

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Proyecto de investigación para obtener el título de especialista en

CIRUGÍA GENERAL

Modalidad: Residencia Médico

**ASOCIACIÓN DE LAS ADHERENCIAS DE VESÍCULA BILIAR, A LA
CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A
COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL, EN EL HOSPITAL II**

CHOCOPE, ENERO 2017 - JULIO 2019

AUTOR:

MC. RUBÉN DAVID QUESQUÉN VALLE

ASESOR:

Dr. TRUJILLO GUEVARA ORLANDO

TRUJILLO-PERÚ

2019

DATOS GENERALES

1. TITULO DEL PROYECTO

ASOCIACIÓN DE LAS ADHERENCIAS DE VESÍCULA BILIAR, A LA CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL, EN EL HOSPITAL II CHOCOPE, ENERO 2017 - JULIO 2019

2. INTEGRANTES

RUBEN DAVID QUESQUEN VALLE, Médico Residente de Primer año de Cirugía, de la Unidad de Segunda Especialización en Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego con DNI 44201824 y celular 993894963.

3. AREA DE INVESTIGACION

CIENCIAS MÉDICAS

4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

CIENCIAS MÉDICAS, CIRUGÍA

5. INSTITUCIÓN Y/O LUGAR DONDE SE EJECUTE EL PROYECTO

SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL II CHOCOPE

6. ASESOR

Dr. ORLANDO TRUJILLO GUEVARA

7. DURACIÓN

FECHA DE INICIO : ENERO 2017

FECHA DE TÉRMINO : JULIO 2019

I. ORIENTACIÓN DEL PROYECTO

A pesar de haber aumentado la experiencia en colecistectomía lap, la literatura refiere que el porcentaje de conversión es variable y tiene que ver con los tipos de población en estudio. Por otro lado, esta cirugía no está exento de tener complicaciones, por lo cual tendrá que ser convertido a un procedimiento convencional. Las adherencias peritoneales son de gran importancia en este caso (1)

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

Resumen

El proyecto trata de demostrar la gran influencia que tiene las adherencias peritoneales a nivel vesicular, para la conversión de la colecistectomía laparoscópica, pues según estudios actuales sigue siendo un factor importante. Así mismo refleja la realidad de nuestra población en estudio como de otras instituciones a fin, lo cual se deberá poner énfasis en tal punto y así no tener complicaciones durante la cirugía laparoscópica.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo y transversal. La muestra estará conformada por 43 pacientes para cada grupo, uno que comprende pacientes con colecistitis aguda que presentan adherencias peritoneales durante la colecistectomía laparoscópica y otro grupo que no presenta adherencias; de cualquier sexo entre 20 y 60 años de edad.

2.1 Planteamiento del problema

Se estima a nivel mundial que la colecistectomía laparoscópica tiene un porcentaje de conversión del 8 % al 12 % debido a factores tanto del paciente como del cirujano que realiza dicha cirugía (2). Muchos estudios determinan que la experiencia del equipo quirúrgico disminuye el índice de conversión. Existen pocos estudios que analicen variaciones de este índice luego de dos décadas del inicio de experiencia; además las adherencias siguen siendo un punto crítico en el proceso de la cirugía (2) Las causas de conversión a una técnica convencional fueron estudiadas en muchos países y aledaños obteniendo casos similares con pocas variaciones en la porcentaje

de conversión (entre el 2 % y 12% América) (3)

