

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA HUMANA**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE MEDICO ESPECIALISTA EN  
CIRUGIA GENERAL**

---

**Morbilidad quirúrgica de colecistectomía laparoscópica temprana frente a la  
tardía en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital II – 1 Moyobamba**

---

**Área de investigación:**  
**Medicina Humana**

**Autor:**  
M.C. CINDY VELA VELA

**Asesor:**  
Vásquez Carbajal, Markel William  
Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1733-9022>

**TRUJILLO – PERÚ**  
**2023**

## **I. DATOS GENERALES**

### **1. TITULO Y NOMBRE DEL PROYECTO:**

Morbilidad quirúrgica de colecistectomía laparoscópica temprana versus tardía en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital II – 1 Moyobamba.

### **2. LÍNEA DE LA INVESTIGACIÓN:**

Emergencias quirúrgicas.

### **3. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

3.1. Según su orientación o finalidad: Aplicada.

3.2. Según la técnica de contrastación: Analítico, longitudinal, de cohortes, retrospectivo.

### **4. ESCUELA PROFESIONAL Y DEPARTAMENTO ACADÉMICO:**

Unidad de Segunda especialidad \_ Facultad de Medicina humana

### **5. EQUIPO INVESTIGADOR:**

5.1. AUTOR: M.C. Cindy Vela Vela.

5.2. ASESOR: Dr. Markel William Vásquez Carbajal.

### **6. INSTITUCIÓN Y/O LUGAR DONDE SE EJECUTA EL PROYECTO:**

Servicio de Cirugía General del Departamento de Cirugía General del Hospital II – 1 Moyobamba.

### **7. DURACIÓN (FECHA DE INICIO Y TERMINO):**

6 meses (abril del 2022 a noviembre del 2022)

## **II. PLAN DE INVESTIGACIÓN**

### **1. RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO DE TESIS**

Se ejecutará una indagación y comparar la morbilidad quirúrgica de colecistectomía laparoscópica temprana y tardía en quienes padecen de colecistitis aguda en el Hospital II – 1 Moyobamba; evaluados en Cirugía General desde el 2019 al 2021 que estén dentro de las pautas establecidas: que sea observacional, analítico retrospectivo y de cohortes. El estudio tendrá una muestra de 154 pacientes divididos en 2 grupos de 77 pacientes por cada técnica quirúrgica. En la estadística se emplea Chi Cuadrado ( $X^2$ ) para variables cualitativas; la asociación será representativa cuando la probabilidad de fallar resulte menor del 5% ( $p < 0.05$ ). Este trabajo evalúa la asociación mediante variables por mediante de un estudio retrospectivo y se conseguirá el riesgo relativo del momento en el cual se realice la colecistectomía laparoscópica en relación a la morbilidad quirúrgica. Se obtendrá el resultado del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo que corresponda.

### **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La litiasis vesicular resulta costosa, afectando de manera global a aproximadamente a 20 millones de personas y resultando en 1.8 millones de atenciones médicas anuales en los Estados Unidos de América. Con relación a su tratamiento, la colecistectomía constituye la intervención quirúrgica abdominal programada con mayor demanda en Norteamérica, estimada en 750,000 operaciones que se realizan anualmente y la gran mayoría de las cuales son laparoscópicas.

La enfermedad de los cálculos biliares ha sido una causa importante de morbilidad mundial con un grado variable de prevalencia según los parámetros geográficos, raciales y étnicos. Los cálculos biliares son al menos tres o cuatro veces más comunes en mujeres. La incidencia de cálculos biliares aumenta con la edad y son raros antes de los 20 años. En Reino Unido el 15% de la población adulta tiene cálculos en la vesícula biliar. En Pakistán, la prevalencia de los cálculos biliares es del 10%.

La mayor incidencia puede explicarse por la epidemia de obesidad y estilos de vida sedentarios.

El buen resultado del procedimiento y la reducción de la estancia hospitalaria han ayudado el cambio dramático del abordaje abierto al laparoscópico para los cálculos biliares. Más del 90% de los 830.000 casos de colecistectomía en Norteamérica se realizan mediante un abordaje laparoscópico. La incidencia de complicaciones mayores con CL sigue siendo tan baja como 5%.

