



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR
POR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER
EN MEDICINA**

TÍTULO:

**FACTORES INTRAOPERATORIOS PARA LA CONVERSIÓN DE LA
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMÍA
INCISIONAL EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL PERIODO 2012 A 2015**

ALUMNO(S):

JUAN ALCANTARA ALEJANDRO

JUAN CONDORI HUAMANI

YONATHAN VALVERDE MENDOZA

ASESOR(ES):

Dra. NATALIA CARRILLO ROMÁN

Dr. LEANDRO HUAYANAY FALCONI

2017

TABLA DE CONTENIDOS

	Página
1. Resumen	3
2. Abstract	4
3. Introducción	5
4. Materiales y métodos	8
5. Resultados	10
6. Discusión	12
7. Conclusiones	15
8. Declaración de conflictos de interés	15
9. Referencias bibliográficas	16
10. Tablas, gráficas y figuras	18
11. Anexos	21

**FACTORES INTRAOPERATORIOS PARA LA CONVERSIÓN DE LA
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMÍA
INCISIONAL EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL PERIODO 2012 A 2015**

1. RESUMEN:

Objetivo: Describir los factores intraoperatorios para la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía incisional en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2012 a 2015. Material y método: Estudio descriptivo tipo transversal, en una población de 280 casos de colecistectomías laparoscópicas convertidas, que se recolectó a través de los reportes e historias clínicas durante el periodo 2012 a 2015 y se consideró como variables de estudio Factores intraoperatorios: conversión quirúrgica y tiempo quirúrgico; y factores perioperatorios; Edad, sexo y morbilidades asociadas. Resultados: El estudio incluyó un total de 280 casos de conversión, obteniéndose una tasa de conversión del 6%. El principal factor intraoperatorio de conversión fue la No identificación del triángulo de Calot, con un 64% (180 casos). En los casos de conversión predominó el sexo masculino. La edad promedio de los casos fue de 48.35 años y el grupo de edad más frecuente fue el grupo de los mayores de 58 años. El tiempo quirúrgico comprendido entre 1 a 2 horas fue 75%. La obesidad fue la morbilidad asociada más frecuente. Conclusiones: principal factor intraoperatorio fue la No identificación del triángulo de Calot. Los casos de conversión fueron de predominio masculino, sobretodo en el grupo de mayores de 58 años. La mayoría de las colecistectomías laparoscópicas convertidas duraron en promedio 1 a 2 horas y la comorbilidad más frecuente fue la obesidad.

Palabras claves: Colecistectomías laparoscópicas, conversión, factores intraoperatorios.

2. ABSTRACT:

Objective: Describes the intraoperative factors for the conversion of the laparoscopic cholecystectomy to the incisional cholecystectomy in patients with cholecystitis acute in HNAL during the period 2012-2015. **Material and method:** Descriptive study transverse type, in a population of 280 cases of the laparoscopic cholecystectomies converted, that I gather across the reports and clinical histories during the period 2012-2015 and it was considered variables of study. Intraoperative factors for the surgical conversion, age, sex, surgical time and associate morbidities.

Results: The study includes a total of 280 cases of conversion, there being obtained a rate of conversion of 6%. The principal intraoperative factor of conversion was Not identification of Calot's triangle, with 64% (180 cases). In the cases of conversion 75% predominated over the feminine sex. 48.35 years was the average of age and the most frequent age of group was the group of major ones of 58 years. 75% of the cases of conversion had a surgical time understood between 1 at 2 hours. The obesity was the most frequent associate morbidity.

Conclusions: The principal intraoperative factor was not identification of Calot's triangle. The cases of conversion were of masculine predominance, overcoat in the group of major 58 years. The majority of the laparoscopic cholecystectomies converted lasted in average 1 at 2 hours and the most frequent comorbilidad was the obesity.

Key words: Laparoscopic cholecystectomies, conversion, intraoperative factors.

