuador P.22.
17. Álvarez L. colecistectomía laparoscópica difícil estrategias de manejo 20013 Colombia P.186.
18. Zamudio R. tesis Determinar los factores de riesgo en la conversión de colelap a colecistectomía convencional en pacientes de cirugía general del AHNHU durante el periodo abril septiembre del 2015 Perú P.7.
19. Rodríguez A. Eficacia y seguridad de la técnica francesa de colecistectomía laparoscópica Vol. 17 abril-Junio México 2016 P.74, 75.
20. Rojas L. tesis Prevalencia de conversión de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Militar central "CRL.Luis Arias Schreiber" 2016. Perú 2017 P.7.
21. Sánchez V. tesis Factores asociados para conversión de colecistectomía laparoscópica en el departamento de cirugía, Hospital Nacional Hipólito Unanue, marzo 2015 a marzo 2016 P.5-93.
22. De La Cruz M. tesis complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en hospitales Es salud Huancavelica y Gustavo Lanatta Lujan Huacho 2013- 2014" P.10, 49.

23. Vallejo V. Tesis Causas de conversión de colecistectomía laparoscópica en colecistectomía convencional en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015 P.6, 49.
24. Díaz S. Experiencia en colecistectomía por laparoscopia en la Clínica Universitaria CES Colombia 2012 P.275, 279.
25. Domínguez J. Complicaciones Asociadas a Colecistectomía Laparoscópica en Pacientes Intervenido Quirúrgicamente en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, 2015 Managua P.6, 60.
26. Ali A. y colaboradores Dificultades en colecistectomía laparoscópica en el Hospital de atención terciaria de Karachi, Pakistán 2012 - 2015 P.3, 5.
27. Raduvonic M Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: Our Experience from a Retrospective Analysis 2016 Faculty of Medicine, University of Montenegro P.1.
28. Flores M. Conceptos Básicos de Demografía 2016 P1.
29. Girondella Definiciones de sexo y genero 1012 P.1.

ANEXOS

ANEXO N° 01 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | INDICADOR | FUENTE |
|---------------|---------------------------------|---|--|------------------|----------|---|-------------------------------|
| Independiente | Edad | Tiempo de vida expresado en años. | Tiempo de vida expresado en años al momento de la recolección de dato. | Cuantitativa | Discreta | < 20 21 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años >de 60 años | Ficha de recolección de datos |
| | Sexo | Es la característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en femeninos y masculinos. | Diferenciación por género femenino o masculino. | Cualitativa | Nominal | 2 = femenino 1 = masculino | Ficha de recolección de datos |
| | Técnica quirúrgica utilizada | Es un procedimiento que implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea de diagnóstico, terapéutico, o simplemente de pronóstico. | El procedimiento quirúrgico usado en el tiempo de la investigación. Que puede ser de la escuela Francesa o Americana | Cualitativa | Nominal | 1 = francesa 2 = americana | Ficha de recolección de datos |
| Dependiente | Complicaciones Intraoperatorias | Cualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente durante la cirugía. Puede o no estar asociada a la enfermedad por la cual la cirugía es realizada. | Complicaciones que afectan a los pacientes durante la colecistectomía laparoscópica en el periodo de estudio. | cualitativa | Nominal | Hemorragia. Si = 1 No = 2 Perforación de vesícula biliar. Si = 1 No = 2 Dificultad en la disección de la vesícula biliar. Si = 1 No = 2 Daño del ducto biliar. Si = 1 No = 2 Daño intestinal. Si = 1 No = 2 | Ficha de recolección de datos |
| | Conversión a Laparotomía | Cambio en el procedimiento quirúrgico inicial a una cirugía abierta transabdominal. | Cambio a cirugía abierta de la población en estudio. | cualitativa | Nominal | 1 = Si 2 = No | Ficha de recolección de datos |

ANEXO 2

INSTRUMENTOS

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

- EDAD: <20 AÑOS
- GENERO: MASCULINO (1) FEMENINO (2)

II. TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA:

POSICION EUROPEA (1)

POSICION AMERICANA (2)