En nuestra región específicamente en el Servicio de Cirugía General del Hospital II – 1 Moyobamba durante enero a diciembre del 2019 registraron 352 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, observando que en el 41% de ellos fueron tributarios de colecistectomía laparoscópica mientras que el 59% restante fueron tributarios de colecistectomía abierta.

## **PROBLEMA**

¿Tiene la colecistectomía laparoscópica temprana mayor morbilidad quirúrgica que la colecistectomía laparoscópica tardía en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital II – 1 Moyobamba durante el periodo 2019 - 2021?

### **3. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

Kohga A, (Japón, 2019); compararon colecistectomía laparoscópica temprana con la tardía, en 465 pacientes, tomando como punto de corte un periodo de 7 días, se encontró que el tiempo de operación (105 vs 124 min), duración de la estancia hospitalaria postoperatoria (4 vs 4 días), tasa de conversión (1,3 % vs 10,7 %), fuga biliar (0,3 % vs 3,3 %), cálculo residual (2,4 % vs 6,7 %) y la readmisión (1,0 % frente a 6,7 %) fueron inferiores en el grupo con intervención temprana ( $p < 0.05$ )<sup>4</sup>.

Borzellino G, et al (Italia, 2021); evaluaron la utilidad de la colecistectomía temprana para reducir las complicaciones posoperatorias, la intervención dentro de las 24 horas posteriores al ingreso no minimiza significativamente la morbilidad, (RR) 1,89 (IC) 95% [0,76; 4.71], pero la intervención dentro de las 72 h de los síntomas reduce la morbilidad respecto a la colecistectomía tardía con RR = 0,60 [IC 95% 0,39; 0,92]<sup>5</sup>.

Ghnnam W, et al (Arabia, 2018); compararon la intervención temprana versus tardía en colecistitis aguda; en 60 pacientes divididos en 2 grupos de 30; la estancia hospitalaria total fue mayor ( $5,2 \pm 1,40$  versus  $7,8 \pm 1,65$  días;  $P = 0,04$ ) y los costos fueron mayores ( $2500,97 \pm 755,265$  versus  $3713,47 \pm 517,331$  liras;  $p = 0,03$ ); la morbilidad se observó en 8 pacientes del grupo temprano, y en ninguno del grupo tardío ( $p = 0,002$ )<sup>6</sup>.

Lyu Y, et al (China, 2018); en una búsqueda sistemática; no hubo diferencias para la infección de herida (RR 0,75; IC 95% 0,51-1,11;  $p = 0,15$ ), ni complicaciones totales (RR 0,90; IC 95% 0,58-1,39;  $p = 0,63$ ). Pero la intervención temprana se asoció con menor estancia hospitalaria (DM = - 3,07 días; IC del 95 %: - 3,98 a - 2,16;  $p < 0,00001$ )<sup>7</sup>.

#### **4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

La colecistectomía laparoscópica es una de las intervenciones quirúrgicas realizadas con mayor frecuencia en el contexto de las atenciones de emergencia en los servicios de cirugía general, actualmente es la técnica de elección en el abordaje de pacientes con colecistitis aguda aun cuando la tasa de complicaciones peri operatorias ha disminuido en su frecuencia en función de la curva de aprendizaje obtenida durante estos últimos años, aun se reportan casos de morbilidad quirúrgica asociada a esta intervención, no habiéndose definido aún de manera precisa el impacto del abordaje temprano en relación con al abordaje tardío, en este sentido existen aún reportes contradictorios aunque la mayoría de revisiones coinciden en señalar los beneficios de la cirugía laparoscópica realizada en los primeros días después del inicio de los síntomas, es por ello que consideramos pertinente realizar la presente investigación, considerando que no hemos identificado estudios similares en nuestra población.

Los beneficiarios del estudio serán los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda expuestos a colecistectomía laparoscópica, pues se podrá identificar cual es el periodo de intervención más oportuno para poder registrar un menor números de complicaciones durante su evolución postoperatoria.

Además, los especialistas conocerán la realidad quirúrgica del medio en que se desempeñan como cirujanos, para desenvolverse mejor en la toma de decisiones antes, durante y después de la cirugía.

