

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS A LA CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA
LAPAROSCÓPICA A CIRUGÍA ABIERTA EN HOSPITAL II-1 ESSALUD
JORGE REATEGUI DELGADO PIURA 2013-2017**

**ASSOCIATED FACTORS FOR CONVERSION FROM LAPAROSCOPIC
CHOLECISTECTOMY TO OPEN SURGERY AT LEVEL II-1 ESSALUD
JORGE REATEGUI DELGADO HOSPITAL PIURA 2013-2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR: VÁSQUEZ FARFÁN, ROSA ESTEPHANY¹

ASESOR: DR. ESPINOZA CUADROS, JORGE VICTOR

HOSPITAL: JORGE REATEGUI DELGADO

DIRECCION: AVENIDA GRAU N° 1150

PIURA – PERÚ

2019

1. Escuela de Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego, Piura, Perú

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“FACTORES ASOCIADOS A LA CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA
LAPAROSCÓPICA A CIRUGÍA ABIERTA EN HOSPITAL II-1 ESSALUD
JORGE REATEGUI DELGADO PIURA 2013-2017”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

PRESIDENTE

DR. CESAR SANCHEZ TORRES

SECRETARIO

DR. HONORIO REYES VALDIVIEZO

VOCAL

DR. RAUL SANDOVAL ATO

PIURA –PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mis padres Julio Cesar y Socorro Esther por haberme apoyado en todo momento, por sus valores, consejos, por su amor incondicional, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien y sobre todo por esas fuerzas inagotables para que no nos falte nada.

A mi hermana Jackeline por su paciencia, cariño y amor

A mi abuelo Teodoro y mi tía Luisa por haberme inculcado valores de responsabilidad, honestidad, perseverancia y respeto a los demás. Porque cumplí el sueño de ser médica. Dios los tenga en su gloria.

A mi abuelita Juana, tíos y tías, primos sobre todo aquellos que directa o indirectamente me apoyaron para la realización de esta tesis

A mis verdaderas amistades durante esta carrera Universitaria: Denisse, Jennifer, Fiorella, Nathaly, Alejandra, Marleny y Maritza que estuvieron en las buenas y en las malas, por su compañía, paciencia y motivación pero sobre todo por su verdadera amistad

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por permitirme estar aquí un día más de vida

A mi familia, amigos y seres queridos por su tiempo, dedicación y paciencia

A mi asesor de tesis por acompañarme en esta travesía de realizar el presente trabajo

RESUMEN

Objetivo: Estudiar cuáles son los factores asociados a la conversión de Colectomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017

Material y Métodos: Básica, Observacional, Analítico y Transversal-Cualitativo Retrospectivo; con toma de datos secundarios mediante historias clínicas en donde se evaluó mediante estadística descriptiva como analítica.

Resultados: De 1265 colectomías laparoscópicas, durante 5 años 97 casos se convirtieron a cirugía abierta representando una tasa de conversión del 7,6 %. Los factores : Edad (RPa: 1,83; IC95%: 1,13-2,99; valor $p=0,015$), Engrosamiento de la pared vesicular (RPa: 3,32; IC95%: 1,69-6,51; valor $p<0,001$), Síndrome Adherencial (RPa: 2,20; IC95%: 1,86-2,61; valor $p= 0,021$) y Obesidad (RPa: 5,75; IC95%: 4,44-7,44; valor $p<0,001$); ajustadas por el tiempo de enfermedad y tiempo quirúrgico

Conclusiones. Los Principales factores para la Conversión son la Edad, Engrosamiento de la pared vesicular, Síndrome Adherencial y Obesidad.

Palabras Clave: Colectomía laparoscópica, Colectomía Convencional, Conversión, factores.

ABSTRACT

Objective: Studies the associated factors for conversion from laparoscopic cholecystectomy to open surgery at level II-1 in the EsSalud Jorge Reategui Delgado Hospital Piura 2013-2017

Material and methods: Basic, Observational, Analytical, Transversal-Cualitative and Retrospective; with secondary data through case histories where used both descriptive statistics and analytic.

Results: Of 1265 cholecystectomies laparoscopic, 5 years 97 cases were converted to conventional cholecystectomy representing a conversion rate of 7,6 %. Factors: Age (RPa: 1.83;) 95% CI: 1, 13-2, 99; (p-value = 0, 015), gallbladder wall thickening (RPa: 3,32;) 95% CI: 1, 69-6, 51; (p-value < 0.001), Adhesion syndrome (RPa: 2.20;) 95% CI: 1, 86-2, 61; p = 0,021) and obesity (RPa: 5.75;) 95% CI: 4, 44-7,44; (p-value < 0.001); adjusted by the time disease and surgical.

Conclusions. Are the main factors for converting the Age, Thickened gallbladder wall, Adhesion syndrome and Obesity.

Key Words Laparoscopic Cholecistectomy , Conventional Cholecistectomy, Conversion, Factors

1.- INTRODUCCIÓN:

Desde la primera Colectomía Laparoscópica en 1985 realizada por Erich Mühe en Alemania¹, constituye ahora el procedimiento laparoscópico más utilizado en el mundo: representando el 75-85% las colectomías por Vía Laparoscópica.⁵

Al ofrecer múltiples ventajas como son un menor tiempo de recuperación, mayores resultados estéticos a nivel de la incisión, así como una menor estancia hospitalaria y reducción de la morbilidad (relacionada con infección del sitio operatorio, hernias posoperatorias y adherencias)¹⁻⁴.

Sin embargo, pueden presentarse complicaciones como: Hemorragia Intraoperatoria, lesión de las Vías Biliares y perforación de vísceras huecas durante el proceso que obligan al proceso de conversión^{4,5}. Se reconocen factores de riesgo descritos por la literatura como son la edad mayor de 70 años, el sexo masculino y Obesidad (IMC >30 kg/m²)⁴⁻⁶ así también la existencia de parámetros ecográficos: como engrosamiento de pared vesicular >4 mm; Colectitis Aguda, Adherencias Perivesiculares y Variantes Anatómicas entre los más comunes; haciendo que el proceso laparoscópico varíe a un proceso quirúrgico abierto convencional⁷⁻¹¹.

Otros factores son los asociados al Cirujano como: la falta de experiencia (menor a 100 procedimientos), familiaridad en la técnica, destreza en condiciones difíciles cuando la anatomía está distorsionada por inflamación; y factores Técnicos como fallas en el equipo laparoscópico¹²⁻¹³.

Últimamente con respecto a la Bioquímica estudios han determinado la leucocitosis (> 10 000 mm³)¹⁴ y proteína C-reactiva (PCR) (>220mg/dl) factores de riesgo predictores para la conversión^{15,16}.