En Perú son escasos los trabajos realizados sobre la colelap convertida, además la mayoría de ellos concuerdan con los resultados obtenidos en estudios a nivel mundial. En el Hospital de la Policía Nacional durante el 2013 se halló como causantes: la colecistitis agudizada más de tres días de evolucionada, medida de la pared de la vesícula más de 4 mm en el ultrasonido, además el sexo masculino. En el Hospital Arzobispo L. en el año 2016 se comprobó la no visualización del triángulo de Calott (55%) como la primera causa de la conversión a convencional, a continuación por un síndrome de adherencias (22%) y la litiasis en colédoco distal (15%), entre otros orígenes pero menos frecuencia. El Hospital Dos de Mayo realizó una investigación que duró 4.6 años donde se reportó en el 2012 como primeras causas de conversión al cuadro de inflamación crónica (40%), al cuadro de inflamación aguda (23%), adherencias múltiples (15%), sangrado 10% y litiasis de colédoco (12%) (3)

En el HOSPITAL II CHOCOPE, en el año 2017 hubo 280 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales 14 fueron convertidas a colecistectomía convencional por adherencias en vesícula biliar. Entre enero y agosto del año 2018 se realizaron 100 colecistectomías laparoscópicas y se registró 10 colecistectomías laparoscópicas convertidas a abiertas; todas ellas por múltiples adherencias en vesícula y vías biliares, que dificultaban su visualización y/o disección; así también el 80 % de estos casos se observaron en los pacientes con colecistitis aguda.

Son muchos los factores que predisponen en la conversión de colecistectomías laparoscópicas a colecistectomías convencionales, pero haciendo un análisis de las estadísticas se puede observar que en su mayoría de casos los pacientes tienen en común las adherencias de la vesícula biliar (4)

Por lo tanto, nos realizamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la influencia de las adherencias de vesícula biliar, en la conversión de colecistectomía laparoscópica a convencional?

2.2 Antecedentes del problema

A Nivel Internacional

Ecuador, tesis para obtener el título de médico cirujano: "Complicaciones Quirúrgicas Por Colectomía Laparoscópica. Hospital Riobamba". Se determina Complicaciones Postquirúrgicas de 138 pacientes sometidos a Colectomía laparoscópica; aplicando el diseño de tipo descriptivo y utilizando historias clínicas se pudo detectar características generales, porcentaje de pacientes sometidos a colectomía laparoscópica y su conversión a abierta, estadía hospitalaria. Usando el programa Excel se tabularon resultados; características generales, Hombres 40% y 60% de Mujeres; la edad promedio fue de 50 años. Pacientes sometidos a colectomía laparoscópica 90% y la conversión a convencional fue del 10%; estadía hospitalaria de 2,8 días; complicaciones postquirúrgicas: Hematoma de pared 1,3%, infección de herida 1,9%, hemoperitoneo 0,7% y fistula enterocutánea 0,7%. En el 80 % de las conversiones se observaron adherencias. Se debe propender al desarrollo de esta técnica operatoria, facilitar el aprendizaje y capacitación de los profesionales que aplican esta técnica (5)

Nivel Nacional

"Complicaciones de la Colectomía Laparoscópica en el Hospital Sergio Bernales. Lima. Enero 2009-agosto 2010" (7). Estudio descriptivo transversal, Con el objeto de: Describir las complicaciones más frecuentes que se presentan con la colectomía laparoscópica. Obteniendo los siguientes resultados: La edad promedio de los paciente fue de 36,3 años con una DE de 5,7 años, siendo la mínima de 19 años y la máxima de 62 años, encontramos una mayor frecuencia de complicaciones en el sexo femenino con 288 pacientes (80 % del total), en 306 (86% del total) de los cuales 59 varones y 247 mujeres, se les practicó la técnica quirúrgica cerrada (con aguja de Veress), en cuanto al tiempo operatorio predomino entre 1-2 horas observado en 229 casos (64.4 %). En cuanto a las complicaciones, se encontró infección de herida operatoria en 120 pacientes (33,8%); sangrado en 78 pacientes (21.9%); lesión de la vía biliar en 55 pacientes (15.5%); enfisema subcutáneo en 49 pacientes (13,8%); Ictericia postquirúrgica en 30 pacientes (8.5%) y lesión de viscera hueca en 24 pacientes (6.8 %). Se convirtió a abierta en el 15%

de estos pacientes, de los cuales 50 % presento adherencias peritoneales. (6)

