



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía
convencional y sus complicaciones postoperatorias en pacientes
con colecistitis litiásica en el Hospital II ESSALUD – TALARA.
Evaluación de una década.**

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTORA

QUISPE AGURTO, ALEJANDRA MAEL (<https://orcid.org/0000-0002-4047-6172>)

ASESOR

DR. ARANGO OCHANTE, PEDRO (<https://orcid.org/0000-0002-3267-1904>)

LIMA, 2022

Metadatos complementarios

Datos de autor

AUTORA: Quispe Agurto, Alejandra Mael

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 73068961

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4047-6172>

Datos de asesor

ASESOR: Arango Ochante, Pedro

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 09807139

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3267-1904>

Datos del jurado

PRESIDENTE: Arturo Orellana Vicuña

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 21121821

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8372-2222>

MIEMBRO: Roque Quezada, Juan Carlos Ezequiel

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 45914991

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1886-0426>

MIEMBRO: Sebastián Ayala, Hermes Raúl,

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 06628263

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4496-7937>

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

Primero agradecer a Dios, quien está siempre presente en cada una de las decisiones que tomo. A mi mamita Violeta, junto a papito Juan y tío Roberto mis tres angelitos quien desde el cielo me protegen cada día y me motivan a seguir adelante. A mamá Marlene quien es mi mayor motor y motivo, la mejor mamá y compañera de vida. A papá Henry, ejemplo de fortaleza, sacrificio, dedicación, responsabilidad y entereza quien siempre está a mi lado en las buenas y en las malas, a puertas de ser colegas y quienes son los orientadores principales de mis decisiones, a mi hermana Natalia quien es mi complemento, y la mejor compañía de estudios, a mis abuelitos Baltazar y Elsa, por todos los consejos y bendiciones, a mis primitas Stefanie y Angélica, tíos Lily y Victor, por su apoyo y palabras de aliento; a aquellas personas que contribuyeron en mi vida y aportaron en la formación de la persona que soy ahora.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a todos aquellos maestros que atesoré en todos estos años de carrera en la Universidad Ricardo Palma, a mi familia en especial a mis padres Marlene y Henry quienes son parte de mi formación académica y humana, agradecer por la inmensa constancia que hicieron de mí una mujer de principios, consolidando mis conocimientos y ante todo forjaron una persona capaz de socorrer a la comunidad. Al Dr Ricardo Zúñiga Vallejos, en ese entonces Director del HOSPITAL II ESSALUD - TALARA, el cual me admitió como una externa, lo que permitió afianzar conocimientos teóricos y prácticos que me impulsaron a plantear, ejecutar y lograr el desarrollo de mi tesis. Al Dr. William Seminario Del Rosario, y a todo el equipo administrativo, por la labor de brindarme los recursos necesarios dentro del centro hospitalario. Al Director del curso de Tesis, el Dr. Jhony de la Cruz por su constante interés, por último pero no menos importante, a mi asesor el Dr. Pedro Arango Ochante y a su equipo estadístico por su tiempo y paciencia brindada para la culminación de este trabajo.

RESUMEN

Introducción:

Las operaciones de colecistectomía laparoscópica se iniciaron en el Perú en 1990 e inmediatamente se convirtieron en el tratamiento de elección por sus ventajas como: menor tiempo de hospitalización, menor dolor post operatorio y rápido reincorporación laboral, en comparación a la colecistectomía clásica.

Objetivos:

Determinar si las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica son menos frecuentes que la colecistectomía convencional en pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

Materiales y métodos:

El tipo de diseño de la investigación es observacional, cuantitativo, caso-controles, para la realización de la recolección de datos se usó una ficha y para la base de información fueron las historias clínicas. La población estuvo constituida por 1228 pacientes de los cuales 921 fueron convencionales y 307 laparoscópica, del servicio de Cirugía General del Hospital II Essalud - Talara durante el periodo de 2009 al 2019. Para el análisis de los datos se empleó el programa STATA 16

Resultados:

En análisis bivariado se encontró asociación de las complicaciones con el tipo de cirugía, sexo, atención, tiempo operatorio y tiempo de estancia hospitalaria. En el análisis multivariado, se encontró una asociación entre el tipo de atención (Emergencia, OR: 1.51 IC95% 1.03 – 2.22), tiempo operatorio (una mediana de: 90 minutos, OR: 1.01 IC95% 1.00 – 1.01), tiempo de estancia hospitalaria (una mediana de: 3 días, OR: 1.78 IC95% 1.59 – 2.01).

Conclusión:

El tipo de atención, tiempo operatorio y estancia hospitalaria son factores de riesgo para el desarrollo de presentar complicaciones post colecistectomía.

Palabras clave: (DeCS): Colectomía laparoscópica, Complicaciones Posoperatorias, Colectomía

ABSTRACT

Introduction:

Laparoscopic cholecystectomy operations began in Peru in 1990 and immediately became the treatment of choice due to its advantages such as: shorter hospitalization time, less postoperative pain, and rapid return to work, compared to classic cholecystectomy.

Objectives:

To determine if the complications of laparoscopic cholecystectomy are less frequent than conventional cholecystectomy in patients with gallstone cholecystitis at Hospital II Essalud - Talara from 2009 to 2019.

Materials and methods:

The type of research design is observational, quantitative, case-control, a file was used to carry out the data collection and the clinical records were used for the information base. The population consisted of 1228 patients, of which 921 were conventional and 307 laparoscopic, from the General Surgery service of Hospital II Essalud - Talara during the period from 2009 to 2019. The STATA 16 program was used for data analysis.

Results:

In bivariate analysis, an association of complications was found with the type of surgery, sex, care, operating time and length of hospital stay. In the multivariate analysis, an association was found between the type of care (Emergency, OR: 1.51 95% CI 1.03 – 2.22), operative time (median: 90 minutes, OR: 1.01 95% CI 1.00 – 1.01), length of stay hospital (a median of: 3 days, OR: 1.78 CI95% 1.59 – 2.01).

Conclusion:

The type of care, operative time and hospital stay are risk factors for the development of post cholecystectomy complications.

Keywords: (MeCS): Cholecystectomy Laparoscopic, Postoperative Complications, Cholecystectomy

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda es una enfermedad cuyo cuadro clínico-quirúrgico, es caracterizado por presentar un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar, a la clínica se presenta con dolor abdominal en la región del hipocondrio derecho tipo cólico, acompañado de fiebre y en el examen de laboratorio se evidencia leucocitosis.

La colecistectomía laparoscópica se desarrolla de manera continua desde la década de los ochenta y hoy en día, ha revolucionado el manejo quirúrgico de pacientes con diversas afecciones de la vía biliar.

Dentro de la variedad de las complicaciones podemos mencionar la lesión de vísceras huecas y maciza, de vasos de la pared abdominal, lesión con el electrocauterio clipaje y sección total o parcial del colédoco, hemorragia en el triángulo de Calot, entre otras. Dichas complicaciones anteriormente mencionadas pueden manifestarse como ictericia, peritonitis, biliomas, fístulas, etc., según el grado de lesión que ha causado, y que no fue percibida en el acto quirúrgico.

Esta técnica operatoria laparoscópica ha suplantado a la cirugía convencional o abierta en el tratamiento de elección que presentan los pacientes con colelitiasis, por la cual, estos pacientes presentan un menor número de complicaciones postoperatorias, menor dolor postoperatorio y menor estancia hospitalaria. (1)

Esta investigación busca Determinar si las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica son menos frecuentes que la colecistectomía convencional en pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

ÍNDICE

<i>DEDICATORIA</i>	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACION	11
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: Planteamiento del problema	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL	13
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	14
1.6.1 Objetivo General:	14
1.6.2 Objetivos específicos.....	15
CAPITULO II: MARCO TEORICO	16
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.2 BASES TEÓRICAS	20
2.3 DEFINICIONES DE CONCEPTOS OPERACIONALES:	32
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	35
3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:	35
3.2 VARIABLES DEL ESTUDIO:	35
CAPITULO IV: METODOLOGIA.....	37
4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	37
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	37
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
4.5 PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS	40
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:	40
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION	42
5.1 RESULTADOS	42
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS:	53
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
6.1 CONCLUSIONES.....	59
6.2 RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS.....	65
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	65
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	66
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	67
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN	68
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	69
ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	70
ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	73
ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	74
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	78
ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.....	79

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: Planteamiento del problema

Actualmente el abdomen agudo quirúrgico es catalogado a nivel mundial como uno de los problemas de mayor importancia en el adulto, de lo cual América latina no está libre de ello, puesto que las estadísticas nos muestran las principales causas de morbilidad en el país una de ellas son las afecciones biliares dentro de estas la colecistitis crónica o aguda. (1)

La colecistitis es una inflamación de la vesícula biliar. El 90 -95% corresponde a una complicación de la colelitiasis, desencadenado por la obstrucción persistente del conducto cístico, esto conlleva un aumento de la presión intravascular, con el consiguiente riesgo de isquemia parietal, produciendo una inflamación de la pared vesicular asociada a infección de la bilis. El diagnóstico se basa en la clínica, hallazgos de laboratorio y estudios imagenológicos. (1)

La clínica de la colecistitis aguda se caracteriza por dolor abdominal del cuadrante superior derecho persistente, con hipersensibilidad y resistencia a la palpación. Clásicamente, se describe el signo de Murphy en el examen físico, es decir, detención de la inspiración con la palpación profunda de la zona subcostal. El estudio imagenológico inicial es la ecografía abdominal, la cual basa su diagnóstico en visualizar las paredes de la vesícula. (1)

Hoy en día, como tratamiento para la litiasis vesicular sintomática existen dos alternativas como, la que se realiza mediante laparoscopia y la colecistectomía abierta o convencional. (2)

A comienzos de la primera colelap realizada a nivel mundial, hasta la práctica operatoria actual, esta es considerada como Gold estándar, en la mayor parte de los procesos quirúrgicos de las vías biliares y vesícula, debido a los beneficios que esta ofrece sobre la técnica abierta en cuanto a la pronta recuperación post operatoria, tiempo de estancia hospitalaria y dolor post operatorio realizándose este procedimiento hasta un 95%. Pese a todas las ventajas que nos brinda dicha técnica, no la excluye de complicaciones en el post operatorio e intra operatorio, además, la incidencia de las afecciones de la vía biliar por laparoscópica continua igualando y

está siendo mayor que la técnica abierta ello hace necesario el aprendizaje de dicho procedimiento para el cirujano, por aquellas complicaciones que son más frecuentes y pueda estar capacitado para poder enfrentarlas, también se deberá saber que dicha técnica tiene los mejores resultados con respecto a la menor prevalencia de eventos fortuitos y de tratamiento.(2,3)

Para el tratamiento de enfermedades producidas en la vesícula biliar la técnica de elección es la colecistectomía laparoscópica, respecto a este muchos estudios han demostrado con su baja tasa de morbilidad postoperatoria, eficacia y seguridad, en comparación con la colecistectomía convencional.(4)

Es por ello que planteo y realizo el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar las ventajas y desventajas comparando la colecistectomía laparoscópica ante la convencional y tratar demostrar asociación con las complicaciones tempranas y tardías en el manejo de los pacientes con colecistitis litiásica aguda en el Hospital II Essalud - Talara, en su experiencia de 10 años, teniendo como finalidad brindar mejor calidad de este servicio hacia el paciente.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Son más frecuentes las complicaciones de la colecistectomía convencional ante colecistectomía laparoscópica en pacientes con Colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud - Talara, desde enero de 2009 hasta diciembre del 2019?

La realización de esta investigación nos posibilita incrementar los conocimientos sobre la utilidad de estas dos técnicas quirúrgicas para el tratamiento en pacientes con colecistitis litiásica, así poder mantenernos alertas de posibles complicaciones y lesiones inadvertidas.

También en un delimitado contexto socio económico de un determinado conjunto de pacientes que presentan características específicas sociodemográficas nos permite evaluar estas variables, de esta manera, poder aminorar la cantidad de complicaciones post operatorias y así a su vez eludir las reintervenciones o los reingresos.

Luego de hacer la comparación de las dos técnicas operatorias ver la asociación con sus complicaciones postquirúrgicas, obteniendo las correspondientes por cada uno de los procedimientos quirúrgicos; es por ello que la disminución de los reingresos, trae consigo la disminución de las complicaciones o una disminución en el costo y menor tiempo hospitalario; obteniendo mejor rendimiento para la calidad del servicio de la técnica operatoria, atención del mismo paciente y de los resultados cuando se da de alta.

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL

Este trabajo se realizó en la especialidad de Cirugía General, del Hospital II Essalud - Talara, donde se realizó una revisión de las historias clínicas de aquellos pacientes operados de colecistectomía convencional y laparoscópica, todo esto se realizó desde el mes de enero del 2009 a diciembre del 2019.

La línea de investigación de la presente investigación es la comparación de dos técnicas quirúrgicas de colecistectomía laparoscópica y convencional y sus complicaciones para el abordaje quirúrgico de la patología vesicular litiásica que se puede centrar dentro de las Prioridades de Investigación en Salud, en la sección de las políticas y gestión en Salud: producción de investigaciones en salud, pues el tema de colecistitis litiásica se encuentra inmersa en las líneas prioritarias de investigación en salud brindada por el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL PERÚ para el periodo 2016-2021 y es valorado como un pilar prioritario de investigación por el INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS BIOMÉDICAS (INICIB) de la Universidad Ricardo Palma.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo al realizarlo nos permitirá incrementar los discernimientos sobre la utilidad de estos dos procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de los pacientes con colecistitis litiásica y así estar al tanto de las complicaciones posibles y lesiones inadvertidas.

También nos permite evaluar estas variables en un contexto delimitado socio económico en un conjunto de pacientes que presentan características específicas sociodemográficas, disminuyendo la cantidad de complicaciones post quirúrgicas, para evitar las reintervenciones o los reingresos.

Luego de hacer la comparación de las dos técnicas operatorias ver la asociación con sus complicaciones postquirúrgicas, obteniendo asociaciones correspondientes por cada tipo de procedimiento quirúrgico; es por ello que la disminución de los reingresos, de las complicaciones o el menor tiempo de hospitalización producen una reducción en el costo; obteniendo mejor beneficio la atención del mismo paciente, mejorando el servicio en el área de cirugía y los resultados al momento de su alta hospitalaria.

Se emplearán dichos resultados para presentar las posibles principales complicaciones pre y postquirúrgicas para poder evaluar anticipadamente de una forma oportuna ante posibles complicaciones en pacientes con colecistitis litiásica y dar una data de información procesada y actualizada de manera estadística para dar a conocer el actual estado de los procedimientos operatorios para fines informativos se hará llegar una copia al director del Hospital II Essalud – Talara, tanto como al INICIB de la Universidad Ricardo Palma para su anexo al registro y disposición de la misma para su publicación e indexación dando de esta forma paso a posteriores investigaciones.