La tasa de conversión varía del 1 al 30 % a nivel mundial.¹⁶ En Perú se reportó 6,31% en Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa en Lima¹⁷, y 7,2 % en Hospital III Iquitos¹⁸

Autores como Vallejos-Poma¹⁹ en Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima) y Almería P.¹⁸ en Hospital III Iquitos-Essalud manifiestan al Plastrón Vesicular como principal causa de conversión. Sánchez Paredes²⁰ en Hospital Nacional

Hipolito Unanue (Lima) refiere la Obesidad como principal comorbilidad relacionada a la conversión.

Es por ello que el presente estudio es de importancia en nuestra localidad; ya que, así como en otros países, es necesario conocer nuestra realidad y complicaciones propias sobre esta técnica quirúrgica^{21,22} para que de este modo poder adoptar las medidas correctas reduciendo y anticipando de manera correcta las complicaciones antes descritas. Finalmente este estudio será factible y beneficioso ya que a través de los datos ya generados por la institución hospitalaria pertinente podrán sacarse los resultados de interés como lo han venido haciendo estudios similares^{23,24}.

Es por ello que el objeto de este estudio fue identificar cuáles son los factores asociados a la conversión de Colectomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar los principales factores asociados a la conversión de Colectomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.
- Conocer el número de casos y tasa de conversión de Colectomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.
- Conocer los tiempos de evolución para la conversión de Colectomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.

2.- MATERIAL Y MÉTODO:

2.1.- DISEÑO DE ESTUDIO: Básica, Observacional, Analítico y Transversal-Cualitativo, Retrospectivo; con toma de datos secundarios

2.2.- POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:

2.2.1.- POBLACIÓN: Pacientes intervenidos de Colectomía Laparoscópica en el servicio de Cirugía del Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.

2.2.1.1.- Criterios de Inclusión:

a) Historias clínicas de pacientes que fueron intervenidos inicialmente por Colectomía Laparoscópica y luego convertidos a Cirugía abierta en el Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.

2.2.1.1.- Criterios de Exclusión:

a) Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de Cirugía que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica para otro tipo de procedimiento distinto a colectomía dentro del Hospital II-1 Jorge Reátegui Delgado Piura del 2013 al 2017.

b) Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de Cirugía las cuales se encuentren en malas condiciones, deterioradas y/o ilegibles del 2013 al 2017.

2.2.2.- MUESTRA Y MUESTREO:

- **Unidad de análisis:** Colectomías laparoscópicas convertidas a cirugía abierta por año.
- **Marco Muestral:** Pacientes intervenidos por Colectomía laparoscópica y posteriormente convertidos a Colectomía abierta dentro del Hospital II-1 Jorge Reátegui Delgado Piura.
- **Método de Selección:** Censal; se obtendrán todas aquellas historias clínicas de pacientes intervenidos por Colectomía laparoscópica y posteriormente convertidos a colectomía abierta dentro del Hospital II-1 Jorge Reátegui Delgado Piura del 2013 al 2017

2.3- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO
Edad (V. Independiente)	Cuantitativa- Continua	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Años Cumplidos.	Ficha de recolección de datos.
Sexo (V. Independiente)	Cualitativa- Nominal	Conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que característicamente.	Femenino, Masculino.	Ficha de recolección de datos.
Ecografía (V. Independiente)	Cualitativa- Nominal	Estudio auxiliar de diagnóstico basado en ultrasonido	Edema, Engrosamiento de la pared vesicular, Colédoco Dilatado	Ficha de recolección de datos.
Tiempo de enfermedad (V. Independiente)	Cuantitativa – Continua	Periodo cronológico transcurrido desde el diagnóstico o primeros síntomas	Meses	Ficha de recolección de datos.
Cirugías previas (V. Independiente)	Cualitativa- Nominal	Antecedentes de cirugías realizadas anteriormente	SI () NO ()	Ficha de recolección de datos.
Tiempo de conversión quirúrgica (V. Dependiente)	Cuantitativa- Continua	Espacio de tiempo entre proceso laparoscópico a cirugía abierta	Minutos	Ficha de recolección de datos.

Hallazgos IntraOperatorios (V. Dependiente)	Cualitativa Nominal	Características encontradas en cavidad abdominal	Vesícula inflamada, Vesícula necrosada, Plastrón vesicular, Píocolecisto, Malformación anatómica, Lesión de la vía biliar, Síndrome Adherencial	Ficha de recolección de datos.
Tiempo total de la Cirugía (V. Dependiente)	Cuantitativa Continua	Periodo transcurrido desde el inicio hasta el final de la intervención quirúrgica	Minutos	Ficha de recolección de datos.
Morbilidad asociada (V. Independiente)	Cualitativa Nominal	Presencia de Morbilidad que posee el paciente	Diabetes Mellitus 2, Hipertensión arterial, Obesidad	Ficha de recolección de datos.

2.4.- PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

En primer lugar se procedió a la obtención de permisos a las instituciones pertinentes (Universidad Privada Antenor Orrego, Director y Departamento de Cirugía Hospital II-1 Jorge Reátegui Delgado Piura). Posteriormente a ello, se realizó la búsqueda de historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados y fueron colocadas en una ficha de recolección de datos para luego procesarlas; primero a través del programa Microsoft Excel 2015 para un sistema de doble digitación y posteriormente en Stata v. 11.

2.5.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Se realizó un sistema de doble digitación, para un mayor y mejor control de los datos recolectados. Se digitaron las fichas de recolección de datos obtenidas primero en el programa Microsoft Excel (Versión 2015), luego se realizó un primer filtro para comprobar la confiabilidad de la data. Seguido a ello, se procesaron los datos tabulados en el programa estadístico Stata11,1; con el cual obtuvimos los datos estadísticos de asociación. En la estadística descriptiva, se calculó las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas; para las variables cuantitativas primero se determinó su normalidad –mediante la prueba estadística Shapiro Wilk-, según eso se las describió con la mejor medida de tendencia central y dispersión. La relación entre la cirugía laparoscópica y sus factores para su conversión a cirugía abierta se analizaron con los modelos lineales generalizados, se usó la Regresión de Poisson y la función de enlace log, se consideró como grupo Cluster el contar o no con estos factores, asimismo, se ajustaron por la edad y el sexo de los participantes. Se calcularon las razones de prevalencia crudas y ajustadas (RP) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%). Finalmente se consideraron los valores $p < 0,05$ como estadísticamente significativos.

2.6.- ASPECTOS ÉTICOS:

Se respetó en todo momento la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos, además, se remitió informes a las unidades competentes. Se tomaron en cuenta las normas éticas sobre experimentación humana de la Declaración de Helsinki de 1975; así como del Colegio Médico del Perú y de la Universidad Privada Antenor Orrego.

2.7.- PRESUPUESTO: Autofinanciado

TOTAL: 1750 SOLES

2.8.- LIMITACIONES:

La limitante principal recae en la adecuada recolección de datos. El Subregistro Virtual y Mal llenado de las Historias Clínicas pone en duda la confiabilidad de los datos obtenidos. A su vez la población se limita a sólo pacientes asegurados.

3.-RESULTADOS

Dentro de los años 2013 al 2017 se realizaron 97 casos de conversión de 1265 colecistectomías laparoscópicas, representando el 7,6% de tasa de conversión.

