

Universidad Católica De Santa María

Facultad De Medicina Humana

Segunda Especialidad en Cirugía General



**“FACTORES PREDISPONENTES PARA LA CONVERSIÓN DE
COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMIA
CONVENCIONAL EN EL HOSPITAL III YANAHUARA, AREQUIPA-PERÚ, EN EL
PERIODO 2012-2016”**

**Trabajo académico presentado por:
M.C. Flores Cutipa, Wilbert Yesmani**

**Para optar el título de segunda especialidad
profesional en Cirugía General.**

Asesora: Dra. Llaza Loayza, Gloria

**AREQUIPA- PERÚ
2018**



DEDICATORIA

Con cariño a mis padres, que con su amor, ejemplo y comprensión me ayudaron a alcanzar las metas propuestas en la vida.

Agradezco a Dios por brindarme la salud, perseverancia y a toda mi familia, quienes supieron inculcarme la importancia del estudio y la superación personal ante cualquier eventualidad, adversidad y a quienes siempre estuvieron ahí para apoyarme y ayudarme a superar cada prueba que me tocó vivir durante este tiempo en mi vida.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica ha cambiado significativamente en el tratamiento de la colelitiasis en el mundo, en las últimas dos décadas. Este método quirúrgico que supone el aprendizaje apropiado de las estructuras del territorio quirúrgico, es la razón por la cual la tarea laparoscópica debe ser realizada solo por aquellos especialistas listos para completarla de manera abierta, y con la experiencia necesaria con un entrenamiento adecuado.

La colecistectomía laparoscópica imparte algunos procedimientos al sistema abierto (habitual): las dos estrategias evacúan la vesícula biliar, en los dos casos, importa la precisión en el hallazgo del conducto cístico y su arteria. Hacia el comienzo fue nombrado un sistema simple y básico, pero a medida que se realizaban más métodos, la información daba la idea de que la severidad y la mortalidad se habían expandido en contraste con la estrategia tradicional y esto a la luz del hecho de que independientemente del número considerable de las preferencias que ofrece esta metodología, el especialista. Debe conocer las confusiones más frecuentes de dicha técnica y tener la capacidad de abordarla y solucionar dicho acto quirúrgico.

En general, la tasa de cambio de la colecistectomía laparoscópica fluctúa en torno al 5% y 40% y se identifica con problemas en la evidencia reconocible de estructuras de vida, hemorragia grave, drenaje y vínculos, entre diferentes causas.

Esa es la razón por la que dirigimos y propusimos el presente examen con el objetivo de averiguar qué factores están relacionados con el cambio en una cirugía laparoscópica en el Departamento de Cirugía, Hospital III Yanahuara, enero de 2012 a diciembre de 2016, teniendo en cuenta el objetivo final diseccionar la conexión entre la transformación y los factores de configuración a la conversión.

RESUMEN

La colecistectomía laparoscópica es reconocida como el método de decisión para la colelitiasis en sus diferentes tipos de presentación. En cualquier caso, ciertos casos esperarán cambios en la colecistectomía abierta, por diferentes razones y por seguridad del paciente.

La presente investigación significa distinguir los factores de inclinación para el cambio de la colecistectomía laparoscópica a la colecistectomía abierta en el hospital III Yanahuara.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, Casos y controles con una estrategia cuantitativa y con la utilización de una ficha de acumulación de información en pacientes que presentan este tipo de casos.

La presentación de estos elementos se relacionó con el cambio de la colecistectomía laparoscópica y los criterios para la transformación fueron: proceso inflamatorio de difícil disección, necesidad de investigar la vía biliar sin contar con equipo adecuado y confusiones transoperatorias.

Es imperativo percibir al paciente con el peligro de cambio más notable para avanzar en la organización y ejecución de la estrategia quirúrgica y disminuir la debilidad relacionada con la laparotomía, dado que los componentes autónomos reconocidos no son modificables.

PALABRAS CLAVES: factores predisponentes, colecistectomía laparoscópica, colecistectomía

ABSTRACT

Laparoscopic cholecystectomy is accepted as the procedure of choice for cholelithiasis in its various forms of presentation. However, certain cases will require conversion to open cholecystectomy, for various reasons and for patient safety.

The present study aims to identify the predisposing factors for the conversion of laparoscopic cholecystectomy to open cholecystectomy in hospital III Yanahuara.

A Descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out, Cases and Controls with a quantitative methodology and with the application of a data collection card in patients presenting this type of case.

The presence of these factors was associated with the conversion of laparoscopic cholecystectomy and the criteria for conversion were: inflammatory process difficult to dissect, need to explore the bile duct without adequate equipment and transoperative complications.

It is important to recognize the patient with the highest conversion risk to optimize the planning and execution of the surgical procedure and reduce the morbidity associated with laparotomy, given that the independent factors identified are not modifiable.

KEYWORDS: predisposing factors, laparoscopic cholecystectomy, cholecystectomy

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
INTRODUCCIÓN.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL.....	1
1.PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.Enunciado del Problema.....	1
1.2.Descripción del problema.....	1
1.3.Operacionalización de Variables.....	3
4.JUSTIFICACIÓN.....	5
5.MARCO CONCEPTUAL.....	6
5.1.COELITIASIS.....	6
5.2.CÓLICO BILIAR.....	6
5.3.COLECISTITIS AGUDA.....	7
5.4.COLECISTITIS CRÓNICA.....	7
5.5.COLEDOLITIASIS.....	8
5.6.COLANGITIS AGUDA.....	8
5.7.TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	9
5.7.1.COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.....	9
5.7.2.TÉCNICA QUIRÚRGICA LAPAROSCÓPICA.....	9
5.8.INDICACIONES DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.....	11
5.9.CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.....	12

5.10.COMPLICACIONES INTRAOPERATORIA DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	13
5.11.COLECISTECTOMÍA ABIERTA	14
5.12.CONVERSIÓN QUIRÚRGICA.	14
6. ANTECEDENTES.....	15
6.1. ANTECEDENTE INTERNACIONAL.....	15
6.2. ANTECEDENTE NACIONAL	
5.HIPÓTESIS	18
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	19
2.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	19
2.1.1. Técnicas	19
2.1.2. Instrumentos.....	19
2.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	19
2.2.1. Ubicación espacial:	19
2.2.2. Ubicación temporal:.....	19
2.2.3. Unidades de estudio´	19
2.3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	20
2.3.1. ORGANIZACIÓN	20
2.3.2. RECURSOS.....	21
2.3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	21
RESULTADOS.....	22
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25

CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Enunciado del Problema

“FACTORES PREDISPONENTES PARA LA CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL EN EL HOSPITAL III YANAHUARA, AREQUIPA-PERÚ, EN EL PERIODO 2012-2016”