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Este estudio se realizó en el “Hospital II Essalud - Talara,” en los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía desde enero de 2009 hasta diciembre del 2019.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.6.1 Objetivo General:

- Determinar si las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica son menos frecuentes que la colecistectomía

convencional en pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

1.6.2 Objetivos específicos

- Determinar asociación entre complicaciones con respecto a la colecistectomía convencional y laparoscópica.
- Describir las características demográficas más frecuentes en colecistitis y su asociación a las complicaciones post colecistectomía.
- Determinar si existe asociación entre IMC y las complicaciones con respecto al tipo de colecistectomía.
- Determinar si diagnóstico pre quirúrgico tienen asociación con las complicaciones post colecistectomía.
- Determinar si existe asociación entre el tiempo intraoperatorio y las complicaciones con respecto al tipo de colecistectomía.
- Determinar la asociación entre el tiempo hospitalario y las complicaciones con respecto al tipo de colecistectomía.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Díaz-Garza JH, Aguirre Olmedo et al, realizaron el artículo “Complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica electiva.” en la ciudad de Jalisco, durante el año de 2018, en el cual se evidenció que de los pacientes colecistectomizados 544 fueron laparoscópicamente de manera electiva, dentro del rango de edad de 16 a 86 años (mediana 42); 462 pacientes (85%) fueron mujeres y (15%) hombres. La mortalidad fue 0%. Se presentaron complicaciones leves (seroma, infección de sitio quirúrgico y atelectasias) en 1.78%, moderadas (hemorragia postoperatoria, fístula biliar y pancreatitis) en 1.18%, y severas (coledocolitiasis residual y hernia incisional) en 1.09% de los pacientes. También se halló una frecuencia en la tasa de conversión del 0.10%, esto debido a una hemorragia intra operatoria de difícil control al realizar la técnica laparoscópica. El 94.8% fueron clasificados como riesgo quirúrgico I y II, aunque hasta el 47% presentaban alguna comorbilidad, siendo la más frecuente la obesidad. (6)

Guillermo Aldana, Luis Martínez, et realizaron el artículo “Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colecistectomía por laparoscopia” en Colombia durante el año 2018; se practicaron 1293 colecistectomías; se encontró que la mediana de edad fue de 48 años, en los antecedentes clínicos la más frecuente fue hipertensión arterial (22.6%) tuvieron una mayor cantidad de complicaciones a los que se le realizaron mediante cirugía urgente, dentro de estas se encuentran la conversión a cirugía convencional, la lesión vascular, el sangrado y las afecciones de la vía biliar. La mediana de estancia hospitalaria fue de dos días, la cual fue mayor en la cirugía urgente. (7)

Bury Macias en su trabajo de investigación “Estudio comparativo de eficacia de tratamiento quirúrgico entre pacientes sometidos a Colecistectomía convencional

versus los sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero - Abril 2016”, se tomó como muestra a pacientes con patología vesicular siendo estos un total de 153, de los cuales 132 fueron intervenidos con laparoscópica presentando una edad entre el rango 21 - 40 años como promedio, los cuales tienen menor cantidad de complicaciones post colelap que los intervenidos por cirugía convencional, resaltando que en esta investigación no se encontró variación en el tiempo de hospitalización.(8)

Rubén Cordero, Karina Pérez y Alfonso García. realizaron el artículo Tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post operados de colecistectomía convencional y laparoscópica en la ciudad de Veracruz durante el año 2015; La población en estudio fue del 80%, la cual la mayoría fue por mujeres; la edad media fue de 48 años, y la indicación pre quirúrgica más frecuente fue la colecistitis crónica litiásica (82%). Las variables como sexo, diagnóstico preoperatorio y complicaciones no mostraron diferencia estadísticamente significativa. El promedio de tiempo de hospitalización fue de 46 horas post colecistectomía. El tiempo de hospitalización posterior a una cirugía fue menor entre los pacientes que se les realizó mediante laparoscópica, que aquellos en quienes se les realizó mediante la técnica abierta y como resultado se evidenció un total de 16 complicaciones post operatorias (12%) mayor frecuencia fue infección de herida quirúrgica. (9)

Jesús García Chávez (2012) en su artículo científico “Colecistectomía de urgencia laparoscópica versus abierta” Se obtuvieron los siguientes resultados la edad promedio fue de 50 años, en cuanto al sexo hubo predominio femenino, el diagnóstico preoperatorio más frecuente fue la colecistitis crónica litiásica agudizada, el tiempo quirúrgico promedio fue de 113.07 minutos, el tiempo de estancia hospitalaria fue de 2.15 días. En el presente artículo se pudo evidenciar que para el análisis de la información obtenida el investigador utiliza la t de student y chi cuadrado teniendo como resultado que ambas cirugías carecen significativas diferencias con relación a las complicaciones. (10)

Ibañez L., Escalona A., et Colecistectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. Chilena 2007:59(1):10-15. Esta investigación estuvo conformada por 5063 pacientes. La edad predominante en el grupo de estudio fue de 46 años, de los estos el 67% fueron del sexo femenino. El 75% de los pacientes que ingresaron fueron de forma electiva y el tiempo operatorio fue de 73 minutos. Se evidenciaron complicaciones en un 2% de todos los pacientes. Dentro de ellas destacan la neumonía (0,66%) y la infección de herida operatoria (0,73%). La estancia postoperatoria promedio fue de 3 días. La data obtenida fue filtrada mediante programa Excel y SPSS en base a promedios, distribución normal de datos y análisis estadístico uni y multivariado.

ANTECEDENTES NACIONALES

Ramirez Mauricio, en su trabajo de tesis “Colecistectomía laparoscópica y colecistectomía convencional en el Hospital Nivel II San Juan de Lurigancho, enero 2014 – diciembre del 2015”, se evidenció como resultados que la técnica de laparoscópica fue de mejor beneficio y de mayor ventaja que la colecistectomía abierta con respecto a la hospitalización, el tiempo intraoperatorio, el costo global menor y mayor efectividad, siendo más utilizada en la edad de entre 30 a 39 años en las mujeres, el grueso del grupo de estudio no presentó enfermedad coexistente, a una menor cantidad se le practicó cirugía previa y riesgo ASA II, la operación se produjo debido a colecistitis crónica, no se identificaron complicaciones intraoperatorias en la mayoría de pacientes, hallándose casos con fiebre y dolor en el post operatorio además de presentar una baja tasa de conversión quirúrgica. (12)

Alcántara Alejandro en su trabajo de investigación “Factores intra-operatorios para la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía incisional en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2012 a 2015”. Durante el año 2017, en esta investigación se muestra mediante sus conclusiones que 6% fue la tasa de conversión como resultado de la dificultad para hallar en un 64% el triángulo de Calot y en 21% el síndrome

adherencial, la mayor cantidad de pacientes fueron del sexo femenino, se estimó 93.3 minutos como tiempo operatorio estimado en los pacientes con obesidad.(13)

Zoila Villar et al, realizaron el artículo “Evaluación de la estancia hospitalaria en pacientes colecistectomizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima - Perú.”, durante el año 2017, en este trabajo se trata de Evaluar la estancia hospitalaria en pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica del sexo masculino en relación al sexo femenino, se realizó un estudio transversal, retrospectivo y observacional; donde se evaluaron 514 pacientes durante el mes de mayo 2014 a julio 2015; se encontró que predominó el sexo femenino 73% ante el masculino, con una edad promedio de 45 años. El tiempo intraoperatorio promedio fue de 86 minutos y la hospitalización tuvo un rango de 2.6 días, mayor en varones que en mujeres. Como el diagnóstico post quirúrgico más frecuente fue el de colecistitis litiásica crónica para ambos sexos. Se concluyó que la estancia hospitalaria es mayor en el sexo masculino, así mismo tienen mayor tiempo operatorio por mayor dificultad en la disección y diagnósticos más complicados.(14)

Bocanegra R., et al. en su trabajo de investigación titulado “Colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 – 2011”. en el año 2013. Tuvo como principal objetivo describir la tasa de conversión a cirugía convencional, los parámetros preoperatorios, las comorbilidades, y las complicaciones post colelap en una población adulta con más de 75 años de edad. Este elaboró un estudio descriptivo, el cual recolectó la data de forma retrospectiva encontrándose que 52 pacientes se presentaban dentro de los criterios de inclusión establecidos en dicho estudio. Se evidencia que las edades estuvieron entre los rangos de los 75 a 92 años con una media de 81,45 años y el 59,62% del total fueron del sexo femenino; las patologías cardiológicas fueron las principales con 46,15%. Se concluyó que el procedimiento quirúrgico se utilizó más frecuentemente en la colecistitis crónica litiásica con 73,08% y la tasa de conversión a cirugía convencional fue de 13,46%, por lo que estos resultados se ajustaban a los valores obtenidos en la literatura.(15)

2.2 BASES TEÓRICAS

La colecistitis litiásica: esta se denomina aquella inflamación de la vesícula biliar. Esta sucede como complicación predominantemente de las enfermedades en la vía biliar y por lo general se realiza en los pacientes con antecedentes de cálculos en la vía biliar que estén con síntomas. También pueden desarrollarse sin presencia de cálculos biliares denominada colecistitis acalculosa, que se da con menor frecuencia. (16)

Puede ser:

- a. **Colecistitis aguda**→ hace mención a un dolor que se localiza en el cuadrante superior derecho, leucocitosis y fiebre. En la mayor cantidad de pacientes, esta se origina por presencia de cálculos biliares, en cambio la acalculosa se da entre el 5 al 10% de los casos. (17)
- b. **Colecistitis crónica**→ se denomina aquella infiltración en la histopatología de células inflamatoria crónica de la vesícula biliar. Hasta ahora es cuestionable la relevancia clínica de la colecistitis de tipo crónica. La mayoría de veces se relaciona con la evidencia de cálculos biliares, debido a ataques recurrentes e irritación mecánica de colecistitis que llevan a desarrollar una fibrosis y engrosamiento de la vesícula biliar. No obstante, no se relaciona su presencia con la sintomatología, si los pacientes presentan una inflamación celular crónica alargada pueden tener sólo síntomas mínimos. (17)

EPIDEMIOLOGÍA:

De los casos, el 90-95% de estos, se correlaciona a una complicación de la colecistitis litiásica, mayormente, debido a una obstrucción del conducto cístico, inflamación con distensión, del mismo modo una infección secundaria bacteriana. (18)

El restante del 5 al 10% presenta una colecistitis alitiásica (colecistitis sin litos), la etiología en su mayoría es multifactorial, y esta se caracteriza por presentar susceptibilidad incrementada debido a la colonización bacteriana en una bilis estática, normalmente en el contexto de pacientes con patologías sistémicas de tipo agudo, <1% de las colecistitis litiásicas dan como resultado tumores oclusivos del conducto cístico. Este cuadro de atención en las consultas es muy frecuente en los Servicios de Guardia del área de Cirugía general con un promedio de 20 a 25% de las afecciones quirúrgicas en el tópico de urgencia. Predominantemente en el sexo femenino que en el masculino siendo una razón de 3:2 y teniendo una edad promedio de vida.(18)

Como consecuencia de la presencia de cálculos biliares, se presentan en el 95% de las colecistitis litiásicas agudas. En cuanto a complicaciones secundarias hasta un 25% de los pacientes, presentan coledocolitiasis, biliomas, pancreatitis, etc.; se presume que la evolución a la colecistitis proviene de un cólico biliar (cálculos biliares sintomáticos) hasta un 20%.

PATOGÉNESIS:

Debido a la presencia de una obstrucción del conducto cístico se presenta la colecistitis calculosa de tipo agudo. A diferencia del cólico biliar, el origen de la colecistitis litiásica de tipo aguda no se puede explicar solamente por la obstrucción del conducto cístico. Diversos estudios mencionan que para desarrollar la inflamación de la vesícula biliar se requiere de un irritante adicional. En los modelos experimentales, se utiliza como un irritante, a la lisolecitina, esta se origina desde la lecitina, que es un elemento importante de la bilis. Su producción es catalizada por la enzima fosfolipasa A, que se encuentra en la mucosa de la vesícula biliar. Esta enzima podría ser liberada en la vesícula biliar posterior a un traumatismo originado en la pared de la vesícula biliar debido a una impactación de un cálculo biliar. Esta hipótesis es favorecida debido a la evidencia de la lisolecitina (que está carente normalmente en la bilis) es evidenciable en la bilis de la vesícula biliar en los pacientes con colecistitis litiásica de tipo aguda.(20)

Debido a la inflamación de la vesícula biliar se liberan mediadores inflamatorios, estos esparcen más la inflamación. En cuanto a la contracción de la vesícula biliar y absorción de líquidos las prostaglandinas, son las que toman un rol de importancia en estos procedimientos desempeñando probablemente un papel central. Esta hipótesis de las prostaglandinas es avalada ya que es posible la reducción de la presión intraluminal de la vesícula aliviando el cólico biliar, siendo esto mediado por los inhibidores de las prostaglandinas. (21)

A pesar de ello, no todos los pacientes con presencia de colecistitis presentan infección de la bilis, sin embargo, esta puede tener un papel importante en el desarrollo de esta. Dicha observación se ilustró en una investigación de 467 personas en las que se recabaron muestras de bilis de la vesícula biliar y del colédoco para cultivar de manera aeróbica y anaeróbica. Seleccionaron pacientes con una diversidad de patologías hepatobiliares comparándolo con un grupo de control sano. Los pacientes con vesícula biliar hidrópica, colecistitis de tipo aguda y cálculos biliares, obtuvieron valores similares de cultivos positivos en la vesícula biliar y el conducto biliar común, que están entre el rango de 22 -

46%; estos cultivos se evidenciaron en sujetos sanos fueron generalmente estériles. Las principales especies aisladas fueron Enterobacter, Enterococcus, Klebsiella y Escherichia coli. (22)

En la colecistitis litíásica de tipo agudo presenta cambios de tipo histológico que puede variar desde un edema de tipo leve e inflamación tipo aguda hasta la presencia de necrosis y por último gangrena. De vez en cuando, la prolongada impactación de un cálculo en el conducto cístico puede ocasionar la distensión de la vesícula biliar, está se encuentra llena de líquido mucoide incoloro. Dicha afección, es conocida como hidropesía (mucocele con bilis blanca), debido a la no llegada de bilis a la vesícula biliar y a la absorción de toda la bilirrubina dentro de esta.