En la Tabla 1, el grupo etario tuvo en promedio 42,7 años.

El sexo masculino con 40 casos (40.81%) y femenino con 57 casos (58.76%).

En cuanto a las características ecográficas 5,45 mm fue el promedio de grosor de pared Vesicular, encontrándose 14 casos (14.4%) con Edema y 6,18 mm en promedio del diámetro del Colédoco.

En relación a las complicaciones Intraoperatorias: El Síndrome Adherencial y la Vesícula Inflamada tuvieron 72 casos (74.22%) y 71 casos (73.19%) respectivamente representado los más frecuentes, seguido de Pícolecisto con 16 casos (16.49%), Plastrón Vesicular y Lesión de la Vía Biliar ambos con 11 casos (11.34%), Malformación Anatómica 8 casos (8.24%) y finalmente Vesícula Necrosada 4 casos (4.12%).

Comorbilidades como la Obesidad (IMC $>30\text{kg/m}^2$) con 58 casos (59.79%), seguido de HTA con 14 casos (14.43%), asociación de HTA y Obesidad 8 casos (9.24%), DM tipo 2 con 9 casos (9.27%) finalmente la asociación de HTA+DM2+Obesidad sin casos.

El tiempo de Enfermedad comprendido de 3 a 5 meses con 16 casos (16.49%), 7 a 9 meses con 24 casos (24.7%), 10 a 13 meses con 52 casos (53.6%) encontrándose aquí el mayor número, finalmente 16 meses con 5 casos (5.15%).

El tiempo total de la cirugía en promedio fue de 92.6 min, siendo 32.5 min el promedio del tiempo transcurrido para la conversión a cirugía abierta.

En el Grafico 1 el intervalo de edad de 50 a 59 años presenta el mayor número de casos con 31(31.95%) casos del total, lo opuesto del intervalo 60-62 años con 4 (4.12%) casos del total.

En el Grafico 2 tenemos que en el año 2015 se presentaron el mayor número de conversiones con 24 casos (24.74%) contrariamente al año 2017 con 14 casos (14.43%).

En el Gráfico 3 encontramos que el tiempo de enfermedad fue mayor en el rango de 10 a 13 meses con 52 casos (53.6%) así mismo solo en 5 pacientes (5,15%) se encontró un tiempo de enfermedad de 16 meses de evolución

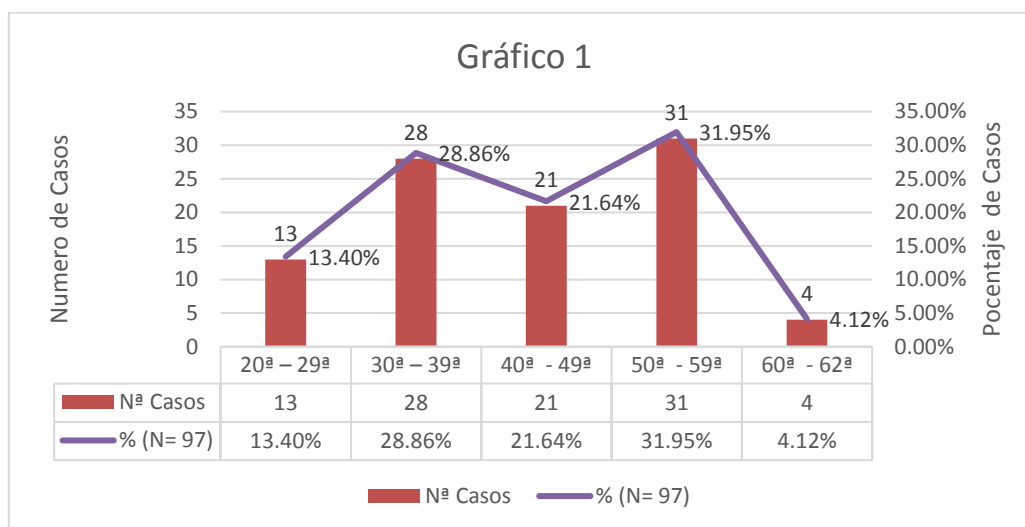
Tabla 1. Características generales de los pacientes convertidos a Colecistectomía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.

Variables			
Sociodemográficas	Edad (promedio en años)	42, 7 años	
	Sexo		
	Masculino	40 (40,81 %)	
	Femenino	57 (58,76 %)	
Características Ecográficas	Pared Vesicular(promedio en mm)	5,45 mm	
	Edema	Si	14 (14.4%)
		No	87 (89.69%)
	Colédoco(promedio en mm)	6,18 mm	
Hallazgos Intraoperatorios	Hallazgo		
	Vesícula Inflamada	71(73.19%)	
	Vesícula Necrosada	4 (4.12%)	
	Plastrón Vesicular	11(11.34%)	
	Piocolicisto	16(16.49%)	
	Malformación Anatómica	8(8.24%)	
	Lesión de Vía Biliar	11(11.34%)	
	Síndrome Adherencial	72(74.22%)	
	Comorbilidades	Hipertensión Arterial(HTA)	14(14.43%)
		Diabetes Mellitus 2 (DM2)	9(9.27%)
Obesidad (IMC >30kg/m ²)		58(59.79%)	
HTA + Obesidad		8(8.24%)	
HTA+DM2+Obesidad		0	
Tiempo	De Enfermedad (en meses)		
	3 a 5	16 (16.49%)	
	7 a 9	24 (24.7%)	
	10 a 13	52 (53.6%)	
	16	5 (5.15%)	
	Total de Cirugía (promedio en minutos)	92.6 min	
	Transcurrido para la Conversión(promedio en minutos)	32,5 min	

IMC=Índice de Masa Corporal

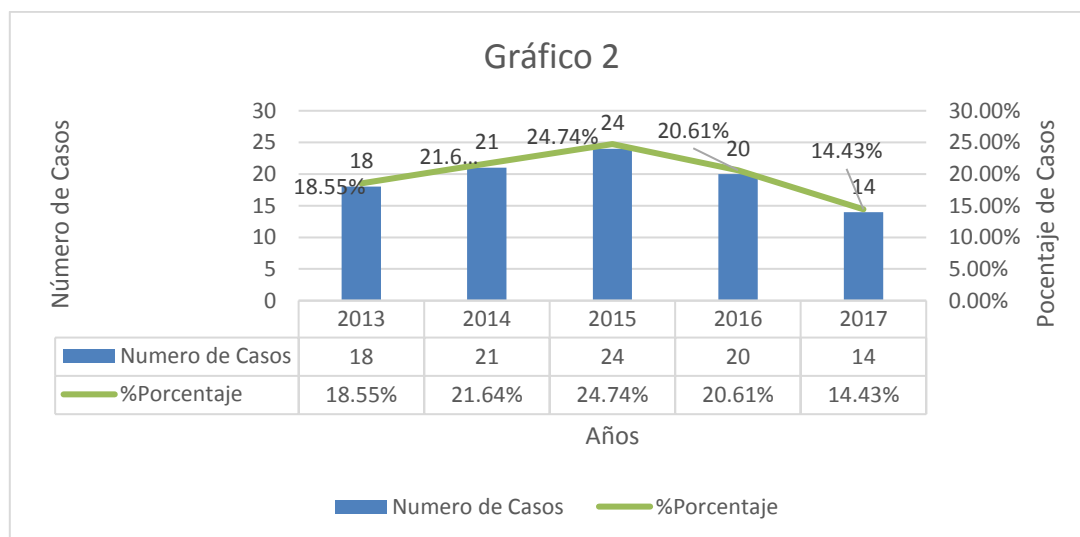
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Jorge Reátegui Delgado