1.2. Descripción del problema

La litiasis vesicular es una patología excepcionalmente normal que evalúa que en las cercanías del 10 y 12% de la población experimentan en general los efectos nocivos de la misma, siendo más sucesiva en mujeres en una proporción de 3: 1, y se observa una mayor incidencia entre los 30 y 50 años. (Michans, 1960)

En general, la colecistectomía abierta ha sido el sistema realizado en esta patología, sin embargo, pero en los últimos tiempos la colecistectomía laparoscópica, una estrategia quirúrgica endoscópica trans abdominal obstructiva más pequeña que la habitual para la extracción de la vesícula biliar ha tomado una explosión implícita en la bondad de los puntos de interés para los que habla el paciente por ser no tanto horrendo sino más bien de buen gusto, brindar alivio más repentino y una recuperación más rápida, con menos días de hospitalización postoperatoria; Hoy en día hay numerosos enfoques en el tratamiento de la decisión para la colelitiasis, superando a la colecistectomía convencional. (P. Parrila Paricio)

Ante una eventualidad intra operatorio de la colecistectomía laparoscópica o con la intención de prevenir las complicaciones de la CL, un especialista puede transformar el acto quirúrgico en una laparotomía, debido a confusiones que no pueden supervisarse de manera segura por vía laparoscópica. La hemorragia o sangrado importante de la arteria cística o hepática, el drenaje grave del lecho vesicular, la duda del daño del conducto biliar y la punción instintiva en el momento de la inclusión de los trócares son signos para la conversión a laparotomía rápida; sin embargo, en la actualidad, algunos inconvenientes, por ejemplo, las hemorragias y otros se pueden controlar a través del sistema laparoscópico sin problemas, debido al buen entrenamiento laparoscópico.

Cerca del 3 y 8% de los pacientes que experimentan colecistectomía laparoscópica esperan transformación a laparotomía. (Alponat, 1997).

En la mayoría de los casos, esto sucede en el proceso de aprendizaje, o en las primeras cirugías, debido a la poca visibilidad del equipo o la falta de respuesta en el momento del acto quirúrgico, y se incluyen, además, diferentes causas, por ejemplo, neoplasias imprevistas o cuando se sospecha daño del conducto biliar primario.

El daño del tracto biliar (BVI) es una confusión en la cirugía biliar y hepática del tratamiento complejo, generalmente después de una colecistectomía. Su recurrencia fluctúa en varios informes en las proximidades de 0.18% y 0.5% . En los informes nacionales, la tasa de LVB después de la colecistectomía laparoscópica cambia en las proximidades de 0.12% y 0.33% dependiendo del medio y condiciones cercanas a la vesícula biliar.. (Csendes A, 2011) El cambio a la laparotomía no debe traducirse como una afirmación de una decepción, sino como una indicación de la comprensión práctica del propio acto quirúrgico. El cambio podría ser electivo a la vista de los descubrimientos en la revisión laparoscópica y el análisis de prueba, por ejemplo, la cercanía de numerosos enlaces y la falla para desmembrar el triángulo de Calot o la adherencia del saco de Hartmann al conducto biliar, coledoco, que proporciona un Síndrome de Mirizzi, la duda de la enfermedad de la vesícula biliar, el hallazgo de una vesícula con inflamación intensa, subagudo e incluso interminable, que hace difícil desmembrar la colecistitis gangrenosa y la duda de una fístula colecisto duodenal, que prevé una colecistectomía complicada, viendo la transformación como una técnica para el bienestar y la anticipación de dificultades imaginables.

La cantidad de complicaciones y conversiones durante todo el desarrollo de la cirugía laparoscópicas ha disminuido lógicamente, lo que afirma que la experiencia del grupo quirúrgico podría ser el componente más esencial en cuanto al resultado de la cirugía. En el Hospital III Yanahuara, hasta la fecha, no se han realizado exámenes formales y exhaustivos de los motivos del cambio de las colecistectomías laparoscópicas, motivo por el cual comenzó el entusiasmo por contemplar e investigar dichos factores. La colecistectomía laparoscópica es una realidad unida en nuestra condición y se puede realizar con una seguridad adecuada en muchos pacientes y en muchos centros quirúrgicos. Debido a la alta frecuencia de enfermedad litiásica biliar, se confía en que cada especialista puede y debe

obtener las habilidades importantes para ofrecer a sus pacientes la probabilidad de un procedimiento protegido, con el mínimo esfuerzo y sin complicaciones relacionadas. En Hospital III Yanahuara, se realizan más de 100 cirugías por semana, por lo que el peligro de conversión es adicionalmente alto, ya que es un punto de referencia y una variedad patológica, esa es la razón por la cual necesitamos decidir los elementos primarios relacionados con la transformación quirúrgica, para disminuir los tiempos del acto quirúrgico, disminuir la severidad y la mortalidad de cada procedimiento.

1.3.Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADOR	SUB- INDICADOR
Factores predisponentes para la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta	Características del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • IMC • Comorbilidad
	Características del acto operatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo quirúrgico • Indicación de conversión • Cicatriz quirúrgica previa • Sangrado • Tiempo de enfermedad. • Diagnostico preoperatorio • Récord del cirujano principal. • Descripción de hallazgos operatorios.

1.4. Interrogantes básicas

¿Cuáles son los factores predisponentes para la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional en el hospital III Yanahuara, Arequipa-Perú, en el periodo 2012-2016”

1.5. Tipo de Investigación

El presente estudio de investigación de acuerdo a la naturaleza del problema y de los objetivos planteados es de tipo descriptivo.

El presente estudio se clasifica dentro del Diseño de investigación Descriptivo, retrospectivo y transversal.

2. OBJETIVOS GENERALES

Identificar los factores predisponentes para la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional en el hospital III Yanahuara, Arequipa-Perú, En El Periodo 2012-2016

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características del paciente con patología vesicular que ingresa a colecistectomía laparoscópica convertida: según: edad, sexo, morbilidad asociada, tiempo de enfermedad.
- Describir las características del acto operatorio de la colecistectomía laparoscópica convertida: según diagnóstico preoperatorio, cirujano principal.
- Estimar la frecuencia de conversión de la colecistectomía laparoscópica en el período de estudio.
- Describir hallazgos operatorios que llevan a la conversión de colecistectomía laparoscópica.

4. JUSTIFICACIÓN

La colecistectomía es una de las más destacadas entre las cirugías realizadas con la mayor frecuencia posible en las instalaciones del médico de Arequipa y de esta manera en el Hospital III Yanahuara.