III. COMPLICACIONES DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA:

- HEMORRAGIAS SI (1) NO (2)
- PERFORACIÓN VESICULAR SI (1) NO (2)
- DIFICULTAD EN LA DISECCION

DE LA VESICULA BILIAR SI (1) NO (2)

- DAÑO DEL DUCTO BILIAR SI (1) NO (2)
- DAÑO INTESTINAL SI (1) NO (2)

- NINGUNO SI () NO ()

IV. CONVERSION A LAPAROTOMIA SI (1) NO (2)


Dr. Roger Bertha Ojeda Viquez
Médico General - Otorinolaringólogo
C.M.P. 20789 - R.N.E. 11427


Dr. Roger Bertha Ojeda Viquez
Médico General - Otorinolaringólogo
C.M.P. 20789 - R.N.E. 11427

ANEXO N° 3 VALIDEZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: VARIABLES

| N° | VARIABLES | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|----|--|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | VARIABLES INDEPENDIENTES | | | | | | | |
| 1 | EDAD | X | | X | | X | | |
| 2 | SEXO | X | | X | | X | | |
| 3 | INCIDENCIA DE TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA | X | | X | | X | | |
| | VARIABLES DEPENDIENTES | | | | | | | |
| 4 | COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS | X | | X | | X | | |
| 5 | HEMORRAGIA | X | | X | | X | | |
| 6 | PERFORACION DE VESICULA VILIAR | X | | X | | X | | |
| 7 | DIFICULTAD EN LA DISECCION DE LA VESICULA BILIAR | X | | X | | X | | |
| 8 | DAÑO DEL DUCTO BILIAR | X | | X | | X | | |
| 9 | DAÑO INTESTINAL | X | | X | | X | | |
| 10 | CONVERSION A LAPAROTOMIA | X | | X | | X | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr./ Mg: BALTAZAR MATEO CESAR RUBEN DNI: 08447730

Especialidad del validador:

...31.....de...ENERO.....del 2017

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

.....
CÉSAR A. BALTAZAR M.
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 19068. P.N.E. 14010

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: VARIABLES

| Nº | VARIABLES | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|----|--|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| | VARIABLES INDEPENDIENTES | | | | | | | |
| 1 | EDAD | | | | | | | |
| 2 | SEXO | | | | | | | |
| 3 | INCIDENCIA DE TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA | | | | | | | |
| | VARIABLES DEPENDIENTES | | | | | | | |
| 4 | COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS | | | | | | | |
| 5 | HEMORRAGIA | | | | | | | |
| 6 | PERFORACION DE VESICULA BILIAR | | | | | | | |
| 7 | DIFICULTAD EN LA DISECCION DE LA VESICULA BILIAR | | | | | | | |
| 8 | DAÑO DEL DUCTO BILIAR | | | | | | | |
| 9 | DAÑO INTESTINAL | | | | | | | |
| 10 | CONVERSION A LAPAROTOMIA | | | | | | | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: Cesar G. Barrera Sepeda. DNI: 28317008

Especialidad del validador: CIRUJANO GENERAL

...31...de...ENERO...del 2017

Ce
Dr. Cesar G. Barrera Sepeda
 CIRUGIA GENERAL - LAPAROSCOPICA
 CMP. 21663 RME. 18120

Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: VARIABLES

| Nº | VARIABLES | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|---------------------------------|--|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| VARIABLES INDEPENDIENTES | | | | | | | | |
| 1 | EDAD | X | | X | | X | | |
| 2 | SEXO | X | | X | | X | | |
| 3 | INCIDENCIA DE TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA | X | | X | | X | | |
| VARIABLES DEPENDIENTES | | | | | | | | |
| 4 | COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS | X | | X | | X | | |
| 5 | HEMORRAGIA | X | | X | | X | | |
| 6 | PERFORACION DE VESICULA VILIAR | X | | X | | X | | |
| 7 | DIFICULTAD EN LA DISECCION DE LA VESICULA BILIAR | X | | X | | X | | |
| 8 | DAÑO DEL DUCTO BILIAR | X | | X | | X | | |
| 9 | DAÑO INTESTINAL | X | | X | | X | | |
| 10 | CONVERSION A LAPAROTOMIA | Si | No | Si | No | Si | No | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: Rosa Bertha Gutarra Vilchez DNI: 09367465

