



1.- RESUMEN

Contenido: La cirugía de Invasividad mínima reduce el traumatismo de exposición quirúrgica. Aún existen complicaciones como: dolor, fiebre, náusea y vómito; que producen importante malestar en los pacientes.

Objetivo General: Conocer el manejo y determinar la prevalencia de complicaciones postoperatorias en pacientes Colecistectomizados Laparoscópicamente en el Hospital Vicente Corral M. de la Ciudad de Cuenca en el 2011.

Materiales y Métodos: Estudio clínico descriptivo, con 60 pacientes Colecistectomizados laparoscópicamente, e internados en el Hospital Regional Vicente Corral M., durante 6 meses. El método fue la encuesta, a través del formulario elaborado por los autores, con datos personales y de ficha clínica de los pacientes.

Resultados: La media de edad fue 41,36 años de pacientes con patología biliar, rangos de edad más afectados fueron 20-29 y 30-59 años. El sexo femenino se vio más afectado con una relación 5-1. Pacientes con sobrepeso u obesidad presentan con mayor frecuencia patología biliar. El 100% de los pacientes presenta dolor posquirúrgico inmediato, a pesar de recibir analgésicos, siendo AINES los más utilizados. El dolor persiste en moderada intensidad a las 6 horas, y disminuye a leve a las 24 horas. Con referencia a náusea y vómito encontramos mayor incidencia de náusea entre los 37-42 años con un 81,7%. En temperatura, las edades promedio (20-29 años), gran diferencia entre sexos, mujeres/ varones (31,6%/1,7%), predominio en ocupados vs desocupados (23,3%/0%).

DeCS: complicaciones postoperatorias-cirugía; epidemiología descriptiva; colecistectomía laparoscópica-efectos adversos; Hospital Vicente Corral Moscoso; Cuenca-Ecuador.



2. - ABSTRACT

Background: Minimally Invasive Surgery reduces surgical trauma exposure substantially. There are still complications such as pain, fever, nausea and vomiting, that cause significant distress in patients.

General Objective: To Determine manage and prevalence of postoperative complications in patients intervened by Laparoscopic Cholecystectomy, at Vicente Corral M Hospital. Cuenca 2001.

Methodology: This investigation is a descriptive clinical study with 60 patients intervened by Laparoscopic Cholecystectomy, and hospitalized at Vicente Corral M Hospital, in the last 6 months. The method was the survey, using a form developed by the authors, who includes personal and clinical records of patients.

Results: The mean age was 41.36 years for patients with biliary disease. The most affected age ranges were 20-29 and 30-59 years. Female sex was more affected. Overweight or obese patients more often have biliary disease. 100% of patients have immediate postoperative pain, despite receiving analgesics, NSAIDs remain the most used. The pain persists in moderate intensity at 6 hours, and decreases slightly at 24 hours. About nausea and vomiting, there are higher incidences of nausea between 37-42 years with 81.7%. In temperature, the average age (20-29 years), gender difference, women / men (31.6% / 1.7%), employed vs. unemployed predominance (23.3% / 0%).

DeCS: postoperative complications- surgery; epidemiology, descriptive; cholecystectomy, laparoscopic- adverse effects; Hospital Vicente Corral Moscoso; Cuenca-Ecuador.



3.-INDICE

1.- RESUMEN	2
2.- ABSTRACT	3
3.- INDICE	4
4.- AGRADECIMIENTO	5
5.- DEDICATORIA	6
6.- INTRODUCCION	7
7.- JUSTIFICACION	8
8.- IMPORTANCIA	9
9.- MARCO TEORICO	11
9.1 Reseña Histórica.	11
9.1 Complicaciones postoperatorias	13
9.1.1 Dolor	13
9.1.2 Nausea y Vómito	21
9.1.3 Fiebre	23
9.1.4 Lesión de la vía biliar	27
9.1.5 Fístula biliar	28
9.1.6 Absceso Hepático derecho	29
9.1.7 Hemorragia	29
9.1.8 Filtración Biliar	30
9.1.9 Colelitiasis	30
9.1.10 Infección	31
9.1.11 Hernia de la pared anterior del abdomen	32
9.1.12 Hematoma	32
10.-Objetivos.	33
10.1Objetivos Generales	33
10.2 Objetivos Específicos	33
11.- Diseño Metodológico	33
11.1 Tipo de estudio	33
11.2 Área de estudio	33
11.3 Universo y muestra	33
11.4 Métodos e instrumentos	34
11.5 Tabulación y análisis	34
11.6 Operacionalización de las variables	34
11.7 Criterios de inclusión y exclusión	38
11.8 Procedimientos para garantizar aspectos éticos	38
12. Resultados.	40
13. Discusión	63
14. Conclusiones y recomendaciones	65
15. Bibliografía	67
16. Anexos	73



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
ESCUELA DE MEDICINA



**“MANEJO Y PREVALENCIA DE COMPLICACIONES INMEDIATAS EN
POSTOPERATORIO DE PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS POR VÍA
LAPAROSCÓPICA. HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL. CUENCA
ENERO - JUNIO 2011”.**

TESIS PREVIA A
LA OBTENCION DEL
TÍTULO DE MÉDICO.