## **5. OBJETIVOS**

### **OBJETIVOS GENERAL:**

Determinar si la colecistectomía laparoscópica temprana tiene mayor morbilidad quirúrgica que la colecistectomía laparoscópica tardía en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital II – 1 Moyobamba desde 2019 al 2021.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Comparar la frecuencia de infección de sitio operatorio entre pacientes con colecistitis aguda expuestos a colecistectomía laparoscópica temprana o tardía.

Comparar la frecuencia de sangrado intraoperatorio entre pacientes con colecistitis aguda expuestos a colecistectomía laparoscópica temprana o tardía.

Comparar la frecuencia de tiempo quirúrgico prolongado entre pacientes con colecistitis aguda expuestos a colecistectomía laparoscópica temprana o tardía.

Comparar la frecuencia de conversión a cirugía abierta entre pacientes con colecistitis aguda expuestos a colecistectomía laparoscópica temprana o tardía.

## **6. MARCO TEÓRICO**

La colecistitis aguda genera síntomas urgentes, algunos hallazgos a la exploración son el aumento del grosor de la pared de la vesícula biliar, edema y adherencia de órganos adyacentes junto con el epiplón. Su causa más común son los cálculos en la vesícula biliar. La colecistitis es una afección grave y debe tratarse.

Aunque la laparoscopia se consideró contraindicada en casos de colecistitis aguda en los primeros años de la laparoscopia, esta opinión perdió su validez en poco tiempo<sup>8</sup>.

La colecistectomía laparoscópica (CL) se introdujo por primera vez a mediados de la década de 1980 para los cálculos biliares sintomáticos. Actualmente, es el tratamiento de referencia para los cálculos biliares sintomático<sup>9</sup>. En las décadas iniciales, los procedimientos laparoscópicos solo estaban restringidos para cirujanos experimentados, sin embargo, los estudios mostraron gradualmente cómo el nivel de experiencia quirúrgica y la duración de la práctica no impactaron el resultado en el paciente en procedimientos laparoscópicos. La CL es un procedimiento seguro que comúnmente realizan los residentes de cirugía bajo la supervisión de los asistentes<sup>10</sup>.

Las ventajas del abordaje laparoscópico incluyen mejor recuperación, menor morbilidad y menor dolor posoperatorio, menor duración de la estancia hospitalaria y menor tasa de mortalidad. Sin embargo, el sangrado intraoperatorio que no se ve afectado por la selección de la técnica quirúrgica. Puede haber varios factores que contribuyen al riesgo de conversión a un procedimiento abierto: anatomía distorsionada, sangrado excesivo, lesión visceral, adherencia, falla del equipo, son factores que aumentan la conversión de CL a enfoque abierto<sup>11</sup>.

Sin embargo, para las complicaciones reportadas en la investigación y auditoría a entenderse correctamente, es necesario definirlos claramente, ya sea dentro del informe, o por referencia a publicaciones anteriores que contienen definiciones adecuadas. La consistencia en el reporte de complicaciones es indispensable para hacer comparaciones válidas entre estudios o entre unidades quirúrgicas, para monitorear el desempeño a lo largo del tiempo y para la fusión de datos en Metaanálisis. El uso en la evaluación de la calidad de la CL podría facilitar una investigación más consistente de los resultados, y también permitiría la evaluación comparativa o el seguimiento del rendimiento de la cirugía<sup>12</sup>.

Hoy en día se pueden realizar procedimientos quirúrgicos laparoscópicos en casi todos los hospitales y las experiencias de los cirujanos van aumentando día a día. La colecistectomía es especialmente uno de los tratamientos laparoscópicos que muchos asistentes primero aprenden y aplican. La validez de la colecistectomía laparoscópica (CL) es hoy indiscutible en cálculos vesiculares sintomáticos, otras enfermedades

benignas de la vesícula biliar y malignidad en etapa temprana según ciertos autores<sup>13</sup>.