FORMACIÓN DE LOS LITOS BILIARES:

Los cálculos están constituidos por la propiedad no soluble de diferentes moléculas, como el colesterol, los fosfolípidos y sales biliares; con respecto a las denominaciones empleadas para hacer referencia a los cálculos por pigmentos, sean negros o pardos, teniendo esta mayor incidencia en países asiáticos y cálculos por colesterol. (23)

A. Litos de pigmento: se presentan de dos maneras los pardos y los negros, encontrándose en la vesícula biliar alrededor del 20% de los cálculos.

- Pardos: se pueden producir tanto en el árbol biliar como en la vesícula biliar, por lo general son menores de 1 cm teniendo un aspecto pulposo a diferencia de los negros, siendo asociada su presencia a la infección bacteriana por Escherichia Coli.
- Negros: de pequeño tamaño, producidos mayormente dentro de la vesícula biliar, con espículas, vistos en enfermedades de trastornos hemolíticos, se pueden observar en casos que involucren destrucción de anómalos glóbulos rojos. (24)

B. Litos de colesterol: con respecto a los componentes su apariencia se modifica según los componentes que lo conforman, en determinadas ocasiones suelen ser de colesterol puro, mayor parte de las veces están formados por ciertos elementos tal como los pigmentos biliares y el calcio, englobando hasta un 70%; su superficie puede ser irregular, lisa; en cuanto a tamaño pueden ser pequeños o grandes; su coloración puede ser verde con tendencia al negro y amarillo con tendencia a blanco; los fundamentos fisiopatológicos están basados en la sobresaturación de estas sales biliares con el colesterol que se van hallar en mayor cantidad, el mismo que es un

componente insoluble en bilis y en agua. El colesterol toma dirección hacia la bilis, en formas de vesículas, mientras que al interior de la vesícula se van a producir las micelas que son complejos conformados por colesterol y sales biliares-fosfolípidos; la integración de ambas y el constante enriquecimiento con moléculas de bilis sobresaturada y colesterol, conllevan a la formación de éstos. (23,24)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Interrogatorio:

Los pacientes diagnosticados con colecistitis litiásica frecuentemente presentan quejas con respecto al dolor abdominal, con mayor incidencia en el hipocondrio derecho o en el cuadrante superior derecho. Característicamente, el dolor agudo de colecistitis es severo, persistente y típicamente prolongado (un promedio mayor de 4 - 6 horas). Este se puede irradiar a la espalda o al hombro derecho. Dentro de las molestias, podemos encontrar náuseas, vómitos, anorexia y fiebre. Constantemente hay antecedentes de ingesta de comidas grasas, una hora o más, antes de iniciado el dolor. (25)

Síntomas:

Las personas diagnosticadas con colecistitis litiásica se encuentran usualmente con dolor en el hipocondrio derecho o en el cuadrante superior derecho, asociado a vómitos, anorexia, fiebre y náuseas. Es habitual que después de los alimentos grasos o en horario nocturno, el dolor se prolongue más de 24 horas se debe presumir de colecistitis litiásica aguda. A la exploración se evidencia una hipersensibilidad a nivel de hipocondrio derecho y la positividad del signo de Murphy, que significa la detención de la inspiración al realizar la palpación de la región subcostal derecha o cuadrante superior derecho. En los exámenes laboratoriales se puede dar la presencia de un leve incremento de la bilirrubina sérica menor de 4mg/dL, además de un discreto incremento de las transaminasas, amilasa y fosfatasa alcalina. En determinados casos ocurre la presencia de leucocitosis de más de 20000, lo que advierte una grave forma de colecistitis complicada como perforación, colangitis concomitante o gangrenosa. La forma grave de la ictericia alude a la obstrucción de las vías biliares o la presencia de litos en el colédoco por inflamación pericolescística grave consecuente a la impactación de un lito en el infundíbulo de la vesícula biliar que obstruye de forma mecánica el conducto biliar el Síndrome de Mirizzi.(24,25,26)

Para las personas con diagnóstico confirmado, se empieza con la implementación de medidas de soporte general y terapia antibiótica. De igual manera, se determina el nivel de gravedad, ya sea leve, moderada o severa:

Grado III (Severa):

- 1.- Compromiso cardio-vascular.
- 2.- Alteración neurológico: compromiso de la conciencia.
- 3.- Compromiso de la vía respiratoria.
- 4.- Compromiso renal: oliguria, creatinina sérica > 2.0 mg/dl.
- 5.- Trastorno en la coagulación INR > 1.5.
- 6.- Alteración hematológica.

Grado II (Moderada):

- 1.- Leucocitos mayor a 18,000/mm³.
- 2.- Masa tumoral dolorosa en hipocondrio derecho.
- 3.- Sintomatología más de 72 horas.
- 4.- Inflamación localizada como absceso pericolecisto, gangrena, peritonitis biliar.

Grado I (Leve): No comprende los criterios del grado II o del grado III. Un paciente sano sin disfunción de órganos, se conceptualiza como colecistitis aguda.

Al determinar la gravedad y valorar la respuesta al soporte general y terapia antibiótica, puntuado a través de los scores usadas en el servicio de anestesiología, en conjunto se establece la condición del paciente y determinar si se realiza una colecistectomía diferida o temprana.

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

Se realiza un examen de hemograma completo, luego de ello, se evalúan los niveles séricos de amilasa y lipasa, alanina aminotransferasa, electrolitos, bilirrubina, aspartato aminotransferasa, albúmina y calcio para suprimir otras causales de síndrome doloroso abdominal agudo o complicaciones de la colecistitis litiásica aguda. Se realizar a todas las mujeres en edad fértil una prueba de embarazo. (26)

En la presencia de colecistitis litiásica aguda, la serie leucocitaria presenta variaciones, que va desde los 12000 y los 15000 con el incremento de neutrófilos, valores por encima de 20000 producirán cuadros complicados tal como, formación de fístulas, colangitis, perforación vesicular, entre otras. Además, una proteína C reactiva (PCR) elevada nos

dirige a determinar la gravedad del cuadro. Con dichos exámenes, no solamente se podrá evaluar la agudeza de la sintomatología, además nos permite a evaluar la estructura pancreática y de la vía biliar, solicitando fosfatasa alcalina y bilirrubinas directa e indirecta, que resultaran aumentadas en casos de obstrucción de la vía biliar, así como también se puede evidenciar el compromiso pancreático, evaluando amilasa y lipasa. (26)

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES:

- Radiografía directa de abdomen

No es el método más adecuado para el diagnóstico de colecistitis litiásica aguda, sin embargo, su toma es fundamental para los diagnósticos diferenciales del síndrome doloroso abdominal agudo. Se puede observar una radiopacidad en el cuadrante superior e hipocondrio derecho y la existencia de litos, especialmente si estos son conformados por calcio, o aire en la pared o al interior de la vesícula biliar (signo de Simon en la colecistitis gangrenosa). (26,27)

- Ecografía abdominal:

En la actualidad, este examen imagenológico es el método más utilizado para el diagnóstico de colecistitis litiásica aguda y tiene una especificidad y sensibilidad por encima del 90% de los casos. Las características ecográficas adicionales incluyen: (27)

- Ensanchamiento a nivel de la pared vesicular, en la zona suberosa que puede variar de 4mm hasta 10mm o más. Esta zona es hipoecogénica y se rodea por arriba, de una capa externa serosa que es eco génica y por debajo, de una capa interna mucosa que también es eco génica. Se genera el signo de la doble pared, de la oblea o del sándwich que puede verse alrededor de la vesícula en forma continua o discontinua, pudiendo desaparecer con el tratamiento adecuado, es muy frecuente en las colecistitis, aunque no es específico.
- Dilatación de la vesícula biliar: se origina por la obstrucción de un lito en la región del cístico, se distiende e incrementa el diámetro anteroposterior externo por encima de 4 cm.
- Modificación de la morfología: al distenderse la vesícula biliar, varia su estructura de una pera a una redondeada.
- Litiasis: en la luz de la vesícula pueden hallarse litos, no obstante, se debe observar, uno de estos obstruyendo el conducto cístico o el bacinete.

- Bilis eco génica: no hay evidencia de sombra acústica, en los pacientes diagnosticados con colecistitis litiásica aguda, se origina por pus, barro biliar, moco, sangre, mucosa descamada y fibrina.
 - Formación de abscesos: hipoecogénicos intramurales o pericolecísticos por perforación de la pared vesicular.
 - Signo de Murphy ecográfico positivo, debido a la existencia de un dolor, que se produce a la palpación de la vesícula biliar con un 93% de especificidad.
 - Gas al interior de la vesícula (vesícula enfisematosa) en los reducidos casos de vesículas con infección producida por bacterias anaerobias.
- La tomografía computarizada: (27,28)
A pesar de no ser el método Gold estándar para evaluar una colecistitis litiásica, nos permite identificar complicaciones como perforaciones, enfisema vesicular, colecciones, compromiso pancreático, fistulas.

TRATAMIENTO:

Conservador:

Es aquel tratamiento que se realiza en los pacientes diagnosticados con colecistitis litiásica aguda, es de manejo médico intrahospitalario, necesitando de reposo, hidratación intravenosa, antibioticoterapia y tratamiento del dolor. Dichas fases, para el buen manejo de la colecistitis litiásica aguda, nos permiten aminorar el dolor y modificar la historia natural de la patología, como es el caso de los antiinflamatorios no esteroideos, la terapia antibiótica por otro lado, se sugiere puesto que en la mitad de las personas atendidas se identifica la infección del contenido que se encuentra dentro de la vesícula biliar, entre las recomendaciones principales se encuentran las cefalosporinas de tercera y cuarta generación asociadas a metronidazol. De acuerdo a la clasificación de leve, moderada o severa se pueden sugerir opciones terapéuticas para la terapia antibiótica. (28)

Según a los antibióticos mencionados anteriormente, se emplearán aquellos que poseen cobertura ante microorganismo anaerobios y aerobios, pudiéndose usar una cefalosporina de tercera generación; una de segunda generación + metronidazol; o en alergia a betalactámicos se recomienda el uso de aminoglucósidos + metronidazol. (29)

La carencia de criterios estándar para la evaluación y diagnóstico de la severidad de las colecistitis agudas litiásicas muestran similitud en la gran variabilidad de los resultados en términos de mortalidad en la teoría, y esta ausencia de estandarización imposibilitaba

brindar directivas con respecto al tratamiento de las personas diagnosticadas con colecistitis agudas litiásicas. Un grupo de investigación, en el año 2007, estudio los datos de la literatura acerca del diagnóstico y el tratamiento de la colecistitis aguda litiásica, por lo que dichos datos fueron debatidos por un grupo médico, permitiendo establecer un consenso (recomendaciones de Tokio). (29)

Las colecistitis agudas litiásicas se clasifican en función a la severidad, según las recomendaciones de Tokio en tres grados. De esto depende la elección quirúrgico o drenaje de las colecistitis agudas litiásicas:

- Grado I (leve): No corresponde a los criterios de grado II o III.
- Grado II (moderada): Presencia de uno o varios de los siguientes criterios: leucocitosis \geq a 18.000/mm³, masa dolorosa a la palpación en cuadrante superior o hipocondrio derecho, duración de la sintomatología \geq a 72 horas, inflamación local marcada (absceso perivesicular, peritonitis biliar, colecistitis gangrenosa o enfisematosa, absceso hepático)
- Grado III (grave): Presencia de una o varias disfunciones orgánicas que comprende a: disfunción cardiovascular (hipotensión que requiere vasopresores), disfunción neurológica (disminución del nivel de consciencia), disfunción respiratoria (relación PaO₂/FiO₂ [presión arterial de oxígeno/fracción inspiratoria de oxígeno] \leq 300), disfunción renal (oliguria, creatinemia \geq 115 mmol/l), disfunción hepática (índice normalizado internacional \geq 1,5), disfunción hematológica (trombocitopenia \leq 100.000/mm³).

La colecistectomía está indicada en los grados I y II, según las recomendaciones de Tokio. En el grado III, el inicio del tratamiento, es de manejo conservador y requiere de un drenaje, que puede ser percutáneo o endoscópico.

La cirugía en el tratamiento conservador, presenta una mortalidad del 21,4% en la colecistitis de tipo grave.

La colecistectomía precoz no incrementa la tasa de complicaciones postquirúrgicas o la de conversión a laparotomía permitiendo reducir los costos del tratamiento global. Esta información ha sido constatada, mediante una investigación prospectiva aleatorizada multicéntrica en cual la colecistectomía se llevó a cabo en las primeras 24 horas de tratamiento. Actualmente, las sugerencias de las sociedades científicas indican una colecistectomía precoz en las primeras 72 horas. (30)

COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL:

Esta intervención quirúrgica consiste en que a los pacientes que presentan alteraciones agudas en la vesícula biliar, como algún cuadro agudo de la colecistitis aguda o colelitiasis. Esta operación es seleccionada el grueso de las veces para eludir la conversión a lo largo

del intraoperatorio quirúrgico, ya que gran cantidad de pacientes tienen como antecedentes, cirugías previas que permiten que esta técnica sea el Gold estándar ante la de tipo convencional, evadiendo las complicaciones posibles de laparoscópica. (30)

Presenta características y patologías que permiten que un paciente califique o no para este tipo de cirugía:

- Indicación:

- o Colelitiasis o proceso inflamatorio en la pared vesicular con o sin infección.
- o Vesícula de porcelana.
- o Hydrops vesicular
- o Obstrucción de la Vía Biliar

- Contraindicaciones:

- o Coledocolitiasis.
- o Hipertensión portal
- o Pancreatitis aguda.
- o Gastrectomía previa.
- o Embarazo.
- o Obesidad grado III.

COLECISTECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA:

En la actualidad, esta técnica es el Gold estándar empleada para el retiro quirúrgico de la vesícula biliar en presencia de alguna afección en el mismo órgano o de órganos colaterales. La persona a la cual se le va a realizar la intervención quirúrgica, deberá ser examinada anteriormente de manera general. Es un procedimiento de menor invasión, bajo los efectos de la anestesia general, a continuación, se realiza la preparación del área a ser intervenida, asepsia y antisepsia, se procede a la colocación de los cuatro trocares, un trocar de 10 a 11 mm posicionada en la zona umbilical, por la que se introduce la óptica, el resto de trocares se aplican en la zona subxifoidea, dos en la línea medio clavicular de la zona abdominal y el último a nivel de la zona axilar anterior. Se sugiere no elaborar los procedimientos en pacientes diagnosticados con diabetes sin presencia de sintomatología. La posición en la que se coloca al paciente es de 30° a la que se denomina de Trendelenburg, permitiendo que los órganos se desplacen en dirección a los diafragmas. (31)

En la colecistitis aguda litiásica, dos estudios de manera aleatoria han contrastado la laparoscopia con la laparotomía. En ambos estudios, no se evidenciaron claras diferencias en cuanto a la mortalidad postquirúrgica.