Arboleda, en su tesis para optar el título de especialista en cirugía general: "Lesiones de Vías Biliares en Colectomía Laparoscópica, Lima - Perú 2014", Estudio Descriptivo, el cual tiene como resultados: El universo constituido por 14 680 colectomías, de las cuales 336 (2,4 %) se realizaron de forma abierta y 14 345 (97,7 %) de forma laparoscópica En 11 pacientes (25,6 %) las lesiones de la vía biliar se produjo por calor (térmica) o desgarros de la unión cístico-coledociana, 24 (55,9 %) por corte con tijera consideradas graves: sección o resección y 08 (18,6 %) por otros mecanismos (clipaje con grapas). Más del 50 % de las lesiones se localizaron en el colédoco y el conducto hepático. Se encontró anomalía anatómica en dos casos (conducto de Luscka). La lesión tipo I (Bismuth y Wherry) en un 24 (55,9 %) o El (Strasberg) 16 (37,4 %), fueron las más frecuentes En 67,5 % de los pacientes con lesión de la vía biliar se diagnosticó en el momento de la cirugía (12 fueron reparadas mediante conversión directa de la cirugía, 12 por vía laparoscópica y 5 laparoscópica convertida), mientras que en 23,3 % se diagnosticó en los primeros 10 días y en el 9,4 % transcurrieron más de 10 días para su diagnóstico, (9 fueron reparadas por cirugía abierta, 3 vía laparoscópica y 2 laparoscópicas convertidas). La Colangiografía intraoperatoria no fue el método diagnóstico de rutina. En nuestro estudio hubo tres (6,8 %) pacientes fallecidos que presentaron en dos casos una peritonitis biliar con dos fallas orgánicas (respiratoria y renal), uno con falla cardiovascular. En dos de estos casos se constató una resección de la vía biliar tipo Bismuth 4. De los 23 pacientes con un grado de estenosis o colangitis, a cuatro se les realizó una plastia del colédoco-colédoco. A 12 se les realizó una ERCP con dilatación de la estenosis con balón, fue exitoso en ocho pacientes. Cuatro pacientes presentaron colangitis recurrentes a los 12 y 16 meses de dicho procedimiento en quienes se decidió abordaje intervención laparoscópica, la media en pacientes con colecistitis agudas convertidas fue de $6,206 \pm 3,82$ días, en no convertidos fue de $6,114 \pm 3,529$ días. Conclusiones: El porcentaje de conversión en la colecistitis aguda es de 9.73% y de 4.7% en la colecistitis crónica. Asimismo se concluye que la colecistitis aguda, el género masculino y la duración de la colectomía laparoscópica mayor de 80 minutos en la colecistitis aguda como riesgos para

conversión. Una duración del cuadro mayor de 7 días hasta que se ejecute la cirugía laparoscópica es riesgo para que provoque la conversión. (7)

- **Justificación del proyecto**

Son varias las ventajas que justifican el uso de la técnica laparoscópica como son: la disminución de las molestias posoperatorias, tiempo de hospitalización, retorno precoz a la vida social, sin obviar los mejores resultados estéticos y la reducción de la morbilidad (relacionada con la infección de la herida quirúrgica, hernias posoperatorias y adherencias) (8). Sin embargo, entre el 5-8% de los pacientes requieren conversión a cirugía convencional (9). En nuestro país el porcentaje es un poco más elevado, por ello la importancia de conocer los factores que predisponen a la conversión, sobre todo enfocado a cirujanos que recién empezamos a trabajar con esta técnica (10).

