



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERIA

TESIS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, PREVALENCIA Y LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ICA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022

LINEA DE INVESTIGACION

SALUD PUBLICA, SALUD AMBIENTAL Y SATISFACCION CON LOS SERVICIOS DE SALUD

PRESENTADO POR:

JORDY BRAYANS CUEVA CHAVEZ

OLGA VICTORIA HUAMAN SALAZAR

TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

ASESOR

DRA MARGARITA DORIS ZAIRA SACSI

COD. ORCID 0000-0002-0679-5065

ICA PERU 2023

DEDICATORIA

A NUESTROS PADRES POR SIEMPRE ESTAR APOYANDONOS

RESUMEN

La profesión de Enfermero sus perspectivas también generan una serie de preguntas: la legislación que reorganiza el sistema de salud e impactando fuertemente en los quirófanos, nueva actividad y Habilidades, actos exclusivos. Nosotros, los investigadores, también somos enfermeras.

Especializado en quirófanos. Hemos sido capacitados en gestión de riesgos. Desde Unos años, después de haber sido gestor sanitario en un quirófano multidisciplinar, llegamos ahora somos altos ejecutivos de salud y formadores en una escuela de enfermería de barrio operatorio. Durante estos experimentos, observamos varias discrepancias entre la correcta prácticas que surgen de los principios de seguridad y de las acciones de cuidado de estos enfermeros teniendo siguió una formación como enfermera de quirófan. Estas diferencias de las prácticas en el mundo de la salud, que cambia rápidamente, no son errores debidos a falta de conocimiento. De hecho, sus conocimientos fueron validados durante sus estudios.

La esencia misma de la medicina es satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones. Superar consecuencias de problemas de salud graves, que potencialmente afectan la vida de las víctimas de manera significativa. Lo inminente siempre ha sido un factor importante en el compromiso de los médicos. Así, en el pasado las manifestaciones agudas de determinadas enfermedades, traumatismos diversos y ahogamientos han favorecido la expresión de audacia, creatividad y espíritu de experimentación. Los conocimientos médicos se han desarrollado así, a través de prueba y error, con la doble intención de comprender la fisiología humana y tratar enfermedades o las consecuencias de accidentes o traumatismos que sufrieron los hombres. Con el tiempo, otros profesionales han venido a enriquecer la oferta asistencial. Esta diversidad permite suponer capturasuna atención más compleja y responder mejor a las necesidades y expectativas cambiantes de los pacientes.

PALABRAS CLAVES: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, ENERÍA, CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS

ABSTRACT

The Nursing profession's perspectives also generate a series of questions: the legislation that reorganizes the health system and has a strong impact on operating rooms, new activity and Skills, exclusive acts. We, researchers, are also nurses.

Specialized in operating rooms. We have been trained in risk management. For a few years, after having been a health manager in a multidisciplinary operating room, we are now senior health executives and trainers in an operating neighborhood nursing school. During these experiments, we observed several discrepancies between the correct practices that arise from the safety principles and the care actions of these nurses having followed training as an operating room nurse. These rapidly changing differences in healthcare practices are not errors due to lack of knowledge. In fact, their knowledge was validated during their studies.

The very essence of medicine is to meet the health needs of populations. Overcome consequences of serious health problems, which potentially affect the lives of victims significantly. Imminence has always been an important factor in physician engagement. Thus, in the past the acute manifestations of certain diseases, various traumas and drownings have favored the expression of audacity, creativity and spirit of experimentation. Medical knowledge has thus been developed, through trial and error, with the dual intention of understanding human physiology and treating diseases or the consequences of accidents or traumas suffered by men. Over time, other professionals have come to enrich the care offer. This diversity allows us to capture more complex care and better respond to the changing needs and expectations of patients.

KEYWORDS: SURGICAL PROCEDURES, ENERGY, EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS

ÍNDICE

RESUMEN

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	06
II.	PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	08
	a) DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	08
	b) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	09
	c) JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	09
	d) HIPÓTESIS.....	10
	e) VARIABLES.....	10
III.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
	a) OBJETIVOS GENERAL.....	12
	b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
IV.	MARCO TEÓRICO.....	22
V.	MÉTODOS O PROCEDIMIENTO.....	26
VI.	RESULTADOS.....	31
VII.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
	a) CONCLUSIONES	54
	b) RECOMENDACIONES	56
	BIBLIOGRAFIA	57
	ANEXOS.....	63

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

Dolor en el cuadrante superior derecho, sensibilidad, a veces fiebre, escalofríos, náuseas y Los vómitos son las quejas más comunes de los pacientes que sufren una enfermedad aguda.

La cirugía laparoscópica convencional aporta excelentes beneficios a los pacientes, pero plantea muchos desafíos a los cirujanos. La introducción de robots en los procedimientos quirúrgicos ayuda a superar algunas de las dificultades. En este trabajo, nosotros Usemos el concepto de comanipulación, donde un brazo robótico con 7 articulaciones en serie sirve como comanipulador y genera campos de fuerza para ayudar a los cirujanos.

Para implementar funciones como la compensación de gravedad del instrumento o filtrado del temblor de la mano, es útil conocer la posición del trocar en tiempo real en relación con la base del robot. En lugar de obtener información del trocar de del paso de registro, proponemos en este trabajo un algoritmo robusto para la detección y para la ubicación del trocar, basado en el método de mínimos cuadrados. In vitro y en experimentos vivo validar su eficacia.

Teniendo en cuenta las características de la cirugía laparoscópica, es decir, el espacio de obra relativamente grande y la dificultad de planificar geoméricamente el gesto. Para adaptarnos mejor a los diferentes movimientos, utilizamos una ley de control de viscosidad variable. Sin embargo, esta ley de control encuentra un problema de inestabilidad, el cual se analiza tanto teórica como experimentalmente. A se propone una solución de agregar un filtro de paso bajo de primer orden para ralentizar la variación del coeficiente de viscosidad variable, cuya eficacia se demuestra mediante un simple experiencia de orientación punto a punto.

Conocida la posición del trocar en tiempo real, podemos establecer “el modelo de palanca”, una fórmula que describe la relación entre

velocidades y fuerzas aplicadas a diferentes puntos del instrumento. Esto permite implementar una ley de control de viscosidad, sin utilizar señales ruidosas, en puntos potencialmente interesantes, es decir, el centro del mango o punta del instrumento. Otra experiencia de movimiento punto a punto. También se lleva a cabo para comparar las características de la influencia de la ley de control sobre los comportamientos de movimiento humano.

CAPÍTULO II: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA

El cólico biliar es un síndrome caracterizado por dolor que ocurre cuando un cálculo obstructivo causa distensión repentina de la vesícula biliar. “Cólico” como se define en el diccionario como dolor paroxístico en el abdomen, es un nombre inapropiado, ya que el dolor biliar generalmente no aumenta ni disminuye de modo espasmódico.

El dolor intenso en el cuadrante superior derecho o epigástrico comienza repentinamente y se intensifica. Este dolor constante suele durar entre 15 minutos y seis horas y luego desaparece gradualmente 30 a 90 minutos, dejando un dolor vago y puede estar asociado con náuseas y vómitos. Es La duración rara vez es inferior a 15 minutos. El dolor suele ser lo suficientemente intenso como para que algunos busquen atención médica que requiera el uso de estupefacientes para su alivio. Los episodios de dolor ocurren de manera irregular (episódico), separados por períodos sin dolor que duran desde días hasta años. La intensidad del dolor también varía.

Este dolor no está relacionado con las deposiciones y no está asociado con la micción. (1). El dolor de tipo biliar puede precipitarse después de una comida abundante, lo que se conoce como “intolerancia a los alimentos grasos”, pero es no específico para la enfermedad del tracto biliar. El dolor biliar está mediado por los nervios esplácnicos y puede irradiar como angina hacia la espalda, la escápula derecha o la punta del hombro, o hacia abajo por el brazo o hacia el cuello en raras ocasiones, el dolor también puede limitarse a la espalda. Y de ser así, ésta conversión de cirugía laparoscópica a cirugía convencional depende de variables inherentes al cirujano, paciente o al equipo laparoscópico? O al menos, a una mezcla de estos factores.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características epidemiológicas y los es la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con los procedimientos quirúrgicos en el servicio de cirugía del HOSPITAL NACIONAL DE ICA en el periodo de enero a diciembre del 2022?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Se considera la cirugía laparoscópica, un tipo específico de “cirugía mínimamente invasiva” (MIS) como uno de los mayores éxitos en la historia de la cirugía moderna [1]. En este procedimiento, en lugar de Se necesita una sola incisión grande en la cirugía abierta tradicional, generalmente de 3 a 5 incisiones pequeñas.

Se fabrican unos diez milímetros. Luego se instalan pequeñas cánulas llamadas trocares en la paciente a través del cual se introducen instrumentos quirúrgicos y un laparoscopio en el abdomen.

La cavidad abdominal se infla con gas dióxido de carbono para abrir un espacio de trabajo para operación. El cirujano maniobra instrumentos rectos alargados fuera del abdomen observando el sitio quirúrgico ampliado que se muestra en una pantalla proporcionada por un video laparoscópico cámara.

Se presente una escena típica de cirugía laparoscópica. En comparación con la cirugía abierta convencional, la cirugía laparoscópica tiene muchos beneficios, como menos daños colaterales al tejido sano, disminución del dolor postoperatorio, menor riesgo de infección, estancia hospitalaria más corta, recuperación más rápida, mejor estética, etc. [2, 3].

Sin embargo, las ventajas son principalmente para pacientes. Para los cirujanos, esta técnica presenta importantes dificultades y limitaciones destacadas. Por ejemplo, la presencia de trócares provoca restricciones cinemáticas y el efecto palanca [4-6].

El hecho de que el lugar de operación mostrado en un monitor de vídeo sea no alineado espacialmente con la mano del cirujano compromete la coordinación visomotora.

Además, el procedimiento laparoscópico resulta en una mala ergonomía para los cirujanos, lo que lleva a fatiga y temblor fisiológico.

1.4 HIPÓTESIS

1.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

Nuestro trabajo de investigación no cuenta con hipótesis general.

1.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Nuestro trabajo de investigación no va a contar con hipótesis específicas.

1.5 VARIABLES

❖ Variable dependiente

Factores de riesgo de las diversas cirugías.

➤ Definición operacional

Conjunto de riesgos para cirugías realizadas.

❖ Variable independiente

Prevalencia de conversión de ambas cirugías.

➤ **Definición operacional**

comparativa entre dos procedimientos quirúrgicos

CAPÍTULO III: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar características epidemiológicas y los es la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con los procedimientos quirúrgicos en el servicio de cirugía del HOSPITAL NACIONAL DE ICA en el periodo de enero a diciembre del 2022

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Especificar las causas de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional.
- Analizar los diversos riesgos de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional.
- Estudiar las principales características epidemiológicas que se realiza en las diversas cirugías .
- Verificar los años de experiencia del cirujano al realizar una conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional.