El tiempo hospitalario es inferior en la cirugía laparoscopia, lo que permitió una reanudación más rápida de la actividad profesional. Dentro las razones principales previamente mencionadas para dar importancia a la vía de acceso a realizar mediante laparotomía esto en un porcentaje mayor en la técnica laparoscópica con respecto a la lesión de la vía biliar (es causado por la ausencia de experticia inicialmente en las series publicadas, por ello la carencia de elección de esta técnica quirúrgica). Las «pautas de Tokio» recomiendan a la vía laparoscópica ser Gold estándar para las colecistitis agudas litiásicas. (31)

Técnica quirúrgica (32)

Americana

Dicho método emplea tres trocares, el primero posicionado en la región del epigastrio, el segundo en la zona subcostal, y el tercero posicionado en los flancos, los cuales presentan dimensiones de 5mm y 10mm, los trocares no pueden ser posicionados si el neumoperitoneo es < 13mmHg. Si el paciente presenta antecedentes, como adherencias o patología abdominal en la pared, se puede variar para obtener una buena visión, mejor espacio y buena triangulación.

Francesa (36)

Este método requiere de la utilización de tres trocares, el segundo se coloca en el flanco izquierdo, el tercero en epigastrio y el primero en la zona subcostal, los cuales deberán ser ubicados con la finalidad de poder observar el campo operatorio en su totalidad, se introduce el gas mediante un trocar distinto al que se empleó para la óptica, luego de ello, se ubica al paciente en posición Tredlemburg invertido, hacia el lado izquierdo, la cual permite una mejor visión del triángulo de Calot.

Contraindicaciones (33)

No específicas:

- Absolutas, como la hipertensión endocraneal, las derivaciones peritoneoyugulares o el glaucoma de ángulo cerrado.
- Relativas, como las cardiopatías, la insuficiencia respiratoria crónica, el enfisema pulmonar, los antecedentes de neumotórax y el glaucoma de ángulo abierto.

Específicas:

- Cáncer de vesícula biliar
- Síndrome de Mirizzi
- Antecedente de cirugía abdominal, sobretodo supramesocólica
- Presencia preoperatoria → hemocolecisto
- Colecistitis gangrenosa o enfisematosa
- Pediculitis

Una operación laparoscópica debe convertirse en un procedimiento abierto si el cirujano se encuentra con una situación que exige palpación manual y visión directa para su corrección. Los cirujanos deben cambiar a operaciones abiertas sin dudar si surge la necesidad. La colecistectomía abierta se analiza en detalle en otra parte.

La conversión a una operación abierta está indicada para:

- Hemorragia
- Anatomía inusual o confusa
- No progresar por vía laparoscópica de manera oportuna
- Perforación intestinal o lesión importante de los conductos biliares
- Cáncer de vesícula biliar potencialmente resecable
- Cálculos del conducto biliar común que no se pueden extirpar por vía laparoscópica o endoscópica (debido a la anatomía de Billroth II, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) fallida previamente o falta de un endoscopista experimentado).

COMPLICACIONES:

Intraoperatorias

- Sangrado: Originado por la ruptura de vasos sanguíneos, tal como las arterias, venas, o capilares, que resulta en la extravasación de sangre, las cuales pueden suceder a lo largo de la disección del pedículo, las etiologías más frecuentes son: sangrado en la zona del trocar, por lo tanto deberá asegurarse el área de la incisión antes de introducir el trocar; sangrado por disección de adherencias, por lo que se debe tener precaución al diseccionar las adherencias epiploicas que puedan presentar, pudiéndose detener con electrocauterio; sangrado en el triángulo de Calot, ; sangrado en la fosa de la vesícula biliar y la más grave de todas, el sangrado de la arteria cística. (33)
- Lesión de la vía biliar: Se produce fundamentalmente cuando se confunde el cístico con el hepatocolédoco, por lo que el colédoco es clipado y seccionado, además este

procedimiento también es utilizado cuando sucede una quemadura por electrobisturí.
(33)

Post Operatorias tempranas

- Dolor post - cirugía: Según la Sociedad Americana de Anestesiología, está presente en el paciente a causa de la enfermedad, la técnica quirúrgica y a sus complicaciones o una mezcla de ambas, y se destaca principalmente por identificarse como un dolor agudo, con tiempo limitado, evitable y predecible. El ineficaz control impacta perjudicialmente en la calidad de vida, eleva el riesgo de complicaciones postoperatorias a la recuperación, y se asocia a un incremento de la morbilidad y de los costes, elevando el riesgo a desarrollar un persistente dolor crónico.
- Sangrado Post quirúrgica: Se presume cuando el periodo postquirúrgico, de manera inmediata, se presenta como alteraciones a nivel hematológico, de variable intensidad, presentándose una clínica como la hipoperfusión periférica (taquicardia, hipotensión, palidez, disminución del hematocrito y oligoanuria) y la hipovolemia.
- Vómitos y náuseas: La presencia de esta complicación sucede en el postoperatorio inmediato, relacionado al síndrome doloroso abdominal, muestra una prevalencia general de 12-52% pudiendo extender la hospitalización de causa multifactorial, enfermedad asociada al paciente, tipo de operación, método anestésico, factores intraoperatorios, en la hospitalización postquirúrgica, la temprana movilización podría considerarse como un estimulador. (34)
- Infección de zona operatoria: Se produce durante la primera semana postquirúrgica, comprometiendo únicamente el tejido celular subcutáneo y la piel. A la evaluación física se puede evidenciar la presencia de exudado purulento en la incisión, relacionado a inflamación, dolor, aumento de temperatura y eritema. Como manifestación clínica, puede manifestar temperatura $>38^{\circ}$, irritabilidad en la zona operatoria y dolor. (34)

Post Operatorias tardía

- Bilioma: se define como una acumulación de bilis extra biliar anormal y bien delimitado, que puede originarse por iatrogenia o traumatismo, estos pueden manifestarse tras un rango promedio de 4 semanas. Puede presentarse en la paciente sintomatología tal como fiebre y dolor en el cuadrante superior derecho. Pudiendo ser drenado mediante una punción/aspiración, utilizando aguja fina, drenaje percutáneo o realización de una operación.

- Absceso subhepático: Prevalencia del 5% de complicaciones postquirúrgicas, durante la operación, usualmente para el drenaje se deja una sonda subhepática, no obstante, cuando son mal posicionadas, podría acumularse líquido en la zona del hígado, en la cual se ha disecado la vesícula biliar, este líquido puede ser sanguinolento y contener restos biliares, provocando infecciones. Se puede presentar con leucocitos, fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho y presentar subictericia o peritonismo en caso de infección de la zona visceral. Se utilizará radiografía de tórax para el diagnóstico además de una radiografía simple de abdomen. (35)
- Peritonitis biliar: Originada por el acúmulo y la fuga biliar a nivel de la cavidad abdominal produciendo un cuadro de peritonitis, con requerimiento de realizar un drenaje o re intervención quirúrgica.
- Fistula biliar: Se define como una comunicación anormal entre el tracto gastrointestinal y la vía biliar, esta se clasifica en tipo obstructivo, originando hematemesis o melena secundaria, íleo biliar o síndrome de Bouveret; el tipo no obstructivo, genera síndrome de malabsorción, pérdida de peso y colangitis recurrente. Esto se produce por una impactación del cálculo en la bolsa de Hartmann, desarrollando un proceso inflamatorio y originando adherencias perivesiculares.
- Pancreatitis: Se da por una obstrucción de un lito en la Ampolla de Váter, dificultando el drenaje de la secreción pancreática. Podemos identificar la presencia de hiperlipasemia e hiperamilasemia en el laboratorio, y en la clínica puede evidenciarse patrón colestásico e ictericia. La terapéutica mezcla fluidoterapia intensiva y técnicas de soporte. Si se presume el diagnóstico de coledocolitiasis de manera persistente, se realizará una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica inmediata (dentro de las primeras 72 horas de la aparición de la sintomatología). (35)

2.3 DEFINICIONES DE CONCEPTOS OPERACIONALES:

- Colectomía: Es la operación realizada por medio de dos técnicas una de ellas es laparoscópica y la convencional o abierta.
- Sexo: Es el conjunto de aquellas particularidades que califican a los individuos de una especie clasificándolos en femenino y masculino.
- Edad: Periodo de vida de un individuo a partir de su nacimiento.

- Índice de masa corporal (IMC): Es el peso de una persona en kilogramos o libras dividido por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2). Se utiliza para la clasificación del sobrepeso y la obesidad en adultos definiendo así delgado con un IMC <18.5 , normal con un IMC dentro del rango de 18 a 24.99, sobrepeso con un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.
- Tipo de atención: tipo de atención que se admitió al paciente desde el momento que llega al hospital para la realización de dicha operación.
- Tipo de anestesia: tipo de anestesia que decide el anestesiólogo de turno luego de realizar una evaluación previa al paciente.
- ASA: clasificación que se utiliza para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.
- Tiempo operatorio: Es el tiempo en que se realiza el procedimiento operatorio desde la incisión en la piel, hasta el cierre por planos.
- Estancia hospitalaria: Total de días que permanece el paciente en el centro hospitalario.
- Diabetes: Patología en la cual los niveles de glucosa en sangre se hallan incrementados ($>126\text{gr}/\text{dl}$, valor normal)
- Hipertensión arterial: Enfermedad que, al realizar la toma de la presión arterial, presenta valores elevados ($>120/80\text{mmhg}$)
- Complicaciones:
 - ✓ Lesión de la vía biliar: ausencia o aparición de la afección de la vía biliar principal o anexa, que puede ser intraoperatoria y/o postoperatoria de forma inadvertida.
 - ✓ Infección de sitio operatorio: se produce dentro del rango de los 30 primeros días post cirugía, comprende únicamente los tejidos blandos subcutáneos a la incisión y la piel.
 - ✓ Sangrado: presencia de variación de la volemia y/o en el hematocrito o presentación fidedigna de un sangrado.

- ✓ Granuloma umbilical: Son debidos a una inflamación crónica causada por un cuerpo o un organismo extraño: diferentes tipos de células van a proliferar y a generar el granuloma
- ✓ Bilioma: se define como una acumulación de bilis extra biliar anormal y bien delimitado.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:

Hipótesis general:

- La técnica de la colecistectomía convencional posee mayores Complicaciones que la técnica laparoscópica en pacientes con Colecistitis litiásica en el servicio de cirugía en el Hospital II Essalud - Talara, desde enero de 2009 hasta diciembre del 2019.

Hipótesis específicas:

- El sexo masculino y la tercera edad son un factor asociado a las complicaciones post colecistectomía.
- La obesidad ó sobrepeso son un factor asociado a las complicaciones post colecistectomía.
- Antecedentes como Diabetes mellitus, Hipertensión arterial y antecedente de vía biliar son un factor de riesgo de complicación post colecistectomía laparoscópica.
- El mayor tiempo intraoperatorio es un factor de riesgo de complicación post colecistectomía convencional.
- El mayor tiempo hospitalario es un factor de riesgo de complicación post colecistectomía convencional.

3.2 VARIABLES DEL ESTUDIO:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Tipo de técnica quirúrgica.
- Complicaciones

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Sexo
- Edad
- IMC

- Tipo de atención
- Tipo de anestesia
- ASA
- Tiempo operatorio
- Estancia hospitalaria
- Afecciones de la vía biliar
- Infección de sitio operatorio
- Granuloma umbilical
- Hemorragia
- Bilioma
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Cálculo de vía biliar

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Estudio de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo-analítico de casos y controles.

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto del VII CURSO –

TALLER DE TITULACION POR TESIS según enfoque y metodología publicada.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio, está determinada por los pacientes operados durante los meses de enero 2009 a diciembre 2019 que hayan sido intervenidos quirúrgicamente para colecistectomía, lo que da un total aproximado de 1228 pacientes colecistectomizados, en el Hospital II Essalud - Talara.

Muestra:

No se calculó el tamaño de la muestra, pero si la potencia estadística en el programa EPIDAT versión 4.2 con una proporción esperada para la variable de ATENCIÓN - programada de la población de casos expuestos: 70.78 %, población de controles expuestos: 87.07 %, con un Odds ratio a detectar de: 0.360, una razón entre tamaño muestrales: 3.00, con un nivel de confianza del 95.0%, tamaño de muestra: 1.228 obteniéndose una potencia de: 100.00%

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

(ANEXO 9)

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

CASOS

- Pacientes con diagnóstico preoperatorio de colecistitis aguda o crónica calculosa, con sintomatología al momento de ser operados.
- Pacientes de sexo masculino o femenino, mayores de 11 años de edad sometidos a colecistectomía laparoscópica o abierta de manera programada o de emergencia en el servicio de cirugía en el Hospital II Essalud – Talara.
- Pacientes que se encuentren dentro del periodo de estudio propuesto en esta investigación (enero 2009 – diciembre 2019).
- Pacientes con historia clínica con datos completos y legibles.

CONTROLES

- Pacientes con diagnóstico preoperatorio de colecistitis aguda o crónica calculosa, con sintomatología al momento de ser operados.
- Pacientes de sexo masculino o femenino, mayores de 11 años de edad sometidos a colecistectomía laparoscópica o abierta de manera programada o de emergencia en el servicio de cirugía en el Hospital II Essalud – Talara.
- Pacientes que se encuentren dentro del periodo de estudio propuesto en esta investigación (enero 2009 – diciembre 2019).
- Pacientes con historia clínica con datos completos y legibles.

Criterios de exclusión

CASOS

- Pacientes con cirugías previas.
- Pacientes con cirugías simultáneas
- Pacientes menores de 12 años.
- Pacientes gestantes.
- Pacientes con el diagnóstico de coledocolitiasis, pancreatitis aguda biliar.
- Pacientes con necesidad de colangiopancreatografía retrograda endoscópica y/o Esfinterotomía.
- Pacientes inmunocomprometidos
- Pacientes con sospecha de malignidad
- Pacientes joven, adulto o adulto mayor que no cuenten con comorbilidades diagnosticadas de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial.