Gráfico 1. Edad categorizada por grupo Etario de pacientes con conversión de Colecistectomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017



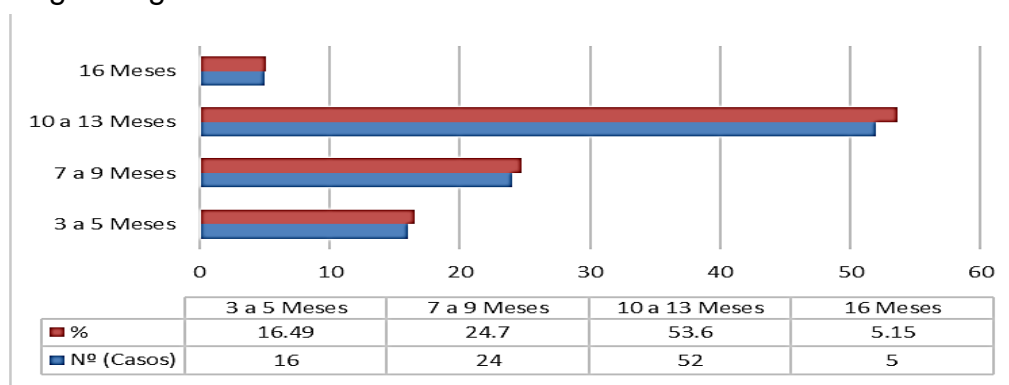
Fuente: Historias Clínicas del Hospital Jorge Reátegui Delgado

Gráfico 2. Número de Casos Convertidos por año de Colecistectomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Jorge Reátegui Delgado

Gráfico 3. Tiempo de enfermedad de los pacientes con conversión de Colectomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Jorge Reátegui Delgado

En la Tabla 2 a nivel ecográfico el grosor de la Pared Vesicular en promedio fué 5,45 mm; en donde el rango con mayor presencia fue entre los 4 a 5 mm con 53 casos. En 14 casos (14.4%) se reportó Edema; así también en cuanto al diámetro del Colédoco se encontró en promedio 6,18 mm con un rango en mayor presencia de 5,5 mm. en 44 casos (45,36%).

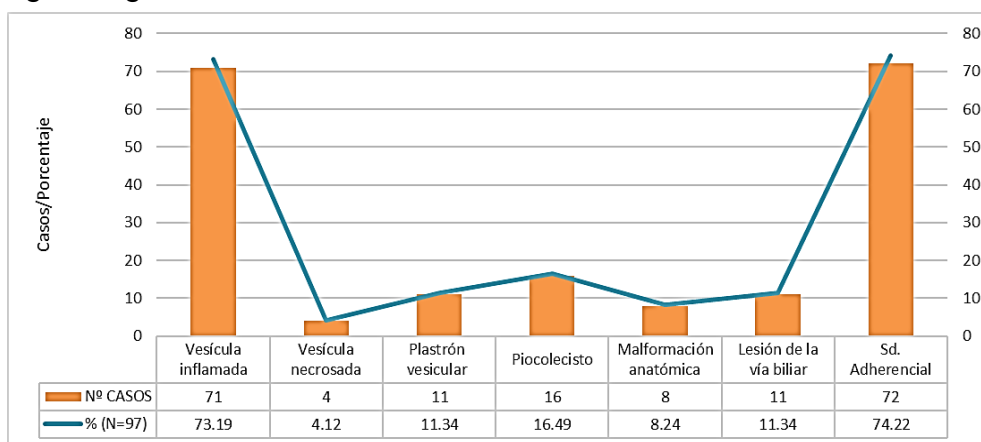
Tabla 2. Características Ecográficas en pacientes con conversión de Colectomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.

Variable	Rango	N° Casos	Promedio o Porcentaje
Pared Vesicular (mm)	4-5 mm	53	4,33 mm
	6-7 mm	34	6,47 mm
	8 mm	10	8 mm
	4-8mm	97	5,45 mm
Presencia Edema	Si	14	14,4 %
	No	83	85,6%
Colédoco (mm)	5 mm	44	45,36 %
	6 mm	15	15,46 %
	7 mm	14	14,43 %
	8 mm	24	24,74 %
	5-8 mm	97	6,18 mm/ 100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Jorge Reátegui Delgado

En el Grafico 4 en cuanto a las complicaciones encontradas en el Intraoperatorio tenemos al Síndrome Adherencial como la principal complicación reportada con 72 casos (74,22%), seguido de cerca por pacientes con Vesícula inflamada con el 73,19 % -71 casos-. Con menos presencia 8 casos presentaron algún tipo de Malformación anatómica (8,24%) y en 4 de los pacientes (4,12%) se identificó vesícula necrosada.

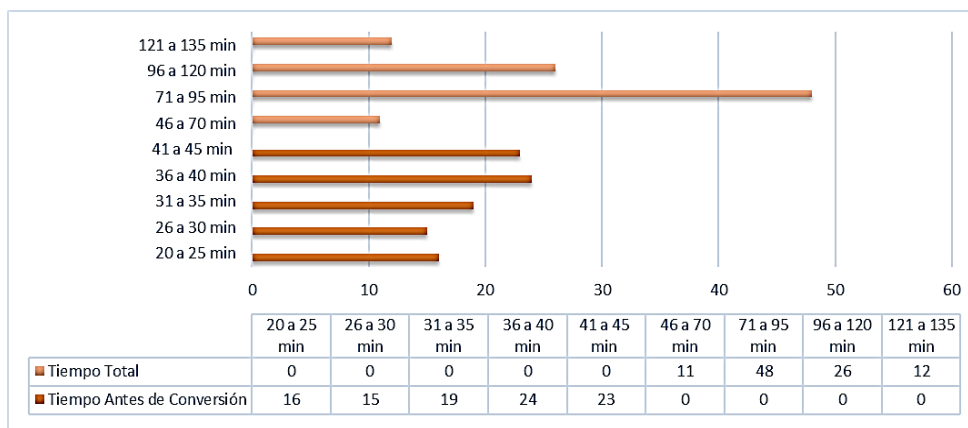
Gráfico 4. Tipo de complicaciones presentes pacientes con conversión de Colectistomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Jorge Reátegui Delgado

En el Grafico 5 el tiempo transcurrido para la conversión a colectistomía abierta fue de 36 a 40 minutos en 24 casos. El tiempo total de duración de la cirugía en 48 casos es de 71 a 95 minutos

Gráfico 5. Tiempo de cirugía y tiempo de conversión a cirugía abierta en pacientes con conversión de Colectistomía Laparoscópica a Cirugía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Jorge Reátegui Delgado

En la Tabla 3 las Comorbilidades: la Obesidad estuvo presente en 58 casos (59,79%) , seguido de Hipertensión Arterial con 14 casos (14,43%) y Diabetes Mellitus 2 con 9 casos (9.27%).La asociación HTA +Obesidad presentó 8(8.24%) casos

Tabla 3. Comorbilidades encontradas en pacientes convertidos a Colectectomía abierta en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.

