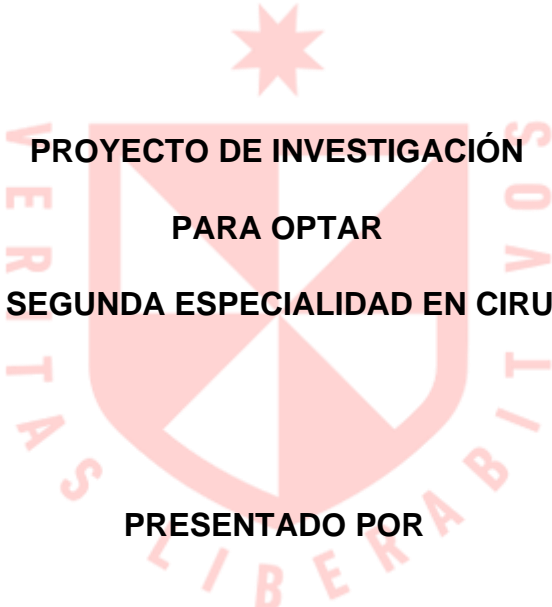


**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS DE LA CONVERSIÓN DE  
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMÍA  
ABIERTA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MARÍA  
AUXILIADORA LIMA EN EL PERIODO JULIO 2020 A JUNIO 2021**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL**

**PRESENTADO POR  
JUAN FERNÁNDEZ OJEDA MEZTAS**

**ASESOR  
CARLOS SOTO LINARES**

**LIMA - PERÚ  
2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES ASOCIADOS DE LA CONVERSIÓN DE  
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMÍA  
ABIERTA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL MARÍA  
AUXILIADORA LIMA EN EL PERIODO JULIO 2020 A JUNIO 2021**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL**

**PRESENTADO POR**

**JUAN FERNÁNDEZ OJEDA MEZTAS**

**ASESOR  
DR. CARLOS SOTO LINARES**

**LIMA, PERU  
2024**

## RESUMEN DE REPORTE DE SIMILITUD DE TURNITIN

NOMBRE DEL TRABAJO

**FACTORES ASOCIADOS DE LA CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMÍA ABIERTA EN EL**

AUTOR

**JUAN FERNÁNDEZ OJEDA MEZTAS**

---

RECUENTO DE PALABRAS

**9917 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**58713 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**50 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**221.7KB**

FECHA DE ENTREGA

**Jun 13, 2024 8:59 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Jun 13, 2024 9:01 AM GMT-5**

---

### ● 18% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

## INDICE

	Pág.
Portada	I
Índice	
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>4</b>
1.1. Descripción de la situación problemática .....	4
1.2. Formulación del problema .....	5
1.3. Objetivos .....	5
1.3.1. Objetivo general .....	6
1.3.2. Objetivos específicos .....	6
1.4. Justificación de la investigación .....	6
1.5. Limitaciones .....	8
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	10
2.1. Antecedentes de la investigación .....	10
2.2. Bases teóricas .....	17
2.3. Definición de términos básicos .....	23
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b> .....	<b>26</b>
3.1. Formulacion.....	26
3.1.1. Hipótesis General.....	26
3.1.2. Hipótesis Específicas .....	26
3.2. Variables y su defenicion operacional .....	26
3.2.1. Variables dependientes .....	26
3.2.2. Variables independientes .....	27
3.2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	28
<b>CAPÍTULO IV METODOLOGÍA</b> .....	<b>31</b>
4.1. Diseño Metodologico.....	31
4.2. Deseño Muestral.....	31
4.3. Técnicas E Instrumentos de Recolección de Datos.....	34
4.4. Procesamiento Y Análisis De Datos .....	35
4.5. Aspecto Ético. ....	35
<b>CRONOGRAMA</b> .....	<b>37</b>
<b>PRESUPUESTO</b> .....	<b>38</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN.</b> .....	<b>39</b>
<b>ANEXO N°1</b> .....	¡Error! Marcador no definido. <b>42</b>
<b>MATRIZ DE CONSISTENCIA</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>ANEXO N°2</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>ANEXO N°3</b> .....	<b>38</b>
<b>ANEXO N°4</b> .....	¡Error! Marcador no definido.

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática.

La técnica de cirugía en extirpar vesícula por vía laparoscópica es el procedimiento alternativo actualmente a nivel global y nacional en indicaciones de los cálculos biliares, diseñado para minimizar daños, con alto nivel de seguridad, precio al alcance del paciente y menos complicaciones para el paciente. Con mayor demanda en su difusión, las constantes prácticas y adiestramiento en cirugía laparoscópica en los servicios de cirugía <sup>(1)</sup>.

Existen que en algún momento durante la cirugía que no puede concluir laparoscópicamente y se hace imprescindible convertir a colecistectomía convencional, con la aparición de dificultades en el acto intraoperatorias que se pueden presentarse o con la finalidad de evitar.<sup>(2)</sup>

La intervención de extirpar la vesícula por vía laparoscópica son el método actualmente para la cura de patologías derivadas de cálculos biliares, con relación a esta técnica varias ediciones han indicado su certeza y eficiencia en el acto, con bajos índices de patologías postquirúrgicas en confrontación con la cirugía de extirpar la vesícula.<sup>(3)</sup>

Uno de los principales aspectos del procedimiento intraoperatorio es menester de modificar a una cirugía abierta en cierta proporción de las colecistectomías laparoscópica. <sup>(4)</sup>

Dentro de las razones de conversión de este procedimiento destacan: la insuficiente habilidad y la Inexperiencia del especialista en el proceso, desperfecto de los equipos de laparoscopias e instrumental quirúrgico, presencia de sangrado intraoperatorio, complicación del conducto biliares en el proceso de intervención, reportes operatorios de las lesiones malignas y existencia de coledocolitiasis. <sup>(5)</sup>

En los factores igualmente se describen en la lista, a > 50 años de edad, el valor de

superficie corporal, precedentes de operaciones abdominales anteriores, los descubrimientos de bridas y adherencias y variantes anatómicas donde pueden ejercer en alguna manera una complicación para efectuar el cambio de operación laparoscópica a intervención abierta, en consecuencia, se deben preparar al paciente para este tipo de técnica.<sup>(6)</sup>

A nivel mundial, el índice de conversión esta aproximadamente de 3% a 35%: en el continente americano en varias publicaciones de estudios refieren la conversión se encuentra entre el 0.8% al 11%. Como en el caso de España, la conversión se da entre el 0.8% y el 11%, con una elevada asociación a colesteroles dentro de la vesícula biliar en su evaluaciones histológico.<sup>(7)</sup>

Un estudio efectuado en Perú, en el Hospital III de Iquitos – Essalud el 7.2% referente al porcentaje a convertir. Es importantes asignar casos para convertir se pueden fragmentar en dificultades transquerurgicos, ocasionado por componentes técnicos, ligados al paciente u ocasionados por el especialista,<sup>(8)</sup>

En la actualidad al efectuar la cirugía laparoscópica convertida a cirugía convencional no es indicación preciso a un agravamiento, sino a un criterio del médico especialista en cirugía para una buena osadía del efecto quirúrgico.<sup>(9)</sup>

La cirugía de extirpar la vesícula por vía laparoscópica es técnicas quirúrgicas implementados dentro del Hospital María Auxiliadora, como cura de enfermedades de la vesícula biliar y las complicaciones, es necesario saber los elementos asociados que se desarrolle para convertir la cirugía laparoscopia a cirugía convencional.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados de la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en el servicio de Cirugía del Hospital María Auxiliadora Lima en el periodo Julio 2020 a junio 2021

## **1.3. Objetivos.**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar los agentes asociados de la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en el servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora Lima en el periodo Julio 2020 a junio 2021.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

Distinguir las diferentes particularidades en el enfermo: edad, género y la agrupación en convertir la cirugía de extirpar la vesícula por vía laparoscópica a una cirugía de extirpar la vesícula en forma abierta.

Establecer vinculación de los elementos clínicos y la cirugía abdominal previas que están agremiado para cambiar la cirugía de extraer la vesícula por vía laparoscópica a colecistectomía abierta en una patología biliar.

Especificar la agrupación entre el análisis preoperatorio de la colecistitis aguda litiásica y colecistitis crónica litiásica y el tipo de ingreso hospitalario del paciente intervenido quirúrgicamente de cambiar la colecistectomía laparoscópica a cirugía de extirpar la vesícula en forma abierta.

Establecer relación del informe imagenológico del acrecentamiento de la pared vesicular, los hallazgos intraoperatorios, la destreza del especialista para convertir la operación laparoscópica a colecistectomía abierta.

### **1.4. Justificación de la investigación.**

Actualmente podemos contemplar una operación de video endoscópico como modelo de tratar las enfermedades de cálculo biliares trae la reducción de la estadía en el nosocomio, disminución del daño, regreso inmediato al centro laboral, buena respuesta estético en donde el 80 a 85% de las colecistectomías son efectuadas con esta técnica laparoscópico.<sup>(10)</sup>



La transformación debe efectuarse cuando se encuentre en aprieto en el transcurso del acto quirúrgico, alteraciones durante la extirpación e reconocimiento del sistema anatómico, reduciendo los aprietos durante y después del procedimiento quirúrgico.(11) La técnica de la cirugía laparoscópica se considerado una intervención quirúrgica esencial, en oportunidades debe realizarse los cambio a un procedimiento abierto.(12)

La cirugía de extirpar la vesícula por cirugía mínimamente invasivo es el procedimiento que llega a emplearse en el departamento de cirugía del Hospital María Auxiliadora como tratar los cálculos biliares. La cirugía se desarrolla aplicando desde hace dos décadas atrás.