CAPITULO IV: MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mette W. Christoffersen et al. (2021)

En el estudio titulado “Ninguna diferencia en la incidencia de dolor crónico y la hernia del sitio portuario después de colecistectomía laparoscópica de incisión única versus colecistectomía laparoscópica convencional: un estudio de cohortes prospectivo, coincidente en todo el país.”¹⁴ La colecistectomía laparoscópica convencional (CLC) es considerada como el estándar de oro para la colecistectomía. Sin embargo, la colecistectomía laparoscópica de incisión única (SLC) ha sugerido reemplazar CLC. Este estudio apuntó al comparar la incidencia a largo plazo de dolor crónico y la hernia del sitio portuario después de SLC y CLC. Métodos: Se realizó un estudio de cohorte emparejados basado en datos prospectivos (01 de enero de 2011) de la base de datos de colecistectomía danés información perioperatoria y seguimiento clínico. Pacientes consecutivos sometidos a SLC electiva durante el período de estudio fueron incluidos y 1:2 con pacientes sometidos a CLC con criterios previamente definidos.

Stephen Kin Yong Chang (2020)

Con el trabajo titulado “Un ensayo controlado aleatorio comparando el dolor postoperatorio en la colecistectomía laparoscópica incisión única Versus colecistectomía laparoscópica convencional”¹⁹ Un creciente cuerpo de evidencia se publica acerca de la colecistectomía laparoscópica de incisión única (SILC), pero no existen ensayos bien alimentados con una evaluación adecuada del dolor postoperatorio.

Conclusiones.- SILC ha mejorado los resultados a corto plazo de dolor comparados con LC y no es inferior en ambos los resultados del dolor a corto plazo y a largo plazo. El tiempo de funcionamiento es mayor, pero sigue siendo factible en la práctica quirúrgica habitual.

Peter B. van den Boezem et al. (2021)

Con el trabajo titulado “Incisión única y colecistectomía ¿existen ventajas clínicas o cosméticas comparado con la colecistectomía laparoscópica convencional? Un caso – control estudio comparando solo-incisión Transvaginal y técnica laparoscópica convencional para la colecistectomía”³⁹ El objetivo del presente estudio fue comparar los resultados clínicos y cosméticos de transvaginal híbrida colecistectomía (TVC), colecistectomía solo-puerto (SPC) y la colecistectomía laparoscópica convencional (CLC). Recientemente, la cirugía laparoscópica de incisión única y la cirugía endoscópica transluminal de orificio natural han desarrollado como alternativas mínimamente invasivas de CLC. Se han reportado pocos estudios comparativos. Métodos.- Pacientes con enfermedad sintomática del cálculo biliar que fueron tratados en 2011 con SPC, TVC o CLC se entraron en una base de datos. Pacientes fueron emparejados por edad, índice de masa corporal y cirugía abdominal previa. Después de la operación todos los pacientes recibieron una encuesta con preguntas sobre recuperación, estética e imagen corporal. Resultados.- Un total de 90 pacientes, 30 en cada grupo, fueron evaluados. Tiempo quirúrgico promedio para CLC fue significativamente menor ($p < 0.001$). No había grandes complicaciones. Estancia hospitalaria, dolor postoperatorio y las complicaciones postoperatorias no fueron significativamente diferentes. Los resultados de estética e imagen corporal tras el abordaje transvaginal fueron significativamente mayores. Ninguna de las mujeres sexualmente activas observadas dispareunia postoperatoria. Conclusiones.- SPC y TVC son procedimientos factibles cuando se realiza en pacientes seleccionados. CLC es un procedimiento más rápido, pero otros resultados clínicos y las tasas de complicaciones fueron similares. SPC y especialmente TVC, ofrecen un mejor resultado cosmético. Se necesitan ensayos aleatorios para especificar el papel de SPC y TVC en el tratamiento de pacientes con enfermedad sintomática del cálculo biliar.

Laura Evers (2021)

Con el trabajo titulado “Colecistectomía laparoscópica de incisión única versus colecistectomía laparoscópica de cuatro puertos convencional: una revisión

sistemática y metanálisis”.³⁷ Colectomía laparoscópica de incisión única (SILC) podría maximizar las ventajas de la colectomía laparoscópica (cl) por reducción del dolor postoperatorio y mejora estética. Sin embargo, la seguridad y viabilidad de SILC ha no aún se ha establecido. Este estudio evalúa la seguridad, el paciente informó medidas de resultado y viabilidad de SILC versus LC convencional. Métodos.- Literatura para ECA de comparar SILC con LC convencional en enfermedades relacionadas con el cálculo biliar se realizó búsqueda en PubMed y Embase. La LC convencional fue definida como dos de 10 mm y dos puertos de 5 mm. Selección de los estudios se realizó según criterios predefinidos. Dos revisores evaluaron el riesgo de sesgo. SILC no proporciona ningún claras ventajas sobre LC convencional excepto en menos dolor postoperatorio y mejora estética. Es cuestionable si estas ventajas compensan la mayor ocurrencia de eventos adversos y defectos de viabilidad. Teniendo en cuenta una considerable heterogeneidad y baja calidad metodológica de los estudios es recomendable realizar ECA bien diseñados en el futuro para hacer frente a la seguridad y los beneficios clínicos de SILC.

Stavros A. Antoniou (2014)

Con el trabajo titulado “Colectomía laparoscópica de incisión única con curvas versus instrumentos lineales evaluados por la revisión sistemática y red meta-análisis de ensayos aleatorios”³⁶ Cirugía laparoscópica de incisión única plantea limitaciones ergonómicas significativas. Se han desarrollado instrumentos curvos para abordar la cuestión de la falta de triangulación. Comparación directa entre cirugías laparoscópica incisión única con instrumentos convencionales lineales y curvos no se ha realizado hasta la fecha. Métodos.- Realizaron búsquedas en MEDLINE, CENTRAL y OpenGrey para identificar los ensayos aleatorios relevantes. Un meta-análisis de la red fue aplicado para comparar los riesgos operativos, conversión, duración de la cirugía y la necesidad de colocación de un trocar adjunto en la colectomía laparoscópica incisión única con instrumentos lineales y curvos. Se aplicó el modelo de efectos aleatorios para dos conjuntos de comparaciones, con la colectomía laparoscópica convencional como el tratamiento de referencia. Odds-ratios, significan las diferencias y el 95% intervalos de

confianza fueron calculados. Resultados.- Se incluyeron ensayos aleatorios de veintitrés que abarca a pacientes de 1737. El uso de instrumentos curvos se asoció con mayor tiempo quirúrgico (diferencia de medias 32,53 minutos, IC del 95% 24.23-40.83) y más probabilidades para el uso de un trocar adjunto (odds ratio 22.81, IC 95%: 16.69-28.94) en comparación con el uso de instrumentos lineales. Los riesgos perioperatorios no podrían evaluarse comparativamente debido al bajo número de eventos. Conclusión.- Colectomía laparoscópica de incisión única con instrumentos curvados puede estar asociada con un mayor nivel de dificultad operativa, tal y como refleja la necesidad de medidas auxiliares para la exposición y el tiempo quirúrgico mayor en comparación con el uso de lineal instrumentos. Instrumentación actual requiere más mejora, adaptada a las características de la cirugía laparoscópica de incisión única.

Yeqian Huang Med et al. (2013)

Con el trabajo titulado "Colecistomía robótica versus colecistomía laparoscópica convencional: un metanálisis"³⁵ Colecistomía robótica es un nuevo enfoque que ofrece el cirujano mejorado vistas 3-d de alta definición y mejora la ergonomía del instrumento, que representan un desarrollo técnico de anteriores plataformas operativas que incluyen convencional y laparoscopia de incisión única. Esta revisión compara sus resultados a corto plazo con la colecistomía laparoscópica convencional por un meta-análisis. Estudios identificados fueron valorados con criterios de selección estándar. Se extrajeron los datos y realizó un metanálisis según los elementos de información preferido para revisiones sistemáticas y metanálisis. Resultados.- Trece estudios, 12 ensayos retrospectivos y un ensayo controlado aleatorio con 1.589 pacientes (colecistomía laparoscópica, n = 921; colecistomía robótica, n = 668) fueron examinados. Hubo una tendencia de un mayor tiempo quirúrgico total mediana (115,3 min vs min 128,0; combinada MD = 31.22, intervalo de confianza 95% = -2.48 a 59.96; Z = 2.13; P =.03) y el tiempo preoperatorio (32,4 min vs min 53,4; combinada MD = 20.98, intervalo de confianza 95% = 15.74 a 26.23; Z = 7.84; P <.001) en el grupo de colecistomía robótica. Complicaciones intraoperatorias (P =.52), tasa de conversión (P =.06), estima la pérdida de sangre (P =.55),

complicaciones postoperatorias ($P = .28$), duración de la estancia hospitalaria ($P = .36$), y tasa de reingresos ($P = .85$) fueron similares entre ambos grupos. Conclusión.- Colectomía robótica se asocia con mayor tiempo operativo relacionada principalmente con la fase preparatoria de la operación pero con similar resultado seguridad y perioperatoria como la colectomía laparoscópica convencional. Pues lograr la aceptación, se requieren estudios futuros para definir medidas específicas para cuantificar beneficios de equipos al cirujano y al evaluar la ventaja potencial de su uso en el ajuste agudo.

Xu bin et al. (2022)

Con el trabajo titulado “Transvaginal la colectomía vs convencional la colectomía laparoscópica para enfermedad de la vesícula biliar: un metanálisis”³³ Comparar los resultados de la colectomía transvaginal (TVC) y la colectomía laparoscópica convencional (CLC) para la enfermedad de la vesícula biliar. Metodos: Se realizó una búsqueda de la literatura de PubMed, EMBASE, Ovid, Web of Science, Biblioteca Cochrane, Google Scholar, metaRegistro de ensayos controlados, la base de datos Chinese Medical Journal y datos de Wanfang ensayos que comparan los resultados entre TVC y CLC. Dos autores extrajeron los datos. Diferencia de medias (DM), estandarizado significa diferencia (SMD), odds-ratios y tasa de riesgo con IC del 95% se calcularon mediante fija - o modelos de efectos aleatorios. Heterogeneidad estadística se evaluó con la prueba χ^2 . En ausencia de heterogeneidad estadísticamente significativa, se utilizó el modelo de efectos fijos. El modelo de efectos aleatorios fue elegido cuando se encontró heterogeneidad. Resultados: hubo 730 pacientes de nueve ensayos clínicos controlados. Se encontró ninguna diferencia significativa con respecto a características demográficas ($P > 0.5$), incluyendo la puntuación de riesgo anestésico, edad, índice de masa corporal y la historia quirúrgica abdominal entre los grupos de TVC y CLC. Ambos grupos tenían similar mortalidad, morbilidad y vuelta al trabajo después de la cirugía. Pacientes en el grupo TVC tuvieron una puntuación de dolor inferior en el día postoperatorio 1 (SMD:-0.957, IC del 95%:-1.488 a-0.426, $P < 0,001$), necesita menos medicación analgésica postoperatoria (SMD:-0.574, IC del 95%:-0.807 a-0.341, $P < 0.001$) y se quedaron por un tiempo más corto en el hospital (MD:-

1,0040 d, IC del 95%:-1.779 a 0.228, $P = 0.011$), pero tenía mayor tiempo quirúrgico (MD: 17,307 min, IC del 95%: 6.789 a 27.826, $P = 0.001$). TVC no tenía ninguna influencia significativa en la función sexual postoperatoria y la calidad de vida. Mejores resultados cosméticos y satisfacción fueron alcanzados en el grupo TVC. Conclusiones: TVC es seguro y efectivo para la enfermedad de la vesícula biliar. Sin embargo, podrían ocurrir lesiones vaginales, y se necesitan ensayos adicionales para comparar TVC con CLC.