Tomando en cuenta que la conversión causa importantes cambios en el paciente, con alta probabilidad de que requiera una mayor estancia de hospitalización e incapacidad, la experiencia acumulada, y de que está documentado, que el sexo, la edad, los antecedentes de intervención quirúrgica, diagnóstico preoperatorio, complicación intraoperatoria, enfermedad que condiciona riesgo quirúrgico (ASA alto), la obesidad y pared vesicular > 4mm, son factores que influyen en la necesidad de conversión; se decidió determinar la influencia de las adherencias de la vesícula biliar en la necesidad de conversión del proceder quirúrgico vía laparoscópica en cirugía convencional.(10,11)

Nuestros beneficiados serán los pacientes de la institución mencionada y otras que estén interesadas en el tema; con ello se espera reforzar el conocimiento de los cirujanos en su curva de aprendizaje y decidir mejor el momento de la conversión ante dificultades durante la cirugía. Por tanto, la importancia radica en el marco médico, social y legal.

- **OBJETIVOS**

OBJETIVO GENERAL

Demostrar la asociación de las adherencias de vesícula biliar, a la conversión de colecistectomía laparoscópica a convencional, en el Hospital II Chocope.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar características de las adherencias de la vesícula biliar en pacientes con colecistectomía laparoscópica en el Hospital II Chocope.
- Determinar las características de las conversiones en pacientes con colecistectomías laparoscópicas en el Hospital II Chocope.

- MARCO TEÓRICO

La Colectomía laparoscópica o colelap es la extracción de la vesícula del tracto biliar, utilizando una cámara vídeo y unas pinzas quirúrgicas especiales que permiten ejecutar la cirugía mediante cortes pequeños, sin realizar laparotomías (12).

La ejecución de cortes pequeños tiene ventajas estéticas, disminuyen la incidencia de infecciones postquirúrgicas y reduce el dolor postquirúrgico. Por tanto, es menor el tiempo de ayuno, de hospitalización, de ingreso hospitalario y el tiempo de ausencia en el trabajo. Así mismo disminuye el riesgo de eventraciones al ser éstas incisiones más pequeñas (13). Por contrario, la técnica laparoscópica supone un aumento relativo en el número de lesiones en la vía biliar, por tanto el cirujano debe prestar un interés especial (14).

La preexistencia de cirugías intraabdominales (principalmente en la zona de la vesícula) y el proceso inflamatorio agudo de la vesícula (colecistitis aguda) son las dos principales causas que con frecuencia dificultan o impiden que la colectomía se pueda ejecutar por técnica laparoscópica. En otras ocasiones, una operación iniciada por vía laparoscópica es indispensable culminarla con abordaje abierto o convencional, a esto los cirujanos denominamos conversión; esto no debe ser catalogado como una complicación (15).

La técnica laparoscópica ha ido ganando progresivamente un puesto importante en el que hacer del cirujano. Hoy en día se cataloga el proceder quirúrgico de elección para retirar la vesícula biliar. (16)

Actualmente se valoran las mismas indicaciones que se plantean para la cirugía convencional. Las contraindicaciones usualmente son las mismas que se plantean en la técnica abierta (17).

CONVERSIÓN

Es la suspensión o término del desarrollo de una cirugía lap y continuar con una cirugía abierta. La conversión a cirugía convencional o abierta, sugiere la realización de laparotomía para completar el acto quirúrgico debido a obstáculos en el mismo paciente, en el instrumento quirúrgico para la exploración del tracto biliar, el entrenamiento del médico cirujano o de su equipo durante la cirugía (18, 19).

La conversión de la colelap a colecistectomía abierta no se debe catalogar como una complicación, la determinación de convertir una colelap a un procedimiento convencional debe fundarse en la evaluación prequirúrgica e intraquirúrgica, tomando en cuenta la claridad de las estructuras anatómicas y la técnica/comodidad del cirujano, por lo que es un intento de evitar complicaciones y brindar una cirugía segura; sin embargo en los últimos años las incidencias en los servicios de cirugía manifiestan un incremento en los casos de colelap que fueron convertidas a técnica convencional, tanto de emergencia como programadas (20).