Pese al perfeccionamiento y adiestramiento de los especialistas en cirugía en este procedimiento quirúrgico, se hallan diferentes causas por tanto hay una proporción de las cirugías laparoscópicas de cambiar a cirugía abierta durante el procedimiento transoperatorio.

La base de este proyecto se intenta precisar los importantes factores de convertir la colecistectomía laparoscópica y en sostén de este estudio, aportar resoluciones de mediano y largo plazo en los procedimientos operatorios.

#### **1.4.1. Importancia de La Investigación**

Se estima a la operación de laparoscópica como el procedimiento contemporáneo para tratar las diferentes patologías de litiásica biliar. La técnica de la cirugía laparoscópica es considerada como procedimiento importante, pero en determinadas oportunidades debe cambiar a un procedimiento de cirugía convencional. La conversión de la laparoscopia se realiza al evidenciar dificultad en el acto intraquirúrgico, como difícil de disección y dificultad de su configuración, reduciendo los riesgos pre y post quirúrgico.

La cirugía de extirpar la vesícula por laparoscópica en el Hospital María Auxiliadora Lima, se ha convertido como una opción en el tratamiento de cálculos biliares. La investigación servirá para el manejo y destreza de los cirujanos en este procedimiento, en la existencia de diversas causas por la cual las colecistectomías laparoscópicas se convierten a cirugía abierta en una intervención quirúrgica.

#### **1.4.2. Viabilidad y factibilidad**

El vigente trabajo está involucrado como zona de conveniencia a enfermos que se han subyugado a una operación de extirpar la vesícula por método laparoscópica por presentarse complicaciones de diferentes factores fueron cambiados a colecistectomía abierta. La población a estudiar pertenece a un grupo social de mediano y extrema pobreza.

Es oportuno realizar el presente proyecto en la fecha previsto y con la metodología necesaria, logrando la participación de actores indispensables en desarrollar el análisis, también las respuestas de la presente investigación pueden ser de utilidad y aplicación, así como referente para la motivación de diferentes proyectos a elaborar.

No existe obstáculos éticos, ni morales en la ejecución del estudio, se habilita de medios económicos, materiales y personales, para realizar el proyecto, así como es posible efectuar el estudio en el periodo determinado, con la metodología adecuada. Los diversos métodos de investigación permitirán dar respuesta al problema de investigación.

#### **1.5. Limitaciones**

Poca bibliografía referente a la elaboración del presente proyecto de investigación para la reunión de datos cercanos a la realidad.

las restricciones en la recopilación de información.

A su vez la reserva de los pacientes por el consentimiento informado.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

Se elaboraron diferentes proyectos de investigación con experiencias nacionales y internacionales que valen como referencia de este estudio de variables asociados para cambiar la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta.

Según Vargas R<sup>(13)</sup> y colaboradores, ejecutaron el 2017, un proyecto de investigación sobre variables asociados para convertir la cirugía de extirpar la vesícula por laparoscópica a colecistectomía convencional. El propósito del proyecto es para conocer la regularidad y agrupación de convertir en cirugía de extirpar la vesícula por laparoscópica, estableciendo para análisis de ecografía abdominal y exámenes de laboratorio hematológicos, así como en los factores sociales y poblacional, la metodología aplicada es descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, en las etapas de 1ro de enero al 3 de noviembre 2015. Analizaron fichas medicas con resolución de enfermedades vesiculares en pacientes llevados a intervenciones quirúrgicas de cálculos biliares. Y las respuestas encontradas fueron al 35,5% de enfermos sometidos a una colecistectomía laparoscópica, donde era inevitable cambiar a operación abierta alcanzando 42,8% de intervenidos. Los operados fueron mayoría de sexo femenino, aunque el cambio prevaleció en el género masculino. La causa prequirúrgico más constante fue los cálculos biliares (98,3%). Los pacientes de más edad de 50 años arrojó una razón de 0,55, mientras los exámenes para médicos como glóbulos blancos presentó una razón de 0,40, ambas variables fueron significativa según la estadística ( $p \leq 0,05$ ). Por tanto, se estipuló que los pacientes más de 50 años, con incremento de glóbulos blancos a  $10\ 000\ \text{mm}^3$  son causas de contingencia donde la colecistectomía laparoscópica fracase; a su vez tener en cuenta la destreza del especialista.<sup>(13)</sup>

Contreras Alomía <sup>(14)</sup> en el 2017 realizado el presente proyecto en una clínica privada por todo los pacientes atendidos en el mes de enero del 2012 y diciembre 2016 sobre la presencia de los diferentes presagios de cambiar la cirugía de extraer la vesícula por laparoscópica a colecistectomía convencional de un establecimiento privado. El artículo fue retrospectivo ajustado en el análisis de las fichas clínicas de enfermos quirúrgicos de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional arrojando un total de 255 pacientes atendido demostrando un porcentaje de convertir del 11.4%; el examen de retroceso logística arrojó como variables de presagio a afecciones de colecistitis aguda, así mismo el género y edad en donde concluye que existen otros factores que tienen influencia elocuentes con el cambio de intervención, el examen estadístico indica estos tres casos de presagios. <sup>(14)</sup>

Serrano Sánchez<sup>(15)</sup> en 2016, en un estudio realizado para poder analizar la existencia de los diferentes factores de peligro de la conversión de la cirugía en una patología biliar que se presentó en el Hospital Regional del Cusco, 2012 a 2013. El verdadero objetivo del estudio fue reconocer la razón y variables de peligro asociados para convertir la colecistectomía laparoscópica a cirugía convencional que se presentó en una intervención quirúrgica. El estudio se efectuó con un análisis de regresión logística. Como resultado determinándose un porcentaje de estudio de convertir la cirugía de extirpar la vesícula biliar por vía laparoscopia a cirugía abierta alcanzando el 12.58% de 326 operaciones laparoscópicas del total analizado 41 conversiones del análisis retrospectivo, analítico, casos y controles, de 4 controles por caso. Demostrando que las causas que conllevaron a la conversión fueron: sangrado profuso 39%, bridas y adherencias, inconvenientes para diferenciar las estructuras de traumas de conducto biliar, también se consideró el deterioro en el equipo, pio colecisto, síndrome de Mirizzi como caso obstructivo y fistula colecisto entérico. Se considero otros factores de convertir a cirugía de extirpar la vesícula por laparoscópica como son: pacientes mayores a 55 años, los valores incrementados de fosfatasa alcalina sérica a 400UI/, bilirrubina total sérica de 2 mg/dL y las operaciones laparotomías anteriores a la cirugía de extraer la vesícula por video endoscópico. Como resultado se de análisis se determinó que dentro de las diferentes causas se consideró para convertir a cirugía

convencional: hemorragia abundante durante la cirugía, bridas y adherencias y difícil de diferenciar la estructura anatómica.<sup>(15)</sup>

Soler-Dorda<sup>(16)</sup>, en 2016 en un estudio realizado para identificar como una causa importante para poder efectuar cambio de cirugía laparoscópica a una cirugía convencional podría ser un factor el momento previo de ingreso del paciente para poder realizar una intervención quirúrgica de una patología de vesícula biliar durante los periodos de 1999 a 2013 para lo cual el estudio que se trató de la admisión no advertido después de una cirugía de extraer vesícula por vía laparoscópica de estado operación mas ambulatoria. Como tipo de ensayo retrospectiva. Se obtuvieron resultados sobre pacientes de 166 masculinos /345 femeninos. mostrando una entrada previa por colecistitis y pared de la vesícula gruesa por imágenes. Dentro de las indicaciones quirúrgica fue: colecistitis previas, pancreatitis y CPRE por coledocolitiasis. Igualmente se consideró el tiempo de estadía pre y post quirúrgica al cambio la cirugía de extirpar la vesícula por video endoscópico a cirugía abierta. Dentro de estas respuestas se han considerado alguno pautas que se pueden presentar como factores asociados de cambios dentro de la cirugía de conversión que son inherentes a la causa que conlleva también como un incremento de cifras de fracaso de cirugía mayor abdominal que muestra la CL<sup>(16)</sup>

Márquez F.<sup>(6)</sup> en 2015, en donde nos presentó un estudio para poder analizar si existe algún Comportamiento dentro de los factores de conversión, realizado el estudio dentro de los periodo de enero de 2014 – abril 2015 llevado a cabo del Hospital General Barranquilla. Se efectuó un perfil analítico de corte actual y pasado presentando para el presente estudio la edad del paciente el dónde se presenta con mayor demanda de atención de patologías de la vesícula biliar, así como el sexo que son predominantes para poder intervenir quirúrgicamente para tal fin se llegó a considerar estos dos factores de peligro dentro de los cambios de cirugía de extirpar la vesícula por laparoscópica a colecistectomía abierta en patología de vesícula biliar. Obteniéndose como respuestas: la clasificación de acuerdo al género donde el sexo femenino alcanzo el mayor porcentaje considerado como uno de los grupos de mayor vulnerabilidad.