Variable	N ^a Casos	% (N= 97)
Comorbilidades		
Hipertensión Arterial	14	14,43
Diabetes Mellitus 2	9	9,27
Obesidad	58	59,79
HTA+DM2+Ob	0	0
HTA + Obesidad	8	8,24

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura

En el análisis bivariado, se obtuvo una primera asociación a través de Razón de Prevalencias Crudas (RPC) en factores como: Edad p: 0,012; Pared Vesicular Engrosada p: 0,049; Sd. Adherencial p: 0,041 y Obesidad p: < 0,001.

Al realizar en análisis multivariado, se obtuvo que incrementaron la frecuencia de riesgo tanto para Edad al ajustarlo con tiempo de enfermedad y tiempo de operación (RPa: 1,83; IC95%: 1,13-2,99; valor p=0,015), engrosamiento de la pared vesicular (RPa: 3,32; IC95%: 1,69-6,51; valor p<0,001), Síndrome Adherencial (RPa: 2,20; IC95%: 1,86-2,61; valor p= 0,021) y finalmente Obesidad (RPa: 5,75; IC95%: 4,44-7,44; valor p<0,001); todas estas variables estuvieron ajustadas por el tiempo de enfermedad y tiempo quirúrgico.

Tabla 4. Análisis Bivariado para factores asociados a la conversión a cirugía abierta en pacientes operados por Colectomía Laparoscópica en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.

Variable	RPc (IC95%)	Valor <i>p</i>
Edad	2,56(1,20-4,4)	0,012
Pared Vesicular Engrosada	4,31(4,20-5,44)	0,049
Colédoco Dilatado	0,98(0,82-1,17)	0,797
Vesícula Inflamada	0,98(0,82-1,17)	0,797
Sd. Adherencial	1,68(1,62-2,57)	0,041
Obesidad	5,75(4,44-7,44)	<0,001

RPc (Razón de prevalencia cruda), IC95% (Intervalo de confianza al 95%) y valor *p* obtenidos con modelos lineales generalizados, con familia *Poisson*, función de enlace log, modelos robustos y usando al tiempo de conversión como grupo cluster. **Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura

Tabla 5. Análisis multivariado para factores asociados a la conversión a cirugía abierta en pacientes operados por Colectomía Laparoscópica en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017.

Variable	RPa (IC95%)	Valor <i>p</i>
Edad	1,83(1,13-2,99)	0,015
Pared Vesicular (Engrosada)	3,32(1,69-6,51)	<0,001
Colédoco (Dilatado)	0,84(0,61-1,36)	0,785
Sd. Adherencial	2,20(1,86-2,61)	<0,021
Vesícula Inflamada	0,91(0,61-1,36)	0,650
Obesidad	5,75(4,44-7,44)	<0,001

RPa (Razón de prevalencia ajustada), IC95% (Intervalo de confianza al 95%) y valor *p* obtenidos con modelos lineales generalizados, con familia *Poisson*, función de enlace log, modelos robustos y usando al tiempo de conversión como grupo cluster. **Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura

4.- DISCUSIÓN

En el presente informe de 1265 colecistectomías laparoscópicas, 97 casos se convirtieron a cirugía abierta representando una tasa de conversión del 7,6% similar a Sanchez²⁰ (Lima), Panduro¹⁸ (Iquitos) 7,2% y Rivas ¹⁷ (Lima) 6.31%.

Lo cual a nivel nacional reporta una tasa de conversión con valores aproximados.

En cuanto al grupo etario, la edad promedio fue de 42.7 años. El mayor número de casos oscila entre los 50 a 59 años con 31 casos (31.95%). Panduro (2015) en Iquitos¹⁸ encontró un intervalo de 51 a 60 años el mayor número de conversiones. Yew Hu ²⁶ (2019) en 16 estudios considera ser mayor de 60 años como un importante factor de riesgo.

Sabemos que la colelitiasis aumenta con la edad, además conforme esta avanza crece el número de patologías asociadas. La edad es un factor de riesgo de mortalidad, complicaciones postoperatorias y conversiones a colecistectomía abierta²⁴

Si bien este estudio difiere de la literatura mundial, se coincide que a partir de los 50 años es factor de riesgo para conversión.

En el año 2015 se presentó el mayor número de conversiones con 24 casos (24.74%) del total, esto se debe a que dicho año tuvo el mayor número de colecistectomías laparoscópicas.

En este estudio se encontró que el sexo femenino tuvo la mayor tasa de conversión con 58,76 % del total (57/97 casos), acorde a Vallejos ¹⁹ con 93.62% del sexo femenino lo contrario a Yew Hu²⁶ (2019) con una mayor presencia del sexo masculino en 17 estudios.

Este resultado difiere de la literatura mundial probablemente al ser las mujeres la población con mayor patología de etiología Biliar² y que acude con más frecuencia al hospital.

Según epidemiología mujeres jóvenes presentan riesgo de presentar litiasis biliar esto guarda relación con el embarazo, paridad, uso de anticonceptivos y terapia de reemplazo con estrógenos en la menopausia. Los estrógenos séricos

elevados activan la secreción de bilis sobresaturada de colesterol a su vez niveles altos de progesterona causan estasis vesicular²

El tiempo de enfermedad con mayor número de casos fue en el intervalo de 10 a 13 meses; Panduro (2015) ¹⁸ indica 25 meses a más como riesgo de conversión. Probablemente a mayor tiempo con la enfermedad mayor es el riesgo de conversión.

En lo referente a los hallazgos ecográficos: 5,45 mm fue el promedio de grosor de pared Vesicular, 14 casos (14.4%) con Edema Vesicular y 6,18 mm el promedio del diámetro del Colédoco.

Diversos estudios señalan que ciertos hallazgos durante la evaluación ecográfica inicial pueden predecir la conversión como: el engrosamiento de la pared de la vesícula, presencia de un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann, el líquido perivesicular, etc.

La ecografía (50 - 88% de sensibilidad y un 80 - 88% de especificidad)⁴, presenta tasas de falsos positivos y negativos alrededor de un 3% al ser operador dependiente²⁴

En cuanto al edema Vesicular reportado en 14 casos (14.4%) estaría relacionado a la fase Edematosa de la Colecistitis Aguda⁴, al no contar en este estudio con los diagnósticos preoperatorios sería motivo que esta variable sea estudiada en estudios posteriores.