En vista del ascenso de la cirugía laparoscópica y su asombrosa proyección futura, en este momento se pensó en la estrategia quirúrgica para la decisión de un extenso número de sistemas quirúrgicos, el nivel más alto de calidad que es la colecistectomía laparoscópica en la colelitiasis incluso en la colecistitis litiásica severa, se considera es de una importancia extraordinaria para evaluar las confusiones primarias que ocurren en las colecistectomías laparoscópicas realizadas en el Hospital III Yanahuara "que han provocado una transformación ineludible y esencial, o en realidad otras causas concebibles que con el cambio ha evitado la aparición de otras lesiones más complicadas irreparables.

La presente investigación pretende examinar la implicación en la cirugía laparoscópica en los últimos 5 años por los métodos de un modelo científico que permite decidir los factores clínicos y estadísticos fundamentales relacionados con el cambio de una vía laparoscópica para tratar las colecistectomías abiertas, inicialmente. Permitiendo distinguir algunos factores de riesgo, disminuyendo la estadía en la instalación quirúrgica, confianza del paciente, disminuyendo la mortalidad y los gastos del centro hospitalario.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. COLELITIASIS

La colelitiasis es una afección que se describe por la presencia de las piedras dentro de la vesícula biliar y es una de las patologías más entendidas en las enfermedades digestivas. En los Estados Unidos, se estima que entre el 10 y el 15% de la población adulta encuentra colelitiasis, y que cada año aproximadamente 800,000 nuevos casos y en países, por ejemplo, Argentina y Chile, se ven incidencias más elevadas. Chile es el país con el nivel más impactante de la litiasis biliar en el planeta: alrededor del 44% de las mujeres y el 25% de los hombres de más de 20 años; Bolivia como países de alta recurrencia con 15.7%; seguido por México con 14.3%, siendo en hombres 8.5% y en mujeres 20.5%. Con una mayor recurrencia en edades más experimentadas y en mujeres con una proporción de 2:1. Teniendo como factores de riesgo para colelitiasis edad, sexo, embarazo, drogas (estrógeno, cloribrato, anticonceptivos orales, progestágenos, ceftriaxona, octreótido), antecedentes familiares, obesidad, diabetes mellitus, cirrosis, enfermedad de Crohn. La prueba de elección sintomática es la ecografía abdominal, que demuestra los recuentos como ecos fuertes con sombra acústica posterior, y que se configuran con los cambios posturales del paciente (precisión diagnóstica de casi el 100% para este prólogo común a la ecografía). No se trata de un cambio deliberado. La tasa de desarrollo de la enfermedad asintomática a la sintomática es de alrededor del 1% de forma constante, y cuando aparecen las indicaciones, generalmente son suaves (cólicos biliares). No hay suficiente confirmación sensata para respaldar la colecistectomía profiláctica en pacientes con colelitiasis asintomática; En esta reunión de pacientes, se propone la observación.

5.2. CÓLICO BILIAR

Manifestación clínico inicial más enfermedad litiásica biliar incesante. Sucede cuando la compresión de la vesícula biliar ensambla las piedras o el exudado biliar hacia el conducto cístico, liberando su obstáculo transitorio. En su mayor parte, cuando la vesícula biliar se desenrolla, la litiasis vuelve a caer dentro de la vesícula biliar. Los efectos secundarios aparecen en medio del obstáculo quístico y luego desaparecen. La mayor parte de los pacientes (59%) dan tormento en el

hipocondrio o epigastrio correctos. Aquí y allá se activa tal vez un par de horas después de una admisión alta en grasas. El tratamiento terapéutico del cólico biliar incorpora reposo intestinal y se sugiere la utilización de AINE o petidina. El tratamiento concluyente comprende la realización de colecistectomía laparoscópica, la mortalidad de la metodología es cercana a 0 y 0.3%. (1)

5.3. COLECISTITIS AGUDA

En 90 a 95% de los pacientes, la colecistitis intensa es auxiliar a los cálculos biliares. En este tema, la masa de la vesícula biliar resulta visiblemente gruesa y rosada con secreción subserosa. Hay regularmente líquido pericolecístico. La mucosa puede indicar hiperemia y pudrición de la placa. Alrededor del 80% de los pacientes con colecistitis intensa tienen un historial predecible con colecistitis perpetua. El primero comienza como un ataque de cólico biliar, pero no del todo como el último no transmite el tormento, no se desvanece y puede continuar durante unos días. Gran parte del tiempo el paciente tiene fiebre, anorexia, náuseas y arcadas y se niega a moverse, ya que el procedimiento incendiario influye en el peritoneo parietal.

En la colecistitis intensa, el signo de Murphy es marca registrada (captura de la motivación con una profunda palpación del territorio privilegiado subcostal). Una leucocitosis $\geq 20,000$ propone un tipo de colecistitis confusa, por ejemplo, colecistitis gangrenosa, perforación o colangitis acompañante. Las pruebas de brebaje hepático en suero son a menudo normales, aunque puede haber un ligero incremento en la bilirrubina sérica, por debajo de 4 mg / ml, junto con un incremento discreto en la fosfatasa, transaminasa y amilasa antiácidas. El ultrasonido es la investigación radiológica más valiosa para la determinación de la colecistitis intensa. Tiene una sensibilidad y especificidad del 95%. El tratamiento autoritativo de la colecistitis aguda es la colecistectomía, idealmente la colecistectomía laparoscópica a lo largo de unos pocos días después de la enfermedad. La tasa de cambio para la colecistectomía abierta es mayor (10 a 15%) en casos de colecistitis intensa en contraste con la colecistitis interminable.

5.4. COLECISTITIS CRÓNICA

Alrededor del 66% de los pacientes con infección de cálculos biliares tienen una colecistitis interminable que se caracteriza por emergencias de agonía intermitente. La agonía aparece cuando una piedra obstaculiza la pipa quística y produce un incremento dinámico de la presión en la masa de la vesícula biliar. El principal efecto secundario identificado con los cálculos biliares sintomáticos es el tormento, que es constante y aumenta la potencia desde los primeros 30 minutos o regularmente pasa de 1 a 5 horas. Está situado en el epigastrio o cuadrante superior derecho, emana hacia la parte posterior o la escápula, se une a la enfermedad y a la agitación. La agonía es una rotunda. La exploración física revela una extremada sensibilidad en el cuadrante superior correcto en medio de una escena de agonía. En el momento en que el tormento continúa durante 24 horas, se debe sospechar una piedra afectada en el canal quístico o una colecistitis intensa. (2)

5.5. COLEDOCOLITIASIS

Las evaluaciones en el conducto biliar básico pueden ser pequeñas o expansivas, simples o numerosas y se encuentran en 6 a 12% de las personas con cálculos en la vesícula biliar. Las piedras de colédoco pueden ser silenciosas y con frecuencia se encuentran por casualidad. Pueden causar disuasión, terminar o deficiencia, o mostrar colangitis o pancreatitis mediante análisis biliares. El tormento que instiga una matemática en el canal biliar normal es como el de un cólico biliar causado por el efecto de los análisis en el conducto cístico. Comúnmente hay enfermedad y escupiendo. En sujetos con cálculos biliares básicos, es básico ver bilirrubina expandida, antiácido fosfatasa y transaminasas séricas. En las personas con cálculos biliares, ictericia y agonía biliar, un conducto biliar ensanchado (más prominente que 6 mm de distancia) en ultrasonido propone inequívocamente cálculos biliares en el canal biliar básico.