Jianguo Qiu (2013)

Con el trabajo titulado “Puerto único Versus colecistectomía laparoscópica multipuerto convencional: Un meta-análisis de estudios clínicos controlados aleatorizados y no aleatorizados estudios.”⁴¹ Aunque las guías actuales recomiendan realizar la colecistectomía por laparoscopia, aún carece de un consenso sobre la aplicación de la cirugía laparoscópica de incisión única para la colecistectomía. El objetivo del presente estudio fue realizar un metanálisis de ensayos controlados aleatorios (ECA) y estudios comparativos no aleatorizados (NRCSSs), que compararon la colecistectomía de laparoscopia de un puerto (SPLC) convencionales y multipuerto laparoscópica enfermedades benignas de la vesícula en la colecistectomía (CMLC). Sujetos y métodos: Una revisión sistemática de la literatura fue realizada para identificar los estudios publicados entre enero de 1997 y diciembre de 2012 comparación de SPLC y CMLC. Se evaluaron los resultados operativos, parámetros postoperatorios, complicaciones, resultados estéticos y calidad de vida. Resultados: Cuarenta estudios se incluyeron en el análisis (16 ECA, 24 NRCSSs) que incluyeron a 3711 pacientes (1865 SPLCs, CMLCs de 1846). SPLC tuvieron tasas de conversión mayores (odds-ratio [OR], 4.21; 95% intervalo de confianza [IC], 2,71 – 6,56; $P < .001$), más tiempo de funcionamiento (significa diferencia [MD], 16.1; 95% CI, 9.93 – 22.26 minutos; $P < .001$), y estancia hospitalaria más corta (MD, 0.16, IC 95%, -0.28 – 0.04 día; $P = .01$) que CMLC. No hubo diferencias significativas entre los dos procedimientos para temprano (MD, -0.1, IC 95%, -0.44 a 0.24; $P = .57$) o tarde (MD, -0.13, IC 95%, -0.45 a 0,19; $P = .42$) puntuaciones escala analógica visual del dolor y las complicaciones totales (OR, 1.21, IC 95%, 0,92

- 1,61; P=. 18). Los resultados cosméticos favorecieron SILC en 2 semanas (MD, -1.39, IC 95%, -2.66 a -0.12; P=. 03) y 1 mes (MD, -0.13, IC del 95%, -2.05 a 0,55; P=. 0007) después de la cirugía (índice de puntuación, de 0 – 10) Conclusiones: SPLC puede realizarse de forma segura y efectiva con mejores resultados cosméticos que con la técnica CMLC para enfermedades de la vesícula biliar benigna.

Stefano Partelli et al. (2022)

Con el trabajo titulado “Colecistectomía laparoscópica de incisión única versus colecistectomía laparoscópica tradicional realizada por un único cirujano: resultados de un ensayo aleatorizado”⁴³ La colecistectomía laparoscópica tradicional (TLC) se realiza sin embargo, la colecistectomía con incisión única (SILC) se ha propuesto como un mejor y menos traumático procedimiento. Métodos.- En este estudio prospectivo, doble ciego, aleatorizado, los pacientes fueron asignados al azar para someterse a electiva SILC o TLC. El objetivo primario fue el nivel de dolor después de la cirugía y los puntos finales secundarios fueron las complicaciones, los resultados cosméticos y satisfacción del paciente. Resultados.- Se inscribieron un total de 59 pacientes (SILC, n = 30; TLC, n = 29). El tiempo quirúrgico promedio fue mayor para el grupo SILC (55 vs 40 min; P < 0.0001). Pacientes en el grupo SILC dolía un inferior mediana VAS anotar 4 h después de la cirugía (20 mm para el grupo TLC vs 15 mm para el grupo SILC). Las complicaciones fueron distribuidas igualmente. Veintiocho de los 30 pacientes en el grupo SILC vs 23 de los 29 pacientes en el grupo TLC quedaron muy satisfecho con su funcionamiento (P = 0.032). Los resultados cosméticos de SILC fueron mejores que los de TLC, con cicatrices visibles en 21 pacientes del grupo TLC vs 3 pacientes del grupo SILC (P = 0.0001). Conclusiones.- Encontramos SILC para ser caja fuerte, viable y la técnica quirúrgica adaptable. Las puntuaciones de dolor a las 4 h fueron significativamente mejores para SILC que para el TLC.

S. Saad et al. (2013)

Con el trabajo titulado “Ensayo clínico aleatorizado de un puerto, minilaparoscópico y la colecistectomía laparoscópica convencional”⁴⁴ Este ensayo clínico seleccionado al azar tres brazos, con cegamiento de los pacientes y evaluadores de resultado, probó la hipótesis que solo-puerto (SP) o minilaparoscópico (ML) la colecistectomía es superior a la colecistectomía laparoscópica convencional de (CL). Métodos: Pacientes elegibles para la colecistectomía laparoscópica electiva fueron asignados al azar a los procedimientos de SP, ML o CL. El resultado primario fue el dolor medido en una escala analógica visual dos veces al día durante el período de cegamiento. Los resultados secundarios incluyeron la duración de la operación, calificación de desempeño técnico, complicaciones, calidad de vida, satisfacción del paciente y la cosmética. Seguimiento postoperatorio duró 1 año. Resultados: Un total de 105 pacientes fueron asignados al azar, 35 en cada grupo. Una conversión de un SP a una técnica de CL fue necesaria en un paciente con colecistitis crónica. Intensidad del dolor fue similar en los tres grupos, tanto durante el período de cegamiento (día 0 a 3; $P = 0.865$) y durante el período de evaluación conjunto de 7 días ($P = 0.911$). La presencia de diferencias clínicamente relevantes entre los grupos fue eliminada (intervalo de confianza del 95 por ciento + 1.0 a - 0.5 diferencia en las puntuaciones de dolor entre los grupos SP y CL y 0.8 - a + 0.6 entre grupos de ML y CL). Tiempo de cirugía fue significativamente mayor para SP y ML que para CL colecistectomía ($P = 0.001$). Las complicaciones postoperatorias incluyeron lesiones en el diafragma (1), infección de la coledocolitiasis (1), herida (5) y hernia (1), después colecistectomía SP ($P = 0.001$). Doce meses de seguimiento fue completo en 99 pacientes (94.3%). Estética según la clasificación de los pacientes fue significativamente mejor a los 6 meses después de procedimientos SP y ML ($P = 0.043$), pero no se observaron diferencias a los 12 meses ($P = 0.229$). Conclusión: La colecistectomía SP y ML no tenía ninguna ventaja sobre el enfoque de CL en términos de resultado postoperatorio. Número de registro: DRKS00000302 (registro de ensayos clínicos alemán).

Liangyuan Geng et al. (2021)

Con el trabajo titulado "Sola incisión versus los resultados de la colecistectomía laparoscópica convencional: un meta-análisis de ensayos controlados aleatorios"⁴⁵ Meta-análisis previos que compararon los resultados de SILC y CLC no han presentado conclusiones consistentes. Esta meta-análisis fue realizada después de agregar muchos ECA reciente, para aclarar este tema. Métodos.- Los artículos relevantes publicados en inglés se identificaron mediante búsquedas en PubMed, Embase, Web of Knowledge y en el Cochrane Controlled Trial Register desde enero de 1997 a febrero de 2013. Se revisaron listas de referencias de los artículos recuperados para identificar artículos adicionales. Los resultados primarios (dolor postoperatorio, longitud de la incisión y resultado cosmético) y medidas de resultado secundarias (funcionamiento de tiempo, pérdida de sangre, las tasas de conversión, complicaciones postoperatorias, la estancia hospitalaria postoperatoria, tiempo de ingesta inicial y tiempo para reanudar el trabajo) se combinaron. Las variables cuantitativas se calcularon mediante la diferencia de medias ponderada (DMP), y las variables cualitativas se agruparon mediante los odds-ratios (OR). Resultados.- 25 se identificaron ECA apropiado de 2128 publicado artículos. 1841 pacientes fueron tratados, 944 con SILC y 897 con CLC. SILC fue superior a la CLC en score cosmético (DMP = 1.155, $P < 0,001$), más corta longitud de la incisión (DMP = -3.285, $P = 0.029$) y dolor postoperatorio dentro de 12 h (VAS en 3-4 h, armas de destrucción masiva = -0.704, $P = 0,026$; VAS en 6-8 h, ADM = -0.613, $P = 0.010$). CLC fue superior al SILC en funcionamiento (OT) (DMP = 13.613, $P < 0.001$) y la necesidad de instrumentos adicionales ($o = 7.448$, $P < 0.001$). Otros resultados secundarios fueron similares. Conclusiones.- SILC ofrece un mejor resultado estético y menor dolor postoperatorio para los pacientes con colelitiasis sin complicaciones o lesiones polipoides de la vesícula biliar. Sin embargo, SILC se asoció con una OT más largo y requiere instrumentos adicionales.

4.2 BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS

4.2.1 MARCO TEÓRICO

Tumores de la Vesícula y de la Vía Biliar Extrahepática²¹

Toda la vejiga los tumores no son malignos y, por lo tanto, el título es tumores de vejiga y no cáncer de vejiga. Esto es apropiado. Los tumores de la vejiga urinaria son heterogéneo. No todos los crecimientos neoplásicos en el la vejiga es una amenaza para el anfitrión.

Papiloma papilar neoplasias uroteliales de bajo potencial maligno e incluso la mayoría de las papilas no invasivas de bajo grado tumores a veces denominados de transición de bajo grado el carcinoma de células no se comporta como una enfermedad maligna con el potencial de invasión o metástasis.

Todavía, casi el 50% de nuestros pacientes con tumores de vejiga tiene uno de estos neoplasmas benignos y gran parte de nuestra atención está dirigida a tratarlos. Los tumores de vejiga son de hecho un problema de salud importante. La prevalencia de tumores de vejiga es alta debido a parte de su propensión a "recurrir" una vez reseado y los muchos factores etiológicos relacionados con su desarrollo.