3. INTRODUCCIÓN:

La colecistectomía laparoscópica es la intervención quirúrgica que ha presentado mayor relevancia en el mundo, sobretodo en el tratamiento de las patologías biliares.¹ La conversión de la colecistectomía laparoscopia a colecistectomía incisional más que una complicación es buena decisión para evitar complicaciones postoperatorias.²

En los últimos años ha aumentado la tasa de conversión en el sexo masculino y edad avanzada que son considerados como factores predictores de riesgo a conversión, aumentando el número de complicaciones postoperatorios que generarán un impacto económico en el paciente.³

Según el estudio de Briceño J; realizado en el hospital de Venezuela, año 2002, se encontró un total de 7.44% de conversiones de colecistectomías laparoscópicas, de donde el 36.84% fueron debido a adherencias, 15.7% por distorsión anatómica, 15.7% por vesícula escleroatrófica y 5.6% por colédoco dilatado y arritmia cardíaca.⁴

Le y col; en el año 2012, publicaron un estudio, donde se identificó todas las colecistectomías convertidas en el Hospital Central Universitario de Greenville, Carolina del Sur, en un periodo de 2 años. Las razones de conversión fueron en primer lugar inflamación de la vesícula, en segundo lugar adherencia y en tercer lugar distorsión anatómica.⁵

Un estudio realizado en México, en el año 2013, evidencia una mayor frecuencia en mujeres adultas entre 19 y 80 años, donde la principal causa fue por cálculos biliares en un 97% aproximadamente. La tasa de conversión fue de 11% donde se demostró que el factor intraoperatorio más relacionado era la presencia de edema en un 56%, en segundo lugar, plastrón vesicular y en tercer lugar la colecistitis gangrenosa. Además, se evidenció otras causas de la conversión como son la presencia de adherencias y la dificultad de visualización del campo operatorio, sobretodo en pacientes obesos.⁶

En el Perú, los primeros reportes de Colectomía Laparoscópica fueron realizados en el año 1991 en diferentes hospitales, como el Hospital Cayetano Heredia realizado por los Doctores Del Castillo M. y Rodríguez M.⁷ y Hospital Guillermo Almenara por el Dr. Aguilar y el Dr. Villanueva.⁸ Seguidamente, en 1992, el Dr. Baracco realizó un estudio enfocado en la población de sexo femenino; por lo que, actualmente, el HNAL se realiza un gran número de colectomías laparoscópicas.

El presente estudio tiene la finalidad de identificar los factores implicados en la conversión, una vez determinados, va a permitir programar el procedimiento quirúrgico, disminuyendo las complicaciones postoperatorias y formulación de guías de manejo de conversión en el HNAL.

OBJETIVOS

General

- Describir los factores intraoperatorios para la conversión de la colectomía laparoscópica a colectomía incisional en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2012 a 2015.

Específicos

- Determinar la tasa de conversión de la colectomía laparoscópica a colectomía incisional en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2012 a 2015.
- Identificar los factores intraoperatorios para la conversión de la colectomía laparoscópica a colectomía incisional en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2012 a 2015.

- Identificar las características del paciente con colecistitis aguda que fueron sometidos a Colecistectomía Laparoscópica y convertidos, como: Edad, sexo comorbilidad en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2012 a 2015
- Determinar el tiempo quirúrgico de las colecistectomías laparoscópicas convertida a colecistectomía incisional en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2012 a 2015.

4. MATERIALES Y METODOS:

Diseño de investigación

- Estudio descriptivo tipo transversal. Se determinó los factores intraoperatorios de la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía incisional en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2012 a 2015. Se revisó los reportes e historias clínicas del departamento de cirugía del HNAL.

Población

- Se determinó los pacientes con colecistitis aguda que se les realizaron colecistectomías laparoscópicas en el HNAL durante el periodo 2012 a 2015.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico post operatorio de colecistitis aguda en el departamento de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2010 a 2013.
- Pacientes mayores de 18 años de ambos sexo que tengan el diagnóstico de colecistitis aguda y que durante el intraoperatorio se dé la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía incisional en pacientes con colecistitis aguda en el departamento de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2010 a 2013.

Muestra

- La muestra fue todos los pacientes con colecistitis aguda que se les realizaron colecistectomías laparoscópicas y se convirtieron a colecistectomía incisional en el departamento de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2012 a 2015. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años de ambos sexos que tengan el diagnóstico de colecistitis aguda y que durante el intraoperatorio se dé

la conversión de la colecistectomía laparoscópica y además que presenten un diagnóstico post operatorio de colecistitis aguda.