CONTROLES:

- Pacientes con cirugías previas.
- Pacientes con cirugías simultáneas
- Pacientes menores de 12 años.
- Pacientes gestantes.
- Pacientes con el diagnóstico de coledocolitiasis, pancreatitis aguda biliar.
- Pacientes con necesidad de colangiopancreatografía retrograda endoscópica y/o Esfinterotomía.
- Pacientes inmunocomprometidos
- Pacientes con sospecha de malignidad
- Pacientes joven, adulto o adulto mayor que no cuenten con comorbilidades diagnosticadas de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la aplicación de la ficha de recolección de la data, en primer lugar acudí al departamento de estadística de dicho centro para que me proporcionen los datos luego de ello se pudo constatar la información recopilada anteriormente en las

historias clínicas y en el libro de los reportes operatorios del servicio de Cirugía del Hospital II Essalud - Talara para asegurar la veracidad de la data y poder aplicar nuestro instrumento.

Instrumento: Ficha de recolección de datos (Anexo N°1)

4.5 PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS

La data recabada se procesó en una hoja de cálculo del programa de Microsoft Excel versión 2019, donde se incorporaron criterios de validación para eludir futuros errores en la digitación. El análisis estadístico se elaboró mediante el programa de STATA versión 16.0, al igual que el procesamiento, la recodificación y validación de los datos. En primer lugar, se realizó el control de calidad de la data, tratando de reconocer y/o corregir valores vacíos, sin coherencia o atípicos, comparando con la historia clínica, reportes operatorios y las fichas de recolección de datos.

Las variables cuantitativas se analizaron a partir del cálculo de medidas de tendencia central, como el rango intercuartílico y la media, en función a la evaluación de la distribución de frecuencias de las variables, usándose el promedio cuando la distribución se aproximaba a una normal.

Para evaluar la asociación entre variables cualitativas o categóricas, se usó el estadístico Chi cuadrado (χ^2) de independencia. Como medida para la evaluación de los factores de riesgo para la [complicación] se usó el odds ratio crudo (OR) y con su respectivo intervalo de confianza. Por último, se calculó los OR ajustados a través de un modelo de regresión logística binaria.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

El presente estudio fue elaborado por medio del análisis de historias clínicas, por ende, no hubo una interacción directa con los pacientes, a pesar de ello, se avaló la confidencialidad de cada uno de los pacientes, solo se tomó los datos que sean contributorios y pertinentes para la investigación. De la misma manera, se avaló la fidelidad de la consignada información por medio del respeto íntegro de los datos

recolectados, procesados y analizados, sin realizarles alteraciones ni modificaciones a los mismos. Este trabajo fue aprobado por el comité institucional de ética en investigación del Hospital II Essalud – Talara.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 RESULTADOS

Para esta investigación se incluyeron las historias clínicas de 1228 de pacientes sometidos a colecistectomía atendidos en el Hospital II Essalud – Talara, distribuido en dos grupos, Grupo: (1) pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica y Grupo: (2) pacientes sometidos a colecistectomía convencional, atendidos durante el periodo 2009 – 2019 y que cumplieron los criterios del estudio.

Tabla 1. Características generales de los factores sociodemográficos de los pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

FACTORES	Nº	%
SEXO		
Femenino	946	77.04
Masculino	282	22.96
EDAD		
Adolescente	26	2.12
Joven	182	14.82
Adulto	760	61.89
Adulto mayor	260	21.17
IMC		
Delgado	49	3.99
Normal	425	34.61
Sobrepeso	390	31.76
Obesidad	364	29.64
ATENCIÓN		
Programada	1019	82.98
Emergencia	209	17.02
ANESTESIA		
General intubación	1027	83.63
Regional raquídea	201	16.37

CONMORBILIDADES

DM	SI	25	2.04
	NO	1203	97.96
HTA	SI	88	7.17
	NO	1140	92.83
CÁLCULO VÍA BILIAR	SI	25	2.04
	NO	1203	97.96

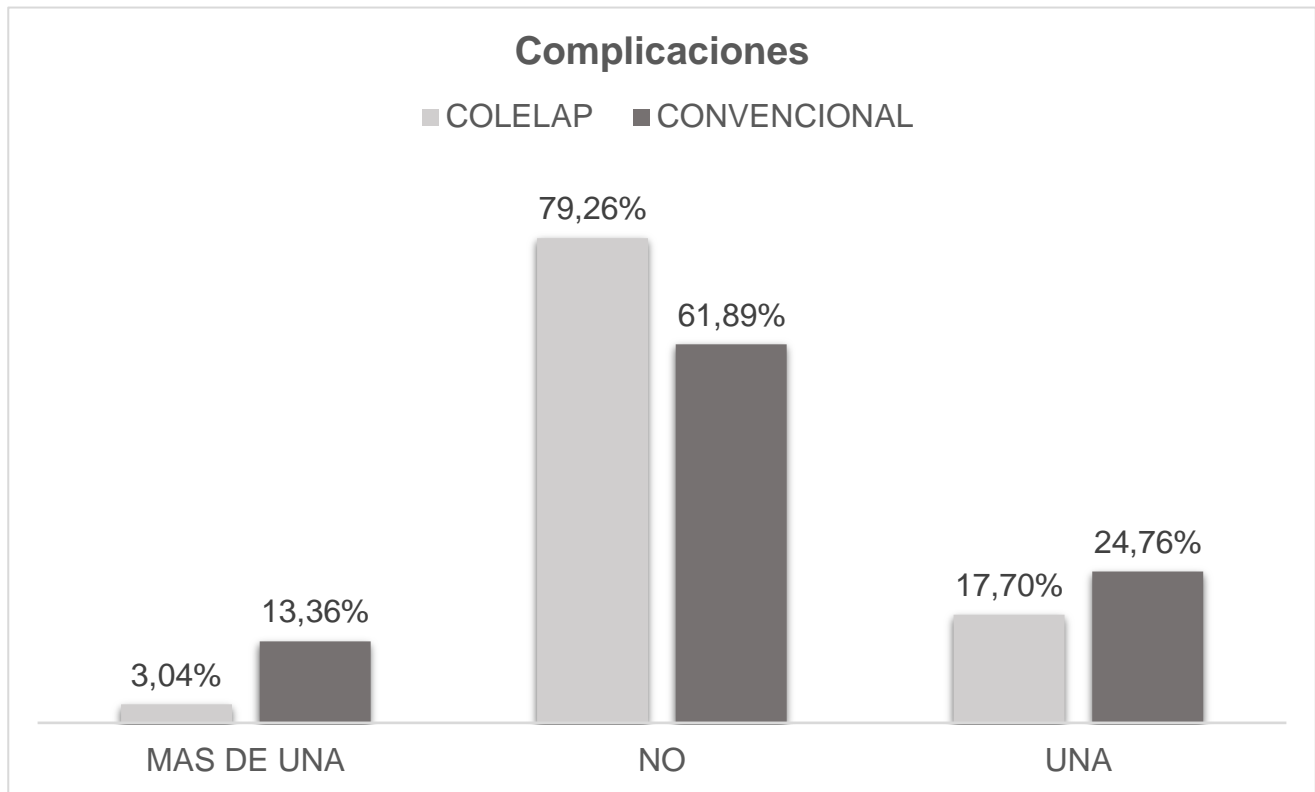
Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 2. Complicaciones de los pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

COMPLICACIÓN	CIRUGÍA			
	Colelap		Convencional	
	N.º	%	N.º	%
SI	191	20.74	117	38.11
NO	730	79.26	190	61.89
ISO				
SI	38	4.13	26	8.47
NO	883	95.87	281	91.53
GRANULOMA UMBILICAL				
SI	76	8.25	26	8.47
NO	845	91.75	281	91.53
LESIÓN VÍA BILIAR				
SI	7	0.76	27	8.79
NO	914	99.24	280	91.21
SANGRADO				
SI	17	1.85	30	277
NO	904	98.15	9.77	90.23
BILIOMA				
SI	2	0.22	6	1.95
NO	919	99.78	301	98.05

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 1. Número de complicaciones con respecto a la cirugía realizada de los pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.



De acuerdo al gráfico observamos:

Un total de 117(38.12%) pacientes que presentaron complicaciones post colecistectomía convencional, a predominio de una 76 (24.76%); en cambio se obtuvo un total de 191 (20.74%) pacientes que presentaron complicaciones post colecistectomía laparoscópica, a predominio de una complicación 163 (17.70%).

Tabla 3. Características generales de los factores sociodemográficos en relación a la cirugía realizada en los pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

FACTORES	CIRUGÍA			
	Colelap		Convencional	
	N.º	%	N.º	%
SEXO				
Femenino	729	79.15	217	70.68
Masculino	192	20.85	90	29.32
EDAD				
Adolescente	23	2.50	3	0.98
Joven	147	15.96	35	11.40
Adulto	564	61.24	196	63.84
Adulto mayor	187	20.30	73	23.78
IMC				
Delgado	35	3.80	14	4.56
Normal	240	26.06	87	28.34
Sobrepeso	187	20.30	55	17.92
Obesidad	494	53.64	165	53.75
ATENCIÓN				
Programada	803	87.19	216	70.36
Emergencia	118	12.81	91	29.64
ANESTESIA				
General intubación	846	91.86	181	58.96
Regional raquídea	75	8.14	126	41.04
CONMORBILIDADES				
DM				
SI	16	1.74	9	2.93
NO	905	98.26	298	97.07
HTA				
SI	60	6.51	28	9.12
NO	861	93.49	279	90.88
CÁLCULO VÍA BILIAR				
SI	16	1.74	9	2.93
NO	905	98.26	298	97.07

Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA 4. Características generales de los factores sociodemográficos en relación a las complicaciones en los pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

FACTORES	COMPLICACIÓN				<i>p</i>
	NO		SI		
	N	%	N	%	
CIRUGÍA					
COLELAP	730	79.35	191	62.01	p <0.001
CONVENCIONAL	190	20.65	117	37.99	
SEXO					
F	722	78.48	224	72.73	0.038
M	198	21.52	84	27.27	
ATENCIÓN					
CON	801	87.07	218	70.78	p <0.001
EMG	119	12.93	90	29.22	
ANESTESIA					0.320
GENERAL	775	84.24	252	81.82	
INTUBACIÓN					
REGIONAL	145	15.76	56	18.18	
RAQUIDEA					
CONMORBILIDADES					
CÁLCULO DE VÍA					
BILIAR					0.420
NO	903	98.15	300	97.40	
SI	17	1.85	8	2.60	
DM					0.420
NO	903	98.15	300	97.40	
SI	17	1.85	8	2.60	
HTA					0.208
NO	859	93.37	281	91.23	
SI	61	6.63	27	8.77	

Fuente: Propia, ficha de recolección de datos

Se observó que 191 (62.01%) pacientes presentaron complicaciones post colecistectomía laparoscópica, mientras que 117 (37.99%) pacientes presentaron complicaciones post colecistectomía convencional; $p < 0.001$ considerándose significativa como factor significativo a complicaciones post operatorias.

También se puede concluir que según el tipo de atención la más frecuente es de tipo consultorio en el grupo que presentó complicaciones es de 218 (70.78%), en cambio los que fueron atendidos por consultorio 90 (29.22%) presentó complicaciones sería un factor significativo a la presencia de complicaciones post colecistectomía. ($p < 0.001$)

En relación al sexo, los pacientes que presentaron complicaciones son el 224(72.73%) del sexo femenino y 84(27.27%) son del sexo masculino; en relación con el grupo que no presentó ninguna complicación se puede evidenciar que 722(78.48%) de los pacientes son del sexo femenino y 198(21.5%) son del sexo masculino, sería un factor significativo para la presencia de complicaciones post colecistectomía. ($p 0.038$)

Gráfico 2. Nivel de atención con respecto a las complicaciones de los pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

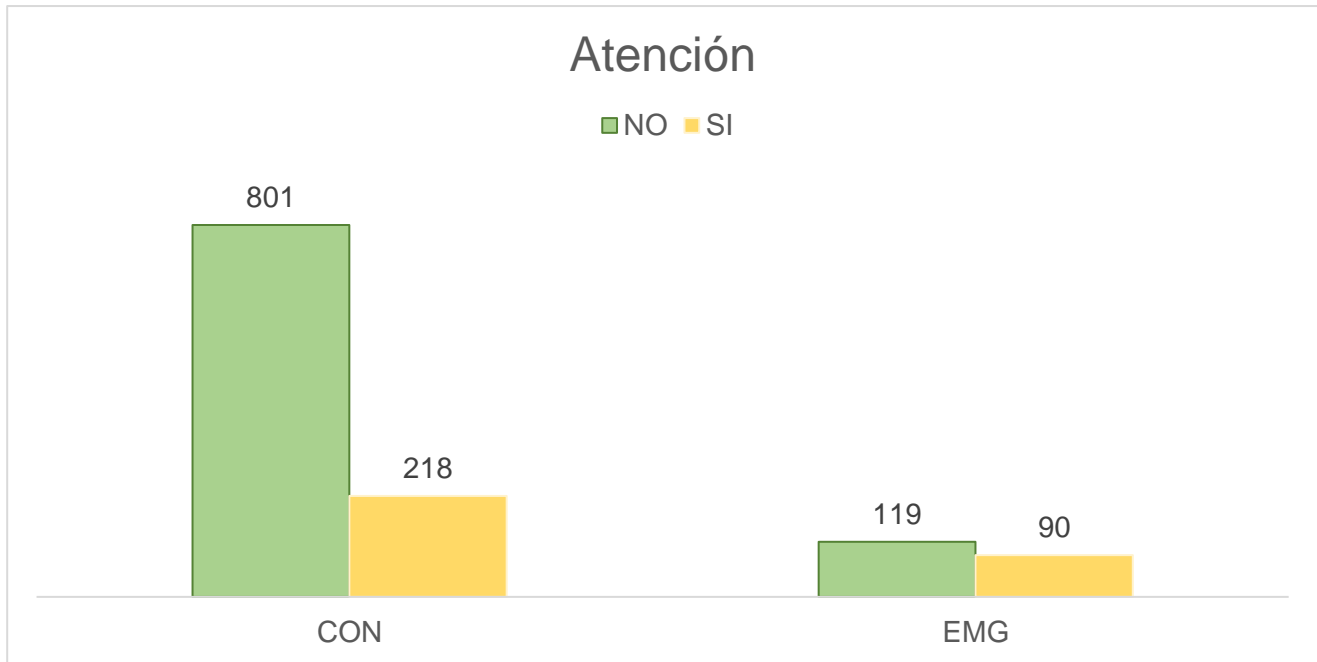


Gráfico 3. Según de sexo con respecto a las complicaciones de los pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