5.6. COLANGITIS AGUDA

La colangitis es una de las dos confusiones primarias de cálculos de conductos biliares regulares; el otro es pancreatitis por cálculos biliares. La colangitis aguda es una contaminación bacteriana en ascenso relacionada con un impedimento incompleto o agregado de los conductos biliares. Los cálculos biliares son la razón más ampliamente reconocida para controlar la colangitis; Otros elementos son estenosis peligrosas, parásitos, instrumentación de los

conductos y prótesis duraderas y anastomosis biliares entéricas impedidas a medias. Los microorganismos que se convierten regularmente en la bilis de pacientes con colangitis incorporan *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus faecalis*, *Enterobacter* y *Bacteroides fragilis*. Por lo general, el sujeto con colangitis debido a un cálculo biliar es anciano y femenino. La introducción típica incorpora fiebre, dolor en el epigastrio o el cuadrante superior derecho e ictericia. Estos efectos secundarios son sobresalientes como el "triada de Charcot". La condición puede avanzar rápidamente con septicemia y confusión, que se conoce como pentada de Reynolds (fiebre, ictericia, tormento del cuadrante superior derecho, aturdimiento séptico y cambio de estado mental). Un ultrasonido es útil si los cálculos biliares no se perciben previamente en el paciente, ya que descubre la cercanía de los cálculos biliares y los canales ensanchados y tal vez indique el sitio del impedimento; Sin embargo, la razón se explica de vez en cuando. La prueba analítica autorizada es la colangiografía endoscópica retrógrada. (3)

5.7. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

5.7.1. COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

En la actualidad, el tratamiento para la colelitiasis es la excresis de la vesícula biliar ósea la colecistectomía laparoscópica. En los Estados Unidos, se realizaron 500,000 colecistectomías antes del período laparoscópico. A partir de ahora, la cantidad de colecistectomías anuales es de 1 100 000, de los cuales 935 000 se realizan por laparoscopia. (4)

5.7.2. TÉCNICA QUIRÚRGICA LAPAROSCÓPICA

Posición del engranaje del paciente para la colecistectomía laparoscópica. Hay dos modalidades en la temporada de pacientes y especialistas. Uno es el sistema francés (el más utilizado) y el otro es la estrategia estadounidense. La elección de utilizar alguna estrategia dependerá de las inclinaciones de cada especialista.

Dependiendo del sistema utilizado, esto posicionará el engranaje. Dependiendo de la metodología elegida, el paciente y lo que quede del grupo se posicionarán de alguna manera.

En el sistema francés, el paciente se coloca en posición postrada, con el brazo izquierdo extendido a 90° y el correcto sostenido a lo largo del cuerpo. Los puntos más lejanos se ponen en secuestro. En medio de la estrategia, el paciente se vuelve marginalmente hostil a Trendelenburg y pivotaba hacia un lado. El especialista se ubica entre las piernas del paciente, el colaborador principal a un lado del paciente y el instrumentista junto a él. En el caso de que se requiera un compañero de momento, se establece en la correcta del paciente. (5)

El método estadounidense contrasta fundamentalmente de los franceses en la disposición del paciente y los especialistas. Para esta situación, el paciente se coloca en posición postrada con las piernas cerradas. El especialista se coloca a un lado del paciente, la mano derecha primaria hacia un lado. El asistente médico se coloca en el lado opuesto de la mesa, a un lado del paciente.

- Si ingresamos utilizando un método de cierre, antes de seguir cortando con Veress, haremos una pequeña abertura con una herramienta quirúrgica en la piel, permitiendo la sección de dicha aguja. Para insertar efectivamente la aguja, la piel se levantará hacia arriba para evitar el daño a los órganos interiores.

- Si ingresamos utilizando el método Hasson, después de ejecutar un corte peri umbilical con una fría cuchilla quirúrgica, el especialista en instrumentos grandes desmembrará el tejido subcutáneo hasta el punto en que logre la aponeurosis y el peritoneo que generalmente están grabados con tijeras. En nuestra condición, continuamos poniendo dos propósitos de cadena reabsorbible de 0 en los bordes fasciales para la obsesión del trocar Hasson con el divisor del estómago.

Después de la presentación del trocar, se realiza el neumoperitoneo, manteniéndolo en su mayor parte a 12 mmHg. Las luces del centro de rendimiento de trabajo deberían apagarse en ese mismo momento.

La situación del paciente debería cambiarse en ese momento para que

contra Trendelemburg y con la lateralización hacia la mitad izquierda del paciente. El especialista continúa con la investigación del agujero del estómago para distinguir la vesícula biliar y hacer una perspectiva general de lo que quede del pozo. Dependiendo de los atributos de la vesícula biliar y los diferentes órganos, escoja el mejor lugar para colocar los trócares de volantes (típicamente tres: dos de 5 mm y uno de 10 mm) (6)

Una vez que se establecen los trócares, con un clip de Gráspér, se tracciona el infundíbulo vesicular para descubrir el triángulo de Calot. Utilizando una trampa de tijeras, disector o desmembramiento, continuamos analizando el triángulo y reconociendo el conducto cístico y la vena quística. En las dos estructuras, se colocan y cortan endoclips (dos en el extremo distal y uno en el extremo proximal). Una vez que el pedículo vesicular se desmembra, la vesícula biliar se aísla del lecho hepático, para lo cual se pueden utilizar tanto las tijeras como la trampa de análisis relacionadas con la electrocoagulación. Después de la colecistectomía se realiza su extracción por endocath.

Por fin, seguimos examinando el lecho vesicular, para verificar la hemostasia y la posible pérdida de bilis de un canalículo y para lavar la depresión.

La expulsión de los trócares se completa con la visión de guía para vigilar que no haya filtraciones en ninguna de las entradas del pasillo. Por fin, la conclusión de la apertura del conducto del trocar Hasson está terminada con un propósito de sutura de cadena reabsorbible de 0. La mayoría de las veces, la conclusión de la piel es con agrafes.