Teniendo también como conclusión dentro de la conversión de la cirugía son los reportes operatorios de la vesícula biliar acrecentada, las diferentes presentaciones de variedades como las adherencias y los sangrados intraoperatorias, fueron los agentes de peligro para conversión laparoscópica.(6)

Según Almería P<sup>(8)</sup>. (2015), dentro del estudio de investigación que se realizó a cabo en el departamento de Cirugía del Hospital III ESSALUD región de Loreto acerca de la presentación de los elementos de cambiar la cirugía de extirpar la vesícula por vía laparoscópica a colecistectomía abierta donde presentó el Departamento de Cirugía, comprendidos dentro de los periodos de octubre 2013 a octubre 2014. Tomando para cuyo análisis las diferentes relaciones que existen como pacientes portadores de patologías de vesícula biliar como es la coledocistitis, las diferentes eventualidades que se presentan en el acto quirúrgico que condicionan para realizar los cambios de la cirugía se efectuó un análisis descriptivo transversal retrospectivo utilizando diferentes métodos de recopilación de referentes como son las fichas clínicas y los informe intra operatorios obteniéndose un porcentaje de 3.0% enfermos que oscilan entre 51 a 60 años de edad, El porcentaje de convertir es 7.2 %, plastrón vesicular y pacientes con difícil abordaje de cavidad. Dentro de los géneros predominó el sexo masculino en donde se presentaron cambios de cirugía de extraer la vesícula por vídeo endoscópico a colecistectomía convencional. Se observó también en el presente estudio de investigación los pacientes que son portadores de patologías de comorbilidades así como colecistitis aguda recurrentes, diabetes mellitus y hipertensión arterial que necesitaron de convertir la cirugía de extraer la vesícula por cirugía mínimamente invasivo a colecistectomía convencional, el epílogo indica el grupo etario, el género, duración de la enfermedad, patologías asociadas son peligro para convertir, donde la habilidad del cirujano no considera un agente de peligro de convertir la cirugía.<sup>(8)</sup>

Márquez F, Peláez<sup>(6)</sup> (2015) Desarrollaron un proyecto para analizar la importancia que tiene los factores relacionado a cambiar la cirugía mínimamente invasivo a abierta realizado en el Hospital General Barranquilla

Colombia el periodo enero 2014 a abril del 2015, en cual se intervinieron quirúrgicamente a 216 pacientes con cirugía de extirpación de vesícula por laparoscópicas de las cuales se cambiaron a colecistectomía abierta alcanzando el 9.6%, como causas: paciente mas de 60 años, reportes intraquirúrgicos de vesícula gruesa, adherente y sangrado intraoperatorio. También se consideró el género varón, índice de superficie corporal alto de 30, cirugía de laparotomía previa y la cirugía de celeridad.<sup>(6)</sup>

Según Reyna L.<sup>(17)</sup> (2014) es un estudio presentado para determinar si existe alguna implicancia en la conversión de la cirugía de las diferentes patologías propias de la vesícula biliar, realizando el correspondiente trabajo en el departamento de cirugía del Hospital Regional de Trujillo comprendido en periodos de 2008 - 2013. Con el propósito de constatar en qué manera influyen en cambiar la cirugía de extraer la vesícula por vídeo endoscópico a una cirugía convencional en personas portadores de Colelitiasis en relación a pacientes con Colecistitis Crónica. Un estudio retrospectivo; en la cual se clasificaron en dos categorías; los pacientes que padecen enfermedad vesicular aguda, en donde se efectuó la cirugía de extraer la vesícula por vía laparoscópica y el siguiente orden pacientes portadores de enfermedad vesicular crónica de igual manera llevados a colecistectomía laparoscópica. También se consideró el sexo, la edad y las interferencias para realizar la conversión de la cirugía, obteniendo como respuesta la edad en enfermos con vesícula agudas cambiada de 43,9 años, en enfermos de vesículas crónicas cambiada de 44,7 años. En cuanto al género el masculino de enfermedades vesiculares aguda presenta más peligro. Según el tiempo fue de 6 días, desde aparición de malestares a la intervención laparoscópica. Siendo el porcentaje de conversión laparoscópica a colecistectomía convencional en la patología vesicular aguda es de 9.73% y la conversión es de 4.8% en la patología vesicular crónica, el sexo de varones predominando, el lapso del tiempo de cirugía de extirpación de vesícula por laparoscópica mas de 90 minutos en la enfermedad vesicular aguda conlleva para convertir. Un intervalo mayor de 7 días de sintomatología hasta la cirugía laparoscópica es peligro para acabar la cirugía convirtiéndolas. <sup>(17)</sup>

Asitimbay MV<sup>(18)</sup> (2014), dentro del proyecto de investigación el estudio



realizado fue para determinar en qué circunstancias influye para convertir la cirugía de extirpar la vesícula por vía laparoscópica a colecistectomía abierta en cuanto al problema de constitución anatómico patológico que puede dificultar en el fracaso de la cirugía dentro de los cuales se consideró el ingreso operatorio, los accidentes de vía biliar principal, hemorragias y conjetura de neoplasia del conducto biliares es 8.3%.<sup>(18)</sup>

Bocanegra R., et al.<sup>(19)</sup> (2013), este estudio está basado en cuanto a la presencia de alguno de los factores de conversión que predomina especialmente en cuanto a la edad cronológica del paciente en donde encuentran que los pacientes portadores de patologías de vesícula biliar y comorbilidades en adultos mayores son candidatos de convertir la operación, que se efectuó, el presente proyecto en el departamento operaciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia - Lima en años 2007 al 2011. Donde se empleó para el estudio un diseño y tipo de investigación descriptivo, con recopilación de datos en forma retrospectiva en donde alguno de los pacientes cumplía los criterios de inclusión del proyecto. Alcanzando una cifra en donde las edades como una media de 81,45 años y el porcentaje de 59,62%, siendo mayor del grupo femenino; así mismo las patologías cardiológicas fueron las principales, la colecistitis crónica litiásica con un porcentaje considerable de convertir de cirugía de extirpar la vesícula por vía laparoscópica a colecistectomía convencional, en la cual los análisis concordar a los resultados hallados en las editoriales.<sup>(19)</sup>

Gilberto L. Galloso<sup>(20)</sup>, 2012 para realizar el presente estudio en la cual se tomó en cuenta las diferentes influencias que se tiene en la conversión de una cirugía de abdomen de patología vesicular determinando los componentes asociados para convertir la cirugía de extirpar la vesícula por vía laparoscópica a cirugía abierta. El presente proyecto es de determinar los factores de peligro que repercute en convertir el procedimiento quirúrgico. Metodología: se toma como estudio a enfermos intervenidos por operación laparoscópica, El análisis se desarrolló en Hospital Militar de Ejército de Matanzas "Dr. Mario Muñoz Monroy", en los meses febrero 2000 a junio 2009. Para cuyo efecto se toman las fichas clínicas para tomar los datos. Resultando: se obtiene dentro del estudio los

pacientes que padecen de enfermedades de vesícula biliar como son la colecistitis aguda calculosa son candidatos de realizar una colecistectomía laparoscópica y ver los factores de peligro que se pueden encontrar dentro del acto quirúrgico. Los pacientes adultos mayores tuvieron un peligro de conversión mayor que los jóvenes. De igual manera predominó el sexo masculino y patologías que condicionan riesgo quirúrgico, las Conclusiones: los que padecen de enfermedad de colecistitis aguda, y pacientes con peligro en los que la cirugía es urgente, en donde la vía laparoscópica tenga que ser cambiada y realizar una cirugía abierta de abdomen.<sup>(20)</sup>

Según Campos y Gonzales<sup>(21)</sup>, 2012 el proyecto se efectuó en analizar las variables de peligro que puedan existir en convertir la cirugía laparoscópica a habitual realizado dentro del Centro Médico Naval. De total de pacientes en estudio se obtuvo un porcentaje de (7.13%) donde se cambiaron a cirugía convencional dentro de los resultados también se encontraron algunas causas que inciden para convertir la cirugía laparoscópica a convencional como son las patologías vesiculares previamente diagnosticadas, así también el estudio de imagenología de acrecentamiento de la estructura vesicular más de 4 mm predominó el género varonil.<sup>(21)</sup>

Según Rivera Domínguez<sup>(22)</sup> . 2011, para el presente estudio de convertir la colecistectomías laparoscópicas a colecistectomía convencional se han considerado los factores patológicos del paciente, como la edad cronológica y las comorbilidades del paciente que es sometido a una cirugía en donde determinan que tan importante es la edad del paciente, las comorbilidades así mismo los diagnósticos pre quirúrgicos oportunos como: hipertensos, colangitis aguda, colangiopancreatografía retrograda endoscópica, coledocolitiasis, de igual manera se debe considerar los exámenes para médicos como: bilirrubina total incrementada a 2 mg/dl, glóbulos blancos más de 12.000 mm<sup>3</sup>, evaluación del peligro anestésico la American Society of Anesthesiologists (ASA) III-IV y exámenes imagenológicos para determinar el engrosamiento de la pared vesicular biliar. Podemos indicar referir que la mortalidad no demuestra desavenencias.<sup>(22)</sup>