La conversión de las colelap muchas veces está relacionadas a las características clínicas del intervenido, también están los relacionados al médico cirujano como: experiencia en el abordaje laparoscópico (volumen elevado de cirugías, más de 100 colecistectomías laparoscópicas), curva de aprendizaje y la técnica operatoria (21).

Las causas de una conversión son múltiples, entre ellas:

- Hemorragia intraoperatoria, que no puede ser controlada.
- Sospecha o visualización de lesión en el tracto biliar principal
- Imposibilidad para reconocer claramente las piezas anatómicas, sea por plastrón, fibrosis, adherencias, u otros obstáculos,
- Visualización de tumor maligno no sospechada,
- Poca experiencia del personal quirúrgico (22).

Por mucho tiempo se han propuesto varias escalas para valorar el riesgo quirúrgico y tratar de ver la necesidad de convertir a cirugía abierta. Una propuesta fue dada por Brodsky, usada al inicio para evaluar pacientes con colecistitis aguda, luego fue modificada para pacientes con colecistitis crónica, no presentando evidencia científica. En el estudio de Kim, se propuso un modelo predictor para los casos de conversión, usando además características de imágenes tomográficas, encontrándose en los pacientes de 60 años a más la presencia de colección pericolecístico, resultado importante y muy significativo (23, 24).

Es esencial investigar al paciente con mayor riesgo de convertir a convencional, para mejorar la planeación y realización del proceder quirúrgico, y así reducir la morbilidad relacionada a la laparotomía, pues los factores independientes reconocidos no se pueden modificar (25).

En cierto modo, el juicio clínico del médico cirujano sugiere cuándo y por qué ejecutar una conversión a convencional (laparotomía); la tasa de conversión simboliza un indicador de calidad, lo cual debe ser analizado periódicamente en los departamentos de cirugía (26).

A nivel mundial, la tasa de conversión de Colelap de emergencia oscila entre 8.5% y 40.5% y se asocia con la dificultad en el reconocimiento de las estructuras anatómicas, inflamación marcada, sangrado importante, múltiples adherencias, entre otros (27).

En América, distintos estudios manifiestan que la tasa de conversión varía entre el 0,8% y el 13%. En Colombia, varios estudios señalan que la conversión se da entre el 0,8% y 12%, pero no existe información disponible de los factores que la predicen (27)

- HIPÓTESIS

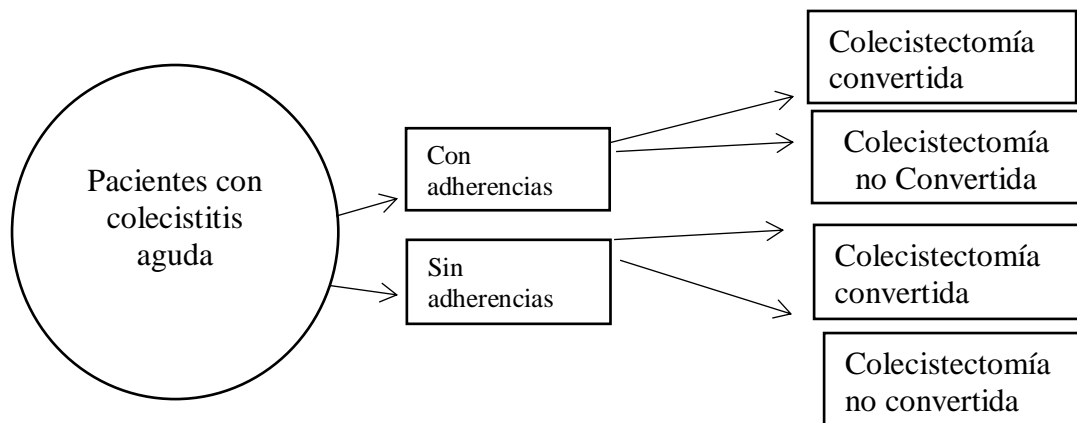
LAS ADHERENCIAS DE VESÍCULA BILIAR DIFICULTAN LA CIRUGÍA Y CONLLEVA A LA CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A CONVENCIONAL