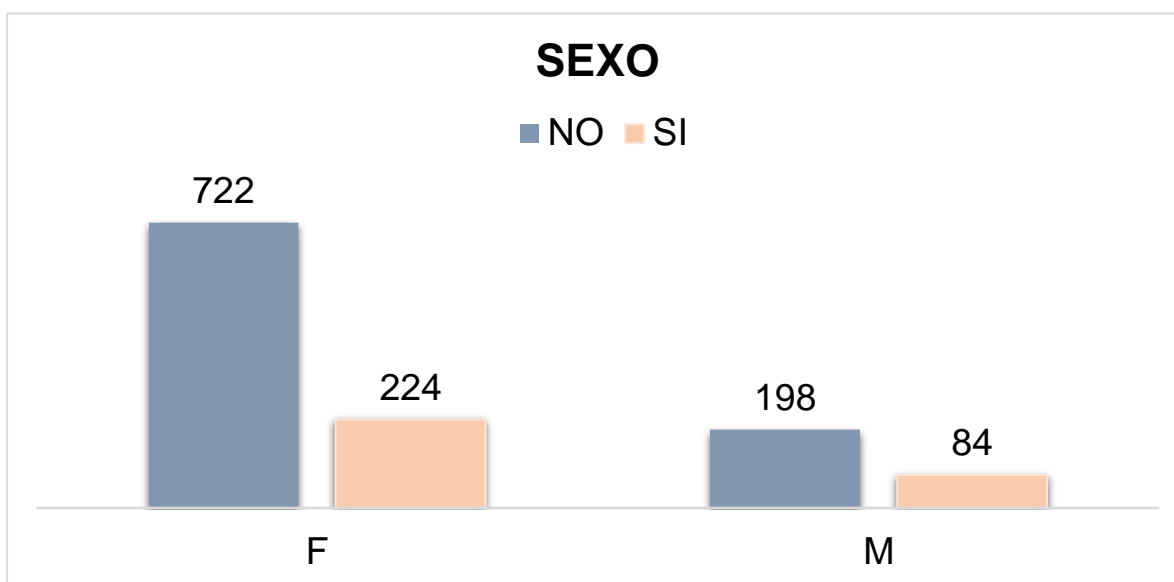


Tabla 5. Variables cuantitativas en relación con las cirugías realizadas en los pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

FACTORES	CIRUGÍA				p
	COLELAP		CONVENCIONAL		
	Mediana	Rango intercuartílico	Mediana	Rango intercuartílico	
EDAD	44	33 - 57	46	35 - 59	0.047
IMC	26.75	23.18 - 30.78	26.22	23.14 - 30.86	0.592
Tiempo operatorio	90	60 - 110	90	60 - 105	p<0.001
Tiempo hospitalización	3	3 - 4	4	3 - 5	p<0.001

Fuente: Ficha de recolección de datos

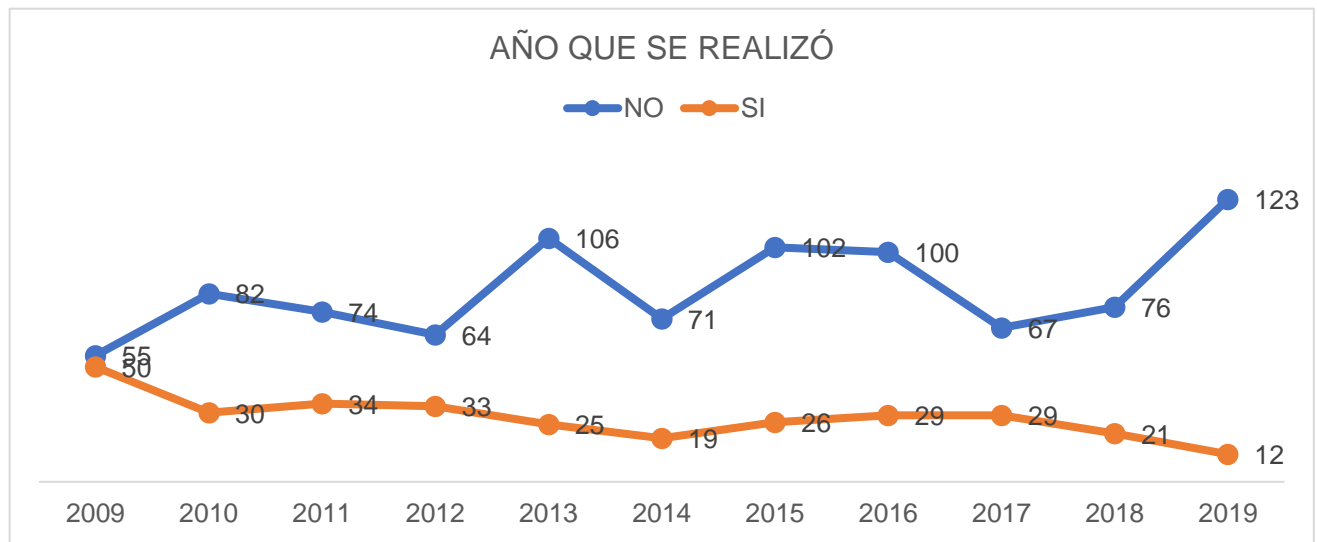
Se observan que las variables Edad (años), tiempo intraoperatorio y tiempo de estancia hospitalaria(días) se consideran un factor significativo a complicaciones post colecistectomía obteniendo un p 0.047 y estos dos últimos un p 0.000 correspondientemente a cada uno, siendo estos significativamente estadísticos.

Tabla 6. Análisis multivariado de los factores sociodemográficos en relación a las complicaciones en los pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.

Características de la intervención	MODELO CRUDO			MODELO AJUSTADO		
	Odd Ratio	IC 95 %	p	Odd Ratio	IC 95 %	p
CIRUGÍA						
Colelap	1			1		
Convencional	2.35	1.77 - 3.11	p<0.001	1.41	0.97 - 2.05	0.072
SEXO						
F	1			1		
M	1.37	1.01 - 1.83	0.038	1.10	0.75 - 1.55	0.697
EDAD						
Años	1.00	0.99 - 1.01	0.437	0.99	0.98 - 1.00	0.868
IMC						
kg/m2	0.99	0.97 - 1.01	0.285	0.98	0.96 - 1.01	0.198
COMORBILIDADES						
ENFERMEDAD VÍA BILIAR						
NO	1			1		
SI	1.42	0.61 - 3.31	0.422	0.53	0.16 - 1.77	0.300
Hipertensión Arterial						
NO	1			1		
SI	1.35	0.84 - 2.17	0.210	0.89	0.48 - 1.64	0.702
Diabetes Mellitus						
NO	1			Omitió		
SI	1.42	0.61 - 3.31	0.422			
ATENCIÓN						
Programada	1			1		
Emergencia	2.78	2.03 - 3.80	p<0.001	1.51	1.03 - 2.22	p<0.001
TIEMPO OPERATORIO						
Mas de 60 minutos	1.01	1.00 - 1.01	p<0.001	1.01	1.00 - 1.01	p<0.001
ANESTESIA						
General intubación	1			1		
Regional Raquídea	1.19	0.85 - 1.67	0.321	0.87	0.55 - 1.36	0.537
TIEMPO HOSPITALIZACIÓN						
Días	1.93	1.73 - 2.16	p<0.001	1.78	1.59 - 2.01	p<0.001

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 4. Curva de aprendizaje con respecto a las complicaciones de los pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.



En este gráfico se puede observar que las complicaciones post colecistectomías han ido disminuyendo con el paso de los años, debido a que, en los inicios de la cirugía laparoscópica, los cirujanos tenían poca experiencia en esta técnica y agregado a ello la inflamación aguda de los tejidos aumentaban la dificultad en la técnica.

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Habiendo obtenido los resultados anteriormente expuestos encontramos que nuestra hipótesis general la cual se refería que la técnica de la colecistectomía convencional posee mayores complicaciones que la técnica laparoscópica por lo que es necesario entender a cabalidad, no sólo la técnica quirúrgica en sí, sino también los factores de riesgo asociadas a esta, para poder actuar de manera diferente ante cualquier acontecimiento.

Se compararon los resultados de dos grupos: el grupo de pacientes expuestos a colecistectomía laparoscópica (921 pacientes) de los cuales 191 (62.01%) presentaron complicaciones y el grupo sometido a colecistectomía convencional (307 pacientes) de ellos 117 (37.99%) tuvieron complicaciones obteniendo un OR de 2.35, (IC 95%: 1.77 – 3.11), la cual se corrobora con lo mencionado por Bury Macias (2016) (9), quien recomienda el uso de laparoscópica para así aminorar la prevalencia de complicaciones frente a la utilidad de la cirugía abierta en colecistitis aguda o crónica reagudizada o pólipo. En ambos trabajos de investigación dicho análisis fue estadísticamente significativo. ($p < 0.05$)

De acuerdo al sexo, en el presente estudio se dividido género femenino son las que tienen mayor tendencia a desarrollar litiasis vesicular esto relacionado al embarazo, la paridad, el uso de métodos anticonceptivos o el uso de terapia hormonal. En este estudio se encontró que las mujeres atendidas fueron 946 (77.04%) y son de sexo masculino 282 (22.96%). Se adquirió un valor $p = 0.038$ exponiendo significancia estadística; observando que ser varón tiene 1.03 veces mayor probabilidad de presentar complicaciones (OR = 1.37 IC 95% 1.02-1.84), al realizar el multivariado se obtiene un OR de 1.10 (IC: 0.75-1.55),

y un p 0.697, dicho análisis no fue estadísticamente significativo. Las cifras anteriormente mencionadas se avalan con la investigación realizado Aldana en Perú (38) donde se evidencia que el 8.6% de los hombres presentaron complicaciones comparados con el 6% en mujeres, obteniendo un p 0,000 estadísticamente significativo, evidenciando que existe 1.14 veces más probabilidad para presentar complicaciones (OR:1.14 IC 1.10–1.19), similar al trabajo de Bury Macias (9) está formado por 153 pacientes se observó que la frecuencia con la que acudían personas del género masculino afectados por esta patología vesicular fue de 51 (38,64%) del valor total en comparación a la población femenina de 81 (61,36%). En el trabajo de Zoila Villar et (15), el sexo femenino tuvo predominio con un 73% versus 27% del sexo masculino, en razón de 2:1 entre ambos sexos. (15).

Otro factor estudiado, es la atención por la que se admitió al paciente, esta fue dividida en: programada, se considera que el paciente fue por atendido por consultorio y se le preparó al paciente mediante diversos exámenes y evaluaciones pre operatorias y en emergencia, se considera que el paciente fue ingresado por atendido por emergencia donde debe de ser operado de manera casi inmediata. Se encontró que el ser atendido por emergencia tiene 2.78 veces más probabilidad de presentar complicaciones post colecistectomía ($p=0.000$, OR = 2.78 IC 95% 2.03-3.80), al realizar el multivariado se obtiene un OR = 1.51 (IC: 1.03-2.22), y un p 0.04, dicho análisis es estadísticamente significativo, siendo este factor asociado a presentar complicaciones post colecistectomía. Este hallazgo tiene similitud con el estudio realizado por Aldana Perú (2018) (38) donde se halló que el 7.5% de los pacientes atendidos de manera urgente comparado con el 4.7% de los pacientes atendidos de manera electiva, obteniendo un p 0.000 siendo estadísticamente significativo, existiendo 1.69 veces mayor probabilidad de tener complicaciones (OR = 1.69,

IC 95% 1,59-1.81). En cambio, el trabajo de Ozcoidi (2015) (39) no se observaron diferencias significativas entre las colecistectomías urgentes y las programadas en cuanto a complicaciones postoperatorias ($p=0.532$), de un total de 8 pacientes (16.32%) de los 49 que formaron parte del estudio desarrollaron complicaciones mientras que 41 pacientes (83.67%) tuvieron un postoperatorio completamente normal. En el trabajo de Ibáñez 2010 (12) se observó que había mayor frecuencia de atención de manera electiva con un 75% comparado a un 25% que fue operado de manera urgente con un RR = 0.415 (IC 95% 0.27-0.63) demostró ser factor protector independiente el modo de ingreso electivo.

Con respecto al tiempo operatorio, en el presente estudio se encontró una mediana de 90 minutos para ambos tipos de cirugías con un rango intercuartílico entre (60 – 105 minutos) para la colecistectomía convencional y (60 – 110 minutos) para la colecistectomía laparoscópica, tiene 1.01 veces más probabilidad de tener complicaciones post colecistectomía, siendo esta razón estadísticamente significativa ($p= 0.000$, OR = 1.01 IC 95% 1.00-1.01); siendo este factor asociado a presentar complicaciones post colecistectomía, guarda relación con el estudio realizado por Jesús García Chávez (2012) (11) se observó un tiempo quirúrgico promedio fue de 113.07 minutos; con un mínimo de 50 minutos y un máximo de 210 minutos para los pacientes post colelap en comparación a la convencional el tiempo quirúrgico promedio estimado para este grupo fue de 91.8 minutos, con un mínimo de 60 y un máximo de 240 minutos, donde se encontró ($p = 0.0016$) considera estadísticamente significativa. Así mismo, en el estudio realizado por Serge Bebko (2011) (39) El rango de tiempo operatorio estuvo comprendido entre 25 y 300 minutos, con una media de 95.88 minutos, el análisis muestra que existe una diferencia significativa en los tiempos operatorios de acuerdo al sexo, siendo bastante

más prolongada la media del grupo masculino frente al femenino, obteniendo un $p < 0.001$, (RR = 1.19 IC 95% 1.12-1.27), al ajustar los resultados mediante el análisis multivariado, se mantuvo la tendencia obteniéndose (OR = 1.11 IC 95% 1.00-1.25), concluyendo que es un factor de riesgo para realizar complicaciones post colecistectomía. En el trabajo de Zoila Villar (2017) (15) se observa que el tiempo operatorio promedio 86 minutos tanto en mujeres como en varones post colecistectomía; con un $p < 0.05$ siendo este estadísticamente significativo, con un OR de 1.01 (IC: 1-1.01), siendo considerado este un factor asociado a complicaciones post colecistectomía.