Según Mamani L.<sup>(23)</sup>, 2011 en el trabajo de proyecto de investigación realizado es para determinar algunas consideraciones patologías de tipo inflamatorio y/o infeccioso que determinan convertir la cirugía realizado el trabajo del departamento de operaciones del Hospital Nacional Dos de mayo entre el periodo 2004 - 2008, obteniéndose como resultado que puedan determinar una causas de conversión: como son los proceso inflamatorio crónico, como y agudo, adherencias, sangrados y también se consideró los defectos anatómicos de la presentación del acto quirúrgico indicando algunos alcances del caso.<sup>(23)</sup>

Según Pizarro Jauregui.<sup>(24)</sup> 2017 en un trabajo de investigación de investigación efectuado para determinar si existe algunas patologías que afectan en combertir la cirugía de enfermedades de vesícula biliar dentro del departamento cirugía del Hospital Central F.A.P año 2017, considerando como resultado del presente trabajo se analizó que los importantes factores para convertir intraoperatoria mente la operación laparoscópica a operación convencional se descubren la morfología anatómica de la vesícula escleroatrófica, las diferentes adherencias y la existencia de diferentes defectos anatomopatológicos del paciente.<sup>(24)</sup>

## **2.2. Bases teóricas**

En las enfermedades de las vesículas biliares podemos describir;

### **Litiasis**

Los cálculos biliares son fuente transcendental en afecciones del mundo. presentando el 18% de europeos tienen litiasis biliar en alguno dan una presentación asintomática y no necesitan tratamiento al menos una buena cantidad de colecistectomías se efectúan al año. Un 5-15% de los enfermos se presentan piedras de vía biliar común durante la intervención quirúrgica en una operación convencional, estos cálculos se extraen en el momento del acto durante la coledocotomía. Las indicaciones de la litiasis de vía biliar común actualmente han variado, primeramente, al efectuar una colangiografía retrógrada endoscópica y luego el ingreso de colangiografía retrógrada endoscópica y endoscopia

esfinterotomía CPRE, los años 1970 durante los cambios de la cirugía de extracción de vesícula por vía laparoscópica. El procedimiento de visión óptica se usó primeramente en enfermos que tenían una cirugía por cálculo biliares o en cirugías de alto riesgo.

A la aparición de la colecistectomía laparoscópica se insertaron varias técnicas alternas se usaron en tratar pacientes con litiasis a la vez en el vía biliar común, convertir a operación convencional, alternar los procedimientos laparoscópicos y endoscópicos de diferentes periodos, la técnica laparoscópica de las piedras de la vía biliar por laparoscopia explicativa intraquística o extracción de colédoco por laparoscopia.<sup>(25)</sup>

### **Colecistitis Aguda**

Ha demostrado que el 85 a 95% complementario a litiasis biliares. El grosor la estructura en esta enfermedad vesicular se presenta inflamación y signos eritematoso suberosa en la que nos indica un elemento de convertir. se hallan líquido pericolecístico. Esta se inicia con dolores de vesícula biliar por días. El enfermo manifiesta alza térmica, náuseas y vómitos, llegando a anorexia, se limita a movilizarse por afección del peritoneo parietal. presenta el signo de Murphy que se presenta a la palpación del hipocondrio derecha en la inspiración, la leucocitosis elevada, alteración de enzimas hepáticas. Ecografía mayor factible y la indicación importante es la operación, el porcentaje de convertir a cirugía convencional en incremento de caso, existe un 10 a 15% de casos.

### **Colecistitis Crónica**

La enfermedad de vesícula biliar crónica son afecciones que causan alteraciones fisiopatológicas de la vía biliar larga duración, la colecistitis crónica puede ser una enfermedad recurrente de la colecistitis aguda y portadores de litiasis biliares y/o barro biliar.

### **Colecistectomía**

La indicación de la colecistitis aguda es fundamentalmente quirúrgica por: En primer lugar, la extirpación de la vesícula es la indicación efectiva de la colecistitis

aguda por ser un órgano irritante el sitio de origen de piedras biliares, se evitará la proliferación de la sintomatología de la vesícula biliar

En segundo lugar, la introducción de la cirugía laparoscópica en 1990 ha disminuido las enfermedades con la operación, incrementándose la oferta de enfermos a operación laparoscópica para el tratamiento de patologías vesiculares. Como son en enfermedades de colecistitis aguda para operaciones de laparoscopia, la importancia de un uso definitivo que sustenta en orden al riesgo que se presenta.

Cuando se determina un alto costo, mayor estancia hospitalaria y una incorporación al trabajo tardío, con enfermedades de cálculos biliares recurrentes, utilizándose durante la innovación de la cirugía de manejo de enfermedades de cálculos biliar donde la técnica laparoscópica redujo la existencia de estas indicaciones no quirúrgico se convirtió posteriormente indicación fundamental de la patologías de piedras biliares, anualmente aumentando notablemente desde los años 1990.<sup>(26)</sup>

### **Colecistectomía laparoscópica**

Actualmente la cirugía de extirpar la vesícula por vía laparoscópica presenta una utilidad y mayor garantía a enfermos que se someten a esta cirugía de video endoscópica de pacientes que padecen de enfermedades colecistitis aguda. Alcanzando mayor resultado por la destreza del cirujano, por el tipo de procedimiento aplicado por las ventajas demostrada por la cirugía laparoscópica, por la tecnología de su instrumental y el empleo del video endoscópico. La técnica aplicada en el ingreso al vientre con la colocación de trocares previa incisión y insuflación de dióxido de carbono originando un firmamento adentro que visualiza la vesícula y conducto biliar luego operar con instrumento. La cirugía se observa en una pantalla donde se ve la imagen ampliamente. Para lo cual el acto operatorio consiste en identificación las diferentes estructuras anatómicas, aislamiento de los obstáculos de órganos internos con la divulsión de la vía cística y vaso cística, con la extracción de vesícula biliar de su cama del hígado.<sup>(27)</sup>

## **Complicaciones intraoperatorias de la colecistectomía laparoscópica**

Las complejidades tienen un antecedente dentro de la cirugía en la cual se pueden presentar traumas de los conductos de la bilis por la presentación en cuanto a sus variedades anatómicas, perforación de asas intestinales, lesión de vasos mesentéricos, y requieren laparotomía inmediata para aliviar las complicaciones intraoperatorias. Se debe cambiar a métodos de colecistectomía convencional si el especialista necesita manipular y/o ver directamente la cirugía.

Al cambiar la colecistectomía convencional está prescrito en:

Vesícula necrosada. Es la inflamación de la vesícula necrosada donde altera la especie, lo que dificulta presionar al instrumental quirúrgico la estructura de la vesícula biliar y sus anexos produciendo alteraciones iatrogénicas del conducto biliar común a sí mismo creando fisuras biliares y si es amplio el conducto cístico no se grapa con clips, al contrario, debe un nudo.

Lesión vascular. Se produce al colocar los trocares produciendo iatrogénicamente trauma en grandes vasos, por lo cual nosotros no debemos retirar el trocar porque actúa como anastomosis posteriormente efectuar una cirugía de urgencia. <sup>(27)</sup>

Lesión intestinal: pueden producirse por el ingreso inapropiado del instrumental que puede lesionar las asas intestinales en la cual reparar lo más pronto posible la lesión puede rectificarse con cirugía video endoscópica o a una laparotomía por medio de la incisión umbilical o caso contrario realizar la laparotomía para concluir. <sup>(28)</sup>

Lesión de la vía biliar: Las lesiones son complicaciones originadas durante el procedimiento de cirugía, el cual se debe tomar mucho en cuenta para evitar complicaciones durante el proceso de recuperación. Para la reparación se debe tomar en cuenta al cirujano experto en operación de hígado, el éxito de

su rectificación se debe a la acción inmediata.<sup>(27)</sup>

Al convertir una cirugía de colecistectomía laparoscópica, debe efectuarse con la finalidad de proteger las complicaciones posteriores al acto quirúrgico y tomar las decisiones inmediatas para el bien del paciente, proteger las lesiones de la cirugía. Al cambiar la cirugía de extirpación de vesícula por vía laparoscópica al procedimiento abierto basándose en decisiones de los especialistas que intervienen.