Algunos de los agentes causantes son conocido como fumar cigarrillos y tintes para el cabello mientras que otros aún no se han determinado. Es probable que muchos de los productos químicos en nuestro entorno se concentran en la orina y son capaces de causar mutaciones en el urotelio de la vejiga por lo tanto a una neoplasia de vejiga. Se ha dicho

que el costo de cuidar a los pacientes con vejiga los tumores se encuentran entre los más altos de todos los neoplasmas.

Carcinoma de la vesícula biliar²¹

Los tumores de vejiga son comunes. Es el más común malignidad en algunos países (Egipto) y ocupa un lugar muy alto en muchos otros, p. Turquía, China, Estados Unidos.

Como conocemos algunos de los riesgos factores, p. edad, fumar cigarrillos, tintes para el cabello, hay una oportunidad para la detección temprana. Desafortunadamente muchos de nuestros pacientes son diagnosticados a etapa cuando incluso nuestros tratamientos óptimos son solo 4 paliativo.

Ya que tenemos tratamientos efectivos para Tumores uroteliales Ta - T1, solo parece razonable dedicar algunos recursos para identificar cáncer de vejiga en una etapa temprana. Esta estrategia tiene tuvo un impacto en algunos otros tumores, p. pecho, próstata, cuello uterino.

Es importante destacar que la mayoría de la vejiga los tumores que no se tratan eventualmente requerirán terapia por lo que el problema de la sobredetección no lo hace parece pertinente. El comité insta a patólogos y urólogos adoptar la clasificación OMS / ISUP 2004 que divide grados en bajo o alto eliminando el categoría ambigua de Grado 2.

Carcinoma de vías biliares²³

Cuando el conducto biliar está bloqueado, el hígado no puede excretar bilis. Esto hace que la bilis vuelva al torrente sanguíneo y puede causar ictericia. Sin embargo, el bloqueo puede no ser causado por el cáncer. Un cálculo biliar o tejido cicatricial también puede bloquear el conducto biliar.

La ictericia es un síntoma común de cáncer de vías biliares. La ictericia hace que la piel y el blanco de los ojos se pongan amarillos. Es causada por altos niveles de bilirrubina en la sangre.

La bilirrubina es de color amarillo oscuro y la bilis contiene bilirrubina. La bilirrubina puede causar que la piel y el blanco de los ojos se vuelvan amarillos si hay niveles más altos en el torrente sanguíneo. También puede hacer que la orina de una persona sea de color oscuro y hacer que las deposiciones palidezcan.

Es importante tener en cuenta que la ictericia es un síntoma común para muchas afecciones. Su médico puede necesitar varias pruebas de diagnóstico para encontrar la causa exacta de la ictericia

La colecistitis aguda se trata de forma conservadora o quirúrgica.

Se utiliza tratamiento conservador con líquidos intravenosos, analgésicos y antibióticos.

para tratar la colecistitis aguda. Nada por vía oral durante 2 a 3 días está indicado durante la fase aguda fase de inflamación para limitar los impulsos de las contracciones de la vesícula biliar producidas por alimentos y para permitir que la vesícula biliar descansa lo suficiente durante la inflamación aguda proceso. El estado clínico general del paciente y la dinámica de la inflamación.

Los marcadores (WBC, CRP) se siguen durante todo el tratamiento. [16] Si es conservador el tratamiento falla, los pacientes pueden ser remitidos a cirugía o tratamiento percutáneo colecistostomía (CP). Para pacientes de edad avanzada y personas de alto riesgo con enfermedades graves.

Comorbilidades como cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica enfermedad y diabetes mellitus no controlada, la PC es una opción de tratamiento esencial. [17] Sin embargo, el tratamiento convencional para la colecistitis aguda es laparoscópico, colecistectomía (CL), que es el estándar de oro hoy en día, realizada idealmente en las primeras 72 horas desde la aparición de los síntomas. LC se ha relacionado con una disminución tasa de complicaciones y una estancia hospitalaria postoperatoria más corta. Es deseable realizar una colecistectomía temprana en pacientes ingresados por colecistitis aguda

en lugar de esperar hasta que haya pasado la fase aguda porque un procedimiento temprano. Se ha demostrado que reduce las complicaciones, la estancia hospitalaria posoperatoria y la atención costos. [18,19]

La colecistitis gangrenosa es una complicación grave de la colecistitis aguda.

Es el resultado de una marcada distensión de la vesícula biliar que provoca un aumento de la tensión en la pared de la vesícula biliar. La inflamación asociada conduce a la necrosis isquémica del pared, con o sin trombosis de la arteria cística asociada [20]. es mas común en hombres y pacientes con enfermedad cardiovascular coexistente y leucocitosis (recuento de glóbulos blancos (WCC) superior a $17 \times 10^9/L$) [20]. Otros factores asociados incluyen diabetes, enfermedades críticas y un nivel alto de proteína C reactiva (PCR) [21].

El diagnóstico preoperatorio de esta afección puede resultar difícil. Una vez sospechado, los pacientes con colecistitis gangrenosa generalmente se someten a urgencias colecistectomía para evitar complicaciones potencialmente mortales.

CAPÍTULO V: METODOS Y PROCEDIMIENTO<

5.1 TIPO DE ESTUDIO

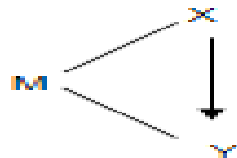
Se realizará un estudio de tipo analítico, observacional

Cuantitativo, puesto que se utilizará información obtenida de fichas de recolección de datos y se estudiará mediante métodos estadísticos, para evaluar relación entre las variables.

Analítico - Correlacional, puesto que se pretende estudiar y analizar la relación o asociación entre 2 o más variables que se utilizarán en el estudio.

5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente tesis se basa en su estudio descriptivo-correlacional



LEYENDA:

M ES DEFINIDO COMO LA MUESTRA, X FACTORES ASOCIADOS A AMBAS CIRUGIAS , Y FACTORES DE CONVERSION DE AMBAS CIRUGIAS.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Para la presente tesis la población y muestra .

$$n = \frac{Z^2 \text{pe. qe}}{E^2}$$

$$\text{Si } \frac{n}{N} > 0.10$$

$$\frac{n}{n + 1 + N}$$

Dónde:

n : Muestra que está sujeta a estudio.

Z² : 1.96 (coeficiente de confianza 95%).

Pe : 0.5 (probabilidad de ocurrencia).

Qe : 0.5 (probabilidad de no ocurrencia).

E² : 0.05 (probabilidad de error debido al muestreo que

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.9609}{0.0025}$$

$$n = 384$$

$$\frac{n}{N} = 1.536 > 0.10$$

Muestra final:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384}{112}}$$

$$n = 87$$

Se procederá a trabajar con 87 pacientes del servicio de cirugía del Hospital Nacional de Icaen el periodo de enero a diciembre 2022.

5.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION
Factores de riesgo de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional.	Es cualquier característica, exposición o rasgo que tenga el individuo la cual tenga a aumentar su probabilidad a que sufra una lesión o ya fuese una enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> •Edad •Sexo •Enfermedad asociada •Cirugía abdominal previa •Historia de enfermedad vesicular 	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> •Menor de 60 años •Mayor de 60 años •Masculino •Femenino •Si •No 	Instrumento
Prevalencia de una conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional.	Es la cantidad de los casos nuevos de cualquier enfermedad, lesión o síntoma que se va a representar durante el periodo de investigación, puede ser la de un año.	<ul style="list-style-type: none"> •Bilirrubina total •Fosfatasa alcalina elevada •Leucocitos •Grosos de pared •Forma de ingreso •Motivo de conversión en el intraoperatorio 	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> •Si •No •Electiva •Emergencia •Vesícula escleroatrófica •Adherencia •Síndrome Mirizzi •Dificultad para identificar la anatomía •Sangrado no controlado •Fistula colecistoentérica •Lesión de la vía biliar 	

5.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.5.1. INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Se solicitará la aprobación a los entes rectores de la universidad, y del nosocomio.

Se realizará la recolección de datos necesarios para poder realizar el contraste de hipótesis.

Todo los datos obtenidos por la aplicación de instrumento, serán ingresados al programa SPSS versión 30 para la interpretación.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1 RESULTADOS

1. EDAD

Estadísticos

EDAD

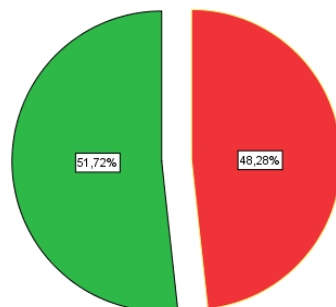
N	Válido	87
	Perdidos	0

EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MAYOR DE 60 AÑOS	42	48,3	48,3	48,3
MENOR DE 60 AÑOS	45	51,7	51,7	100,0
Total	87	100,0	100,0	

EDAD

■ MAYOR DE 60 AÑOS
■ MENOR DE 60 AÑOS



Respecto a la edad, se llegó a obtener como resultados que el 48% corresponden a pacientes mayores de los 60 años, por otro lado, el 52% van a corresponder a los pacientes menores de 60 años.

2. SEXO

Estadísticos

SEXO

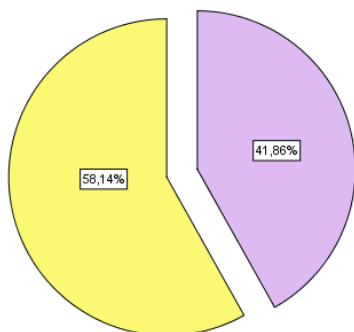
N	Válido	86
	Perdidos	0

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido FEMENINO	36	41,9	41,9	41,9
MASCULINO	50	58,1	58,1	100,0
Total	86	100,0	100,0	

SEXO

FEMENINO
MASCULINO



Respecto al sexo, se llegó a obtener que el 42% van a corresponder al sexo femenino, y por otra parte entre los pacientes, el 58% van a ser del sexo masculino.