5.8.INDICACIONES DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Los signos para la colecistectomía laparoscópica son los mismos con respecto a la colecistectomía abierta:

- Colelitiasis sintomática con o sin inconvenientes.
- Colelitiasis asintomática en pacientes que están en peligro de carcinoma de vesícula biliar o complicaciones de la litiasis.
- Colecistitis atípica.

- Pólipos de vesícula biliar > 0.5cm.
- Vesícula de porcelana.

5.9. CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Estas se dividen en absolutas y relativas

1. ABSOLUTAS:

Tumor de vesícula biliar; modificaciones serias de la coagulación, estas dispersiones contraindican tanto el método laparoscópico como el abierto, sin embargo, en el caso de que se pueda hacer una revisión. La laparoscopia tiene el impedimento de no tener suficiente control de la filtración por estrategias de presión, utilización de aparatos vasculares y suturas vasculares. Otro inconveniente es que la sangre libre en la depresión del estómago retiene la luz y oscurece el campo quirúrgico.

2. RELATIVAS:

- a) Resistencia mórbida. Está contraindicado cuando no hay suficiente instrumentación para manejar el área vesicular.
- b) Cirrosis hepática. El hígado es fibroso y puede alterar la introducción de la pipa quística y los conductos biliares.
- c) Pancreatitis aguda. Al estar a la vista de una condición controlada intensa, se puede realizar la investigación laparoscópica.
- d) Colangitis ascendente. En la posibilidad de que un transduodenal pasado se puede realizar con coledocotomía, el sistema laparoscópico es perfecto.
- e) Embarazo. La colecistectomía se puede realizar en mujeres embarazadas hacia el inicio del embarazo, a pesar de que no hay exámenes que muestren los impactos que el CO₂ puede causar en el embrión; y la mayor edad gestacional para jugar la estrategia es 27.5 semanas. (7)

3. VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

- El tormento es menor después de la cirugía.
- Recuperación más rápida del paciente.
- Pequeñas lesiones quirúrgicas que tienen que ver con la pieza de buen gusto del paciente
- La tolerancia al sustento de admisión es más rápida.

- Menor tiempo en el centro de curación

4. DESVENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

- El edema puede crear una expansión en brillo, lo que hace que sea difícil observar inequívocamente el campo del agente.
- Gran dependencia de la innovación.
- Alto costo de instrumentos biomédicos y hardware.

5.10. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIA DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Las complejidades significativas pueden incluir: daño vascular, apertura del intestino, daño mesentérico y daño en la vía biliar, que regularmente requieren una laparotomía rápida. Se debe cambiar a una técnica abierta si el especialista requiere palpación manual y visión directa para la reparación. El cambio a cirugía abierta se demuestra cuando se exhibe:

Abertura vesicular: durante el desmembramiento de la vesícula, el especialista puede ingresar a la vesícula biliar accidentalmente, haciendo que la bilis y las piedras se escapen al orificio del estómago. La apertura en la vesícula biliar se puede cerrar colocando un agarre en las pinzas o se puede suturar para evitar la transmisión de la bilis. En la actualidad, la punción vesicular se ve como una tasa y no como un inconveniente. A decir verdad, la llegada de la bilis no parece haber aumentado la tasa de contaminaciones postoperatorias.

Daño vascular: si un trócar se introduce involuntariamente en un vaso importante, el trócar no se debe evacuar por el hecho de que se llena como un taponamiento mientras se realiza una laparotomía rápida. Otro sitio de descarga está en el divisor del estómago, por lo que los trócares deben ser expulsados bajo visión directa. La aspiración desde estos entornos se soluciona generalmente con electrocauterio, un taponamiento con el inflable de un catéter de Foley o una unión.

Daño intestinal: las llagas intestinales deben sellarse y repararse a la

primera oportunidad. En caso de que ocurra un agujero de sustancia intestinal, la lesión puede repararse por vía laparoscópica o mediante una laparotomía a través del corte umbilical. Un tiempo después, la cirugía puede cerrarse por laparoscopia.

Daño del conducto biliar: las heridas mayores del tracto biliar deben repararse rápidamente en caso de que se perciban en medio del sistema quirúrgico. Algunas lesiones de la vía biliar no se pueden percibir en medio de la demostración quirúrgica y aparecen en el período postoperatorio. Estos deben ser aludidos a un especialista con participación en cirugía hepática, a la luz del hecho de que el logro considerable de su reparación se basa en el esfuerzo principal.

5.11. COLECISTECTOMÍA ABIERTA

Independientemente del enfoque laparoscópico, la colecistectomía ordinaria sigue siendo una técnica extremadamente útil, particularmente en la litiasis biliar confusa; está verificado

Algunas circunstancias en las que se muestra este sistema, por ejemplo, peso hosco, cirrosis, hipertensión de entrada, enfermedad pulmonar obstructiva grave, cirugía anterior, embarazo, colecistitis extrema, empiema vesicular, colangitis intensa, abertura vesicular, fístulas colecistoentéricas o duda de neoplasia vesicular. (8)

5.12. CONVERSIÓN QUIRÚRGICA.

La transformación no es una confusión de la colecistectomía laparoscópica y debe hacerse de inmediato para asegurar al paciente contra el daño genuino del agente. Esta opción de cambiar a la colecistectomía abierta debe considerarse como un ensayo quirúrgico sólido.

El cambio a cirugía abierta se ha ordenado de dos maneras: I, transformación restringida o restringida, retroceso inadvertido a un órgano vecino, descarga salvaje o daño del canal biliar; y II, cambio electivo o

personalizado debido a la ausencia de movimiento en la cirugía y al análisis problemático y peligroso con la prolongación del tiempo quirúrgico. El último mencionado, por lo tanto, tiene tres clasificaciones: irritación, accesorios no ardientes o ajustes anatómicos.

Los criterios para el cambio a la cirugía abierta son los mismos que los considerados en la cirugía electiva. (9)

En las investigaciones distribuidas de la colecistectomía laparoscópica, una de las razones más continuas para el cambio es una colecistitis intensa. Algunos lo consideran como un factor profético de cambio relacionado con la edad en expansión, el sexo masculino, la abundancia y algunos descubrimientos de ultrasonido. Los diferentes creadores, una vez más, no piensan en la colecistitis intensa como un indicador de transformación.