Análisis de datos

- Se elaboró nuestra base de datos en Microsoft Excel, donde además se realizaron las gráficas y tablas del trabajo.

Aspectos éticos

- El comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Hospital Nacional Arzobispo Loayza nos dieron permiso para proceder a realizar el estudio. Los datos obtenidos fueron confidenciales y sólo se usaron para fines académicos de este estudio

Variables

- Las variables intraoperatorios que se tuvieron en cuenta para este estudio fueron conversión quirúrgica y tiempo operatorio; mientras que las variables extraoperatorios fueron edad, sexo y comorbilidad.

Metodología

- Se recopiló la información en el departamento de cirugía del HNAL, en base a los reportes operatorios e historias clínicas del periodo 2012 a 2015. Se consideró el diagnóstico postoperatorio de colecistitis aguda. En las historias clínicas se evaluó el reporte anestesiológico y la comorbilidad. Se excluyó a todos los pacientes operados en la emergencia hospitalaria y con antecedentes de cólico biliar u otras patologías vesiculares. El motivo fue que la mayoría de pacientes de emergencia con el diagnóstico de colecistitis aguda en el HNAL según los criterios de Tokio se hospitalizan en el piso de cirugía para ser programada de intervención quirúrgica.

5. RESULTADOS:

Se estudió 4170 colecistectomías laparoscópicas en pacientes con colecistitis aguda en el Servicio de Cirugía General del HNAL, en el periodo 2012 a 2015, de los cuales, 3450 son mujeres y 720 son hombres, obteniéndose una tasa de conversión total del 6% (Gráfica 1). Además, en el caso de las mujeres se obtuvo una tasa de conversión del 6.1% (210 casos) y en el caso de los hombres un 9.7% (70 casos). (Gráfica 2).

También se estudió los factores intraoperatorios para la conversión de la colecistectomía abierta, encontrándose que el factor intraoperatorio más frecuente fue la No identificación del triángulo de Calot en un 64% (180 casos), en segundo lugar, el Síndrome adherencial en un 21% (60 casos), en tercer lugar, la coledocolitiasis distal en un 9% (25 casos) y los otros factores intraoperatorios, como cálculo en bacinete (10 casos), sangrado (4 casos) y lesión biliar (1 caso), representaron un total del 6%. (Gráfica 3), estos datos fueron descritos en los reportes operatorios.

Otro aspecto, que se estudió en el presente trabajo, fue determinar las características de los pacientes con colecistitis aguda que se realizaron la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía incisional, encontrándose que, de los 280 casos de conversión, 210 fueron mujeres y 70 fueron hombres, representando el 75% y 25% respectivamente. Con respecto a la variable edad, se encontró que la edad promedio del total de casos fue de 53.16 años. Además, se agrupó por grupos etarios a partir de los 18 años, encontrándose que el grupo etario más frecuente en un 36.4% (102 personas) fue el grupo comprendido entre 58 años a más; mientras que, el menos frecuente fue el rango de edad tanto de 18 a 28 años como de 28 a 38 años, en un 7.5% para ambos grupos. Con respecto a la variable comorbilidad, esta información se obtuvo directamente de las historias clínicas, encontrándose que la comorbilidad más frecuente fue la Obesidad en

un 39% de los casos, la Diabetes Mellitus en un 11%, Hipertensión Arterial en un 8 %, Cirugías previas en un 4% y otras comorbilidades en un 16%. Además, se encontró que un 22% de los casos no presentó antecedente; al menos no registrado en la historia clínica.

(Tabla 1).

El último aspecto a tratar fue el tiempo quirúrgico, el cual se obtuvo de las historias clínicas, encontrándose que, de los 280 casos de conversión, el 75 % de los casos tuvo un tiempo quirúrgico de 1 a 2 horas, el 20% un tiempo mayor a 2 horas y el 5% menor a 1 hora. Además, se obtuvo el tiempo quirúrgico promedio que fue de 93.3 minutos. (Tabla

2).