3. ENFERMEDAD ASOCIADA

a) HIPERTENSION ARTERIAL

Estadísticos

HIPERTENSION ARTERIAL

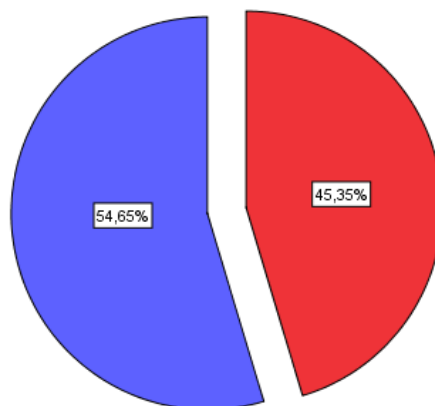
N	Válido	86
	Perdidos	0

HIPERTENSION ARTERIAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	39	45,3	45,3	45,3
SI	47	54,7	54,7	100,0
Total	86	100,0	100,0	

HIPERTENSION ARTERIAL

■ NO
■ SI



Respecto a la hipertensión arterial, se llegó a demostrar que el 45% de los pacientes no tienen hipertensión arterial, por otro lado el 55% de los pacientes si tienen la hipertensión arterial.

b) DIABETES MELLITUS

Estadísticos
DIABETES MELLITUS

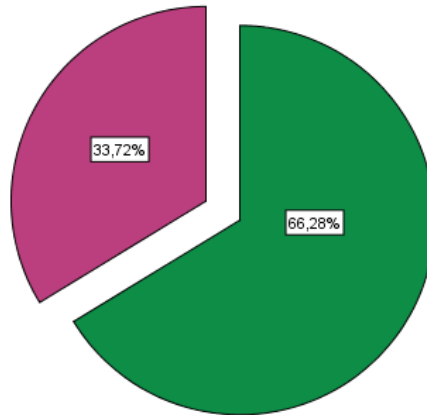
N	Válido	86
	Perdidos	0

DIABETES MELLITUS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	57	66,3	66,3	66,3
SI	29	33,7	33,7	100,0
Total	86	100,0	100,0	

DIABETES MELLITUS

■ NO
■ SI



Respecto a la diabetes mellitus, se llegó a demostrar que el 66% de los pacientes no lo tienen y que solo el 34% de los pacientes si lo tienen.

c) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

Estadísticos

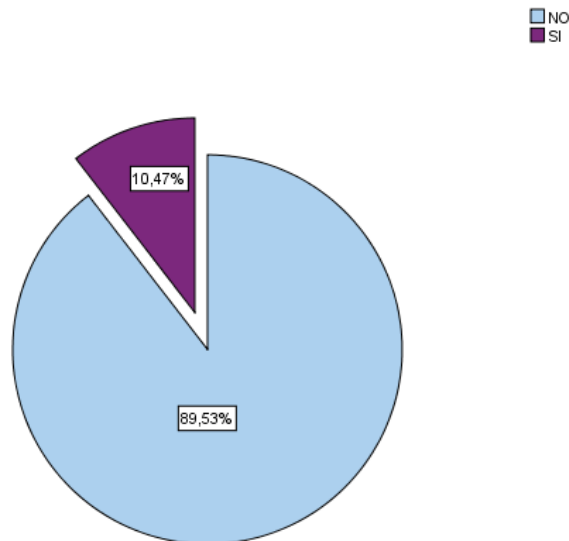
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA
CRONICA

N	Válido	86
	Perdidos	0

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	77	89,5	89,5	89,5
SI	9	10,5	10,5	100,0
Total	86	100,0	100,0	

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA



Respecto a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se llegó a demostrar que el 90% de los pacientes no lo tienen, ya que solo el 10% de los mismos si lo tienen.

d) CARDIOPATIAS

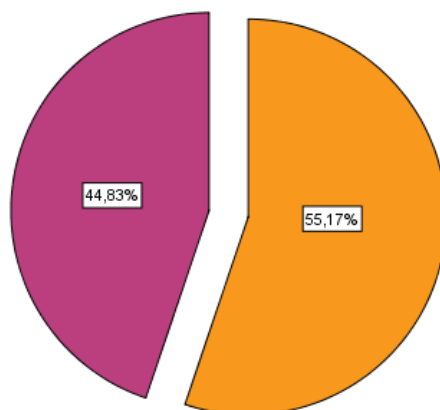
Estadísticos
CARDIOPATIAS

N	Válido	87
	Perdidos	0

CARDIOPATIAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	48	55,2	55,2	55,2
SI	39	44,8	44,8	100,0
Total	87	100,0	100,0	

CARDIOPATIAS



Sobre las cardiopatías en los pacientes, el 55% de los pacientes manifestaron que no lo tenían y que solo el 45% de los otros pacientes si lo tienen.

e) CIRROSIS HEPATICA

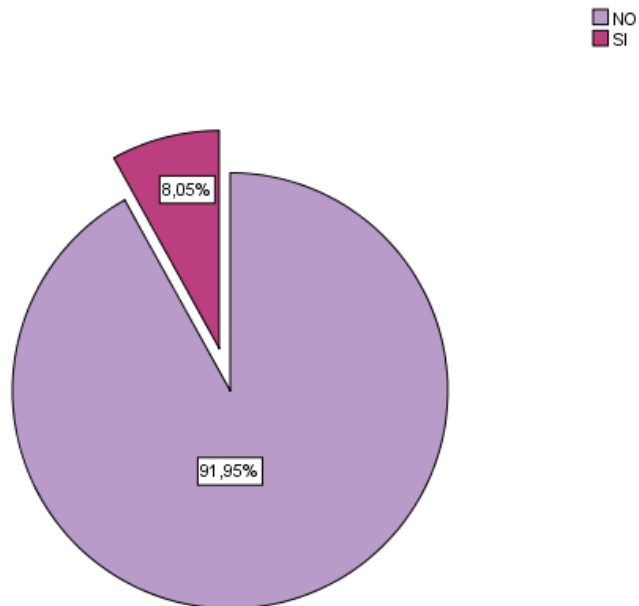
Estadísticos
CIRROSIS HEPATICA

N	Válido	87
	Perdidos	0

CIRROSIS HEPATICA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	80	92,0	92,0	92,0
SI	7	8,0	8,0	100,0
Total	87	100,0	100,0	

CIRROSIS HEPATICA



Respecto a la cirrosis hepática, se demostró que el 92% de los pacientes no lo tienen y que solo el 8% de los mismos si lo tienen.

f) PANCREATITIS

Estadísticos

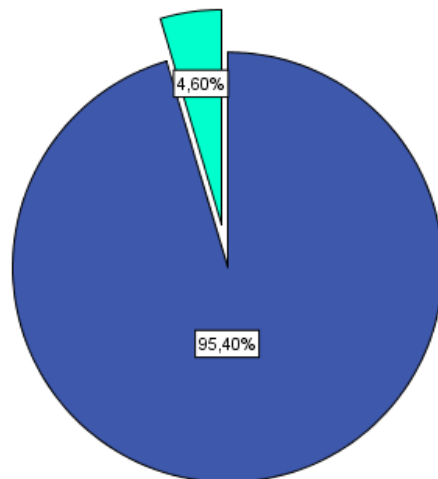
PANCREATITIS

N	Válido	87
	Perdidos	0

PANCREATITIS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	83	95,4	95,4	95,4
SI	4	4,6	4,6	100,0
Total	87	100,0	100,0	

PANCREATITIS



Respecto a la pancreatitis en los pacientes, se demostró que el 95% de los pacientes no lo tienen, mientras que el 5% de los restantes manifestaron que si lo tienen.

4. CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA

Estadísticos

CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA

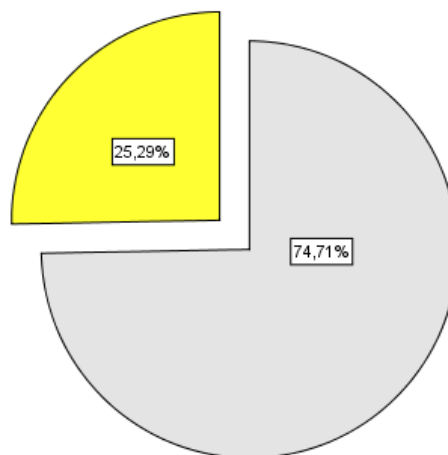
N	Válido	87
	Perdidos	0

CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	65	74,7	74,7	74,7
SI	22	25,3	25,3	100,0
Total	87	100,0	100,0	

CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA

NO
SI



Respecto a la cirugía abdominal previa, se llegó a demostrar que el 75% de los pacientes no lo tienen, y que solo el 25% de los otros pacientes si lo tienen.

5. HISTORIA DE ENFERMEDAD VESICULAR

Estadísticos

HISTORIA DE
ENFERMEDAD
VESICULAR

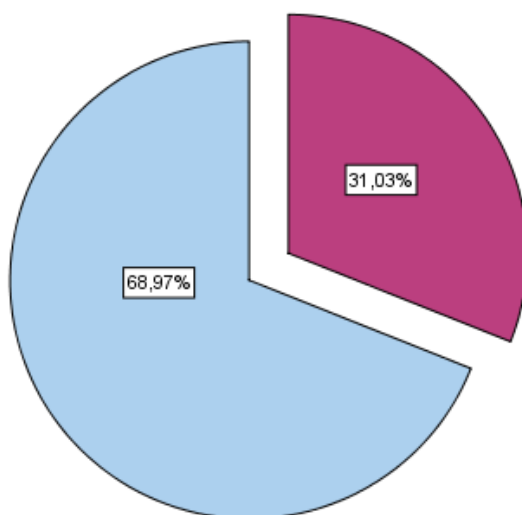
N	Válido	87
	Perdidos	0

HISTORIA DE ENFERMEDAD VESICULAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	27	31,0	31,0	31,0
SI	60	69,0	69,0	100,0
Total	87	100,0	100,0	

HISTORIA DE ENFERMEDAD VESICULAR

■ NO
■ SI



Sobre la historia de una enfermedad vesicular, el 69% de los pacientes manifestaron que si lo llegaron a presentar y solo el 31% de los otros pacientes no llegaron a tener una historia de enfermedad vesicular.

6. BILIRRUBINA TOTAL ELEVADA

Estadísticos

BILIRRUBINA TOTAL

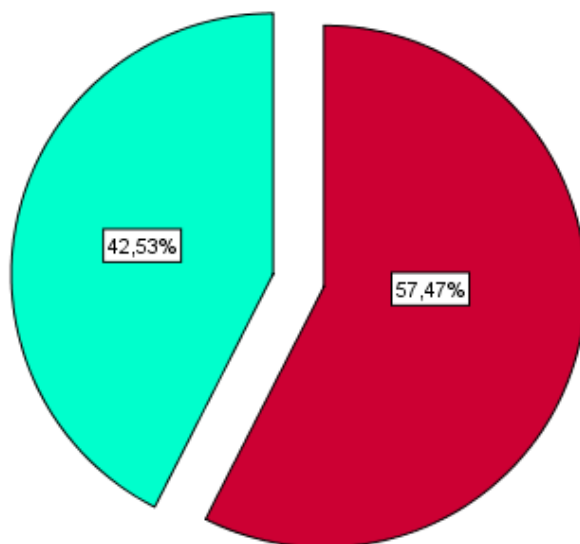
N	Válido	87
	Perdidos	0

BILIRRUBINA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido INC.	50	57,5	57,5	57,5
DIS.	37	42,5	42,5	100,0
Total	87	100,0	100,0	

BILIRRUBINA TOTAL

■ NO
■ SI



Respecto a la bilirrubina total, el 43% de los pacientes manifestaron que si lo llegaron a tener y que solo el 57% de los restantes no lo presentaron.