Hoy en día, la colecistectomía laparoscópica es fundamental como tratamiento de colecistitis aguda particularmente en todos los pacientes que la han aplicado en el período inicial y pueden tolerar la cirugía<sup>14</sup>. Aunque las tasas de complicación y conversión a cirugía abierta tienden a disminuir con el tiempo con la experiencia creciente, todavía se encuentran entre los problemas importantes hoy. Las complicaciones más importantes de la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda son las lesiones y sangrado de las vías biliares<sup>15</sup>.

La incidencia de lesión biliar después de la colecistectomía laparoscópica (CL) ha mostrado una tendencia a la baja, aunque todavía puede ser el doble que con la colecistectomía abierta. La lesión biliar o vaso biliar mayor se asocia con una morbilidad significativa. Una colecistectomía segura es aquella que es “segura tanto para el paciente (sin conducto biliar/víscera hueca/lesión vascular) como para el cirujano (sin posibilidad de litigio o con un alcance mínimo). Como la prevención es la mejor estrategia, recientemente se introdujo el concepto de una cultura de colecistectomía segura para educar a los cirujanos y ponerlos al tanto de los principios básicos de la realización segura de la CL<sup>16</sup>.

Varios aspectos de la colecistectomía segura incluyen: el conocimiento profundo de la anatomía relevante, varios puntos de referencia anatómicos y variaciones anatómicas; una comprensión de los mecanismos implicados en la lesión biliar/vascular, siendo el más importante la lesión por identificación errónea; identificación de predictores preoperatorios e intraoperatorios de colecistectomía difícil; retracción adecuada de la vesícula biliar; uso seguro de varios dispositivos de energía; comprensión de la visión crítica de la seguridad; conocimiento de varias trampas de error (p. ej., primera técnica de fondo de ojo); uso de varias estrategias de rescate (p. ej., colecistectomía subtotal) en casos difíciles de vesícula biliar; uso de técnicas de imágenes intraoperatorias (p. ej., colangiografía intraoperatoria) para determinar la anatomía correcta; y (10) comprender el concepto de tiempo fuera<sup>17</sup>.



## 7. HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS ALTERNA (HA):

La colecistectomía laparoscópica temprana comprende mayor morbilidad quirúrgica que la colecistectomía laparoscópica tardía en quienes presentan colecistitis aguda en el Hospital II – 1 Moyobamba.

### HIPÓTESIS NULA (HO):

La colecistectomía laparoscópica temprana no tiene mayor morbilidad quirúrgica que la colecistectomía laparoscópica tardía en quienes presentan colecistitis aguda en el Hospital II – 1 Moyobamba.

## 8. MATERIAL Y METODOLOGÍA

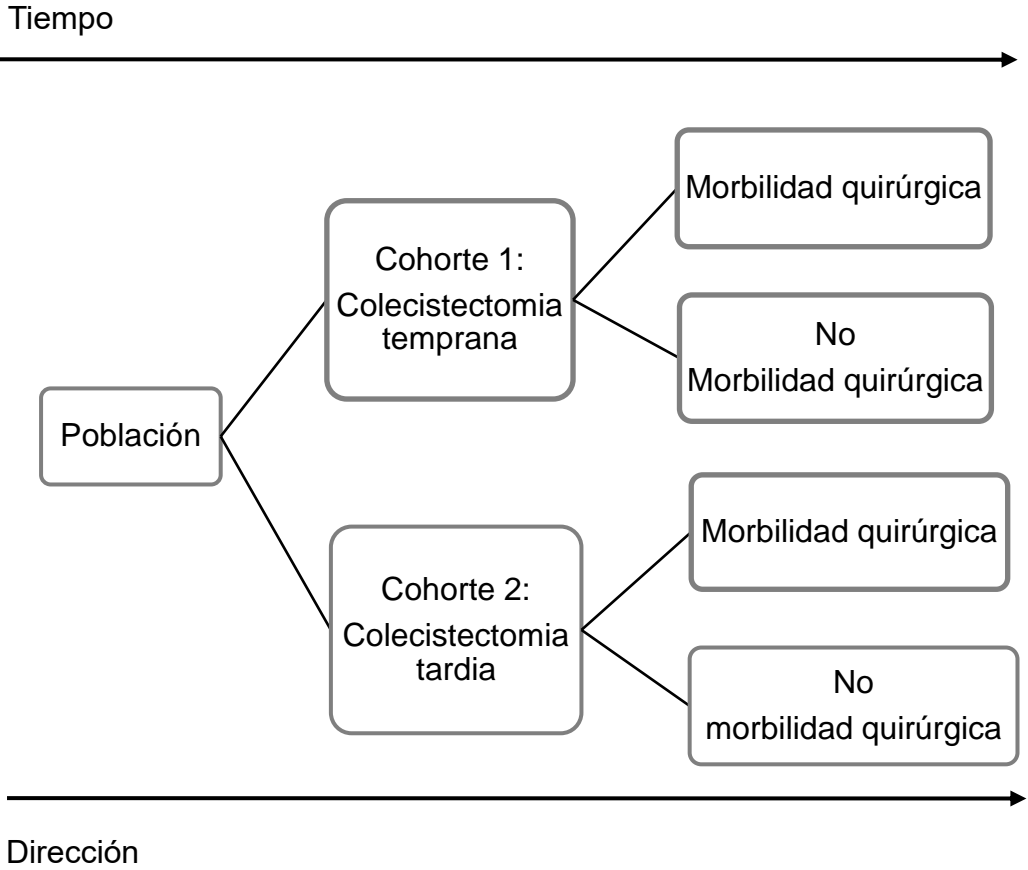
### a. Diseño de estudio:

Analítico, observacional, retrospectivo, longitudinal de cohortes.

Diseño Específico:

G	DESENLACE
G1	X1
G2	X1

- P : Población  
G1: Colecistectomía temprana  
G2: Colecistectomía tardía  
X1: Morbilidad quirúrgica



**b. Población, muestra y muestreo**

**Población Universo:**

Pacientes con colecistitis aguda atendidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital II – 1 Moyobamba durante el periodo 2019 – 2021; que cumplan los siguientes criterios de selección:

**Criterios de inclusión (Cohorte expuesta):**

Pacientes expuestos a colecistectomía temprana; mayores de 15 años; de ambos sexos.

**Criterios de inclusión (Controles):**

Pacientes expuestos a colecistectomía tardía; mayores de 15 años; de ambos sexos.

**Criterios de exclusión:**

Pacientes con ascitis, con pancreatitis aguda, con litiasis de vía biliar principal, con carcinomatosis peritoneal.

**Muestra****Unidad de Análisis:**

Estará constituido por cada paciente con colecistitis aguda atendido en el Servicio de Cirugía General del Hospital II – 1 Moyobamba durante el periodo 2019 – 2021 y que cumpla con los criterios de selección.

**Tamaño Muestral:**

Formula<sup>18</sup>:

$$n = \frac{(Z \frac{\alpha}{2} + Z\beta)^2 (p1.q1 + p2.q2)}{(p1 - p2)^2}$$

Dónde:

$p_1$  = Proporción de la cohorte de colecistectomía temprana con morbilidad

$P^2$  = Proporción de la cohorte de colecistectomía tardía con morbilidad

$n$  = Número de casos

$Z_{\alpha/2} = 1,96$  para  $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$  para  $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.114$

$P_2 = 0.014$

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 77$$

COHORTE 1: (Colecistectomía temprana) = 77 pacientes.

COHORTE 2: (Colecistectomía tardía) = 77 pacientes.

**c. Definición operacional de las variables:**

**Morbilidad quirúrgica:** Se considerarán como componentes: infección de sitio operatorio, sangrado intraoperatorio, tiempo quirúrgico prolongado y conversión a cirugía abierta<sup>6</sup>.

**Colecistectomía temprana:** Aquella intervención practicada en los primeros 7 días desde que el paciente comienza a tener síntomas<sup>5</sup>.

**Colecistectomía tardía:** Aquella intervención practicada después de 7 días desde que el paciente comienza a tener síntomas, incluyendo a aquellos pacientes con episodios previos de cólico biliar<sup>5</sup>.