El diámetro del Colédoco es < 5mm en su porción superior y 6mm en la inferior. 73% de sensibilidad y 91% de especificidad en promedio para la detección de cálculos en el colédoco mediante ecografía.³¹

Aquí el promedio en diámetro del Colédoco es 6.18 mm. En este caso la dilatación del colédoco hace sugerencia a patologías como Coledocolitiasis, Quiste del colédoco, Colangitis piógena, Colangitis por parásitos como Ascaris Lumbricoides o por VIH. Al no tener mayores datos ecográficos, y/o laboratoriales es necesario realizar estudios posteriores para averiguar las causas de dilatación de Colédoco.

En este estudio el engrosamiento de la pared vesicular es el único factor que demuestra significación estadística. Al respecto, varios autores señalan que este hallazgo es el principal factor predictivo ^{6, 28}

Las razones más frecuentes para la conversión son las Adherencias relacionadas principalmente con el antecedente de cirugía abdominal y la Vesícula Inflamada, que ocurrió en 72 casos (74,22%) y 71 casos (73,19 %) respectivamente. Similar al reportado por Arpi²¹ (2014) que encontró a las Adherencias como dificultad para el abordaje de cavidad abdominal. Pizarro²⁸. (2019) encontró asociación en pacientes que presentaban Adherencias, vesícula Escleroatrófica y malformación anatómica.

Existen aspectos transoperatorios que permiten identificar una cirugía difícil como son presencia de adherencias epiploicas densas, adherencias duodenales al Infundíbulo Vesicular y Adherencias con Fibrosis sobre el Triángulo de Calot.⁷

Aquí las Adherencias y la Inflamación Vesicular dificultaron la disección debido a que no se logró identificar adecuadamente la anatomía ductal y Vascular, principalmente el Triángulo de Calot ^{4,22}. Cabe resaltar que en el hallazgo Intraoperatorio no se especificó la ubicación de las Adherencias

El tiempo promedio para la conversión fue de 34.6 min. En términos generales la conversión debe hacerse 15 a 30 min después de iniciada la cirugía si no hay progreso en la disección ²⁹ observamos aquí que la toma de decisión a conversión fue tardía en su mayoría

El tiempo total de duración de la cirugía promedio es 92.6 minutos. Reyna²⁵ (2014) registra tiempos similares con duración mayor de 90 minutos como riesgo de conversión. Ocádiz¹² (2011) tiene como tiempo promedio 81 min los que requirieron conversión. Siendo el tiempo quirúrgico prolongado un determinante para cuan complicada es la cirugía.

En cuanto a las comorbilidades encontramos la Obesidad presente en el 59,79% de los casos, seguido de aquellos con Hipertensión Arterial 14,43%. Arpi ²¹ (2014) coincide con ocho estudios encontrando alto IMC factor de riesgo en la conversión. A diferencia de Rios.²⁷ (2017) predominó la Diabetes Mellitus tipo 2

con 25% del total de casos convertidos. Similar a Panduro.¹⁸ (2015) donde la Diabetes Mellitus presentó 2.4% para la conversión.

La tasa de enfermedades no transmisibles va en aumento: Obesidad, Diabetes e Hipertensión Arterial²⁴. La Obesidad es el principal factor de riesgo nutricional, la incidencia de Litiasis Biliar se eleva en forma paralela al incremento de masa corporal (IMC). Estudios indican que el 35% de mujeres con IMC>30 kg/m² tienen Litiasis Biliar. Se ha encontrado que pacientes obesos sintetizan una mayor cantidad de colesterol en hígado, el cual al secretarse en cantidades excesivas origina sobresaturación de la bilis, reduce las sales biliares y la contracción de la vesícula biliar. Todo esto puede provocar un riesgo incrementado de cálculos biliares ⁴

A su vez debido a la mayor capa de tejido adiposo que tienen que atravesar los instrumentos laparoscópicos para la intervención quirúrgica podrían presentar mayores dificultades.

Finalmente los factores asociados a la conversión a cirugía abierta en pacientes operados por Colectomía Laparoscópica en Hospital II-1 EsSalud Jorge Reátegui Delgado Piura 2013-2017 son: Edad (RPa: 1,83; IC95%: 1,13-2,99; valor p=0,015), Engrosamiento de la pared vesicular (RPa: 3,32; IC95%: 1,69-6,51; valor p<0,001), Síndrome Adherencial (RPa: 2,20; IC95%: 1,86-2,61; valor p= 0,021) y la Obesidad (RPa: 5,75; IC95%: 4,44-7,44; valor p<0,001); todas estas variables ajustadas por el tiempo de enfermedad y tiempo quirúrgico .

Siendo de interés por coincidir Yew Hu²⁶ (2019) en aspectos como: Edad avanzada, IMC alto. Pizarro ²⁸ (2019) coincide con el Engrosamiento de la Pared vesicular y Adherencias como principales factores de conversión. Briones ³⁰ (2018) a diferencia presenta como principal causa de conversión la Falla del Equipo de Laparoscopia seguido de el Síndrome adherencial.

5.- CONCLUSIONES:

1. En este estudio la Edad, Engrosamiento de Pared Vesicular, Síndrome Adherencial y Obesidad son factores de conversión estadísticamente significativos
2. El grupo etario más frecuente considerado factor de riesgo oscila entre los 50 a 59 años
3. El sexo Femenino tuvo el mayor número de casos con 58.76% del total
4. El tiempo de enfermedad con mayor número de casos fue en el intervalo de 10 a 13 meses.
5. El Engrosamiento de Pared Vesicular es considerado como principal factor de conversión Ecográfico
6. El hallazgo Intraoperatorio principal para la conversión fue el Síndrome Adherencial
7. El tiempo de conversión promedio es 34.6 min
8. El tiempo total de cirugía promedio comprende 92.6 min.
9. La Obesidad es la principal comorbilidad relacionada con la conversión quirúrgica
10. Se determinó que la tasa de conversión es menos del diez por ciento.

6.- RECOMENDACIONES:

- ✓ Los datos de las historias clínicas y reportes operatorios sean llenados y/o supervisados por el cirujano asistente, así se evitarían omitir datos importantes del procedimiento realizado y complicaciones
- ✓ Realizar un Protocolo en esta Institución considerando los Factores asociados a la Conversión de Colectomía Laparoscópica a Cirugía Abierta con significancia, explicándole al paciente antes de su cirugía el riesgo de Conversión.
- ✓ Realizar un Consentimiento Informado específico para Colectomías Laparoscópicas en el cual se advierta la posibilidad de Conversión a Cirugía Abierta.
- ✓ Difundir los resultados a fin de que la población, principalmente el personal relacionado con la salud conozca los factores de riesgo previo a la intervención quirúrgica para una adecuada toma de decisiones.
- ✓ Con los datos obtenidos del presente estudio poder realizar investigaciones posteriores ampliando las variables de estudio asociadas a la conversión como Factores asociados al cirujano, Factores Técnicos y Bioquímicos

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1.- Galloso Cueto G, Frías Jiménez R. Consideraciones sobre la evolución histórica de la cirugía laparoscópica: Colectomía. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2010 Dic [citado 2019 Mar 01]; 32(Suppl 7). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000700004&lng=es. .