AUTORES.

Armando Damián Pinos Montalvo
Jorge Luis Ramón Patiño
Diego Fernando Regalado Bermeo.

DIRECTOR:

Dr. Rubén Astudillo Molina

ASESOR:

Dr. Jaime Morales Sanmartín

2011



4.- AGRADECIMIENTO

Ha concluido una etapa de nuestras vidas, período de múltiples cambios, muchos aciertos y desaciertos conseguidos a lo largo de toda la carrera, es menester hacer extensivo un gran agradecimiento a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron para la realización de una meta propuesta, la misma que no se ha conseguido de la noche a la mañana como hoy parece ser, es un esfuerzo de múltiples personas comprometidas en el bien de los demás, son maestros, familiares y amigos que minuto a minuto no se han dejado vencer, nos han dado ese pequeño empujón y extendido su mano en tiempos difíciles.

Es justo realizar un extensivo agradecimiento a nuestro Director de tesis Dr. Rubén Astudillo profesor titular de la Cátedra de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas, nuestro asesor Dr. Jaime Morales profesor titular de la Cátedra de Metodología de la investigación y epidemiología quienes con su infinita paciencia y grandes conocimientos nos permiten hoy regalar una pequeña contribución al mundo de la ciencia.

Es preciso también agradecer a tres instituciones que han sido quizá el pilar más grande que cimienta lo que hoy hemos llegado a ser en primer lugar nuestra alma mater, nuestro norte, luz y guía, una institución que a pesar de los problemas cada día sigue siendo más grande, en segundo lugar a los Hospitales José Carrasco y Vicente Corral que se constituyeron nuestros segundos hogares, nos dieron cobijo, apoyo y nos vieron crecer.

Gracias a padres, maestros, hermanos y amigos no ha sido fácil, y hoy con lágrimas en los ojos decimos adiós y eternamente GRACIAS.



5.- DEDICATORIA

El culminar este arduo trabajo innegablemente debe dedicarse al gran arquitecto del universo que nos ha bendecido con la capacidad para hacerlo, a los padres que con aciertos y errores contribuyeron a hacernos lo que somos; a familiares, amigos y a una mujer en especial que de forma desinteresada y constante ha tapizado de esperanza e ilusiones mi camino, a mis dos compañeros que con conocimientos y sabiduría han conjugado la ciencia y cuyo aporte se plasma en los resultados de este documento, de la misma manera a los docentes que lo hicieron posible, gracias a su apoyo y confianza de manera especial y justa al Dr. Rubén Astudillo que ha demostrado no solo ser un buen docente sino también un gran amigo.

Diego F. Regalado B.

Al final de este periodo de nuestras vidas, lleno de alegrías y decepciones, es justo rendir un homenaje a todos aquellos que de una u otra manera contribuyeron a nuestra formación. En primer lugar gracias al Creador por habernos dado la vida, y permitirnos la existencia cada día de nuestra vidas. A mis padres y hermanos por caminar junto a mí, a lo largo de este camino. A mis profesores, maestros, guías que nos impartieron el conocimiento, siempre desinteresadamente y con gran altruismo. Muy especialmente dedico este proyecto a mis amigos: Vero Pacheco y William Matute.

Jorge Luis Ramón P.

En primer lugar dedicar a Dios quien me permite seguir viviendo y tener la fuerza necesaria para no dejarme vencer, a mis padres y hermanos quienes con su esfuerzo y dedicación me han permitido el terminar un sueño que se inició desde niño. Y una persona especial a la que prometí dedicar todas mis obras en su nombre A.M.

Armando D. Pinos M.



6.- INTRODUCCIÓN.

Considerando los avances de la medicina actual, es importante destacar la gran cantidad de procedimientos, técnicas y fármacos que estos últimos tiempos se han podido desarrollar. Todo ello ha contribuido de manera sustancial en la obtención de resultados cada vez mejores al momento de la recuperación de un paciente con diversos problemas de salud. Sin embargo, a pesar de tantos logros conseguidos, continúa también aquel cuestionamiento de los profesionales con respecto al pronóstico y evolución de los pacientes. No se ha podido lograr todavía una intervención quirúrgica que implique repercusiones sobre la fisiología normal del paciente, y por tanto no ocasione ciertas alteraciones en el mismo.