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INDICES</b>
Tipo de intervención	Cualitativa	Nominal	Colecistectomía: temprana. Tardía.	Si – No Si - No
<b>DEPENDIENTE</b>				
Morbilidad quirúrgica	Cualitativa	Nominal	Infección de sitio operatorio	Si – No
			Sangrado	Si – No
			Estancia hospitalaria prolongada	Si – No
			Conversión a cirugía abierta	Si – No
<b>INTERVINIENTES</b>				
Edad	Cuantitativa	Discreta	Fecha de nacimiento	Años
Genero	Cualitativa	Nominal	Fenotipo	Masculino - Femenino
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Urbano - rural	Si – No Si – No

**d. Procedimientos y técnicas:**

Solicitar aprobación del proyecto y autorización para el acceso a los expedientes clínico.

Ingresarán al estudio los pacientes con colecistitis aguda evaluados en el Servicio de Cirugía General del Hospital II – 1 Moyobamba entre 2019 – 2021; luego se realizará lo siguiente:

Escoger a los pacientes expuestos a colecistectomía temprana o tardía hasta completar el tamaño requerido según la técnica de muestreo aleatorio simple, según el tiempo de enfermedad.

Realizar la revisión de la morbilidad quirúrgica en cada grupo, registrados en la historia clínica, dichos datos y de las variables intervinientes se incorporará en un formato de información (anexo 1).

**e. Plan de análisis de datos:**

Los datos obtenidos serán analizados en el programa estadístico SPSS 26 con la recopilación de toda la información en el programa EXCEL.

**Estadística Descriptiva:**

Lo obtenido se muestra en cuadros de doble entrada con frecuencias en números enteros y en porcentajes. Para las variables cuantitativas se tienen medidas de posición y de dispersión. Y para las variables cualitativas solo porcentajes.

**Estadística analítica:**

Usaremos el test de Chi cuadrado y las asociaciones se considerarán significativas si la probabilidad de fallar resulte menor del 5% ( $p < 0.05$ ). Para determinar el nivel de asociación se obtendrá el RR puntual con intervalos para una seguridad del 95%.

Estadígrafo de estudio:

Se calculará el riesgo relativo del tipo de colecistectomía respecto a morbilidad quirúrgica.

$$RR = \frac{a(s+b)}{c/(c+d)} = \frac{I_e}{I_o}$$

**f. Aspectos éticos:**

El trabajo será aceptado por el grupo de Investigación y Ética del Hospital II – 1 Moyobamba y de la Universidad Privada Antenor Orrego; considerando la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23)<sup>19</sup> y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)<sup>20</sup>.

**9. CRONOGRAMA DE TRABAJO**

N	ACTIVIDADES	PERSONAS RESPONSABLES	TIEMPO								
			MAY - OCT 2022								
			1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Planificación y elaboración del proyecto	INVESTIGADOR  ASESOR	X								
2	Presentación y aprobación del proyecto	INVESTIGADOR		X							
3	Recolección de Datos	INVESTIGADOR – ASESOR			X	X	X	X			
4	Procesamiento y análisis	INVESTIGADOR ESTADÍSTICO							X		
5	Elaboración del Informe Final	INVESTIGADOR									X
	DURACIÓN DEL PROYECTO		1	2	3	4	5	6	7	8	
	PERÍODO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR MES										

## 10. PRESUPUESTO DETALLADO

<b>NATURALEZA DEL GASTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>PRECIO TOTAL</b>
<b>BIENES</b>				Nuevos Soles
1.4.4.002	Papel Bond A4	01 millar	0.02	20.00
1.4.4.002	Lapiceros	5	2.00	10.00
1.4.4.002	Resaltadores	03	3.00	9.00
1.4.4.002	Correctores	03	3.00	9.00
1.4.4.002	CD	10	2.00	20.00
1.4.4.002	Archivadores	10	3.00	30.00
1.4.4.002	Perforador	1	7.00	7.00
1.4.4.002	Grapas	1 paquete	3.00	3.00
<b>SERVICIOS</b>				
1.5.6.030	INTERNET	100	2.00	200.00
1.5.3.003	Movilidad	200	1.00	200.00
1.5.6.014	Empastados	10	12	120.00
1.5.6.004	Fotocopias	300	0.10	30.00
1.5.6.023	Asesoría por Estadístico	2	250	500.00
			<b>TOTAL</b>	<b>1158.00</b>