Por último el factor estudiado fue el tiempo de hospitalización, donde se encontró una mediana de 3 días, con un rango intercuartílico de 3-4 días para los pacientes operados por colelap en comparación a los que fueron operados mediante colecistectomía convencional tuvo una mediana de 4 días, con un rango intercuartílico de 3-5 días, este factor tendría 1.93 veces más probabilidad de tener complicaciones (OR = 1.93 IC 95% 1.73-2.16), al realizar el análisis multivariado este tendría 1.78 veces más probabilidad de tener complicaciones, hay una disminución en cuanto a la probabilidad (OR = 1.78 IC 95% 1.59-2.01); a pesar de ello, esta razón fue estadísticamente significativa al encontrarse con un valor de $p = 0.000$ (< 0.05). El trabajo realizado por de Rubén Cordero (2015) (10) El tiempo promedio de estancia hospitalaria post quirúrgica fue de 46 horas (+31), equivalentes a 1.9 días, obtuvo un ($p < 0.001$) con un OR= 6.21 (IC 95% 4.11-9.37), La disminución de la estancia hospitalaria favorece la rápida reintegración del paciente a sus actividades cotidianas. En relación con otras series, nuestro estudio se encuentra dentro del margen considerado como aceptable, La estancia postquirúrgica está determinada por varios factores, principalmente por la presencia de infecciones nosocomiales y por las complicaciones post

operatorias. Las infecciones nosocomiales y las complicaciones postquirúrgicas constituyen una causa de preocupación a nivel hospitalario; las que ocurren mediante la colecistectomía laparoscópica pueden presentarse también en la colecistectomía convencional, pero su frecuencia varía. (10). En el trabajo de Aldana Perú (2018) (38), la mediana de estancia hospitalaria fue de dos días (RIC=1-4), la cual fue mayor en la cirugía urgente (mediana=3; RIC=2-5) que en la cirugía programada (mediana=1; RIC=1-1), con un $p < 0.00$, considerándose estadísticamente significativa. Según García Jesús (2012)(11) menciona que el tiempo de hospitalización post operatoria, la media fue de 2.15 días con un mínimo de un día y máximo de cinco días de hospitalización con un $p < 0.05$, siendo estadísticamente significativa. En el trabajo de Ibáñez 2010 (12) se observó que La estadía postoperatoria promedio fue de 2,9 días, con un OR = 1.001 (IC 95% 0.99-1,00) El progresivo dominio de esta técnica se ha visto reflejado en una disminución del tiempo de hospitalización de cifras cercanas a 5 días para la colecistectomía clásica a un promedio actual de 2,9 días para esta serie.

Limitaciones, describir y explicar las limitaciones de su estudio.

La limitación principal fue que nos encontrábamos en el proceso de una pandemia, además debe tenerse en cuenta que no se contó con toda la información en algunas de las historias clínicas debido a que no se encontraron por la antigüedad y otras se encontraban incompletas, en algunos datos sobre el reporte operatorio y seguimiento del paciente; otra limitación es que podría ser difícil extrapolar los resultados de esta investigación a otras poblaciones de aquellos pacientes que son atendidos en un Hospital del MINSA, porque pueden tener diferentes características.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

El tipo de atención, como la emergencia es un factor de riesgo para el desarrollo de presentar complicaciones post colecistectomía.

El tiempo operatorio a mayor tiempo intraoperatorio es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones post colecistectomía

La estancia hospitalaria a mayor cantidad de días es un factor de riesgo para el desarrollo de las complicaciones

6.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar realizando más estudios con una población así de grande de pacientes, en particular comparando los diversos factores que ocasionen complicaciones evaluados en una década o el desenlace de presentar una intervención considerada como colecistectomía difícil.

Se recomienda estudios más grandes en población con características similares para poder determinar con mayor exactitud el punto de corte adecuado y con ello, determinar los valores predictivos correspondientes.

Expandir y ampliar estudios a diversos hospitales con el objetivo de conocer la realidad de los diversos servicios médicos y especialmente para poder brindar un registro estadístico con el que puedan contar y de acuerdo a ello poder realizar protocolos y guías de identificación de casos posibles que requieran algún manejo difícil como por ejemplo la conversión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardozo-Arias Hernando Raúl, Verdecchia-Insfran Cynthia Patricia, Caballero Alejandro, Fretes Amanda, Portillo Gloria, Roa Gustavo. Complicaciones de la Colectomía Videolaparoscópica en Cirugías electivas Hospital Militar Central de las FFAA Servicio de Cirugía General. Periodo Enero 2019 a Junio del 2020. Cir. párrafo [Internet]. 2020 Dic [citado el 2022 May 27] ; 44(3): 18-21. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202020000300018&lng=en. <https://doi.org/10.18004/sopaci.2020.diciembre.18>.
2. Colectitis aguda.pdf [Internet]. [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.medfinis.cl/img/manuales/Colectitis%20aguda.pdf>
3. Vélez RGM, Córdova MGM, Zambrano WAP, Vera DRZ. Comparación de técnicas quirúrgicas de cirugía abierta y cirugía por laparoscopia. RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc. 2018;2(3):648-57.
4. Álvarez LF, Rivera D, Esmeral ME, García MC, Toro DF, Rojas OL. Colectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. :10.
5. Barboza Otarola YF, Rojas Quispe R. La colectitis aguda litiasica como factor de riesgo en las complicaciones de la colectomía laparoscópica en el servicio de cirugía del Hospital Militar Central, Lima 01 de julio del 2010 al 31 de julio del 2012. Univ Nac Cent Perú [Internet]. 2013 [citado 21 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/3136>
6. Espinosa et al. - 2011 - Colectomías laparoscópicas realizadas en Unid.pdf [Internet]. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cg112f.pdf>
7. sj183e.pdf [Internet]. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2018/sj183e.pdf>
8. Aldana GE, Martínez LE, Hosman MA, Ardila DA, Mariño IF, Sagra MR, et al. Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colectomía por laparoscopia. Rev Colomb Cir. 30 de abril de 2018;33(2):162-72.

9. T-UCSG-PRE-MED-617.pdf [Internet]. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://192.188.52.94:8080/bitstream/3317/9346/1/T-UCSG-PRE-MED-617.pdf>
10. García RC, Santos KP, Rodríguez AG. Tiempo de estancia hospitalaria post quirúrgica en pacientes post operados de Colectomía convencional y laparoscópica. 2015;(15):12.
11. Chávez JG, Amezcua FJR. Colectomía de urgencia laparoscópica versus abierta. Cir Gen. 2012;5.
12. Ibáñez A L, Escalona P A, Devaud J N, Montero M P, Ramirez W E, Pimentel F, et al. Colectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Chil Cir. febrero de 2007;59(1):10-5.
13. RAMIREZ MAURICIO Y DELFONSO - MAESTRÍA.pdf [Internet]. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3163/RAMIREZ%20MAURICIO%20YDELFINSONO%20-%20MAESTR%C3%8DA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Román DNC, Falconi DLH. JUAN ALCANTARA ALEJANDRO JUAN CONDORI HUAMANI YONATHAN VALVERDE MENDOZA. :21.
15. Villar-Manosalva ZA, Gonzales- Menéndez MJM, Salinas-Salas CR. Evaluación de la estancia hospitalaria en pacientes colecistectomizados en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima-Perú. Rev Fac Med Humana [Internet]. 14 de marzo de 2017 [citado 21 de octubre de 2020];17(1). Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/749>
16. a03v33n2.pdf [Internet]. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n2/a03v33n2.pdf>
17. Coto FM. COLECISTITIS CALCULOSA AGUDA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO. :3.
18. ScienceDirect Full Text PDF [Internet]. [citado 24 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://pdf.sciencedirectassets.com/>
19. Álvarez et al. - Colectomía laparoscópica difícil, estrategias.pdf [Internet]. [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v28n3/v28n3a2.pdf>

20. Full Text PDF [Internet]. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/download/515/504>
21. Full Text PDF [Internet]. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v40n3/1405-0099-cg-40-03-159.pdf>
22. Meriño LEQ, Brizuela YE, Agüero MH, Ferrales YF, Román GC. Factores epidemiológicos en la conversión de la colecistectomía videolaparoscópica. Rev Cuba Med Mil. 14 de abril de 2020;49(2):262-73.
23. Salam F Zakko. Colecistitis calculosa aguda: características clínicas y diagnóstico. UPTODATE; 8 de noviembre del 2018 [consultado 22 de octubre del 2020] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
24. Nathaniel J Soper, et. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica. UPTODATE; 20 de setiembre del 2018 [Consultado 22 de octubre del 2020] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/complications-of-laparoscopic-cholecystectomy?search=COLECISTECTOMIA&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
25. Charles M Vollmer, et. Tratamiento de la colecistitis aguda por cálculos. UPTODATE; 22 de abril de 2019 [Consultado 22 de octubre del 2020] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
26. Salam F Zakko, et. Descripción general de la enfermedad de cálculos biliares en adultos. UPTODATE; 22 de abril del 2020 [Consultado 22 de octubre 2020] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4

27. L. Michael Brunt, et. Manejo de la vesícula biliar difícil. UPTODATE; 25 de junio de 2019 [Consultado 22 de octubre 2020] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/managing-the-difficult-gallbladder?search=colecistitis&source=search_result&selectedTitle=12~150&usage_type=default&display_rank=11
28. Tomás Ripollés. Utilidad de la ecografía con contraste en el diagnóstico de colecistitis gngrenosa aguda: un estudio comparativo con hallazgos quirúrgicos y patológicos. Pubmed; Enero del 2016 [Consultado 22 de Octubre del 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26724646/>
29. Elisabetta Sagrini, et. Ecografía con contraste para diagnosticar colecistitis aguda complicada. Pubmed; Febrero 2016 [Consultado 22 de Octubre 2020] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26078199/>
30. Daniel T Dempsey, et. Colecistectomía abierta. UPTODATE; 18 de setiembre 2018 [Consultado 22 de Octubre 2020] Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/open-cholecystectomy?search=COLECISTECTOMIA&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
31. Shivakumar CR. Un estudio comparativo de colecistectomía convencional y colecistectomía laparoscópica. Rev Internacional de Cirugía [Internet] 2016 [Consultado 22 Octubre 2020] 3 (2): 707-710 Disponible en: <file:///C:/Users/marle/Desktop/TESIS/63-63-1-PB.en.es.pdf>
32. L. Rebibo. Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda litiásica. [Internet] Francia [Consultado 22 octubre 2020] Disponible en: <file:///C:/Users/marle/Desktop/TESIS/Tratamiento%20quir%C3%BArgico%20de%20la%20colecistitis%20aguda%20liti%C3%A1sica.pdf>
33. Franklin E. Complicaciones en Cirugía de Vesícula Biliar [Internet] 2017 [Consultado 21 octubre 2020] Vol. 3, núm. 4, julio, 2017, pp. 448-461. Disponible en: <file:///C:/Users/marle/Downloads/Dialnet-ComplicacionesEnCirugiaDeVesiculaBiliar-6325496.pdf>

34. Castillo BD, Rafael R, Cuadros C, Eliana M. Colectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 - 2011. Rev Gastroenterol Perú. abril de 2013;33(2):113-20.
35. Sepúlveda S, Flor M. Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes adultos mayores sometidos a colectomía laparoscópica en el Hospital Vitarte 2012-2015. Repos Tesis - URP [Internet]. 2017 [citado 20 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/954>
36. Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2017 [Internet]. Issuu. [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: https://issuu.com/hospitalhipolitounanuetacna/docs/revista_medica_hospital_2017
37. Rodríguez-Zamacona A, Guevara-López JA, Aragón-Quintana C. Eficacia y seguridad de la técnica francesa de colectomía laparoscópica. . pp. :5.
38. Aldana GE, Martínez LE, Hosman MA, Ardila DA, Mariño IF, Sagra MR, et al. Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colectomía por laparoscopia. Rev Colomb Cir [Internet]. 2018;33(2):162–72. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v33n2/2011-7582-rcci-33-02-00162.pdf>
39. Forcen T. COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE URGENCIA VERSUS PROGRAMADA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA [Internet]. Unavarr.es. [citado el 18 de julio de 2022]. Disponible en: [http://academica-e.unavarr.es/bitstream/handle/2454/18701/Leyre_Ozcoidi_Ballaz.pdf?sequence=](http://academica-e.unavarr.es/bitstream/handle/2454/18701/Leyre_Ozcoidi_Ballaz.pdf?sequence=4)

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS




ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL Y SUS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD – TALARA. EVALUACIÓN DE UNA DÉCADA, que presenta la SRTA. ALEJANDRA MAEL QUISPE AGURTO, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo:

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:


Dr. Pedro M. Arango Ocharite
ASESOR DE LA TESIS


Dr. Jhony A. de la Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 21 de Julio de 2022

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huanán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. ALEJANDRA MAEL QUISPE AGURTO, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dr. Pedro M. Arango Ochante

Lima, 28 de octubre de 2020

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

ALIANZAMIENTO INSTITUCIONAL REGULACIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO Nº 096 DE 2016

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio Nº2273-2020-FMH-D

Lima, 21 de diciembre de 2020

Señorita
QUISPE AGURTO ALEJANDRA MAEL
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para hacer conocimiento que el proyecto de tesis "COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL Y SUS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD – TALARA. EVALUACIÓN DE UNA DÉCADA.", presentado ante la facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médica Cirujana ha sido aprobado por el consejo de Facultad en sesión de fecha 17 de diciembre de 2020.

Por lo tanto, queda usted expedida con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

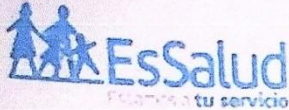
Sin otro particular,



Atentamente

Hilda Juripe Chico
Mg. Hilda Juripe Chico
Secretaría Académica

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

Talara, 10 de Noviembre del 2020

NOTA N°089- DPTO-CIR-HII-ESSALUD-TALARA-2020

SEÑOR:
DR. RICARDO ZUÑIGA VALLEJOS
DIRECTOR
HOSPITAL II ESSALUD TALARA
PRESENTE: -

EsSalud ISTE AL PURA
HOSPITAL ALARA
UNIDAD DE CAPACITACIÓN
INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
Fecha: 11/11/2020 Hor.: 8:30 P.
Recepción de por: [Firma]
Firma y Sello

ESSALUD
RED ASISTENCIAL PIURA
HOSPITAL II TALARA
DIRECCIÓN
11 NOV 2020
RECIBIDO
HORA: 8:55 POR: [Firma]

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR EL TRABAJO DE TESIS DE INVESTIGACIONAL EN NUESTRO HOSPITAL “COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPIA VERSUS COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL Y SUS COMPLICACIONES POST OPERATORIA EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSICA, EVALUACIÓN DE UNA DÉCADA”

De mi especial consideración:

Me es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente siendo el motivo de la presente informarle lo siguiente:

El comité Institucional de Ética e Investigación del Hospital II EsSalud Talara ha revisado el Proyecto de Tesis de la señorita Alejandra Quispe Agurto y le da el visto bueno al cumplir con los considerandos del comité. Solicitamos a Usted dar la autorización correspondiente para que se ejecute dicho trabajo de Tesis.

Sin otro particular quedo de Usted.

Atentamente.