- METODOLOGÍA

- TIPO DE ESTUDIO

Estudio de Cohorte Retrospectivo – Transversal

- DISEÑO



POBLACIÓN DE ESTUDIO

POBLACIÓN

Pacientes con Colecistitis Aguda en HOSPITAL II Chocope, enero 2015 - diciembre 2017

Se divide en:

Expuestos: Pacientes con Colecistitis Aguda que presentan adherencias peritoneales durante la colecistectomía laparoscópica.

No expuestos: Pacientes con colecistitis aguda que no presentan adherencias durante la colecistectomía laparoscópica.

CRITERIOS PARA LA INCLUSIÓN

- Los pacientes con diagnóstico de Colecistitis Aguda, con indicación a colecistectomía.
- Pacientes de cualquier sexo, entre 20 y 60 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con cirugías abdominales previas.
- Pacientes con diagnóstico de Peritonitis.

TAMAÑO MUESTRA

Para determinar el tamaño de muestra se hará con la siguiente formula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2))}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

Z_{α} : 1.645 para una confianza del 95%

Z_{β} : 1.282 para una potencia del 90%.

$p_1=0.60$: Proporción de Colecistectomía laparoscópica convertida en pacientes con adherencias de la vesícula biliar (3)

$p_2= 0.27$: Proporción de Colecistectomía laparoscópica convertida en paciente sin adherencias de la vesícula biliar (5).

n : Número de pacientes

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.93 + 1.282)^2 (0.6 \times 0.4 + 0.27 \times 0.73)}{(0.60 - 0.27)^2}$$

n=43 pacientes

Luego: la muestra estará conformada por 43 pacientes para cada grupo

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDIDA	INDICADORES
Tipo de Colecistitis aguda (variable independiente)	Cualitativa	Nominal	-Colecistitis aguda con adherencias en la vesícula. -Colecistitis aguda sin adherencias en la vesícula biliar.
Colecistectomía laparoscópica (variable dependiente)	Cualitativa	Nominal	-Colecistectomía Laparoscópica. - Colecistectomía Laparoscópica Convertida.

DEFINICIONES OPERACIONALES

- **COLECISTITIS AGUDA CON ADHERENCIAS EN LA VESÍCULA BILIAR**

Es la inflamación de la pared vesicular; es decir el proceso inflamatorio que genera cambios importantes a nivel microscópico y macroscópico que evolucionan desde una simple congestión, posteriormente a una fase supurada, de gangrena y finalmente de perforación. Todo este proceso conlleva a la formación de adherencias.

- **COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CONVERTIDA**

Se define colecistectomía laparoscópica o colelap convertida a la necesidad de tener que pasar de una técnica laparoscópica y continuar con una técnica convencional o abierta.

PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Luego de obtener el permiso correspondiente para obtener los datos estadísticos y registros del Hospital, se procederá a conformar los grupos de estudio, previa verificación del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Muestreo por grupo.

Los datos obtenidos se registrarán en la ficha del Anexo 01. Describir

- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos serán plasmados en una Hoja de recolección elaborado por el autor (Anexo 1), luego pasarán por un proceso utilizando el programa SPSS v.22.

Todos los resultados serán presentados en tablas y barras. Para determinar si hay relación o asociación entre las adherencias con la colecistectomía laparoscópica convertida, se aplicará Chi cuadrado, si $p < 0.05$ existirá asociación significativa.

Para medir la fuerza de relación de las variables se calcula su riesgo relativo e intervalo de confianza al 95%.

- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tendrá en cuenta las sugerencias que guían la investigación; no se puede ejecutar un proyecto de investigación sin haberlo planificado (ética metodológica). Se seguirán los lineamientos del Departamento de Investigación y del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.

- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Abaúnza H. Colectomía laparoscópica: trabajo de la Sociedad Colombiana de Cirugía. Revista. Colombiana. Cirugía. Colombia, 1993.
- (2) Berrios, Colectomía laparoscópica en el Hospital Oscar Danilo Rosales A. Nicaragua. 2002.
- (3) Chávez C. Factores clínicos para la conversión de la colectomía laparoscópica a colectomía abierta del Hospital A. Loayza. Perú 2014. (Tesis). Lima: UNMSM; 2015.
- (4) Reyna. Conversión de Colelap en Colectitis Aguda vs Colectitis Crónica Hospital Regional Docente de Trujillo, (Tesis), UPAO. Trujillo - Perú. 2014.
- (5) Cevallos, Complicaciones Postquirúrgicas por Colectomía Laparoscópica. Hospital IESS. (Tesis). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador. 2011.
- (6) Ponce, V. Complicaciones de Colelap en el Hospital Sergio Bemales. UNMSM, (Tesis). Lima - Perú. 2010.
- (7) Arboleda, N. Lesiones de Vía Biliar en Colectomías Laparoscópicas. Universidad San Martín de Porres (Tesis para optar el título de Cirujano General). Lima – Perú 2014.
- (8) Schwartz, S. Principios de Cirugía. 11ava Ed. Tomo II, Páginas 1432-1439.2010.
- (9) Weber, G. Historia de la Cirugía Técnica Laparoscópica. 2da Ed. México. 1997.
- (10) Panduro, A. Las Causas de Conversión en Colectomía Laparoscópica, Servicio de Cirugía, Hospital III IQUITOS. (Tesis). Iquitos - Perú. 2015.
- (11) Velásquez, C. Cirugía laparoscópica en Perú. Rev. Endoscopia quirúrgica. Perú. 1997
- (12) Briceño, J. Factores Predictivos de conversión de Colelap a colectomía convencional. Revista Chilena. Chile. 2002.
- (13) Bueno, J. Evaluación de la Colectomía Laparoscópica en

- Régimen Ambulatorio. Validación de un Sistema Predictor de Selección de Pacientes. (Tesis). Universidad de Valencia. España. 2008.
- (14) Guzmán, A. Eficacia de la Colelap de un solo Puerto Versus tres Puertos en el Hospital V. Lazarte. UPAO. (Tesis). Trujillo - Perú. 2014
- (15) De Vinatea, J.; Villanueva, L.; Salinas, G. Colectomía laparoscópica: reporte de 43 casos Cir. rev. Soc. Cir. Perú. 1992
- (16) Chousleb, A. Enseñanza y aprendizaje en colectomía laparoscópica. s. edit. s.e. España. 1992
- (17) Lopera, C. Colelap en pacientes de Riesgo Operatorio Bajo: Tratamiento Ambulatorio vs Hospitalización. Rev. Colombia, Cir. 1999
- (18) Nyhus, M. Mastery of Surgery. 3era Ed. Tomo I. 2000.
- (19) Pérez, J. Manual de Cirugía Laparoscópica, Interamericana Mc GRAW-HIL editores. México D.F. 1992.
- (20) Sabiston, Tratado de Cirugía. 18ava Edición. Volumen 1, Interamericana. México, D.F. 2009.
- (21) Souba, W. & Fink, P. ACS Surgery, principles and practice. España. 2004.
- (22) Ortiz, J. Evaluación de 609 casos de Colelap manejados por un solo grupo quirúrgico. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, Vol. 3 2002.
- (23) Gangl, O. Single incision laparoscopic cholecystectomy (SILC) versus laparoscopic cholecystectomy -a matched pair analysis. Langenbecks. 2011
- (24) Fahim. H.; P. & Vijay, M. Role of Colelap in the Management of Gangrenous Cholecystitis, Am.J. Surg. 2008.
- (25) Duva, S. Complicaciones de la colectomía lap. JAss Int Hepato - PancreatoBiliary, 2009.
- (26) Lai, E.; Tang, C, Prospective randomized comparative study of single incision Colelap versus conventional fourport colelap. Am J Surg. 2012.
- (27) Márquez F, Pezzano E. Factores de riesgo de conversión de la colectomía laparoscópica a colectomía convencional. Hospital de Barranquilla, enero de 2015 - abril de 2016. 2016; 10 (2):81-8.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDA DES	Año 2018												Año 2019																											
	Oct				Nov				Dic				Ene				Feb				Mar				Abr				May				Jun				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Revisión Bibliográfica.	—————																																							
2. Elaboración del proyecto	—————																																							
3. Presentación, corrección y aprobación del proyecto									—————																															
4. Recolección de datos													—————																											
5. Procesamiento, de datos, análisis e interpretación de resultados																	—————																							
6.																																								