6. ANTECEDENTES

6.1. ANTECEDENTE INTERNACIONAL

Cerca del 3 y 8% de los pacientes que experimentan colecistectomía laparoscópica esperan un cambio en la laparotomía. (10) En la colecistitis intensa, la tasa de transformación es algo mayor: no intensa (1.8-7%) contra intensa (20-40%). Se ha percibido que los desafíos especializados en hacer una colecistectomía laparoscópica en instancias intensas de más de 72 horas de desarrollo son más problemáticos que si se realizaran en un período de más de 72 horas o en una colecistitis grave. (11)

Las transformaciones pueden separarse en aquellas hechas por "necesidad" o "seguridad". El agregado principal comienza a partir de una complejidad que no puede tratarse por laparoscopia, mientras que en el segundo el especialista se conforma con la laparotomía en aversión a las confusiones imaginables. (12)

PAREDES COTORE ET AL. (1994), España, lideró la investigación, por ejemplo, de la investigación multicéntrica de 2.432 pacientes que recibieron colecistectomía laparoscópica completada en España, que finalizaron para decidir una ocurrencia de cambio del 5%. Lohde E et al (1994) en Berlín, que tuvo una participación con 2,200 colecistectomías laparoscópicas, decidiendo una

transformación del 2,5%. Dwindles JH et al (1994), California, una ocurrencia del 14%, al contemplar 746 pacientes que experimentaron dicha técnica quirúrgica; decidiendo así los motivos de la transformación, los fundamentales son: análisis problemáticos auxiliares de agravamiento o agarre y la necesidad de tratar la litiasis en la vía biliar regular. Gerald M. et al, (1994), en Canadá, Montreal, consideraron 1.676 colecistectomías laparoscópicas, decidiendo una transformación en 90 casos (5.4%), donde el conductor primario detallado fue: Incapacidad para caracterizar los sistemas de vida (63 casos), muriendo (11 casos), descubrimientos repentinos (6 casos), peso y daño en la vía biliar (3 casos por separado), dolor en las manos delgadas e insuflación peritoneal adicional (2 casos por separado).

POSTERIORMENTE, WIEBKE ET AL (1996) en Indianápolis EE.UU. dirigió un examen sobre "Cambio de la colecistectomía laparoscópica a abierta. Una investigación de los factores de riesgo", en 581 pacientes que decidieron un cambio del 8%, estableciendo así que las variables de riesgo persuasivo para la transformación fueron: edad, relación de colecistitis intensa y cirugía del estómago superior, diferente al sexo y al especialista administrador que no fueron elementos destacables.

Z'GRAGGEN K.ET AL (1998), en Suiza completó un próximo examen de 3 años en 10.174 pacientes, de las confusiones de la colecistectomía laparoscópica, donde decidió una transformación del 8,2%, a pesar de su principal impulsor, por ejemplo, problemas especializados debido a cambios provocativos y / o descubrimientos anatómicos no claros en medio de la metodología quirúrgica y la muerte.

La investigación posterior, por ejemplo, la de Bingener - Casey et al. (2002) en Texas EE. UU. Decidieron abrir las razones para la transformación de la colecistectomía laparoscópica, en una auditoría de 10 años, obteniendo un cambio del 5,2% y 24 estableciendo como causas más básicas: la impotencia para reconocer eficazmente las estructuras de vida (50 %), morir (14%), duda de coledocolitiasis (11%), duda del daño del canal biliar y diferentes causas (10%). Otra investigación dirigida ese año por Hasaniah et al, (2002) en Kuwait, reflejó reflexivamente 2.750 casos de colecistectomías laparoscópicas, decidiendo una tasa de transformación del 3,8%. Michael Rosen et al, (2002), en Cleveland, EE.

UU., Decidieron los componentes precursores para el cambio de la colecistectomía laparoscópica en 1.347 pacientes, adquiriendo una transformación del 5,3% y, considerando los 34 parámetros considerados, una sola leucocitosis > 9,000 cel / mm, la pared vesicular > 4 mm son indicadores de cambio a cirugía abierta; y el principal impulsor de la transformación fueron: Agravación severa / enlaces gruesos (45 casos), vesícula biliar friable (10 casos), drenaje, duda de daño del canal biliar, crecimiento de la vesícula biliar (3 casos por separado) y perforación de la vesícula biliar (2 casos).

Capizzi y otros (2003) en Italia, Bologna; en una investigación de la tasa de cambio en 10 años de avance de 1993 a 2003, decidieron una transformación del 1.8%. En Latinoamérica se han publicado varias investigaciones de la misma línea, tales como la realizada por Hoyos S.I. et al, (1998) en Colombia Medellín, donde en un seguimiento de 514 casos, reportó una conversión del 6,8% (35 casos). Del total de la muestra, 84,4% conversiones fueron en el sexo femenino, y un promedio de edad de 45 años; las causas principales reportadas fueron: Dificultad en la técnica quirúrgica (24 casos), coledocolitiasis (4 casos), sangrado (3 casos), fallas del equipo y fístula cistocoleodociana (2 casos respectivamente). Vergnaud J. et al, (2000) estudio en el Hospital “Manuel Uribe Ángel” de Envigado Colombia, 739 casos de colecistectomías laparoscópicas, reportando una conversión del 2,6%, predominando en el sexo femenino en un 76%, con un promedio de edad de 42,5 años. En el mismo año, en el Hospital de Caldas Colombia, Arango L. et al ,(2000) reportó una conversión del 4% (33 casos) de 967 casos estudiados, determinando como causas principales: Dificultad en la disección (18 casos), obesidad (3 casos), hemorragia y cáncer de vesícula (2 casos 25 respectivamente) además de lesión diafragmática y problemas con el gas (1 caso respectivamente).

6.2. ANTECEDENTE NACIONAL

BOCANEGRA R., ET AL. (2013) 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”. Tuvo como objetivo principal describir parámetros

preoperatorios, tasa de conversión a cirugía abierta, comorbilidades y las complicaciones post colecistectomía laparoscópica en una población de adulto con más de 75 años de edad. Realizó 22 un estudio descriptivo, en el cual recolectaron los datos en forma retrospectiva donde se encontró 52 pacientes que cumplían los criterios de inclusión del estudio. Se encontró que las edades oscilaron entre los 75 a 92 años con una media de 81,45 años y el 59,62% del total fueron mujeres; las enfermedades asociadas a patologías cardiológicas fueron las principales con 46,15%. Se llegó a la conclusión que la intervención quirúrgica más común fue la colecistitis crónica litiásica con 73,08% y la tasa de conversión a cirugía abierta fue 13,46%, por lo que estos resultados se ajustan a los valores encontrados en la literatura. (13)

5. HIPÓTESIS

Los factores sociodemográficos, cirugías previas, comorbilidades, hallazgos ecográficos y los hallazgos transquirúrgicos están asociados a conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta en pacientes colecistectomizados en el hospital Goyeneche III - Yanahuara en el periodo de enero 2015 a diciembre del 2016.