6. DISCUSIÓN:

La colecistectomía laparoscópica es la intervención quirúrgica más frecuente para el tratamiento de la colecistitis aguda; presentando menores complicaciones postoperatorias, menor estancia hospitalaria y menor dolor postoperatorio.¹ Sin embargo, diversos factores intervienen para la conversión como anatomía, técnica, sexo masculino y comorbilidad, no como una complicación sino como un intento de evitar complicaciones postoperatorias.²

En nuestro estudio se encontró una tasa de conversión del 6%, debido a las condiciones locales tales como inflamación local y distorsión de la anatomía; sin embargo, en el estudio de Constantini R; en el año 2012, se encontró una tasa de conversión del 2.76%.⁹ Se encontró que la tasa de conversión depende de la población y el lugar donde se realizó el estudio; en el caso de nuestro trabajo se realizó en el HNAL, considerado hospital de referencia, donde acude mayor cantidad de personas, sobre todo mujeres a diferencia de otros hospitales. Además, se analizó las tasas de conversión según el sexo, encontrándose que el sexo masculino presentó un 9.7%, en comparación con las mujeres que fue de 6.1. A comparación de Lezana Perez y colaboradores en el año 2010, quienes presentaron un estudio transversal donde se encontró una tasa de conversión del 6.02%, similar a nuestro estudio y se obtuvo que el sexo masculino presentó una mayor tasa de conversión que el sexo femenino.¹⁰ En otro estudio como el Sippey M, se encontró que la tasa de conversión fue del 6%.¹¹ Hubo ciertas diferencias en los estudios debido a que no se trabajaron con la misma muestra y en el mismo hospital, por lo que la tasa de conversión en algunos estudios fue similar y en otros hubo variación.

El factor intraoperatorio más frecuente fue la No identificación del triángulo de Calot en un 64% , el Síndrome adherencial en un 21% de los casos, y la coledocolitiasis distal en

un 9% de los casos. A comparación con el estudio de Balaguéa y Targarona, en el año 2010, donde la No identificación del triángulo de Calot representó un 46% y como segunda causa de conversión las hemorragias intraoperatorias en un 24%¹² a comparación de nuestro estudio, que el 1% representa la tasa de hemorragia, por lo que el servicio de Cirugía del HNAL presentó mejor experticia y mejor manejo del sangrado durante el acto operatorio. En comparación con el estudio de Tullume A; donde se encontró que la No identificación del triángulo de Calot presentó mayor frecuencia y en segundo lugar el Síndrome Adherencial; sin embargo, la coledocolitiasis se encontró en cuarto lugar a diferencia de nuestro estudio que se encontró en 3 lugar.¹³

Con respecto a la variable sexo, el 75% de los casos fueron mujeres, a comparación de otros estudios, como el de Bebko y cols; en el año 2011, quienes concluyeron que el sexo es un factor de riesgo dependiente para la conversión, ya que la población que acude al HNAL es mayoritariamente de sexo femenino.⁷ Otro estudio fue de Túllume A; quien encontró que cerca del 60% de los casos corresponde al sexo masculino.¹³

Con respecto a la edad, el promedio general fue de 53.16 años, donde el mayor paciente fue una mujer de 84 años, además se encontró que el grupo de edad más frecuente fue el grupo mayor a 58 años. En comparación con el estudio de Bebko S; en el año 2011, donde se concluyó que el grupo de tercera edad presento mayores tasas de conversión.¹⁷

Otra variable estudiada fue la comorbilidad, que en el caso de la Obesidad fue un 39%, seguido de la de Diabetes Mellitus tipo II en un 11%, a diferencia de lo encontrado en un estudio por Marquez, en el año 2015, donde la Hipertensión arterial fue la primera morbilidad encontrada seguido de la Diabetes Mellitus tipo II.¹⁴ En el estudio de Yang T; se encontró que la Diabetes mellitus fue la primera morbilidad encontrada, seguido de obesidad.¹⁵ En una revisión retrospectiva de Lipman J; en el año 2007, se encontró que si

presentaba una comorbilidad el riesgo era de 2% mientras que más de 3 comorbilidades incrementa el riesgo a más de 40%.¹⁶

Otro de nuestros objetivos fue determinar el tiempo quirúrgico, el cual nos indica la severidad del cuadro clínico del paciente y nos da una idea de que mayor tiempo operatorio da mayor riesgo de complicaciones médicas como quirúrgicas. En nuestro estudio se obtuvo que el 75% tuvo un tiempo quirúrgico entre 1 a 2 horas, mientras que el 20% tenía un tiempo quirúrgico mayor a 2 horas. Existen estudios nacionales donde evalúan los factores de conversión y analizan los tiempos quirúrgicos como es el caso del Bebko S, quien obtuvo una media de tiempo quirúrgico entre 25 a 300 minutos, donde el tiempo promedio fue de 95.88 minutos, en comparación a nuestro estudio que fue de 93.3 minutos.⁷