Ciertas complicaciones como: fiebre, náusea, vómito y dolor, consideradas menores; aunque son las molestias más frecuentes descritas por los pacientes, situación que concuerda con algunas investigaciones, y se explicará posteriormente. Existen diversos factores que inciden para que los pacientes aquejen esta sintomatología, los mismos que pueden depender de la intervención a realizar, de la anestesia o de las características del mismo paciente. Una teoría interesante es aquella que correlaciona estas alteraciones en el postquirúrgico como resultado de la agresión que produce sobre el paciente el acto quirúrgico, situación que desencadena una serie de procesos inmunológicos y metabólicos producto de la inflamación que se produce, y esta cascada de eventos se relaciona directamente con la posibilidad de desarrollar alteraciones en el funcionamiento normal del cuerpo y por tanto presentar la sintomatología y problemas a considerar en este estudio. No existe un estudio que enfoque de manera conjunta los tres síntomas mencionados, a pesar de ello existe gran información de cada uno de ellos por separado, razón por la cual nos hemos permitido un enfoque global de la importancia que esto implica para los pacientes y el personal de salud al cargo de los mismos.

La comparación y evaluación de los diferentes métodos de tratamiento nos permitirá conocer mejor su accionar a favor de los pacientes y así, en la medida de lo posible, recomendar algunas directrices para el manejo de estos síntomas tan molestos para los pacientes.

Así, podemos decir que no se puede continuar con aquel pensamiento de que la posibilidad de desarrollar estas alteraciones constituya una situación “normal” y cotidiana en la recuperación de los pacientes. El médico debe saber que el paciente es también un ser humano, que sufre, que siente, y que no



podemos abandonarlo en su lecho de dolor, convirtiéndonos en “reparadores”; como si quienes confían su vida en nuestras manos nos estuviesen dando una maquina dañada; es una persona y nosotros tenemos la responsabilidad de cuidar a ese ser, y no permitir que su sufrimiento se extenué en un calvario de angustia y desesperación.

7.- JUSTIFICACIÓN.

La litiasis biliar tiene una alta prevalencia en los países Occidentales, se estima que en los Estados Unidos cerca del 20% de las mujeres y el 8 % de los varones mayores de 40 años sufren de esta patología, de ellos 1 al 2 % presentan sintomatología lo suficientemente grave que justifican la intervención quirúrgica.¹ El tratamiento de elección de la colecistolitiasis es la colecistectomía sea está abierta o laparoscópica.

En el Ecuador la patología biliar representa la tercera causa de morbilidad femenina con una tasa de 24 por 10.000 habitantes; y en cuando al sexo masculino se ubica en el sexto lugar con una tasa de 8 por 10.000 habitantes.² Estos datos nos permiten una idea general de la situación de la enfermedad en nuestro medio. Como podemos apreciar la patología biliar es una situación muy frecuente en la localidad; por tanto, la evaluación de los tratamientos y entre ellos la corrección quirúrgica, corresponde una medida muy importante para conseguir el mayor beneficio para el paciente, gracias a lo cual es justificable realizar investigaciones en este sentido. En general, todo procedimiento quirúrgico es proclive a presentar complicaciones. Se estima que aproximadamente el 20 al 30 % de los pacientes intervenidos presentarán náusea y vómito posoperatorio pudiendo llegar hasta el 80% en aquellos pacientes con factores alto riesgo, y de ellos el 0,2% no obtiene mejoría a pesar del tratamiento.³

La posibilidad experimentar dolor, es una preocupación muy frecuente en los pacientes que van a ser intervenidos por cualquier causa. Un estudio realizado en España sobre: *Colecistectomía Laparoscopia en régimen ambulatorio*, demuestra que a 24 horas de la intervención el dolor fue nulo o leve en 71% de los pacientes, moderado en el 23% e intenso en el 6%. %. A partir del primer día postoperatorio, sólo un 12% de los pacientes requirió más de 3 dosis de metamizol por día, y a las 48 y 72 horas el grado de dolor intenso afectaba al 5 y al 2,4%, con un porcentaje superior al 80% que refería dolor leve o ausencia de dolor al tercer día postoperatorio. ⁴ En este estudio se propone enfocar también la fiebre postoperatoria. Estudios demuestran que el 9,29% de pacientes en general hacen fiebre posoperatoria, aunque otros estudios