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1.1. Técnicas

La técnica a utilizar es la descriptiva. Para la recolección de datos se elaboró una ficha, que consta con tres ítems, el primer ítem corresponde a datos personales como edad, sexo; el segundo ítem datos clínicos como: tiempo de enfermedad, morbilidad asociada; y un tercer ítem sobre el acto operatorio, cirujano principal, conversión quirúrgica, causas de conversión quirúrgica, según las variables de estudio.

2.1.2. Instrumentos

En el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSSv22 de IBM en español. Los resultados se presentan mediante tablas de distribución de frecuencia y gráficas (barras y torta).

2.2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.2.1. Ubicación espacial:

El estudio de investigación será realizado en el Hospital III Yanahuara en el Distrito, Provincia, Departamento y Región Arequipa

2.2.2. Ubicación temporal:

Estudio de tipo coyuntural que comprende el período de enero del 2012 a diciembre del 2016.

2.2.3. Unidades de estudio´

2.2.3.1. Universo

Está conformado por los pacientes con colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta.

2.2.3.2. Muestra

Para el desarrollo del estudio no se trabajará con muestra, sino con el total de pacientes sometidos a dicha intervención en el período señalado y de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de pacientes de ambos sexos, sin límite de edad a los que se haya realizado Cirugía de colecistectomía laparoscopia a colecistectomía abierta
- Historias clínicas que consignen todos los datos necesarios para la medición de las variables de estudio.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que no contengan todos los datos necesarios para la medición de las variables.

Las unidades de estudio están conformadas por las historias clínicas.

2.3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.3.1. ORGANIZACIÓN

- Una vez que los jurados dictaminadores den su aprobación del proyecto de trabajo de investigación, se solicitará una carta de presentación al Director de la Segunda Especialidad de la Facultad de Medicina Humana dirigida al Hospital Yanahuara III, para que nos autorice la realización del estudio.
- El investigador identificará la población de estudio y procederá a solicitar las historias al archivo de historias clínicas. Cada historia será minuciosamente revisada para la aplicación de la Ficha de Recolección de Datos.

- Cabe señalarse que, para incluir a los pacientes en el estudio, se considerará a todos aquellos que hayan sido intervenidos entre el mes de enero del año 2012 al mes de diciembre del año 2016.
- Cuando se haya concluido la recolección de datos, se realizará la base de datos en el Programa SPSS y el análisis estadístico de los resultados. Luego se elaborará el informe final de la investigación.

2.3.2. RECURSOS

RECURSOS HUMANOS	CANTIDAD
Investigador	1
Docente	1
Internos de Medicina del Hospital	3

2.3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La ficha de recolección de datos, es sólo para el recojo de información, por lo que no requiere de validación. Fue elaborada por el investigador, de acuerdo a la Operacionalización de las variables.

RESULTADOS

Para el respectivo análisis estadístico de las variables, se aplicará estadística descriptiva, con algunas medidas de tendencia central y dispersión como por ejemplo, promedio, mediana, moda, valor mínimo y máximo, desviación estándar así como también cuadros porcentuales. Las variables cualitativas o categóricas o atributos se darán a conocer en número y porcentaje. Como pruebas de significación estadísticas, se aplicará la Prueba t, la Prueba de Ji cuadrado y para evaluar los factores de riesgo se calcularán los odds ratio. Para la sistematización de los datos, se utilizara en el presente, la hoja de cálculo Excel 2016 (para la creación de una base de datos) y el paquete estadístico SPSS 22. Los resultados serán presentados en las respectivas tablas conteniendo frecuencias absolutas, otras relativas (porcentuales).



DISCUSIÓN

En medio de la determinación de este trabajo de exploración, se ha destacado que la transformación de la cirugía laparoscópica a cirugía convencional es una razón esencial de la mortalidad y la horrible en pacientes colecistectomizados, por lo que es importante comprender completamente el método quirúrgico y los elementos relacionados con esto, buscando confrontar los impactos antagónicos cuando se realiza dicha estrategia.

Con respecto a los factores que prevén la probabilidad de cambio sobre CL, se reconocen en la escritura diferentes estados estadísticos, clínicos, bioquímicos, ultrasonográficos e intrusivos del árbol biliar en el período preoperatorio, por ejemplo, la utilización de CPRE.

A lo largo de los años, la utilización del método laparoscópico para el tratamiento de los problemas de la vesícula biliar se ha expandido, sin embargo hay factores que impulsan el cambio sobre la cirugía laparoscópica para convertir la cirugía, el sistema laparoscópico tiene la posición favorable de que tiene menos malestar posoperatorio y una consolidación y mejoría más rápida en el post operatorio, sin embargo, hay componentes y condiciones que impulsan a una administración superior a cambiar sobre ellos para convertir a cirugía abierta para un mejor enfoque, mejor visibilidad, mejor maniobrabilidad y experiencia del cirujano.

En el presente trabajo se desglosa si las cualidades sociodemográficas, los precursores quirúrgicos y las comorbilidades en los pacientes constituyen un factor de riesgo relacionado con el cambio de cirugía laparoscópica para cirugía convencional, además tenemos los descubrimientos quirúrgicos al realizar las cirugías laparoscópicas que son factores de riesgo relacionados con la vitalidad para la transformación de cirugía laparoscópica a cirugía abierta.