7. CONCLUSIONES:

- En el HNAL la tasa de conversión de la colecistectomía laparoscópica a incisional fue un 6% de los casos.
- El factor intraoperatorio más frecuente para la conversión de la colecistectomía laparoscópica a incisional fue la No identificación del triángulo de Calot en un 64% y en segundo lugar el Síndrome Adherencial en un 21%.
- En el HNAL, la población masculina presentó mayor tasa de conversión a comparación de la población femenina.
- En el HNAL, el grupo etario más frecuente fue el grupo de 58 años a más.
- Se evidenció que la comorbilidad más frecuente fue la Obesidad en un 39% de los casos.
- El tiempo quirúrgico más frecuente fue de 93.3 minutos en promedio.

8. DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

No se encontró ningún conflicto de interés,

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Gurusamy KS, Davidson C. Colectistomía temprana versus Tardía para pacientes con colecistitis aguda. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; 6:54-68.
2. Guía para la aplicación clínica de la cirugía laparoscópica de la vía biliar. Asociación Americana de Gastroenterología y Cirugía endoscópica, 2010. (Consultar: <https://www.sages.org/es>)
3. Sakpal S, Bindra S, Chamberlain R. Tasas de conversión de la colectistomía laparoscópica 2 décadas después. PubMed 2010; 14(4): 476-483.
4. Briceño J, Mendoza M, Marrero C. Factores predictivos de conversión de colectistomía laparoscópica a cirugía abierta. Rev. Venez. Cir 2002; 55(2):39-45.
5. Lengyel BI, Azagury D y col. Colectistomía laparoscópica después de un cuarto de siglo. Rev. Cirugía endoscópica 2012; 26: 08-13.
6. Alejandra L, Jaime VF. Factores que predicen la conversión de la colectistomía laparoscópica. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, 2005; 66-73.
7. Del Castillo M, Rodríguez M. Colectistomía laparoscópica en el Perú. Reporte preliminar de los primeros casos. Rev. Med. Herediana. 1991; 2(1): 44-45.
8. Baracco V. La colectistomía laparoscópica. Experiencia personal de 500 casos. Rev A Per Cir 2001; L(1):61-67.
9. Constantini R, Caldaralo F. Factores de riesgo para la conversión de la colectistomía laparoscópica. PubMed 2012; 83(3): 45-52.
10. Lezana MA, Carreño VG. Colectistomía laparoscópica en régimen de cirugía mayor ambulatoria en un hospital comarcal: resultados iniciales de una serie de 110 casos. Cirugía Española. 2010; 87(5):88-92.

11. Slippey M, Grzybowski M. Colecistitis aguda; Factores de riesgo para la conversión de colecistectomía laparoscópica. *J Surg Res.* 2015; 119(2):57-61
12. Balaguéa C, Targarona E. Factores predictivos de conversión a cirugía abierta de la colecistectomía laparoscópica. Análisis de una serie prospectiva de 502 pacientes. *Cir Esp.* 2010; 68:39-43.
13. Túllume C, Alexander. Factores de conversión a cirugía abierta en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Santa Rosa. *Revista de la facultad de medicina San Marcos.* 2013; 31: 64 - 69
14. Francisco M, Diego P, Ezio P, Lourdes V. Comportamiento de factores de riesgo de conversión de la Colelap a colecistectomía abierta. Hospital General de Barranquilla. *Revista Biociencias* 2015; 10 (2): 81-88.
15. Yang TF, Guo L. Evaluación del factor de riesgo preoperatorio para la conversión laparoscópica para la colecistectomía abierta: UN meta-análisis. *Revista de Gastroenterología* 2014; 61 (132): 58-65.
16. Lipman JM, Claridge JA. Hallazgos preoperatorios predicen la conversión de la laparoscopia con la colecistectomía abierta. *Revista Cirugía* 2007; 142 (4): 56-63
17. Bebko S, Arrarte E. Eventos Intraoperatorios Inesperados y Conversión en Pacientes Colecistectomizados por Vía Laparoscópica. *Rev. Gastroenterología. Perú;* 2011; 31(4): 335-344.