PRESUPUESTO DETALLADO

- **RECURSOS**

BIENES

- Papel Bond
- Borrador
- Calculadora
- CD
- Corrector
- Folders
- Lapicero
- Lápiz
- Regla
- USB

SERVICIOS

- Alquiler de computadora
- Anillado
- Empastados
- Fotocopiado
- Impresiones
- Servicios de internet

PRESUPUESTO

RECURSOS	CÓDIGO	CANTIDAD	P.UNIT. (S/)	P.TOTAL. (S/)
a. BIENES -MATERIAL DE ESCRITORIO				
Papel bond	2. 3. 19	1 0 millares	21.00	210,00
Borrador	2. 3. 19	10 Unidades	0.80.	8.00
Calculadora	2. 3. 19	1 unidades	10.00	10.00
Cd	2. 3. 19	05 unidades	1.50	7.50
Corrector	2. 3. 19	05 unidades	2.50	12.50
Fólderes	2. 3. 19	10 unidades	1.00	10.00
J^y3Íceros	2. 3. 19	2 cajas	20.00	40.00
Lápiz	2. 3. 19	5 unidades	0.50	2.50
Regla	2. 3. 19	2 unidades .	0.50	1.00
USB	2. 3. 19	2 unidades	25.00	50.00
b. SERVICIOS				
Alquiler de computadora	2. 6. 3. 2. 1 1	-	-	300.00
Anillados	2.3. 1.9. 1 1	-	-	300.00
Empastados	2.3. 1.9. 1 I	-	-	300.00
Fotocopias	2.3. 1.9. 1 1	-	-	300.00
Servicios de impresión	2.3. 1.9. 1 1	-	-	500.00
Servicio de internet	2.3.2.2.2 3	-	-	300.00
TOTAL	-	-	-	2351.50

- **FINANCIAMIENTO:**

La ejecución del Proyecto será autofinanciado por el investigador.

ANEXOS

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ASOCIACIÓN DE LAS ADHERENCIAS DE VESÍCULA BILIAR, A LA
CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A
CONVENCIONAL, EN EL HOSPITAL II CHOCOPE, ENERO 2017 – JULIO 2019

Ficha N°: _____

- I. TIPO DE COLECISTECTOMÍA**
- LAPAROSCÓPICA ()
 - ABIERTA ()
- II. TIPO DE COLECISTITIS:**
- AGUDA ()
 - CRÓNICA ()
- III. CONVERTIDA A ABIERTA**
- SI ()
 - NO ()
- IV. EDAD:**
- ENTRE 20 Y 60 AÑOS ()
 - OTRAS EDADES ()
- V. ADHERENCIAS DE VESÍCULA BILIAR:**
- SI ()
 - NO ()
- VI. PRESENCIA DE PERITONITIS:**
- SI ()
 - NO ()
- VII. CIRUGÍA ABDOMINAL PREVIA**
- SI ()
ESPECIFICAR:.....
 - NO ()