Pueden definir diferentes características de la conversión laparoscopia a una convencional para evitar posibles secuelas después del acto quirúrgico tomando en cuenta los diversos factores asociados tomando escalas estadísticas y tablas por porcentaje, fue propuesta por Brodsky, empleándose al principio para analizar las causas de enfermedad vesicular aguda y colecistitis crónica con su presentación clínica.<sup>(28)</sup>

Al convertir la operación convencional se clasificar en dos clases: I, al convertir obligatoriamente y inmediato, por daño adyacente de estructuras anatómicas vecino, sangrado abundante o lesiones del conducto biliar; y II, las conversiones electivas porque no existen alteraciones ni complicaciones durante el acto quirúrgico se cambia por reducción de evolución de la operación o disección con riesgos de la ampliación de la operación.<sup>(8)</sup>

En diferentes casos se deben atribuir a las causas de índole operatorio por la misma razón de presentación del criterio de seguridad y experiencia del cirujano en toma de decisiones inmediatas para aminorar consecuencias fatales que pueda presentarse dentro de las importantes fuentes se asigna al cambio aliados al cirujano y consecuencias transquirúrgicas. las causas presenciales de enfermedad vesicular aguda, historial de laparotomía antiguas, sexo varón, mayor de 50 años, sobrepesos, variedades orgánicas, examen para médico o ultrasonográfico. Se sabe que la incidencia se encuentra dentro de la curva de aprendizaje, del residente médico. También tenemos alteraciones transoperatorias son las hemorragias y traumas de conducto biliares a disección quirúrgica, las variedades anatómicas biliares presentando dificultad

del reconocer el paquete vascular, las vías hígado y conducto biliar.<sup>(5)</sup>

En análisis efectuados por: Arpi, Ocádiz, Granados, Márquez, Domínguez y Mamani se obtiene un 5.0% y el 50% de los enfermos presentaron causas de sangrados y alteraciones en el lecho hepático y traumas imprevistos del conducto biliares.<sup>(18)</sup>

Las infecciones leves y complicadas del conducto biliar son causas de conversión para la cirugía durante el acto operatorio según diferentes autores, en México en el año 2011, Granados y Ocádiz hallaron el 33% y 57.14% de sucesos en convertir la cirugía por casos especiales donde, Márquez F y colaboradores, en Colombia en el año 2014 registraron el 30%. En Perú, Campos RW el 2012 y Mamani el 2011, analizaron en demostrar una tasa de convertir del 30% y 34% siendo persistente el acto operatorio ejecutado dentro de 72 horas de aparecido el caso<sup>(4)</sup>

La cirugía de extraer la vesícula por vía laparoscópica efectuada por especialistas conocidos de la materia disminuye el alto porcentaje de consecuencias dentro de la cirugía de conversión, donde el paciente requiere una seguridad y eficacia al practicar la cirugía, en la enfermedad vesicular aguda, intervalos en convertir esta dentro del 0% a 40% patológicamente de 4% a 28%. Los enfermos con afecciones de la vesícula biliar aguda tienen una baja tasa de convertir, reducción de horas quirúrgicos y estadía, menor índice de enfermedad y muerte en las que se intervienen después de las 48 a 72 horas.  
(4)

Dentro de las causas de conversión se tiene a los pacientes de acuerdo al género y edad y los reportes transoperatorios. Ocádiz y colaboradores reporto en mayores de 55 años el incremento de peligro de convertir la colecistectomía (OR = 2.1), y el análisis de Rivera halla el 41.2% de hechos de convertir en enfermos más de 70 años y de Márquez F. al cambiar más de 60 años. De la misma manera Ocádiz J preciso en su tabla el riesgo de (OR = 4) entre el sexo varonil y Márquez F y Rivera A encontraron sugerencias iguales de .8, 28,34 Así mismo la Colecistectomías Convencionales es una consecuencia de convertir la



Colecistectomía Laparoscópica. En los índices de cambiar registrados se incrementó permaneciendo más los casos de menos de 10%, en otras ocasiones alcanzan de 1-2%.

Al convertir una cirugía dentro de las características presentadas de acuerdo a los factores asociados debemos tomar importancia los diferentes puntos que se registran en el acto operatorio pregonan bajas índices de conversión. ha sido elegido como forjador de convertir: sexo varón, mayor de edad, cirugía anticipados, cirugías de emergencia por colecistitis aguda. La idiosincrasia quirúrgica aun débilmente indica convertir a colecistectomía convencional representa una caída. Es importantes las experiencias de los cirujanos. En diferentes casos requieren convertir para tener confianza y seguridad en el acto operatorio y no presentar un alargamiento de los tiempos operatorios innecesariamente.

En ocasiones en donde se presentan alteraciones en cuanto a la presentación de las características anatómicas debemos tomar en cuenta las variedades anatómicas para no tener dificultades durante el abordaje durante la intervención quirúrgica. En momentos delicados, por alteración anatómicas, adherencias de estructura en división, reducción visual, sigue siendo la conversión de la cirugía el mayor tiempo de hospitalización y las enfermedades de mayor factor de convertir a colecistectomía abierta adscripta a la debilidad de la patología calculosa, mayor a la disección habitual. Los reportes de la Colecistectomía abierta en la eran pre-laparoscópica donde existen pruebas menores indican que la cistectomía laparoscópica trae una estancia de internamiento menor, una reducción de complicaciones significativas, manifestando que el cambio de la colecistectomía convencional fiere de menos lesión quirúrgica del conducto biliar.

### **2.3. Definición de términos básicos**

**Edad:** Tiempo transcurrido del individuo tomando en años.

**Sexo:** son de género masculino y/o femenina.

**Obesidad:** Caracterizado en pacientes que poseen un alto porcentaje de tejido graso a nivel del cuerpo por la cual incrementa del valor de superficie corporal por encima de 30, siendo patológico

**Diagnostico preoperatorio:** Es el resultado en la cual el paciente es programado para una cirugía.

**Ingreso Hospitalario:** Es cuando el paciente es acogido para su recuperación después de realizar el procedimiento técnico administrativo dentro de un sanatorio para recibir atención específica y adecuada.

**Hipertensión Arterial:** Perfusión arterial y los vasos sanguíneos tienen un incremento en la resistencia de vasos arteriales.

**Diabetes Mellitus tipo 2:** Son alteraciones en donde se presenta un incremento del azúcar en sangre o alteración de la insulina y disminución de las mismas.

**Grosor de pared:** Engrosamiento de la pared vesicular.

**Vesícula Necrosada:** Anatomía déficit en oxígeno en vasos

**Plastrón vesicular:** tumor engrosada ubicada en himiabdomen derecha, por encapsulamiento del epiplón con una historia de cólicos mayor de 72 horas de afección.

**Pio colecisto:** Colección de pus intravascular.

**Lesión de vías biliares:** Alteraciones de la estructura anatómica en el acto

operatorio.

**Síndrome adherencial:** Son adherencias que unen estructuras internas.

**Experiencia del cirujano:** Es la capacidad y conocimiento del manejo quirúrgico con la capacidad acumulada dentro del entrenamiento en cirugía para extracción de vesícula por vía laparoscopias.

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. Hipótesis**

#### **3.1.1. Hipótesis General**

Los factores asociados inciden considerablemente en la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en el servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora Lima en el periodo Julio 2020 a junio 2021.

#### **3.1.2. Hipótesis Específicas**

Las diferentes particularidades del enfermo el grupo etario, género que están asociadas a la conversión de cirugía de extirpar la vesícula por vía cirugía mínimamente invasivo a cirugía de extirpar la vesícula por vía abierta.

Las cualidades clínicas están afiliadas elocuentemente como la intervención quirúrgica abdominal anterior a cambiar la colecistectomía de cirugía video endoscópica a cirugía de extirpar la vesícula abierta.

El patrón de diagnóstico preoperatorio con el ingreso del paciente está asociado notablemente en cambiar la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta.

A su vez el acrecentamiento de pared de la vesícula, los años de adiestramiento del especialista y Los hallazgos intraoperatorios está asociada notablemente para convertir la cirugía de extirpar la vesícula por cirugía mínimamente invasivo a cirugía de extirpar la vesícula en forma abierta.

### **3.2. Variables Principales De Investigación**

Haremos uso de diferentes variables de investigación para el proyecto:

#### **3.2.1. Variables dependientes**

Convertir la Colectomía laparoscópico a colectomía abierta

### **3.2.2. Variables independientes**

#### **Factores asociados**

##### **Factores sociodemográficos**

Grupo etario

Genero

##### **Factores Clínicos**

Obesidad del paciente

Ingreso a un centro hospitalario

Grosor de pared de la vesícula biliar

Síndrome adherencial

Hipertensión Arterial

Reportes Intraquirúrgicos:

Vesícula Inflamada

Diabetes mellitus 2

Vesícula necrótica

Plastrón de vesícula

Pio colecisto

Lesiones del conducto biliar

Cirugía previa

Diagnostico antes de la intervención

### 3.2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES							
	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR	INSTRUMENTO	
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>Convertir la Colectomía laparoscópica a colectomía abierta (colelap).</b>	Cualitativa	Colelap cambiado a colectomía abierta.	Cambio de la colelap en los pacientes en estudio.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>Factores asociados</b>					Ficha de recolección de datos.	
	Sociodemográficos	Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una Persona al día de realizar el Estudio.	Cuánta de años completo del paciente al momento del estudio.		1. Mas de 51 años. 2. Menos de 50 años.
		Sexo	Cualitativa	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.	Características fenotípicas que diferencian al masculino de la mujer.		1. Masculino 2. Femenino
	Factores clínicos	Comorbilidad	Cualitativa	Estado mórbido concomitante.	Afecciones concomitantes en el individuo en estudio		1. HTA. 2. DM. 3. Obesidad
		Antecedente de cirugía abdominal previa	Cualitativa	Cirugía previa abdominal.	Operaciones previas del sujeto de estudio		1. Si 2. No
Reporte ecográficos	Engrosamiento pared vesicular	Cualitativa	Extensión del grosor de la pared.	Tamaño de la pared en el paciente en estudio	1. Mayor de 4mm 2. menor de 4mm		