10. TABLAS, GRAFICOS Y FIGURAS:

Tabla 1 Caracterización de los pacientes con colecistitis aguda, que se le realizaron Colecistectomías laparoscópicas convertidas en el HNAL en el periodo 2012 a 2015

Variable	Numero	Porcentaje (%)
SEXO		
Femenino	210	75
Masculino	70	25
Total	280	100
EDAD		
18 a 28 años	21	7.5
28 a 38 años	21	7.5
38 a 48 años	52	18.6
48 a 58 años	84	30
58 años a más	102	36.4
Total	280	100
EDAD PROMEDIO	53.16	
MORBILIDAD ASOCIADA		
Obesidad	110	39
Diabetes Mellitus tipo II	30	11
Hipertensión arterial	22	8
Cirugías previas	10	4
Otras morbilidades	46	16
Ninguno	62	22
Total	280	100

Tabla 2: Tiempo quirúrgico que demora la conversión de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda en el HNAL en el periodo 2012 a 2015

Tiempo Quirúrgico	Número	Porcentaje (%)
Menor a 1 h	15	5
Entre 1 a 2 h	210	75
Mayor a 2 h	55	20
Total	280	100
Tiempo Quirúrgico Promedio	93.3 minutos	

Gráfico 1: Tasa de conversión de Colecistectomías laparoscópicas en pacientes con colecistitis aguda en el HNAL en el periodo 2012 a 2015

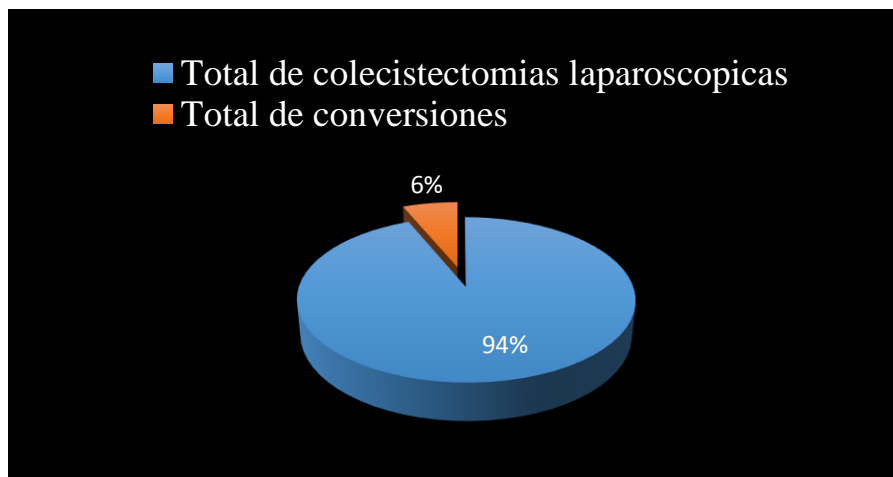


Gráfico 2: Tasa de conversión de Colectomías laparoscópicas en pacientes con colecistitis aguda en el HNAL en el periodo 2012 a 2015 según el sexo