7. FOSFATASA ALCALINA ELEVADA

Estadísticos

FOSFATASA ALCALINA ELEVADA

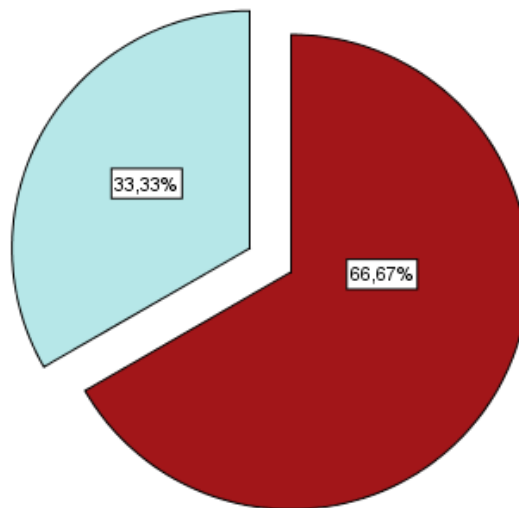
N	Válido	87
	Perdidos	0

FOSFATASA ALCALINA ELEVADA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	58	66,7	66,7	66,7
SI	29	33,3	33,3	100,0
Total	87	100,0	100,0	

FOSFATASA ALCALINA ELEVADA

■ NO
■ SI



Respecto a la fosfatasa alcalina elevada, se llegó a demostrar que en los pacientes el 67% manifestaron que no lo presentaron y que solo el 33% de los restantes si lo presentaron.

8. LEUCOCITOS ELEVADOS

Estadísticos

LEUCOCITOS

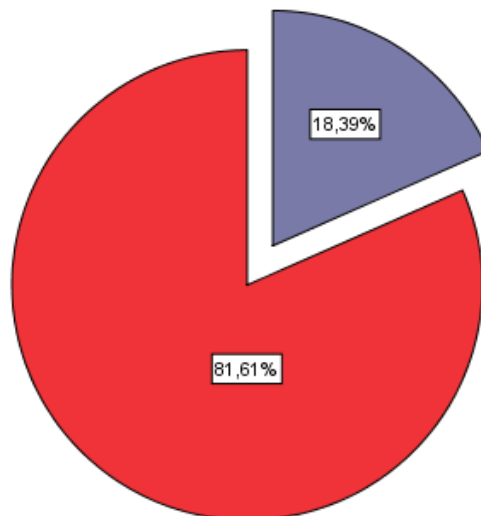
N	Válido	87
	Perdidos	0

LEUCOCITOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	16	18,4	18,4	18,4
SI	71	81,6	81,6	100,0
Total	87	100,0	100,0	

LEUCOCITOS

■ NO
■ SI



Respecto a los leucocitos, se llegó a demostrar que en los pacientes el 62% si presentaron leucocitos y solo el 18% de los restantes pacientes no lo presentaron.

9. GROSOR DE PARED

Estadísticos GROSOR DE PARED

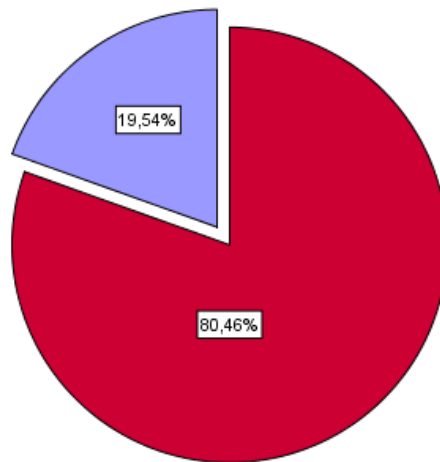
N	Válido	87
	Perdidos	0

GROSOR DE PARED

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido MAYOR O IGUAL A 4 MM	70	80,5	80,5	80,5
MENOR DE 4 MM	17	19,5	19,5	100,0
Total	87	100,0	100,0	

GROSOR DE PARED

■ MAYOR O IGUAL A 4 MM
■ MENOR DE 4 MM



Respecto al grosor de la pared, se llegó a demostrar que en los pacientes el 80% presentaron sobre el grosor de la pared mayor o igual a 4mm, mientras que el 20% de los demás pacientes tuvieron sobre el grosor de la pared menos de 4mm.

10. FORMA DE INGRESO

Estadísticos FORMA DE INGRESO

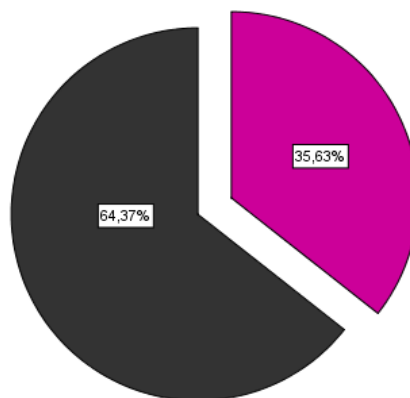
N	Válido	87
	Perdidos	0

FORMA DE INGRESO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido ELECTIVA	31	35,6	35,6	35,6
EMERGENCIA	56	64,4	64,4	100,0
Total	87	100,0	100,0	

FORMA DE INGRESO

■ ELECTIVA
■ EMERGENCIA



Respecto a la forma de ingreso en los pacientes, se llegó a demostrar que en los pacientes presentaron el 65% fueron de emergencia, mientras que el 35% restante de los mismos fueron electiva.

11. PRESENCIA DE CONVERSION

Estadísticos PRESENCIA DE CONVERSION

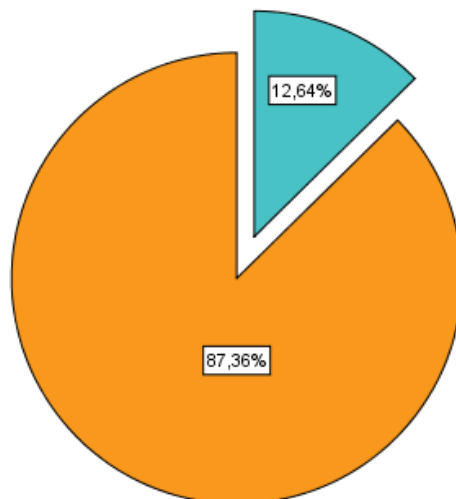
N	Válido	87
	Perdidos	0

PRESENCIA DE CONVERSION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	11	12,6	12,6	12,6
SI	76	87,4	87,4	100,0
Total	87	100,0	100,0	

PRESENCIA DE CONVERSION

■ NO
■ SI



Respecto a la presencia de la conversión, se llegó a demostrar que en los pacientes el 87% si lo presentaron, mientras que el 13% restante no lo llegaron a presentar.

12.MOTIVO DE CONVERSION EN EL INTRAOPERATORIO
a) VESICULA ESCLEROATROFICA

Estadísticos

VESICULA
ESCLEROATROFICA

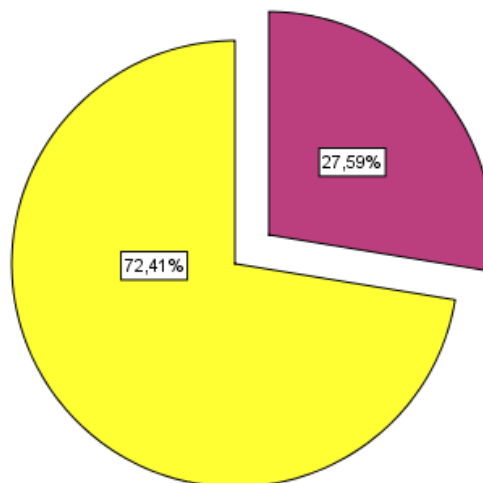
N	Válido	87
	Perdidos	0

VESICULA ESCLEROATROFICA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	24	27,6	27,6	27,6
SI	63	72,4	72,4	100,0
Total	87	100,0	100,0	

VESICULA ESCLEROATROFICA

■ NO
■ SI



Respecto al motivo de la conversión en el intraoperatoria en la vesícula escleroatrofica, se llegó a demostrar que el 72% de los pacientes si lo presentaron, mientras que solo el 28% de los restantes no lo presentaron.

b) ADHERENCIA

Estadísticos

ADHERENCIA

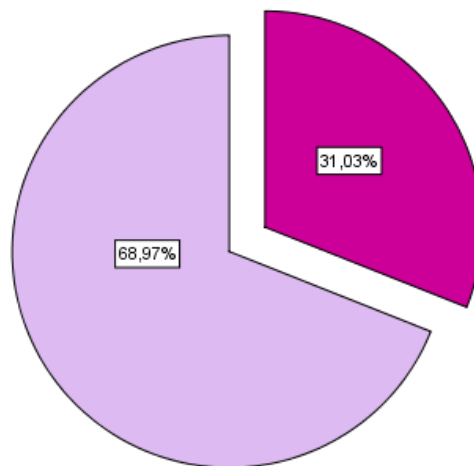
N	Válido	87
	Perdidos	0

ADHERENCIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	27	31,0	31,0	31,0
SI	60	69,0	69,0	100,0
Total	87	100,0	100,0	

ADHERENCIA

■ NO
■ SI



Respecto al motivo de la conversión en el intraoperatoria sobre la adherencia, se llegó a demostrar que el 69% de los pacientes si lo presentaron, mientras que el 31% de los restantes no.

c) SINDROME MIRIZZI

Estadísticos
SINDROME DE MIRIZZI

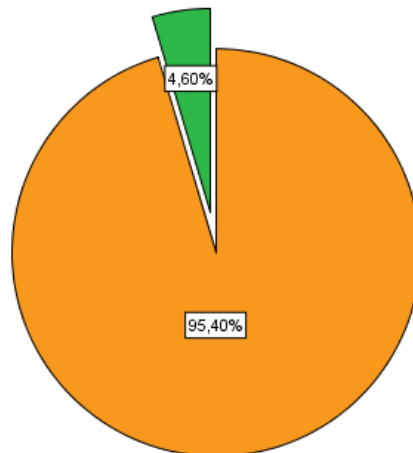
N	Válido	87
	Perdidos	0

SINDROME DE MIRIZZI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	83	95,4	95,4	95,4
SI	4	4,6	4,6	100,0
Total	87	100,0	100,0	

SINDROME DE MIRIZZI

NO
SI



Respecto al motivo de la conversión en el intraoperatoria sobre el síndrome de Mirizzi, solo el 95% de los pacientes no lo presentaron ya que solo el 5% de los restantes si lo presentaron.