## 11. BIBLIOGRAFIA

1. Amreek F. Retrospective Analysis of Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy for Symptomatic Gallstones. *Cureus* 2019; 11(7): 5152.
2. Sarda D, Garg P. Retrospective analysis of complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a hospital based study. *J Adv Med Dent Scie Res.* 2018; 6:40-42
3. Ahmed W, Iqbal M, Ahmed I: Is there any change in demographic pattern of patients with Cholelithiasis? *Isra Med J.* 2018; 9:75-79.
4. Kohga A. Outcomes of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis performed at a single institution. *Asian J Endosc Surg* 2019; 12 (1):74-80.
5. Borzellino G. Timing of early laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *World Journal of Emergency Surgery* 2021; 16:16.
6. Ghnam W, Alzahrany E, Elbeshry M, Alqarni A, Al-Shahrani M. Early versus interval cholecystectomy for acute cholecystitis: 5 years' local experience. *Int J Surg Med.* 2018; 3:150–5.
7. Lyu Y, Cheng Y, Wang B, Zhao S, Chen L. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: an up-to-date meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg Endosc.* 2018; 32 (12):4728–41.
8. Al Masri S, Shaib Y, Edelbi M, et al: Predicting conversion from laparoscopic to open cholecystectomy: a single institution retrospective study. *World J Surg.* 2018, 42:2373-2382.
9. Atta H. Difficult laparoscopic cholecystectomy and trainees: predictors and results in an academic teaching hospital. *Gastroenterol Res Pract.* 2017; 6467814:1-5.
10. Harry A. Reporting of complications after laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *HPB* 2018; 20 786–794.
11. Sarda D, Garg P. Retrospective analysis of complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a hospital based study. *J Adv Med Dent Scie Res.* 2018; 6:40-42



12. Palanisamy S, Patel N, Sabnis S, Palanisamy N, Vijay A, Palanivelu P, et al. Laparoscopic radical cholecystectomy for suspected early gall bladder carcinoma: thinking beyond convention. *Surg Endosc* 2017; 30:2442–8.
13. Janjic G, Simatovic M, Skrbic V, Karabeg R, Radulj D. Early vs. Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis - Single Center Experience. *Med Arch* 2020; 74:34–8.
14. Kossovich MA, Khrustaleva MV, Godzhello EA, Mayorova YB, Leontyeva MS. Optimal dates of surgery for acute calculous cholecystitis. [Article in Russian] *Khirurgiia (Mosk)* 2020; 56– 60.
15. Zaafour H, Mrad S, Khedhiri N, Haddad D, Bouhafa A, Maamer AB. First experience with outpatient laparoscopic cholecystectomy in Tunisia. *Pan Afr Med J* 2018; 28:78.
16. Imanzadeh A, Kokabi N, Pourjabbar S, Latich I, Pollak J, Kim H, et al. Safety and Efficacy of Percutaneous Cholecystostomy for Emphysematous Cholecystitis. *J Clin Imaging Sci* 2020; 10:9.
17. Lunevicius R. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: a classification, which encompasses the variants, technical modalities, and extent of resection of the gallbladder. *Ann R Coll Surg Engl* 2020; 102:315–7.
18. García J, Reding A, López J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en educación médica* 2013; 2(8): 217-224.
19. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.
20. Ley general de salud. N.º 26842. Concordancias: D. S. N.º 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012.

## 12. ANEXOS

### ANEXO N.º 01

Morbilidad quirúrgica de colecistectomía laparoscópica temprana frente a la tardía en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital II – 1 Moyobamba.

#### **PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Fecha..... N.º.....

##### **I. DATOS GENERALES:**

1.1. Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

1.2. Edad: \_\_\_\_\_ años

1.3 Género: \_\_\_\_\_

1.4 Procedencia: \_\_\_\_\_

##### **II. VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Tipo de intervención: Colecistectomía temprana (.....)

Colecistectomía tardía (.....)

##### **III. VARIABLE DEPENDIENTE:**

Morbilidad postoperatoria: Si ( ) No ( )

Tipo de morbilidad: \_\_\_\_\_