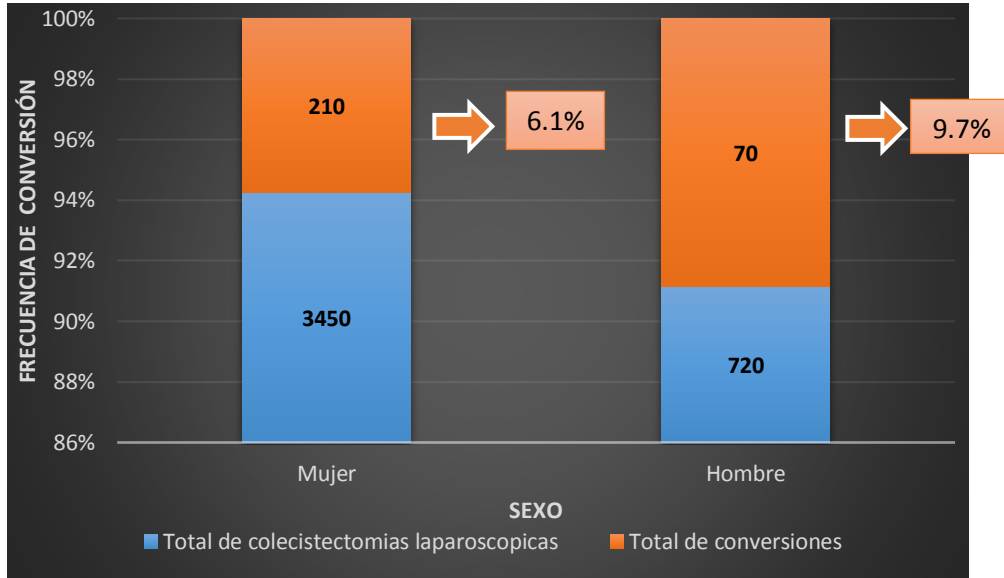
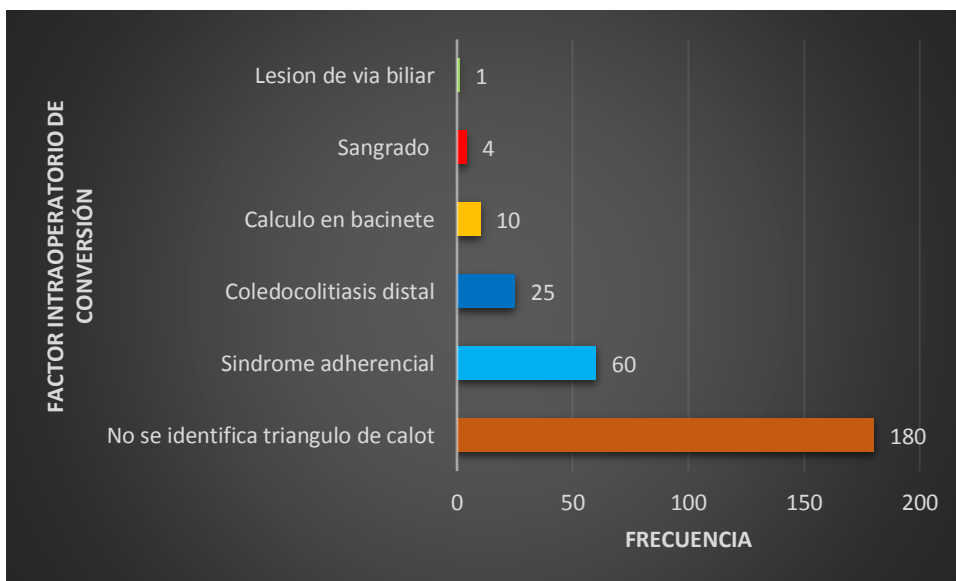


Grafico 2: Factores intraoperatorios de conversión de Colectomías laparoscópicas en pacientes con colecistitis aguda en el HNAL en el periodo 2012 a 2015



11. ANEXOS:

ANEXO 1:

FACTORES INTRAOPERATORIOS DE LA CONVERSIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DURANTE EL PERIODO 2012 A 2015

Datos Del Paciente

Fecha: / /

Nº de H.C.: _____

Edad: _____ Sexo: (M) (F)

Diagnostico pre-operatorio:

Diagnostico post- operatorios:

Conversión de técnica quirúrgica:	SI ()	NO ()
a. No se identifica el triángulo de calot	SI ()	NO ()
b. Síndrome adherencial	SI ()	NO ()
c. Coledocolitiasis distal	SI ()	NO ()
d. Calculo en bacinete	SI ()	NO ()
e. Fistula	SI ()	NO ()
f. Sangrado	SI ()	NO ()
g. Lesión de vía biliar	SI ()	NO ()
h. Tumor vesicular	SI ()	NO ()
i. Problemas relacionado a la anestesia	SI ()	NO ()
j. Otros:		

Antecedentes personales patológicos:

a. Obesidad	SI ()	NO ().
b. Diabetes Mellitus	SI ()	NO ().
c. Hipertensión Arterial	SI ()	NO ().
d. Intervenciones quirúrgicas previas	SI ()	NO ().
e. Otros	SI ()	NO ().
f. Especificar		

Tiempo quirúrgico < 1Hr () entre 1 y 2 () >2 Hr ().