d) DIFICULTAD PARA IDENTIFICAR LA ANATOMIA

Estadísticos

DIFICULTAD PARA IDENTIFICAR LA ANATOMIA

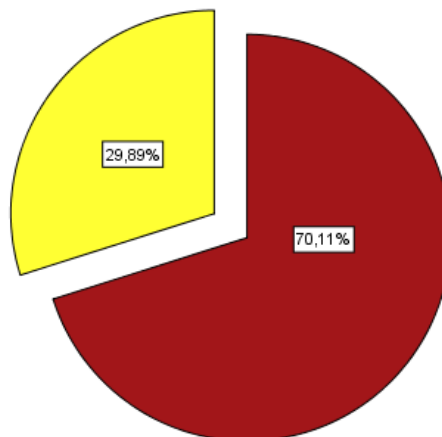
N	Válido	87
	Perdidos	0

DIFICULTAD PARA IDENTIFICAR LA ANATOMIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	61	70,1	70,1	70,1
SI	26	29,9	29,9	100,0
Total	87	100,0	100,0	

DIFICULTAD PARA IDENTIFICAR LA ANATOMIA

■ NO
■ SI



Respecto al motivo de la conversión en el intraoperatoria sobre la dificultad para identificar la anatomía, el 70% de los pacientes no presentaron dificultad para la identificación de la anatomía y solo el 30% de los demás pacientes si se presentaron la dificultad para identificar la anatomía.

e) SANGRADO NO CONTROLADO

Estadísticos

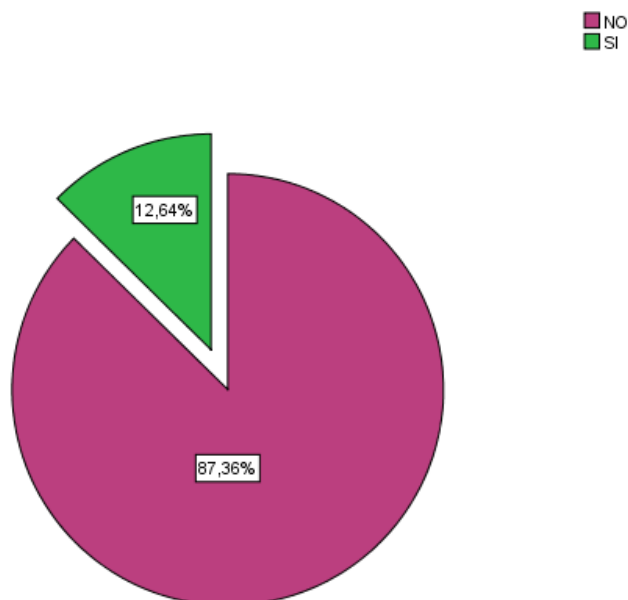
SANGRADO NO CONTROLADO

N	Válido	87
	Perdidos	0

SANGRADO NO CONTROLADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	76	87,4	87,4	87,4
SI	11	12,6	12,6	100,0
Total	87	100,0	100,0	

SANGRADO NO CONTROLADO



Respecto al motivo de la conversión en el intraoperatoria, sobre el sangrado no controlado, el 87% de los pacientes no lo presentaron, mientras que el 13% de los restantes si lo llegaron a presentar.

f) FISTULA COLECISTOENTERICA

Estadísticos
FISTULA
COLECISTOENTERICA

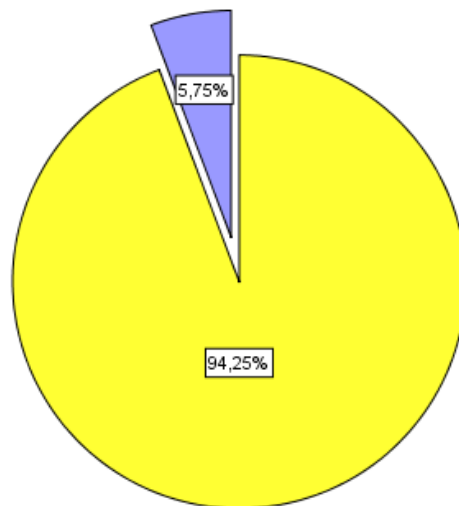
N	Válido	87
	Perdidos	0

FISTULA COLECISTOENTERICA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válido NO	82	94,3	94,3	94,3
SI	5	5,7	5,7	100,0
Total	87	100,0	100,0	

FISTULA COLECISTOENTERICA

■ NO
■ SI



Respecto al motivo de la conversión en el intraoperatoria sobre la fistula colecistoenterica, se llegó a demostrar que el 94% de los pacientes no lo presentaron y solo el 6% de los restantes si lo presentaron.

g) LESION DE LA VIA BILIAR

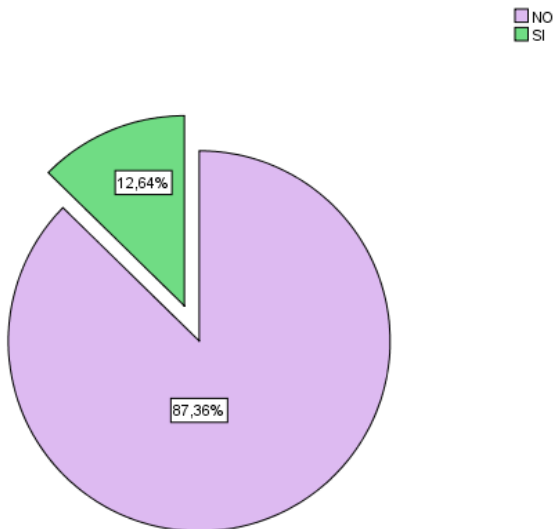
Estadísticos
 LESION DE LA VIA
 BILIAR

N	Válido	87
	Perdidos	0

LESION DE LA VIA BILIAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	76	87,4	87,4	87,4
SI	11	12,6	12,6	100,0
Total	87	100,0	100,0	

LESION DE LA VIA BILIAR



Respecto al motivo de la conversión en el intraoperatoria sobre la lesión de la vía biliar, se llegó a demostrar que el 87% de los pacientes no lo presentaron, mientras que el 13% de los restantes si lo llegaron a presentar.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

Nuestro estudio incluyó pacientes con colecistitis aguda histológicamente comprobada y fue examinado para determinar los factores predictivos del diagnóstico de gangrenosa colecistitis y colecistitis aguda no gangrenosa, respectivamente, y para Determinar los factores que afectan los resultados de la cirugía.

La colecistitis gangrenosa, en nuestra investigación y en otras, muestra que predominan en pacientes de edad avanzada. Buscando en la literatura se ha encontrado

Se ha observado que el riesgo de colecistitis gangrenosa aumenta en pacientes mayores de 50 años, con variables de ingreso de frecuencia cardiaca >90 latidos por minuto, temperatura $>37,2$ °C y leucocitos $>14.000/mm^3$. [32] Otros artículos también han incluido variables de sodio sérico de 135 mg/dL o menos e hiperbilirrubinemia como estadísticamente significativo en el desarrollo de colecistitis gangrenosa. El riesgo de colecistitis gangrenosa también aumentó en pacientes con antecedentes de diabetes. La ecografía suele ser la modalidad de imagen de primera línea para la evaluación de pacientes con sospecha clínica de colecistitis aguda. Sin embargo, la TC puede desempeñar un papel importante en la evaluación de estos pacientes si la ecografía es

poco concluyente.

Los estudios han demostrado varias diferencias entre pacientes con gangrenosa colecistitis y colecistitis aguda no gangrenosa, incluida la leucocitosis,

retraso en las operaciones, edad y alteraciones en las pruebas de función hepática. En nuestra actualidad estudio, se observaron diferencias en las características de los hallazgos del examen, y Pruebas de laboratorio. Los pacientes con colecistitis gangrenosa tenían más probabilidades de sufrir mayores (colecistitis gangrenosa media de edad = 73 años; aguda no gangrenosa colecistitis media de edad = 67 años), con medias más altas en todos los laboratorios datos presentados (PCR, bilirrubina total y directa, enzimas hepáticas, alfa-amilasa) en comparación con el grupo no gangrenoso. Sin embargo, conviene recordar que la presentación clínica, los hallazgos de laboratorio y de imagen en pacientes gangrenosos

La colecistitis puede ser indistinguible de aquellas en casos agudos no gangrenosos. colecistitis.

La interpretación de los resultados ayuda a definir un subconjunto de pacientes en riesgo de desarrollar colecistitis gangrenosa. La primera tarea nos mostró que los pacientes tratados quirúrgicamente se diferenciaban de los pacientes tratados de forma conservadora por ser más jóvenes y presentando signos de dolor severo en el cuadrante superior. La generación mayor y Los pacientes que no se quejaban de dolor intenso en el cuadrante superior tenían más probabilidades de ser tratado de forma conservadora.

7.2 RECOMENDACIONES

Los factores de riesgo modificables incluyen la obesidad, la pérdida rápida de peso y una dieta alta en calorías.

Además, ciertos medicamentos (por ejemplo, terapia de reemplazo de estrógenos, diuréticos tiazídicos) promueven formación de cálculos biliares.

mientras que otros como las estatinas, inhibidores de la HMG-CoA reductasa, tienen. Se ha demostrado que reduce el riesgo de enfermedad de cálculos biliares. Los factores de riesgo mencionados anteriormente son los más aplicables a la formación de colesterol.

cálculos biliares, que representan el 90% de los cálculos biliares en los países occidentales. Las piedras pigmentadas son más común en el este de Asia y más frecuentemente presente como cálculos en el conducto biliar (coledocolitiasis) a diferencia de en la vesícula biliar (colecistitis). Las piedras pigmentadas son asociado con estados de aumento de la excreción de bilirrubina (por ejemplo, hemólisis, cirrosis, sales biliares malabsorción) en el caso de cálculos de pigmento negro o en caso de infección del tracto biliar y inflamación (colangitis) en el caso de cálculos de pigmento marrón.

La gran mayoría de los pacientes con cálculos biliares permanecerán asintomáticos. Sin embargo, del 1% al 3% de los pacientes por año desarrollarán síntomas de enfermedad de cálculos biliares^{11,12}. Cálculo biliar sintomático

La enfermedad puede presentarse como cólico biliar, un episodio de corta duración de dolor abdominal en el cuadrante superior derecho. debido a la obstrucción temporal del flujo de salida de la vesícula biliar por un cálculo biliar. Colecistitis aguda

BIBLIOGRAFÍA

1. Aretzabala X. (2021) Calidad y cirugía laparoscópica. *Revista Chilena de Cirugía*, 61, 5, 8-15.
2. Brunicardi, F. (2021). *Schwartz. Principios de Cirugía*. México: McGraw – Hill-Interamericana.
3. Cabrero A., Richart C. (2018). Como hacer un proyecto de investigación. *Revista de metodología de la Investigacion, Universidad de Alicante*. 6. 22-24.
4. Canales B. (2020). *Manual de Cirugía*. España: McGraw –Hill-Interamericana.
5. Carson-DeWitt R. (2018). Laparoscopic versus Open Cholecystectomy the Canadian Experience. *The Journal of Surgery*. 165. 455-458.
6. Cicero L, (2020) Factores que Predicen la Conversión de la Colectomía Laparoscópica. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 6, 2, 66-73.

7. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C, Baptista Lucio P. (2006) *Metodología de la investigación (4ta Edición)*. México: McGraw Hill.
8. Jáuregui, N. (2020). Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica. Tesis de Grado inédita. Universidad Occidental "Lisandro Alvarado", Barquisimeto.
9. Lee et al., (2020). Complication of Laparoscopic Cholecystectomy. *Am J Surg*. 165. 527-532.
10. Muhe E. (2006) Long-term follow-up after laparoscopic cholecystectomy Endoscopy. *Journal of Department of Surgery, Böblingen Hospital, University of Tübingen*, 24, 9, 47-51.
11. Nathaniel J. (2006) Complicaciones de la Colecistectomía Laparoscópica. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Washington*, 7, 1, 32-40.
12. Olavarrieta L. (2021) Dificultades de la Colecistectomía Laparoscópica en el Hombre. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela*, 27, 2, 7-9.
13. Ortiz Uribe, F. (2004) *Diccionario de Metodología de la Investigación Científica (1ra Edición)*: México. Limusa.
14. Pacheco, J. (2020). *Lecciones de Cirugía*. Colombia: Editora Médica Panamericana
15. Prados O. (2004) Historia de la Colecistectomía Laparoscópica. *Revista del Hospital J.M. Ramos Mejías*, 9, 3, 12-19.

16. Tamayo, M. (2004). *El Proceso de la Investigación Científica: Incluye evaluación y administración de proyectos de investigación (4ta Edición)*: México. Limusa.
17. Townsend, Beauchamp, Mattox. (2003). *Sabiston: Tratado de Patología Quirúrgica*. México: Mc Graw –Hill- Interamericana.
18. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Vicerrectorado de investigación y postgrado (2021). *Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestrías y Tesis Doctorales (1ra Edición)*. Caracas. FEDUPEL.
19. Villaclara, (2020). Tratamiento de Litiasis Vesicular. *Guía clínica de la Society for Surgery of the Alimentary Tract*. 165. 44-49
20. Ortiz, Henry. Padilla, Marco (2021). *Factores de riesgo para la conversión de la colecistectomía laparoscópica*. Unidad de Postgrado Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar el título de especialista en cirugía general. Lima - Perú Pág. 6-12.
21. Vicente Ponce.(2009) *Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Sergio E. Berna/es Lima - Perú, periodo enero 2009 - agosto 2010*. Tesis. Lima- Perú 2011. Pág. 13-15.
22. Cuerpo Médico EsSalud Red Asistencial Junín. (2014) *Historia del Hospital Regional de Huancayo*. Revista No 09 . Pág. 28-30.
23. Hospital Santa Rosa. MINSA. Departamento de Cirugía. *Guía de práctica clínica basada en evidencias: Litiasis biliar*. Lima, Nov. 2012. Pág. 11-18.
24. Indar A., Ian J. *Acute cholecystitis*. BMJ 2002. Pág. 639-43.

25. Hospital Nacional Cayetano Heredia. MINSA. Departamento de cirugía. *Guía clínica de colecistitis aguda*. 2006. Pág. 15-24.
26. Chousleb, Elias. *Estado actual de la colecistectomía laparoscópica*. Revista: Cirugía de invasión mínima. México 2004. Pág. 03-04.
27. Galloso Cueto, G. *Factores que influyen en la conversión de la colecistectomía video laparoscópica a cirugía tradicional*. Tesis. Cuba 2012. Pág. 05.
28. Beauchamp. Evers. Mattox. *Sabiston Tratado de Cirugía. Cirugía para los trastornos biliares litíasicos, co/ecistectomía laparoscópica*. Editorial Elsevier Saunders 2009. Tomo 111. Pág. 1563-65.
29. Bittner R. Laparoscopic surgery: 15 years after clinical introduction. *World J Surg* 2006;30:1190- 203.
30. Bisgaard T, Kehlet H, Rosenberg J (2020) Pain and convalescence after laparoscopic cholecystectomy. *Eur J Surg Acta Chir* 167:84–96
31. Litynski GS (1998) Erich Mühe and the rejection of laparoscopic cholecystectomy (1985): a surgeon ahead of his time. *JLS* 2(4):341–346
32. Zornig C, Mofid H, Siemssen L et al (2009) Transvaginal NOTES hybrid cholecystectomy: feasibility results in 68 cases with mid-term follow-up. *Endoscopy* 41:391–394
33. Tsui, C., Klein, R., Garabrant, M. **Minimally invasive surgery: national trends in adoption and future directions for hospital strategy.** *Surg Endosc.* 2013;27:2253–2257

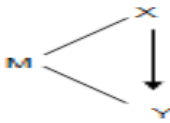
34. Cox MR. Laparoscopic Cholecystectomy for acute inflammation of GB *Annals of Surgery*. 1993;218:630-3.
35. Bazzi WM, Stroup SP, Cohen SA, Sisul DM, Liss MA, Masterson JH, Kopp RP, Gudeman SR, Leeflang E, Palazzi KL, et al. Comparison of transrectal and transvaginal hybrid natural orifice transluminal endoscopic surgery partial nephrectomy in the porcine model. *Urology*. 2013;82:84–89. [[PubMed](#)]
36. Astudillo JA, Sporn E, Bachman S, Miedema B, Thaler K. Transgastric cholecystectomy using a prototype endoscope with 2 deflecting working channels (with video) *Gastrointest Endosc*. 2009;69(2):297–302. doi: 10.1016/j.gie.2018.05.035. [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)]
37. Alponat A, Kum CK, Koh BC, Rajnakova A, and Goh PMY. (1997). “Predictive factors for conversion of laparoscopic surgery”, *World J Surg*, Vol.21, pp.629-633.
38. Aprea G, Coppola Bottazzi E, Guida F, Masone S, Persico G. Laparoendoscopic single site (LESS) *versus* classic video-laparoscopic cholecystectomy: a randomized prospective study. *J Surg Res*. 2011;166(2):e109–12.
39. Langenbuch C. [Ein Fall von Exstirpation der Gallenblase wegen chronischer Cholezystitis](#). *Berl Klin Wschr* 1882; 19: 725
40. Navarra G, Pozza E, Occhioneorelli S, Carcoforo P, Donini I. One-wound laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*. 1997;84(5):695.
41. Tamini, N., Rota, M., Bolzonaro, E. et al, Single-incision versus standard multiple-incision laparoscopic cholecystectomy: a meta-analysis of experimental and observational studies. *Surg Innov*. 2014;21:528–545.

42. Carlos SABBAG, Ana BLITZCKOW, ALTERNATIVE TECHNIQUE FOR CHOLECYSTECTOMY COMPARABLE TO SINGLE PORT, *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 2022, **30**, 1, 53
43. Mühe E (1991) Laparoscopic cholecystectomy--late results. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd*: 416-423. PubMed: [1838946](#).
44. David RR. Laparoscopic Cholecystectomy. In: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H editors. *Maingot's abdominal operations volume 2*. 10th edn. Connecticut ASimon and Schuster Company; 1997.p 1855.
45. Fleisher LA, Roizen MF: Cholecystectomy, laparoscopic; in Fleisher LA, Roizen MF (eds): *Essence of Anesthesia Practise*. Saunders, Philadelphia, 1999, p 435.
46. Lirici MM, Califano AD, Angelini P, Corcione F. Laparo-endoscopic single site cholecystectomy versus standard laparoscopic cholecystectomy: results of a pilot randomized trial. *Am J Surg* 2011;202:45–52.

ANEXOS

ANEXO N° 01 - MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Título: “Características epidemiológicos, prevalencia y los factores de riesgo relacionados con los procedimientos quirúrgicos en el servicio de cirugía del HOSPITAL NACIONAL DE ICA en el periodo de enero a diciembre del 2022”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO	INSTRUMENTACION
<p>Cuáles son las características epidemiológicas y los es la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con los procedimientos quirúrgicos en el servicio de cirugía del HOSPITAL NACIONAL DE ICA en el periodo de enero a diciembre del 2022</p>	<p>Determinar características epidemiológicas y los es la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con los procedimientos quirúrgicos en el servicio de cirugía del HOSPITAL NACIONAL DE ICA en el periodo de enero a diciembre del 2022</p> <p>1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>	<p>Nuestro trabajo de investigación no cuenta con hipótesis general.</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Factores de riesgo de cirugías</p> <p>Variable independiente</p> <p>Prevalencia de conversión de cirugías.</p>	<p>El diseño descriptivo comparativo</p> 	<p>Recolección de información.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar las causas de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional. • Analizar los diversos riesgos de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional. • Estudiar las principales características epidemiológicas que 				
--	---	--	--	--	--

	<p>se realiza en las diversas cirugías .</p> <ul style="list-style-type: none">• Verificar los años de experiencia del cirujano al realizar una conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional.				
--	---	--	--	--	--

ANEXO N° 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Datos del paciente:

➤ Ficha de la Historia clínica: _____

➤ Fecha del ingreso: _____

➤ Fecha del egreso: _____

➤ Días de su hospitalización: _____

➤ Dx. Preoperatorio: _____

➤ Dx. Postoperatorio: _____

1. Edad

a) Menor de 60 años

b) Mayor de 60 años

2. Sexo

a) Masculino

b) Femenino

3. Enfermedad asociada

a) Hipertensión Arterial

➤ Si

➤ No

b) Diabetes Mellitus

➤ Si

➤ No

c) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

➤ Si

➤ No

d) Cardiopatías

➤ Si

➤ No

e) Cirrosis hepática

➤ Si

➤ No

- a) Pancreatitis
- Si
 - No
1. Cirugía abdominal previa
- Si
 - No
2. Historia de enfermedad vesicular
- Aguda
 - Crónica
- Hallazgos paraclínicos
3. Bilirrubina total
- Si
 - No
4. Fosfatasa alcalina elevada
- Si
 - No
5. Leucocitos
- Si
 - No
- Parámetro ecográfico
6. Grosos de pared
- Menor de 4mm.
 - Mayor o igual a 4mm.
7. Forma de ingreso
- Electiva
 - Emergencia
- Presencia de conversión
8. Motivo de conversión en el intraoperatorio
- a) Vesícula escleroatrófica
- Si
 - No
- b) Adherencia
- Si
 - No
- c) Síndrome Mirizzi
- Si
 - No
- d) Dificultad para identificar anatomía



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:/...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO

REPORTE DE TURNITIN

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICOS, PREVALENCIA Y LOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE ICA EN EL PERIODO DE ENERO A DI

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	www.slideshare.net Fuente de Internet	2%
4	1library.co Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1%
6	Submitted to Corporación Universitaria Remington Trabajo del estudiante	1%
7	idoc.pub Fuente de Internet	1%