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES						
	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR	INSTRUMENTO
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	Diagnóstico preparatorio	Cualitativo	Dictamen por el que se procederá quirúrgicamente al Paciente.	Se anotará el diagnóstico descrito En el informe operatorio.	1. Colecistitis Aguda litiásica. 2. Colecistitis Crónica litiásica	Ficha de recolección de datos
	Admisión Hospitalario	Cualitativa	Clase de ingreso del paciente en la admisión al nosocomio.	Acciones técnico administrativo que se llevan a cabo en el hospital para admisión al enfermo para brindarle atención, obedece a sus interés o dificultades a través de recursos específicos.	Emergencia Electiva.	
	Habilidad quirúrgica del especialista en Colectomía Laparoscópica.	Cuantitativa	Talento y habilidad obtenida en la capacitación en colectomías laparoscopias.	Por medio del registro individual en formato simple con las opciones a) más de 50 o b) menos de 50 de colectomías laparoscópicas.	1. Mas experiencia. 2. Menos experiencia.	

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES							
	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR	INSTRUMENTO	
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	Hallazgos intraquirúrgico	Vesicular inflamada.	Cualitativa	Vesícula biliar con signos congestivo.	Vesícula biliar con signos infecciosos en los pacientes en estudio	1. Si 2. No	Ficha de recopilación de información
		Vesicular necrosada.	Cualitativa	Vesícula con signos necrosados.	Vesícula biliar con signos de necróticos en los pacientes en estudio.	1. Si 2. No	
		Plastrón vesicular.	Cualitativa	Masa que engloba la vesícula.	Masa encerrada de la vesícula del paciente en estudio.	1. Si 2. No	
		Lesión de la vía biliar	Cualitativa	Daño del conducto biliar durante el acto operatorio.	Daño del conducto biliar durante el acto operatorio del paciente en estudio.	1. Si 2. No	
		Pio colecisto	Cualitativa	Vesícula con material purulento intravascular.	Vesícula conteniendo material purulento del paciente en estudio.	1. Si 2. No	
		Síndrome Adherencial	Cualitativa	Bandas o bridas intraabdominales.	Descubrimiento de bridas y adherencias durante el acto operatorio	1. Si 2. No	



## CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño metodológico. -

Se elabora un diseño de investigación cuantitativo, observacional, analítico y retrospectivo.

**Enfoque Cuantitativo.** Colección de información con ficha de datos luego se procesan.

**Tipo Observacional.** No emerge intrusión, el investigador no controla las variables de estudio.

**Método Analítico.** Donde se estudiará en la presente la correlación entre 2 o más variables descritas.

**Diseño Corte Transversal.** las variables serán verificadas en el periodo de Julio 2020 a junio 2021.

**Retrospectivo.** Requiriendo para el presente estudio tomar información que se encuentran en una fuente previo al desarrollo del análisis que ya ocurrió, en el periodo de Julio 2020 a junio 2021.

### 4.2. Diseño muestral.-

#### **Población Universo**

Está conformado por el integro de pacientes tratados en el servicio de cirugía por diferentes patologías en el hospital María Auxiliadora del periodo Julio 2020 - junio 2021.

#### **Población de Estudio**

La población estudio del presente proyecto esta personificado por pacientes que se atendieron en el consultorio de cirugía por enfermedades de vesícula biliar que se sometieron a intervención quirúrgicas de colecistectomía en el Hospital María Auxiliadora Lima en el periodo Julio 2020 a junio 2021.

## **Criterios de elegibilidad.**

### **Criterios de Inclusión**

Todo paciente que tiene un pronóstico preoperatorio de patologías de colecistitis aguda litiásica, colecistitis crónica litiásica existentes o no un cuadro sindrómico al instante de efectuar el diagnóstico.

A los pacientes de mayor de edad, de ambos géneros, pacientes mayores de 15 años, intervenidos quirúrgicamente por cirugía de extirpar la vesícula por cirugía mínimamente invasiva optada o emergencia en el servicio de operaciones del Hospital María Auxiliadora – Lima.

Todo paciente que estén comprendidos en el periodo de estudio (Julio 2020 – junio 2021).

### **Criterios de Exclusión**

Encontrándose en las fichas clínica de reporte operatorios deficientemente llenados y/o caso contrario incompletos.

Pacientes menores de 15 años que acuden al servicio de cirugía.

Pacientes que son sometidos a procedimientos complementarios que no corresponden a la colecistectomía.

### **Tamaño de muestra**

Para el presente estudio se efectuará un muestreo con la fórmula para poblaciones finitas, donde debe componerse con el número de diseños muestrales para la elaboración del presente análisis. Se elegirá para realizar el trabajo de fichas clínicas que se hallan correctamente llenadas y completas. De igual manera se empleará diseños que convienen estén ceñidas al enunciado de población finitas planteada.

## Obtención de la muestra

Fórmula para muestras finitas

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + p \cdot q \cdot Z^2}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

Z: Nivel de confianza: 95%=1.96

P: Variabilidad negativa: 0.5 (Cuando no se sabe si posee o no el atributo)

q: Variabilidad positiva: 0.5 (Cuando no se sabe si posee o no el atributo)

N: Tamaño de la población: 500 pacientes registrados

e: Error de estimación mínimo aceptado: 0.05

Dar valores en la fórmula.

$$n = \frac{(1.96^2) \cdot (0.5) \cdot (0.5) \cdot (500)}{0.05^2(500 - 1) + (0.5) \cdot (0.5) \cdot (1.96^2)}$$

$$n = 217 \text{ (Muestra)}$$

lograremos desarrollar con 220 enfermos del servicio de cirugía general del Hospital María Auxiliadora.

#### **4.1. Técnicas E Instrumentos de Recolección de Datos**

La recopilación del contenido se fundamentará con cedula de encuesta donde está clasificada en cinco secciones confeccionado de acuerdo a los factores elegidas situadas en el esquema de operacionabilidad de variable.

**Características generales.** Registrando en las fichas, edad categorizado por etapas y género del encuestado.

**Características Ecográficas.** Apuntarán las particularidades encontradas en la ecografía anterior al acto operatorio de la colecistectomía, el engrosamiento de la vesícula , si presenta grosor en la estructura de la vesícula.

**Características del acto operatorio.** Apuntará si precisa o deniega de convertir quirúrgicamente por causas se presenta: Como las lesiones del conducto biliar, vesícula congestionadas, plastrón vesicular, vesícula gangrenada, pio colecisto y manifestaciones de adherencias.

**Características clínicas.** Donde se asentará la existencia de comorbilidad como: hiperglicemia tipo II, hipertensión, sobre peso o cirugías abdominal anteriores, y el pronóstico prequirúrgico de enfermedad vesicular aguda y/o crónica litiásica.

**Habilidad quirúrgica del cirujano principal.** Debe inscribirse la destreza y habilidad del especialista en solucionar alteraciones durante la intervención quirúrgico que logre equivocarse con el procedimiento laparoscópico acorde con su capacitación con mayor actividad en colecistectomías laparoscópicas efectuado como especialista principal, también se debe considerar en la experiencia el trabajo efectivo de múltiples cirugías realizadas como: mayor de 50 operaciones de cirugía de video endoscópica o poca practica: menos de 50 operaciones cirugía de video endoscópica, no es suficiente especificar la destreza o habilidad quirúrgica del cirujano, influye en las variables indicadas.

#### **Recolección De Datos**

Según la recolección de apuntes se clasificará estos procedimientos de convertir la cirugía de extirpar la vesícula por vía laparoscópica a colecistectomía abierta donde existan criterios de inclusión y los criterios de exclusión registrados perfectamente dentro del reportes quirúrgicos. El proceso se efectuará en colaboración del jefe del servicio de Cirugía del Hospital María Auxiliadora. Lima y la aprobación de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación. Se tendrá el grupo de personal como apoyo de medico residentes en la especialidad de Cirugía General, que efectuará el apoyo de recopilación de información en tiempos previstos oportunamente.

#### **4.2. Procesamiento Y Análisis De Datos**

Posteriormente a recopilación de información vamos elaborar un pedestal de información usando un sistema Microsoft Excel y se efectuara nuestro procesamiento numérico utilizando del Software SPSS, Excel 25.se elabora la frecuencia y porcentajes de información en escalas y gráficos acondicionados, para el presente estudio de corte transversal retrospectivo utilizando el programa EPIDAT versión 4.2 en donde nos indicara el porcentaje de proporción esperada de los casos expuestos y no expuestos, además se realizará en base al método de Chi cuadrado se interpretara los datos de la prueba estadística de la metodología más adecuadas para relacionar el cambio operatorio y las especificaciones clinicas y generales del enfermo, también los aspectos del acto quirúrgico. Se llevará a cabo la prueba de riesgo RR donde debemos diferenciar en qué medida las variables es un elemento de riesgo de convertir la cirugía.