Especialidad del validador:

...31.....de...ENERO.....del 2017

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 Dra. Rosa Bertha Gutarra Vilchez
 Médico Gineco - Obstetra
 C.M.P. 23786 - R.N.E. 11437

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: VARIABLES

| N° | VARIABLES | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|---------------------------------|--|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|-------------|
| | | Si | No | Si | No | Si | No | |
| VARIABLES INDEPENDIENTES | | | | | | | | |
| 1 | EDAD | X | | X | | X | | |
| 2 | SEXO | X | | X | | X | | |
| 3 | INCIDENCIA DE TECNICA QUIRURGICA UTILIZADA | X | | X | | X | | |
| VARIABLES DEPENDIENTES | | | | | | | | |
| 4 | COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS | X | | X | | X | | |
| 5 | HEMORRAGIA | X | | X | | X | | |
| 6 | PERFORACION DE VESICULA BILIAR | X | | X | | X | | |
| 7 | DIFICULTAD EN LA DISECCION DE LA VESICULA BILIAR | X | | X | | X | | |
| 8 | DAÑO DEL DUCTO BILIAR | X | | X | | X | | |
| 9 | DAÑO INTESTINAL | X | | X | | X | | |
| 10 | CONVERSION A LAPAROTOMIA | Si | No | Si | No | Si | No | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: Aquino Dolores Saco DNI: 07498001

Especialidad del validador: Estadístico

...31.....de...ENERO.....del 2017

Sara Aquino Dolores
Sara Aquino Dolores
ESTADÍSTICO
COESPE - 023

Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

ANEXO N° 4 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS

Chorrillos, 30 de Enero de 2018

Carta N° 020-2018-JGT-UPSJB

Doctor

Julio Silva Ramos

Director del Hospital Nacional Sergio E. Bernalles

Presente. -

De mi especial consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted con la finalidad de saludarlo cordialmente y a la vez comunicarle que el proyecto de tesis titulado "frecuencias de las principales complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio Enrique Bernalles durante el año 2016", presentado por la señorita Lucy Estela Melho Ríos, egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana, cumple con los requisitos para titularse por la modalidad de sustentación de tesis; por lo expuesto, solicito que se brinde a la interesada las facilidades del caso en la institución de su digna Dirección para efectos de que pueda realizar su trabajo de investigación.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,


UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

Ing. CARLOS FLORES QUIÑENO
Jefe de la Oficina de Grados y Títulos



Cc: Archivo

ANEXO N° 5 Autorización para aplicación de Instrumento



PERU
MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES

OFICINA DE APOYO A
DOCENCIA E INVESTIGACION

"Año del Diálogo y la Reconciliación"

MEMO N.º 025 -2018-OF-ADEHSEB

A : Srta. MELHO RIOS Lucy

Asunto : Autorización para aplicación de Instrumento de Proyecto de Investigación

Referencia : Solicitud s/n de Enero del 2018

Fecha : 19 de Enero del 2018

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta al documento de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titulado: "Frecuencia de las principales complicaciones intraoperatorias de la Colectostomía Laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales, de Enero - Diciembre del 2016".

Esta Oficina aprueba su Proyecto de Investigación para la aplicación del Instrumento.

Atentamente,


HOSPITAL MANRIQUE SERGIO E. BERNALES
TRABAJO DE INVESTIGACION
DRA. CAROLINA TOVA PÉREZ
CIP. N.º 110793
DRA. LUCY MELHO RIOS
CIP. N.º 110793