2.-. Fernandez Cauti L. Factores asociados a complicaciones post Colectomía Laparoscópica en pacientes con patología biliar en el Hospital de Vitarte en el periodo 2014-2017.Lima: Universidad Ricardo Palma;2018. Disponible en:
<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1152/TESIS%20-%20LIZETH%20ROSSELLY%20FERN%C3%81NDEZ%20CAUTI%20HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

3.- Oymaci E, Ucar, A, Aydogan S, Sari E, Erkan N, Yildirim M. Evaluation of affecting factors for conversion to open cholecystectomy in acute cholecystitis. Przeglad gastroenterologiczny. 2014; 9(6): 336-41.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4300343/>

4.- Chávez Segura CJ. Factores clínicos-epidemiológicos para la conversión de la colectomía laparoscópica a colectomía abierta del Hospital Nacional Arzobispo Loayza [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado 08 Feb 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3994>

5.- Márquez F, Peláez D, Pezzano E, et al. Comportamiento de factores de riesgo de conversión de la Colelap a colectomía abierta. Hospital General de Barranquilla, enero de 2014-abril de 2015. Biociencias. 2015;10(2):81-8

6.- Dominguez L, Rivera A, Bermúdez Ch, Herrera W “Análisis de los factores de conversión durante colectomía laparoscópica a abierta en una cohorte prospectiva de 703 pacientes con colecistitis aguda”. Revista de Cirugía Española 2011; 89 (5): 300 – 306.

7.-Vega Perez A. Incidencia de Conversión de las Colectomía Laparoscópica en Colectomía Abierta en el HGRO N°1 Lic. Ignacio Garcia Trellez. [Tesis Posgrado]. México. Universidad Veracruzana; 2014

Disponible en:<https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Protocolo-Avelina.pdf>

8.- Chinhilla P, Baquero D, Ruiz J. Factores preoperatorios de riesgo asociados a conversión a técnica abierta en colecistectomía laparoscópica de urgencia. Rev Colombiana Cir. 2018; 33(2) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822018000200145

9.- Soltés M, Radoňák J. A risk score to predict the difficulty of elective laparoscopic cholecystectomy. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne [Internet]. 2014 Dec [citado 2018 Jun 08];9 (4):[about 2 p.].

10.- Oropeza Cruza L. Factores predictivos relativos al paciente para la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Evid Med Invest Salud 2015;8(1) :14-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67351>

11.- Sánchez Meneses S. Utilidad de los Hallazgos Ultrasonograficos Vesiculares como predictor de conversión de colecistectomía laparoscópica a convencional en colecistitis aguda. [Tesis Pregrado]. Perú. Universidad Privada Antenor Orrego; 2014. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/503>

12.- Ocádiz J, Blanco J, García A, et al. Conversión de la colecistectomía laparoscópica, más allá de la curva de aprendizaje. Acta Med Grupo Ángeles. 2011;9(4):192-5. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2011/am114c.pdf>

13.- Beyrouti MI, Beyrouti R, Affes N, et al. The lithiasic acute cholecystitis: laparoscopic treatment (About 106 cases). Tunis Med. 2011;89(4):355-9. <http://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie.php?article=1687>

15.- Jessica Mok K, Goh Y, Howell L, et al. Is C-reactive protein the single most useful predictor of difficult laparoscopic cholecystectomy or its conversion? A pilot study. J Minim Access Surg. 2016;12(1):26-32.

16.- Díaz S, Correa M, Giraldo L, et al. Experiencia en colecistectomía por laparoscopia en la Clínica Universitaria CES. Rev Colomb Cir. 2012; 27:275-80.

17.- Rivas Obregón A. “Causas de conversión de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa, 2010 – 2011”. Revista Facultad Medicina Universidad Ricardo Palma 2015;15(3):1-7.

<https://docplayer.es/44072192-Causas-de-conversion-de-la-colecistectomia-laparoscopica-en-el-hospital-de-emergencias-jose-casimiro-ulloa.html>

18.- Panduro Delgado A. Causas de conversión de la colecistectomía laparoscópica, departamento de cirugía, hospital III Iquitos – Essalud, Octubre 2013 a Octubre 2014. [Bachiller]. Iquitos-Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana ; 2015.

19.- Vallejos Poma V. Causas de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015 [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado 08 Feb 2018].

20.- Sánchez Paredes V. Factores asociados para Conversión de Colecistectomía Laparoscópica en el departamento de Cirugía, Hospital Nacional Hipolito Unanue, marzo 2015 a marzo 2016 [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 08 Feb 2018].

21.- Arpi Cañizares J. Causas de conversión de la colecistectomía laparoscópica, departamento de cirugía, Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2013. Universidad de Cuenca. Cuenca: Ecuador, 2014

22.- Fernando Á., L. y et. al. Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. Universidad Miguel Hernández de Elche. Cali - Colombia 2013;28: 192.

23.- Arboleda Gil N. Lesiones de vías biliares en colecistectomías laparoscópicas. [Internet]. Lima: Facultad de Medicina Humana; 2014 [citado 08 Jun 2018]. Disponible en:http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1407/1/Arboleda_nw.pdf

24.- Bocanegra Del Castillo R, Córdova Cuadros ME. Colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores

de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007–2011. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. Abr-Jun 2013 [citado 08 Jun 2018];33(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10225129201300200003

25.- Reyna Ramos, L. Conversión de colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda vs colecistitis crónica Hospital Regional docente de Trujillo 2008-2013 [Bachiller]. Lima-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.