[Firma]
Dra. Monica J. Falcón Coronado
Jefe Capacitación, Investig. y Docencia
C.M.P. 64138 R.N.E. 35476
Hospital II EsSalud Talara
DRA. MONICA FALCON CORONADO
JEFE DE UNIDAD DE CAPACITACIÓN Y DOCENCIA
HOSPITAL II ESSALUD TALARA

[Firma]
DR. WILLIAM SEMINARIO DEL ROSARIO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
HOSPITAL II ESSALUD TALARA

[Firma]
DRA. MAGALY DE LOURDES DAVALOS QUINTANILLA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL II ESSALUD TALARA
Dra. Magaly de Lourdes Quintanilla
Jefe Departamento de Medicina
C.M.P. 11285 R.N.E. 18323
EsSalud

128

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas Unidad
de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL Y SUS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TALARA. EVALUACIÓN DE UNA DÉCADA", que presenta la Señorita ALEJANDRA MAEL QUISPE AGURTO para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:



Dr. Aurelio Arturo Orellana Vicuña
PRESIDENTE



Dr. Héctor Raúl Sebastián Ayala
MIEMBRO



Mg. Juan Carlos Roque Quezada
MIEMBRO



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE TESIS



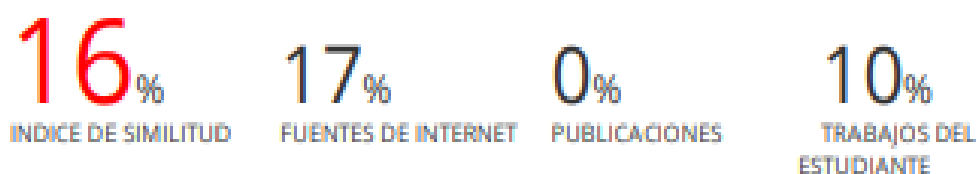
Dr. Pedro M. Arango Ochante
ASESOR DE LA TESIS

Lima, 21 de Julio de 2022.

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL Y SUS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD – TALARA. EVALUACIÓN DE UNA DÉC

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	8%
2	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	5%
3	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	www.medigraphic.com Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: ALEJANDRA MAEL QUISPE AGURTO
Título del ejercicio: VIII TITULACION POR TESIS 2021
Título de la entrega: COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS COLECISTECTO...
Nombre del archivo: TESIS_PARA_TITULO_DE_MEDICO_QUISPE_AGURTO_FINAL_v2...
Tamaño del archivo: 1.27M
Total páginas: 71
Total de palabras: 15,506
Total de caracteres: 87,936
Fecha de entrega: 25-jul.-2022 03:52a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1873752695



ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

ALEJANDRA MAEL QUISPE AGURTO

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL Y SUS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD – TALARA. EVALUACIÓN DE UNA DÉCADA.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 12 de enero de 2021


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller


Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. Do. Bambarén
Decana (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	DISEÑO	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
<p>¿Son más frecuentes las complicaciones de la colecistectomía convencional ante colecistectomía laparoscópica en pacientes con Colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud - Talara, desde enero de 2009 hasta diciembre del 2019?</p>	<p>Objetivo general: Determinar si las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica son menos frecuentes que la colecistectomía convencional en pacientes con colecistitis litiásica en el Hospital II Essalud – Talara desde 2009 al 2019.</p> <p>Objetivos Específicos: -Determinar asociación entre complicaciones con respecto a la colecistectomía convencional y laparoscópica. -Describir las características demográficas más frecuentes en colecistitis y su asociación a las complicaciones post colecistectomía. -Determinar si existe asociación entre IMC y las complicaciones con respecto al tipo de colecistectomía. -Determinar si diagnóstico pre quirúrgico tienen asociación con las complicaciones post colecistectomía. - Determinar si existe asociación entre el tiempo intraoperatorio y las complicaciones con respecto al tipo de colecistectomía. - Determinar la</p>	<p>Hipótesis General -La técnica de la colecistectomía convencional posee mayores complicaciones que la técnica laparoscópica en pacientes con Colecistitis litiásica en el servicio de cirugía en el Hospital II Essalud - Talara, desde enero de 2009 hasta diciembre del 2019.</p> <p>Hipótesis específicos: -El sexo masculino y la tercera edad son un factor asociado a las complicaciones post colecistectomía. - La obesidad ó sobrepeso son un factor asociado a las complicaciones post colecistectomía. - Antecedentes como Diabetes mellitus, Hipertensión arterial y antecedente de vía biliar son un factor de riesgo de complicación post colecistectomía laparoscópica. - El mayor tiempo intraoperatorio es un factor de riesgo de complicación post colecistectomía convencional. - El mayor tiempo hospitalario es un factor de riesgo de complicación post colecistectomía convencional.</p>	<p>Estudio de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo-analítico de casos y controles.</p>	<p>Se realizará el análisis con el programa estadístico SPSS versión 25, por medio del cual se realizará el análisis bivariado de las variables cualitativas, así mismo se obtendrá el OR por regresión logística simple para cada una de las variables y finalmente se realizará regresión logística múltiple para obtener el OR ajustado. Las variables cualitativas se representarán por medio de tablas y gráficos con las frecuencias relativas y absolutas.</p>

	asociación entre el tiempo hospitalario y las complicaciones con respecto al tipo de colecistectomía.			
--	---	--	--	--

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	NATURALEZA	INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Colecistectomía	Procedimiento quirúrgico en el cual se extrae la vesícula biliar.	Independiente	Cualitativa	Tipo de programación de la colecistectomía	2= Colecistectomía convencional 1= Colecistectomía laparoscópica	Nominal/ Dicotómica
Edad	Años de vida cumplido registrado en la historia clínica	Independiente	Cuantitativa	Años cronológicos	1= 12-17 años 3= 18-29 años 0=30-59 años 2= >60 años	De razón /Continua
Sexo	Sexo del paciente registrado en la historia clínica	Independiente	Cualitativa	Caracteres sexuales externos	2= masculino 1= femenino	Nominal/ Dicotómica
Índice de masa corporal	IMC calculado con la fórmula: $\text{Peso (Kg)}/\text{estatura}^2(\text{m})$. Se define sobrepeso con un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30, consignado en la historia clínica.	Independiente	Cuantitativa	Cociente del peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros.	Normal= $\text{Kg}/\text{m}^2 < 25$ =0 Sobrepeso= Kg/m^2 $25 - 29 = 2$ Obesidad= $\text{Kg}/\text{m}^2 \geq 30$ =1 Delgado= $\text{kg}/\text{m}^2 < 18 = 3$	De razón /Continua
Tipo de Atención	Tipo de atención que fue admitido para la realización de la operación indicada en la historia clínica	Independiente	Cuantitativa	Nivel de atención	EMG = 2 PROGRAMADA = 1	De razón /Continua
Tipo de Anestesia	Tipo de anestesia que se utilizó indicada en la historia clínica	Independiente	Cuantitativa	Nivel de atención	General intubación = 1 Regional Raquídea = 2	De razón /Continua

Complicaciones postoperatorias	Patologías que se presentan en el postoperatorio inmediato o mediato, consignado en la historia clínica.	Dependiente	Cualitativa	Complicaciones posoperatorias registradas en la historia clínica	1= SÍ 0=NO	Nominal/Dicotómica
ASA	Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.	Independiente	Cualitativa	Nivel de estado del paciente	1. I 2. II 3. III	Ordinal
Tiempo Operatorio	Tiempo que dura la intervención quirúrgica medida en horas	Dependiente	Cuantitativa	Tiempo en minutos	No están categorizadas	Nominal
Días de hospitalización	Días de estancia hospitalaria.	Dependiente	Cuantitativa	Días	No están categorizadas	Continua
Lesión vía biliar	Tipo de complicación postoperatoria indicada en la Historia clínica del paciente.	Dependiente	Cualitativa	Patológico	1= SÍ 0=NO	Nominal/Dicotómica

ISO	Tipo de complicación postoperatoria indicada en la Historia clínica del paciente.	Dependiente	Cualitativa	Patológico	1= SÍ	0=NO	Nominal/Dicotómica
Sangrado	Tipo de complicación postoperatoria indicada en la Historia clínica del paciente.	Dependiente	Cualitativa	Presencia del sangrado	1= SÍ	0=NO	Nominal/Dicotómica
Granuloma umbilical	Tipo de complicación postoperatoria indicada en la Historia clínica del paciente.	Dependiente	Cualitativa	Patológico	1= SÍ	0=NO	Nominal/Dicotómica
Bilioma	Tipo de complicación postoperatoria indicada en la Historia clínica del paciente.	Dependiente	Cualitativa	Patológico	1= SÍ	0=NO	Nominal/Dicotómica
Diabetes Mellitus	Se considera a todo paciente que tenga diagnóstico y reciba tratamiento.	Independiente	Cualitativa	Patológico	1= SÍ	0=NO	Nominal/Dicotómica
Hipertensión arterial	Se considera a todo paciente que tenga diagnóstico y reciba tratamiento.	Independiente	Cualitativa	Patológico	0= SÍ	1= NO	Nominal/Dicotómica

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL Y SUS COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSCA EN EL HOSPITAL II ESSALUD – TALARÁ. EVALUACIÓN DE UNA DÉCADA.			
HISTORIA CLÍNICA			
Año que se operó:	ASA:		
Edad	ANT. Qx previa:		
Sexo	Diabetes mellitus	SI	NO
Peso	Hipertensión arterial	SI	NO
Talla	Enf. Cálculo biliar	SI	NO
Dx de ingreso:	Tipo de atención		
REPORTE OPERATORIO			
Fecha:	Anestesia:		
Dx Preoperatorio	Tiempo operatorio		
ASA:	Complicación		
EPICRISIS			
Fecha de egreso			
Complicaciones			
ISO	SI	NO	
Granuloma	SI	NO	
Lesión de vía biliar	SI	NO	
Sangrado	SI	NO	
Bilioma:	SI	NO	

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.

Excel window: TABLA FINAL TESIS ALE 2_FINAL CORREGIDA - Excel, Marlene Agurto Quinde

ID	AÑO	EDAD (años)	EDAD_1	SEXO	PESO	TALLA (cm)	IMC	IMC_1	ASA	DX	ATENCIÓN	CIRUGÍA	TIPO	DURACIÓN (minutos)	ANESTESIA	HOSPITALIZACIÓN (DÍAS)	ISO	GRANULOMA UMBILICAL	LESIONES BIL
1	2009	74	ADULTO MAYOR	M	63	1,59	24,92	NORMAL	II	C.A	EMG	CONVENCIONAL	EMG	100	REGIONAL RAQUIDEA	9	SI	NO	M
2	2009	36	ADULTO	F	81	1,6	31,64	OBESIDAD	II	C.C.C	CON	CONVENCIONAL	PROGRAMADA	90	REGIONAL RAQUIDEA	3	NO	NO	M
3	2009	43	ADULTO	M	73	1,5	32,44	OBESIDAD	I	C.C.C	CON	CONVENCIONAL	PROGRAMADA	90	GENERAL INTUBACION	5	NO	NO	M
4	2009	52	ADULTO	M	54	1,6	21,09	NORMAL	II	C.C.C	EMG	CONVENCIONAL	EMG	90	GENERAL INTUBACION	9	NO	NO	S
5	2009	38	ADULTO	F	51	1,65	18,73	NORMAL	II	C.C.C	CON	CONVENCIONAL	PROGRAMADA	50	GENERAL INTUBACION	4	NO	NO	M
6	2009	54	ADULTO	M	89	1,7	30,80	OBESIDAD	II	C.C.C	EMG	CONVENCIONAL	EMG	75	GENERAL INTUBACION	4	NO	NO	M
7	2009	75	ADULTO MAYOR	F	69	1,65	25,34	SOBREPESO	I	C.C.C	EMG	CONVENCIONAL	EMG	100	GENERAL INTUBACION	7	NO	NO	M
8	2009	25	JOVEN	F	70	1,7	24,22	NORMAL	I	C.A	CON	CONVENCIONAL	PROGRAMADA	90	REGIONAL RAQUIDEA	4	SI	NO	M
9	2009	37	ADULTO	F	70	1,5	31,11	OBESIDAD	II	C.C.C	CON	CONVENCIONAL	PROGRAMADA	90	REGIONAL RAQUIDEA	3	NO	NO	M
10	2009	44	ADULTO	F	68	1,66	24,68	NORMAL	II	C.C.C	CON	CONVENCIONAL	PROGRAMADA	60	GENERAL INTUBACION	5	NO	NO	M
11	2009	43	ADULTO	F	66	1,6	25,78	SOBREPESO	II	C.C.C	EMG	CONVENCIONAL	EMG	90	GENERAL INTUBACION	7	NO	NO	M
12	2009	67	ADULTO MAYOR	F	60	1,53	25,63	SOBREPESO	II	C.C.C	EMG	CONVENCIONAL	EMG	90	GENERAL INTUBACION	3	SI	SI	S
13	2009	37	ADULTO	F	93	1,5	41,33	OBESIDAD	II	C.C.C.R	EMG	CONVENCIONAL	EMG	90	REGIONAL RAQUIDEA	6	NO	NO	M

Excel status bar: Listo, Accesibilidad: todo correcto, 80%

O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB
DURACIÓN (minutos)	ANESTESIA	HOSPITALIZACIÓN (DÍAS)	ISO	GRANULOMA UMBILICAL	LESIÓN VÍA BILIAR	SANGRADO	BILIOMA	N_COMPL	CÁLCULO VÍA BILIAR	DM	HTA	COMPLICACIÓN	
100	REGIONAL RAQUIDEA	9	SI	NO	NO	NO	NO	UNA	NO	NO	SI	SI	
90	REGIONAL RAQUIDEA	3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
90	GENERAL INTUBACION	5	NO	NO	NO	NO	NO	UNA	NO	NO	NO	SI	
90	GENERAL INTUBACION	9	NO	NO	SI	SI	SI	MAS DE UNA	SI	SI	SI	SI	
50	GENERAL INTUBACION	4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
75	GENERAL INTUBACION	4	NO	NO	NO	NO	NO	UNA	NO	NO	NO	SI	
100	GENERAL INTUBACION	7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
90	REGIONAL RAQUIDEA	4	SI	NO	NO	NO	NO	MAS DE UNA	NO	NO	NO	SI	
90	REGIONAL RAQUIDEA	3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
60	GENERAL INTUBACION	5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
90	GENERAL INTUBACION	7	NO	NO	NO	NO	NO	UNA	NO	NO	NO	SI	
90	GENERAL INTUBACION	3	SI	SI	SI	NO	NO	MAS DE UNA	NO	NO	SI	SI	
90	REGIONAL RAQUIDEA	6	NO	NO	NO	NO	NO	UNA	NO	NO	NO	SI	