C. c
Archivo
OOOP/Srta

ANEXO N° 6 MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA: COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

| PROBLEMAS | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES |
|---|--|--|--|
| <p>General:</p> <p>PG: ¿Cuáles son las frecuencias de las principales complicaciones en la colecistectomía laparoscópica en pacientes atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Sergio Enrique Bernales, enero- diciembre del 2016?</p> <p>Específicos:</p> <p>PE: 1: ¿Cuáles son las frecuencias de las Complicaciones Intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica según grupo etario del paciente, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016?</p> | <p>General:</p> <p>OG: Determinar las frecuencias de la principal complicación intraoperatorias en la Colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016.</p> <p>Específicos:</p> <p>1: Determinar las frecuencias de las Complicaciones Intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica según grupo etario del paciente, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016</p> <p>OE 2: Determinar las frecuencias de las Complicaciones Intraoperatorias en la colecistectomía</p> | <p>General:</p> <p>HG: Por la naturaleza del estudio no se plantea Hipótesis</p> <p>Específicas:</p> <p>HE1: Por la naturaleza del estudio no se plantea Hipótesis</p> <p>HE2: Por la naturaleza del estudio no se plantea Hipótesis</p> <p>HE3: Por la naturaleza del estudio no se plantea Hipótesis</p> | <p>Variable Independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad <p>Indicadores:</p> <p>< 20</p> <p>21 a 30 años</p> <p>31 a 40 años</p> <p>41 a 50 años</p> <p>51 a 60 años</p> <p>>de 60 años</p> <ul style="list-style-type: none"> Sexo <p>Indicadores:</p> <p>2 = femenino</p> <p>1 = masculino</p> <ul style="list-style-type: none"> Técnica Quirúrgica |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>PE 2: ¿Cuáles son las frecuencias principales de la Complicaciones Intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica según el género del paciente, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es la frecuencia de conversión en colecistectomía laparoscópicas a colecistectomía abierta, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016?</p> <p>PE 4: ¿Cuáles son las causas de conversión en colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016?</p> <p>PE 5: ¿Cuál es la técnica quirúrgica más empleada en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de Enero - Diciembre del 2016.</p> | <p>laparoscópica según el género del paciente, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 201</p> <p>OE 3: Conocer la frecuencia de conversión en colecistectomía laparoscópicas a colecistectomía abierta, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016.</p> <p>OE 4: Identificar las causas de conversión en colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta, en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016.</p> <p>OE 5: Determinar la técnica quirúrgica más empleada en la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E. Bernales de enero - diciembre del 2016.</p> | <p>HE4: Por la naturaleza del estudio no se plantea Hipótesis</p> <p>HE5: Por la naturaleza del estudio no se plantea Hipótesis</p> | <p>utilizada</p> <p>Indicadores:</p> <p>Francesa = 1 Americana = 2</p> <p>Variable Dependiente: Complicaciones intraoperatorias</p> <p>➤ Hemorragia. Indicadores: Si = 1 No = 2</p> <p>➤ Perforación de vesícula biliar. Indicadores: Si = 1 No =2</p> <p>➤ Dificultad en la disección de la vesícula biliar Indicadores: ➤ Si = 1 No = 2</p> <p>Daño del ducto biliar. Indicadores: Si = 1 No = 2</p> <p>Daño intestinal. Indicadores:</p> |
|--|---|---|--|

| | | | Si = 1 No = 2 Conversión a Laparotomía Indicadores: Si = 1 No = 0 |
|---|---|---|--|
| Diseño metodológico | Población y Muestra | Técnicas e Instrumentos | |
| <p>- Nivel: Clínico</p> <p>- Tipo de Investigación: Cuantitativa, observacional, retrospectiva no experimental</p> <p>- Alcance Es descriptiva busca detallar propiedades, características y rasgos importantes de la información recolectada de las historias clínicas.</p> | <p>- Criterios de inclusión:</p> <p>Población: Todas las personas menores de 20 años que han sido intervenidas quirúrgicamente de colecistitis mediante técnica laparoscópica. Para nuestro estudio 510.</p> <p>N = 510</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que hayan sido sometidos a una colecistectomía laparoscópica durante el año 2016 • Pacientes que durante la intervención quirúrgica tiene edad de 18 a más. • Pacientes atendidos e intervenidos en el servicio de cirugía del Hospital Sergio E. Bernales por colecistitis mediante laparoscopia. <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con historias Clínicas incompletas | <p>Técnica: Recolección de datos de las historias clínicas.</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p> | |