#### **4.3. Aspecto Ético.**

En el actual proyecto de investigación en donde se procura acatar los criterios éticos. En las investigaciones existente el primero según el informe de Belmont en la cual hace referencia de los créditos correspondiente con el respeto a las personas en la elaboración del estudio, Manteniéndose la confidencialidad en todo el contenido que se obtendrá.

Para la cual se tramitará la aprobación por la comisión de ética del Hospital cede

de María Auxiliadora de igual forma de la Universidad, tomando a su vez presente el criterio del equipo de expertos en vista de que el proyecto son estudios observacionales, no de aspecto de experimento en donde no se manejan las variables de estudio, también no se consideran el consentimiento informado, para lo cual solo se tomara en cuenta el principio de la confidencialidad respectiva.

## CRONOGRAMA

Nº	Actividad	Junio				Julio				Agosto			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Aprobación del proyecto de investigación	■											
2	Recolección de datos según los instrumentos		■										
3	Procedimientos y análisis de datos					■							
4	Elaboración del informe de investigación									■			

## PRESUPUESTO

Recursos	ESPECIFICACIONES	Costos (S/)	Costo total (S/)
<b>Personal</b>			<b>2050</b>
	Secretaria	750	
	Digitador	300	
	Corrector	200	
	Analista Estadístico	800	
<b>Servicios</b>			<b>1100</b>
	Movilidad	200	
	Alimentación (refrigerio)	400	
	Fotocopias, anillados y empastados	200	
	Internet	200	
	Autorización del hospital	100	
<b>Suministros, insumos</b>			<b>1950</b>
	Papel	50	
	Folder, archivador, sobres manila	50	
	CD, USB	50	
	PC	1800	
<b>Otros</b>			<b>200</b>
	Otros gastos materiales	200	
<b>Total Presupuesto (S/)</b>			<b>5300</b>



## FUENTES DE INFORMACIÓN.

1. A Andrén-Sandberg, G Alinder SB. Accidental Lesions of the Common Bile Duct at Cholecystectomy Pre- and Perioperative Factors of Importance. 1982;328–32.
2. Santana OZ, López-Calleja CAR, Gutiérrez MH, Legrá JL, Pupo NEP, García JRS. Logros y retos de la colecistectomía laparoscópica en Cuba. *Rev Cuba Cir.* 2011;50(4):509–16.
3. Kim HO, Yun JW, Shin JH, Hwang S Il, Cho YK, Son BH, et al. Outcome of laparoscopic cholecystectomy is not influenced by chronological age in the elderly. *World J Gastroenterol.* 2009;15(6):722–6.
4. Granados Romero JJ, Nieva Kehoe R, Olvera Gómez G, Londaiz Gómez R, Cabal Jiménez KE, Sánchez Ávila D, et al. Criterios de conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta y complicaciones poscolecistectomía: Una estadificación preoperatoria. *Asoc Mex Cirugía Endoscópica.* 2001;2(3):134–41.
5. Bingener J, Richards ML, Schwesinger WH, Strodel WE, Sirinek KR. Laparoscopic Cholecystectomy for Elderly Patients. *Arch Surg [Internet].* 2003;138(5):531. Available from:  
<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archsurg.138.5.531>
6. Márquez F, Peláez D, Pezzano E, Varela L. Comportamiento de factores de riesgo de conversión de la Colelap a colecistectomía abierta. *Hospital General de Barranquilla*, enero de 2014-abril de 2015. *Biociencias.* 2015;10(2):81–8.
7. Planells Roig M, Bueno Lledó J, Sanahuja Santafé A, García Espinosa R. Quality of life (GIQLI) and laparoscopic cholecystectomy usefulness in patients with gallbladder dysfunction or chronic non-lithiasic biliary pain (chronic acalculous cholecystitis). *Rev Española Enfermedades Dig.* 2004;96(7):442–51.
8. Panduro AC. Causas De Conversión De La Colecistectomía Laparoscópica , Departamento De Cirugía , Hospital Iii Iquitos-Essalud, Octubre 2013 a Octubre 2014. *Univ Nac La Amaz Peru [Internet].* 2015;1–77. Available from:  
<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/handle/unapiquitos/532>
9. Urología RC De, Gibert YO, León TG, Elena M, Marcillán S, Olivé JB, et al. Reimplante ureteral laparoscópico en las lesiones quirúrgicas del uréter inferior. 2015;4(1):1–11.

10. Parra MW, Puentes-Manosalva FE, Suárez JM. Colectomía por laparoscopia de puerto único a través de un guante quirúrgico. *Rev Colomb Cir.* 2011;26:56–61.
11. Cicero A. Factores que predicen la conversión de la colectomía laparoscópica : Cinco años de experiencia en el Centro Médico ABC. *Rev Mex Cirugía Endoscópica.* 2005;6(2):66–73.
12. PEREZ DAV. Incidencia de conversión de las colectomías laparoscópicas en colectomía abierta en el HGRO N 1 Lic. Ignacio García Téllez. (1):1–30. Available from: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Avelina.pdf>
13. Vargas R L, Agudelo S M, Lizcano C R, Martínez B M, Velandia B L, Sánchez H S, et al. Factores asociados con la conversión de la colectomía laparoscópica a colectomía abierta TT - Factors Associated with Conversion of Laparoscopic Colectomy to Open Colectomy. *Rev colomb gastroenterol [Internet].* 2017;32(1):20–3. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572017000100003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572017000100003)
14. Contreras Alomía E, Contreras Castro F. Factores predictivos de conversión de colectomía laparoscópica a abierta en pacientes de una clínica privada, 2017. *Rev Científica Ciencias la Salud.* 2017;10(1):60–6.
15. Asesor C, Mujica F. Factores De Riesgo Asociados Para La Conversión De La Colectomía Laparoscópica , Hospital Regional Del. 2016;
16. Soler-Dorda G, Gonzalez ESE, Bedía PM. Factores asociados a ingreso no previsto tras colectomía laparoscópica en régimen de cirugía mayor ambulatoria. *Cir Esp.* 2016;94(2):93–9.
17. Reyna Ramos LV. Conversión De Colectomía Laparoscópica En Colectitis Aguda Vs Colectitis Crónica Hospital Regional Docente De Trujillo 2008-2013. *Univ Priv Antenor Orrego [Internet].* 2014;1–57. Available from: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/439>
18. Arpi Cañizares JM, Asistimbay Sotamba M. Causas de la conversión de la colectomía laparoscópica, Departamento de cirugía, Hospital Homero Castanier Crespo, Azoguez 2013. 2014;1–77.
19. Bocanegra Del Castillo RR, Córdova Cuadros ME. 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 del Perú. 2013;33(2):113–20.
20. Cueto GLG, Roberto Argelio Frías Jiménez C, Osmany Pérez Barral C, Martitza Petersson Roldán C, García SB. Factores que influyen en la conversión de la colecistectomía video laparoscópica a cirugía tradicional. Rev Cuba Med Mil. 2012;41(4):352–60.
  21. Fernández Cauti LR. Factores asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en pacientes con patología biliar en el Hospital de Vitarte en el periodo 2014-2017. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2018;16–30. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/1152>
  22. Domínguez LC, Rivera A, Bermúdez C, Herrera W. Análisis de los factores de conversión durante colecistectomía laparoscópica a abierta en una cohorte prospectiva de 703 pacientes con colecistitis aguda. Cir Esp. 2011;89(5):300–6.
  23. Médica R. Volumen 15. N° 2 Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2022;
  24. Pizarro G. “Prevalencia y factores de riesgo asociados a conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional en el servicio de cirugía del hospital central F.A.P. en el periodo de enero a diciembre del 2017.” 2018;90. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1215/126> - Tesis Pizarro Jauregui Hecho.pdf?sequence=1&isAllowed=y
  25. Comunes E, Todos P, Artículos LOSTDE. GACETA MÉDICA ESPIRITUANA.
  26. Tamayo Mario T. Proceso de la Investigación. 2003;
  27. Segura CJ. Factores Clínicos - Epidemiológicos Para La Conversión De La Colecistectomía Laparoscópica a Colecistectomia Abierta DI Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú 2013. 2015;1–54. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3994/1/Chávez\\_sc.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3994/1/Chávez_sc.pdf)
  28. Weningher DH, Chavez R, Carhuatana W. Complicaciones intraoperatoria e inmediata de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital III de EsSalud Iquitos, Enero a Diciembre del 2008". 2010;1–72.