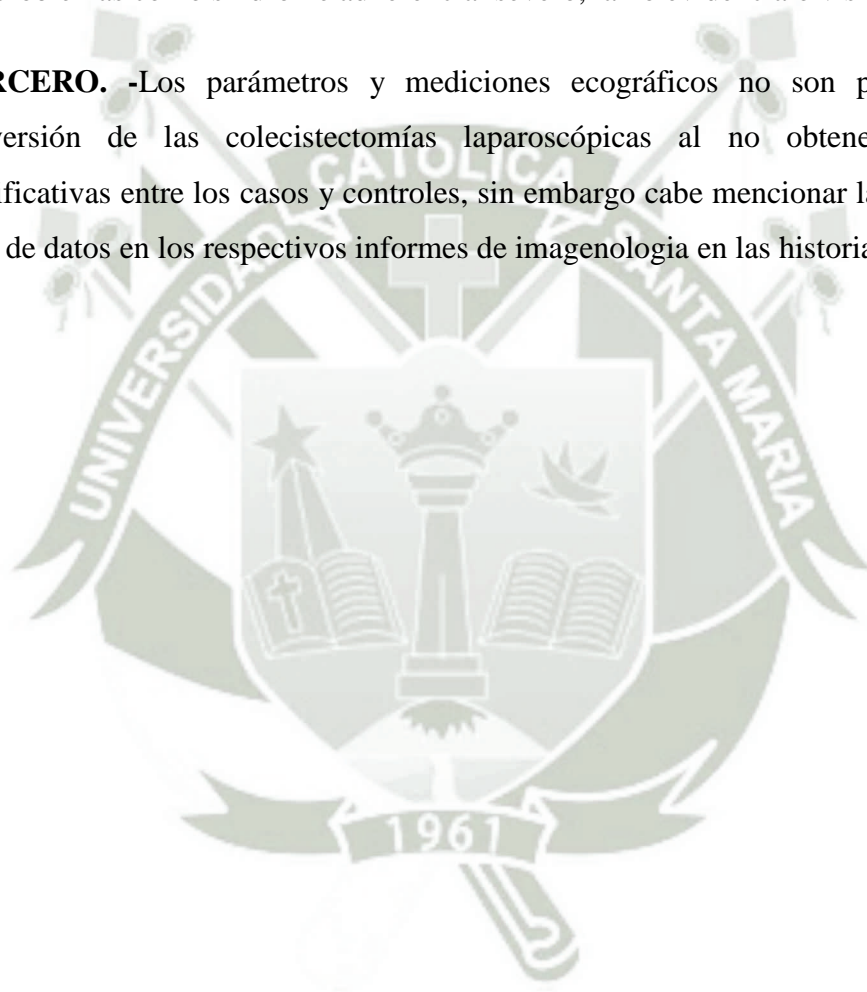
Por último, algunas investigaciones muestran que el cambio a la cirugía abierta provoca pesimismo y mortalidad más prominentes. En este examen, la transformación a la colecistectomía abierta se relaciona con una mayor tasa de drenaje, re operación, daño del tracto biliar e infección de herida operatoria. Del mismo modo, implica una prolongación en el centro de curación quirúrgica.

CONCLUSIONES

PRIMERO. - Es vital reconocer al paciente con mayor predisposición a riesgo de conversión para optimizar la planeación y ejecución del procedimiento quirúrgico y bajar los índices de morbilidad asociada a la laparotomía, dado que los factores independientes plenamente identificados no son cambiables.

SEGUNDO. - Las cirugías anteriores del paciente son predictores de conversión de las colecistectomías laparoscópicas al evidenciarse diferencias significativas porcentuales, por problemas como síndrome adherencial severo, la no evidencia o visión del cístico.

TERCERO. - Los parámetros y mediciones ecográficos no son predictores de conversión de las colecistectomías laparoscópicas al no obtener diferencias significativas entre los casos y controles, sin embargo cabe mencionar la presencia de falta de datos en los respectivos informes de imagenología en las historias clínicas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Michans.. Cirugia. 6th ed. Argentina: El Ateno; 1960.
2. JILG. PPP. Cirugia AEC, Manual de cirujanos españoles.. 2nd ed. España: : Manual de cirujanos españoles; 2012.
3. Surgery AWJ. Predictive factor for Conversion of Laposcopic Cholecystectomy. In.: EE.UU: World J. Surgery; 1997.
4. Schwartz.) CBMH. Principios De Cirugia. 10th ed.: Charles Brunicardi, Mcgraw-Hil; 2015.
5. Strasberg SM HMSNJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. 2nd ed.: Am Coll Surg; 1995.
6. Young AL CAWAHAMK. Index admission laparoscopic cholecystectomy for patients with acute biliary symptoms: results from a specialist centre. Oxford: Toogood GJ. HPB; 2010.
7. Gomi H SJTTSSPHYMea. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. : J Hepatobiliary Pancreat ; 2013.
8. Sonzini Astudillo P MFSaFea“. Morbimartalidad en cirugía laparoscopica”, : Rev argent Cirug; 1996.
9. NCBPYJ. CA. Treatment of Common Bile Duct Injuries during Laparoscopic Cholecystectomy. Paris: Endoscopic and Surgical Management.; 2011.
10. J. BC. Reasons for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy 10 year. EE.UU: Gatrointest Surgery. 2002 ; 2001.
11. FSECK. LC. Factors affecting conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery. Paris; 2014.
12. SPDS. SN. Laparoscopic cholecystectomy: the new gold standard. : Archivo Surgery.; 2012.
13. Bocanegra R. ea. Colecistectomia laparoscopia en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima ; 2007-2011.

ANEXOS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	OPERATIVIDAD
SEXO	Características sexuales secundarias	Hombre Mujer
Edad	Edad del paciente al someterse a la cirugía vesicular.	1. 10 a 20 2. 21 a 30 3. 31 a 40 4. 41 a 50 5. 51 a 60 6. 61 a 70 7. 71 a mas
IMC	Índice de masa corporal del paciente	< 25 25 – 27 27 – 30 >30 No IMC
Tiempo quirúrgico	Tiempo destinado a la realización de la operación	Tiempo en minutos <60 Min. Menos 60 -120 min. Más de120 min.

Conversión	Conversión a colecistectomía convencional	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO
Indicación de conversión	Motivo por el cual debió abortarse el abordaje laparoscópico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangrado incontrolable 2. S. Adherencial severo 3. Dificultad quirúrgica 4. Variación anatómica 5. Nm vía biliar 6. Calculo en el colédoco 7. Lesión de pared abdominal 8. Perforación de víscera hueca 9. Perforación de víscera maciza 10. Plastrón vesicular 11 Neoplasia vesicular 12 Sind. Mirizzi 13 Fístula colecistoenterica
Hallazgos operatorios	Descripción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Síndrome adherencial 2. Alteración anatómico 3. Plastrón vesicular 4. Síndrome de Mirizzi

Cicatriz quirúrgica previa	Cicatriz quirúrgica antigua de procedimientos quirúrgicos previos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mediana supra umbilical 2. Mediana infra umbilical 3. Kocher 4. Rocky Davis 5. Pfannenstiel 6. Laparotomía 0. No cicatriz
Sangrado	Volumen de sangrado en mililitros (ml) evidenciado en el informe operatorio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 - 100 ml 2. 100 – 200 ml 3. 201 – 500 ml 4. > 500 ml
Comorbilidad	Comorbilidad asociada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. HTA 2. DIABETES 3. HIPOTIROIDISMO
Tiempo de enfermedad	Tiempo del inicio del cuadro clínico hasta la fecha quirúrgica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 mes a 6 meses 2. 7 meses a 12 meses 3. 13 meses a 24 meses. 4. 25 meses a más.
Diagnóstico preoperatorio	Se definirá por la historia clínica, y corroboración de la ecografía de vías biliares	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colelitiasis 2. Colecistitis aguda 3. Colecistitis subaguda 4. Colecistitis crónica 5. Coledocolitiasis 6. Colangitis aguda
Récord del Cirujano principal	Cantidad de colecistectomías laparoscópicas del cirujano.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor experiencia < 70 laparoscopias Mayor

		experiencia > 60 años de laparoscopias
--	--	---