26.- Yew Hu A, Menon R, Gunnarsson R. Risk factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery e A systematic literature review of 30 studies [Internet]. Americanjournalofsurgery.com. 2019 [cited 16 July 2017]. Available from: [https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(16\)31053-4/pdf](https://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(16)31053-4/pdf)

27.- Rios Choque J. Factores para la conversión de una Colecistectomía Laparoscópica a convencional en el Servicio de Cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue Abril-Octubre 2016. [Bachiller]. Lima-Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1214/T-TPMC-Jesilu%20Natividad%20Rios%20Choque.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

28.- Pizarro Jáuregui G. Prevalencia y factores de riesgo asociados a conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía convencional en el servicio de cirugía del hospital central F.A.P. en el periodo de enero a diciembre del 2017 [Internet]. Repositorio.urp.edu.pe. 2019 [cited 11 February 2019]. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1215/126%20-%20Tesis%20Pizarro%20Jauregui%20Hecho.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29. Cicero A, Valdés J, Decanini A, Golfier C, Cicero C, Cervantes J, et al. Factores que predicen la conversión de la colecistectomía laparoscópica: Cinco años de experiencia en el Centro Médico ABC. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica 2005; 6(2) :66-73. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2005/ce052b.pdf>

30.- Briones Melendez J. “Factores asociados para conversión de Colecistectomía Laparoscópica a Colecistectomía Convencional en el servicio

de cirugía del Hospital Regional docente de Cajamarca, 2013-2017”. [Tesis Título]. Perú-Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018

<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2229/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

31.- Gurusamy K, Giljaca V, Takwoingi Y, Higgie D, Poropat G, Štimac D, et al. Ultrasound versus liver function tests for diagnosis of common bile duct stones. Cochrane Hepato-Biliary Group; 2015 [Consultado 1.Marz 2019]. Disponible en : <https://www.cochrane.org/es/CD011548/ecografia-versus-pruebas-de-funcion-hepatica-para-el-diagnostico-de-los-calculos-del-coledoco>

8.- TABLAS, GRAFICOS Y FIGURAS

ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES ASOCIADOS A LA CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A CIRUGÍA ABIERTA EN HOSPITAL II-1 ESSALUD JORGE REATEGUI DELGADO 2013-2017

VARIABLE	RESPUESTA
Edad	_____ años
Sexo	M() F ()
Ecografía	SI () ; Hallazgos: Edema SI () NO () Grosor de la pared vesicular: _____mm Diámetro de Colédoco : _____mm
Tiempo de enfermedad	_____ meses
Cirugías previas	SI() ; NO()
Tiempo de conversión quirúrgico	_____ Min
Hallazgos IntraOperatorios	Vesícula inflamada () SI () NO Vesícula necrosada () SI () NO Plastrón vesicular () SI () NO Piocolecisto () SI () NO Malformación anatómica () SI () NO Lesión de la vía biliar () SI () NO S. Adherencial () SI () NO
Tiempo total de la Cirugía	_____Min
Morbilidad asociada	-Diabetes Mellitus 2 () SI () NO -Hipertensión arterial () SI () NO - Obesidad (IMC >30 kg/m ²) () SI () NO -Otros () _____

ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DEL HOSPITAL JORGE REATEGUI DELGADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA U OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Yo, _____, identificado (a) con DNI/Pasaporte/ Carné de las FFAA/Carné de extranjería N° _____, en mi condición de paciente (Padre, Madre, Representante Legal del (de la) paciente) _____ con Historia Clínica N° _____, autorizo al (los) médico (s):
Dr. (a) _____ y
Dr. (a) _____ a
practicar el procedimiento médico quirúrgico siguiente: _____
que consiste en: _____

Habiendo sido informado y recibido información de lo siguiente:

1. Sobre la naturaleza, el propósito, los riesgos o consecuencias potenciales razonablemente previsibles del procedimiento médico-quirúrgico propuesto y otros que, excepcionalmente puedan presentarse y estén relacionados al procedimiento.
2. También se me ha explicado de las ventajas y beneficios razonablemente previsibles que voy a obtener, respecto al tratamiento de mi enfermedad y de las posibles consecuencias de no recibir ningún tratamiento.
3. También Yo entiendo que, en adición a los riesgos particulares de este procedimiento médico-quirúrgico, hay riesgos inherentes a mi persona por someterme a cualquier procedimiento médico-quirúrgico como: arresto cardiaco, daño cerebral o nervioso, problemas respiratorios, problemas de arterias y venas, reacción adversa a drogas y/o medicamentos, dolor e incomodidad; o imprevistos de otra naturaleza.
4. También he realizado las preguntas que consideré necesarias, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables.
5. También entiendo que durante el curso del presente procedimiento médico-quirúrgico puedan ocurrir condiciones inesperadas y que a juicio del (de los) médico (s), debería realizarse una extensión o modificación del procedimiento inicialmente programado o el (ellos) procedimiento (s) complementario (s) para obtener un nuevo consentimiento adicional.
6. Finalmente autorizo que durante el procedimiento al cual soy sometido (a), según sea el caso, se pueden utilizar técnicas e instrumentos que garanticen evidencia científica y pedagógica, porque también entiendo que los Hospitales de EsSalud como éste, según nivel de atención, son instituciones docentes que trabajan con personal de salud en formación, capacitación y entrenamiento.

En forma voluntaria y en pleno uso de mis facultades mentales, físicas y de mi entendimiento, libre de coerción o alguna otra influencia indebida y habiendo sido debidamente informado sobre el procedimiento médico-quirúrgico al que seré (á) sometido (a) mi representado (a); he procedido a suscribir de puño y letra las seis (06) declaraciones arriba descritas, por lo que firmo el presente consentimiento informado.

Fecha: ____/____/____

Hora: ____ A.M. /P.M.

Firma del Paciente / Madre / Padre / Representante Legal con DNI / Pasaporte / Carné FF.AA / Carné de extranjería N° _____, que autorice el procedimiento médico-quirúrgico: _____

Observaciones: _____

Yo el Dr. (a) _____ médico tratante del (de la) paciente _____, con Historia Clínica N° _____ del Servicio _____, Departamento de _____ del Hospital _____ de EsSalud, internado por un cuadro de _____, a quien se le practicará la intervención quirúrgica (el procedimiento) _____

_____, sobre el cual le hemos puesto en conocimiento y explicado al (a la) paciente (a su padre / madre / representante legal) arriba mencionado respecto de la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos probables, posibles eventos adversos o complicaciones como consecuencia del procedimiento médico-quirúrgico al que será sometido (a); así mismo se le ha informado de los métodos alternativos de tratamiento y de los riesgos y consecuencias de no emprenderse ningún tratamiento. En fe de lo cual y en el entendido de su plena comprensión interactiva por el (ella) paciente (padre / madre / representante legal) de la información descrita, suscribo y firmo el presente Consentimiento otorgado.

Fecha: ____/____/____

HORA: ____ A.M. /P.M.

Firma y sello del médico tratante: _____

Dr. _____

N° DNI: _____

N° CMP: _____

N° RNE: _____

REVOCATORIA:

Yo _____ (padre / madre / representante legal), identificado con DNI / Pasaporte / Carné FF.AA / Carné de extranjería N° _____; revoco el consentimiento otorgado, asumiendo los riesgos y consecuencias de mi decisión, respecto a la situación de mi (la) salud (de mi representado (a), hijo (a)).

Fecha: ____/____/____

Hora: ____ A.M. /P.M.

Firma y Post Firma: _____

NOTA: El registro del consentimiento informado debe ser llenado por el mismo paciente a su representante legal, sin borrones o enmendaduras y con la misma letra. En la medida de lo posible las dos hojas del formato, deben proveerse al paciente / representante legal, con el tiempo suficiente para su adecuada lectura y entendimiento, para su llenado de preferencia en presencia y/o apoyo del médico tratante. Los analfabetos podrán utilizar su huella digital (dedo índice) en lugar de la firma.