# ANEXOS

ANEXO N°1

MA TRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
GENERAL			Dependiente	Tipo:	Población Universo	Técnicas
¿Cuáles son los factores asociados de la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en el servicio de Cirugía del Hospital María Auxiliadora Lima en el periodo Julio 2020 a junio 2021?	Determinar los factores asociados de la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en el servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora Lima en el periodo Julio 2020 a junio 2021.	Los factores asociados influyen significativamente en la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en el servicio de cirugía del Hospital María Auxiliadora Lima en el periodo Julio 2020 a junio 2021.	<b>Conversión de la Colecistectomía laparoscópico a colecistectomía abierta.</b>	Investigación cuantitativa.	La población de estudio para el presente proyecto de investigación estará representada por pacientes que fueron atendidos en el servicio cirugía del Hospital María Auxiliadora Lima en el periodo Julio 2020 a junio 2021.	Recolección de datos.
E SPECIFICOS			Independiente	Diseño:	Muestra	Instrumento
	Identificar las características del paciente como edad, sexo y su agrupación con la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta. Establecer la asociación entre los factores clínicos y la cirugía previa abdominal la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta.	Las diferentes particularidades del paciente como edad, sexo están agrupados a la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta. Las cualidades clínicas están asociadas elocuentemente en a intervención quirúrgica previa abdominal a la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta.	<b>Factores asociados</b>	Observacional. Analítico. Retrospectivo .	La investigación se realizará con un muestreo a través del algoritmo para poblaciones finitas, las cuales van a constituirse en el número de unidades de análisis muestrales para la elaboración del estudio. Se seleccionará a aquellos pacientes cuyas historias clínicas se encuentren completas. Además, se utilizó una muestra por conveniencia y ajustada según algoritmo de poblaciones finitas.	Ficha de recolección de datos.  <b>Plan de Recolección de Datos</b>

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<b>ESPECIFICOS</b>			<b>Independiente</b>	<b>Diseño:</b>	<b>Muestra</b>	<b>Plan recolección</b>
	<p>Especificar la asociación entre el diagnóstico preoperatorio tanto de colecistitis aguda litíásica como de colecistitis crónica calculosa y el tipo de ingreso hospitalario y la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta.</p>	<p>El tipo de diagnóstico preoperatorio con el ingreso del paciente está asociado notablemente a la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta.</p>	<p>Factores sociodemográficos Edad Sexo Factores Clínicos Obesidad Ingreso hospitalario Grosor de pared Síndrome adherencial Hipertensión Arterial Hallazgos Intraquirúrgicos: Vesícula Inflamada Diabetes mellitus 2 Vesícula necrosada Plastrón vesicular pio colecisto Lesión de la vía biliar Cirugía previa Diagnostico antes de la intervención</p>		<p>Se procederá a evaluar con 220 pacientes del servicio de cirugía general del Hospital María Auxiliadora.</p>	<p>Se distinguirá los casos de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta y cumplan criterios de inclusión y los criterios de exclusión consignados correctamente en los informes operatorios. Este paso se realizará en coordinación con el jefe del Departamento de Cirugía del Hospital María Auxiliadora. lima y la autorización de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación. Se contará con un equipo personal de residentado en especialidad de Cirugía General, que realizará el apoyo de recolección de datos en horarios establecidos previamente.</p>
	<p>Establecer la asociación entre el grosor de la pared de la vesícula biliar, la experiencia del cirujano y los hallazgos intraquirúrgicos en la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta.</p>	<p>En grosor de la pared de la vesícula biliar con los años de experiencia del cirujano especialista y Los hallazgos intraoperatorios está asociada notablemente a la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta</p>				

### 3.2.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES							
	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR	INSTRUMENTO	
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>Convertir la Colectomía laparoscópica a colectomía abierta (coelap).</b>	Cualitativa	Colelap cambiado a colectomía abierta.	Cambio de la coelap en los pacientes en estudio.	1. Si 2. No	Ficha de recolección de datos.	
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>Factores asociados</b>					Ficha de recolección de datos.	
	Sociodemográficos	Edad	Cuantitativa	Tiempo que ha vivido una Persona al día de realizar el Estudio.	Cuantía de años completo del paciente al momento del estudio.		1. Mas de 51 años. 2. Menos de 50 años.
		Sexo	Cualitativa	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer y puede ser femenino o masculino.	Características fenotípicas que diferencian al masculino de la mujer.	1. Masculino 2. Femenino	
	Factores clínicos	Comorbilidad	Cualitativa	Estado mórbido concomitante.	Afecciones concomitantes en el individuo en estudio	1. HTA. 2. DM. 3. Obesidad	Ficha de recolección de datos
		Antecedente de cirugía abdominal previa	Cualitativa	Cirugía previa abdominal.	Operaciones previas del sujeto de estudio	1. Si 2. No	
Reporte ecográficos	Engrosamiento pared vesicular	Cualitativa	Extensión del grosor de la pared.	Tamaño de la pared en el paciente en estudio	1. Mayor de 4mm 2. menor de 4mm		

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES						
	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR	INSTRUMENTO
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	Diagnóstico preparatorio	Cualitativo	Dictamen por el que se procederá quirúrgicamente al Paciente.	Se anotará el diagnóstico descrito En el informe operatorio.	1. Colecistitis Aguda litiásica. 2. Colecistitis Crónica litiásica	Ficha de recolección de datos
	Admisión Hospitalario	Cualitativa	Clase de ingreso del paciente en la admisión al nosocomio.	Acciones técnico administrativo que se llevan a cabo en el hospital para admisión al enfermo para brindarle atención, obedece a sus interés o dificultades a través de recursos específicos.	Emergencia Electiva.	
	Habilidad quirúrgica del especialista en Colectomía Laparoscópica.	Cuantitativa	Talento y habilidad obtenida en la capacitación en colectomías laparoscopias.	Por medio del registro individual en formato simple con las opciones a) más de 50 o b) menos de 50 de colectomías laparoscópicas.	1. Mas experiencia. 2. Menos experiencia.	

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**



	VARIABLE		TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR	INSTRUMENTO
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	Hallazgos intraquirúrgico	Vesicular inflamada.	Cualitativa	Vesícula biliar con signos congestivo.	Vesícula biliar con signos infecciosos en los pacientes en estudio	1. Si 2. No	Ficha de recopilación de información
		Vesicular necrosada.	Cualitativa	Vesícula con signos necrosados.	Vesícula biliar con signos de necróticos en los pacientes en estudio.	1. Si 2. No	
		Plastrón vesicular.	Cualitativa	Masa que engloba la vesícula.	Masa encerrada de la vesícula del paciente en estudio.	1. Si 2. No	
		Lesión de la vía biliar	Cualitativa	Daño del conducto biliar durante el acto operatorio.	Daño del conducto biliar durante el acto operatorio del paciente en estudio.	1. Si 2. No	
		Pio colecisto	Cualitativa	Vesícula con material purulento intravascular.	Vesícula conteniendo material purulento del paciente en estudio.	1. Si 2. No	
		Síndrome Adherencial	Cualitativa	Bandas o bridas intraabdominales.	Descubrimiento de bridas y adherencias durante el acto operatorio	1. Si 2. No	

## ANEXO N°3

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### I. Características generales:

a) Edad ( )

b) Género: Varón ( ) Mujer ( )

1. Colecistitis aguda ( )

2. Colecistitis crónica ( )

#### II. Características clínicas:

a) Tiempo de enfermedad: ( )  
meses

b) Morbilidad asociada

1. Diabetes Mellitus 2 ( )

2. Hipertensión arterial ( )

3. Cirugías previas ( )

4. Obesidad ( )

5. Otros ( )

Especificar...

c) Diagnostico preoperatorio

#### III. Características Ecográficas:

a) Engrosamiento de la pared:

1. Mayor de 4mm ( )

2. Menor de 4mm ( )

#### IV. Características del acto operatorio:

a) Convertir la cirugía Sí ( ) No ( )

b) Causa de convertir la cirugía

1. Vesícula Necrosada ( )

2. Plastrón vesicular ( )

3. Pio colecisto ( )

4. Lesión de conducto biliar ( )

5. Síndrome de adherencias ( )

**X. Destreza quirúrgica del  
cirujano principal:**

a) Cirujano principal en la operación.

1. Mas pericia ( )

2. Menos pericia ( )

**ANEXO N°4.**

**SOLICITUD DE PERMISO.**

**SOLICITO:** Permiso para realizar el Proyecto de Investigación en su cede hospitalaria.

**SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - LIMA.**

**Dr. JORGE POLO CORTEZ.**

YO JUAN FERNANDEZ OJEDA MEZTAS, Identificado con DNI Nro. 02422088, Residente Medico de la Especialidad de **CIRUGIA GENERAL** en plaza Cautiva cede Hospital María Auxiliadora - Lima, me dirijo cordialmente ante Ud. y expongo lo siguiente.

Que por razones de obtener el título de registro de Especialista en CIRUGIA GENERAL en la cual es importante realizar el proyecto de investigación que como título he considerado "**FACTORES ASOCIADOS DE LA COVERSION DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA A COLECISTECTOMIA ABIERTA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA LIMA EN EL PERIODO DE JULIO 2020 A JUNIO 2021**". Por tal motivo.

Solicito a Ud., Señor director la **AUTORIZACION** pertinente para efectuar con eficiencia el trabajo de proyecto de investigación en su institución que dignamente comanda.

**POR LO EXPUESTO.**

Solicito acceder a mi petición por ser una cosa justa.

Lima, 19 de mayo del 2024.

-----  
**JUAN FERNANDEZ OJEDA MEZTAS**  
**MEDICO CIRUJANO**  
**CMP 54803.**