demuestran también que en cirugía abdominal alrededor de 43% de pacientes intervenidos en cirugía abdominal mayor presentan fiebre de los cuales en solo un 36% se encontraron focos infecciosos que expliquen la fiebre⁵, también en otro estudio se determinó que alrededor de 5% de pacientes presentan fiebre cuya causa no se puede determinar, además se han realizado estudios donde se ha encontrado que cerca del 29% de pacientes mujeres intervenidas por vía laparoscópica variada han desarrollado alza térmica de 38 °C o mayor a la misma, también hay estudios que demuestran que la fiebre posoperatoria puede alcanzar valores de 15% de los estudiados identificándose la causa de origen infeccioso en el 19%.⁶

No existen estudio que tomen en cuenta las tres complicaciones que se están planteando, sin embargo durante la revisión pudimos encontrar que en un estudio realizado en Santiago de Chile en el año 2004 con un total de 357 participante que fueron intervenidos por colecistectomía laparoscópica, de los cuales un 90% fueron mujeres, con un tiempo operatorio promedio de 58 min (+/- 18 min). Como resultado se obtuvo que el 0,6% sufrieran de dolor persistente y un porcentaje similar de pacientes emesis persistente que determinó un incremento en la permanencia hospitalaria.⁷

En la práctica de la medicina actual, la relación costo/efectividad de un procedimiento, es una asociación determinante en la aplicación de una medida terapéutica a gran escala.

Determinar la prevalencia de complicaciones postoperatorias y la eficacia de los esquemas de tratamiento utilizados cotidianamente en nuestro medio, tiene una verdadera utilidad para la reducción en el tiempo de permanencia del paciente en el hospital: disminuyendo el riesgo, y optimizando la estadía y pronóstico del paciente postquirúrgico.

8.- IMPORTANCIA.

La Organización Panamericana de la Salud coloca a Ecuador como uno de los países que carece de una adecuada documentación y estadísticas en cuanto a reportes de salud incluyendo morbilidad y mortalidad, tanto en el aspecto clínico como quirúrgico y en sus respectivas especialidades, y basta abrir los ojos para darse cuenta que ello constituye un peso que retarda el desarrollo científico de los pueblos debido a que esta información es no solo necesaria sino actualmente fundamental tanto para darnos cuenta no solo de un atraso, sino también, de una falencia; como para poder corregir los errores, mejorar nuestros servicios médicos y mantenernos vanguardistas en el laborar en la



medicina. Es por ello que la importancia del desarrollo de este proyecto radica en el hecho de que con el mismo será posible primeramente informar al personal de salud, específicamente a quienes han hecho carrera en la cirugía, más específicamente en la cirugía laparoscópica y que en su laborar realizan colecistectomías, de la realidad en la cual se desenvuelven sus pacientes, quienes de antemano les confiaron su salud y bienestar, sobre todo aquel grupo de personas que en su proceso de recuperación quirúrgica presentan complicaciones inmediatas tales como dolor, fiebre, náusea y vómito, y que como se mencionó anteriormente, en ocasiones se consideran menores. En otra instancia, este trabajo nos permitirá conocer el manejo terapéutico brindado en el servicio sobre el cual se enfoca nuestra investigación, y con ello obtener mayor información en cuanto a nuestra realidad en este ámbito, siempre propendiendo a mejorar la calidad de estadía de los pacientes quienes a fin de cuentas resultan ser el factor último y más importante en la actividad del médico. Así también basándonos en lo mencionado al iniciar el documento la importancia de la construcción de este trabajo se sustenta en que él contribuirá a sentar una base para el conocimiento, así también se constituye en el inicio necesario para la continuidad de las investigaciones que a futuro deberán desarrollarse en este ámbito y que de alguna forma ayudarán a estudiantes y profesionales a despejar la oscuridad y la controversia que en mayor o menor grado entorpece el desarrollo de la medicina tanto en nuestra región como en nuestro país y latino América.

Con el desarrollo de este trabajo nos proponemos resolver los siguientes cuestionamientos:

¿Cuál es la prevalencia de complicaciones inmediatas en el postoperatorio de pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica en nuestro medio?

¿Cuáles son los esquemas de tratamiento utilizados para el manejo posquirúrgico de la colecistectomía laparoscopia en el Hospital Vicente Corral Moscoso?

¿Cuáles son los cambios que existen en la sintomatología posquirúrgica y la evolución de la misma a través del tiempo de hospitalización del paciente. ?

¿Cuáles son los diagnósticos más frecuentes de patología biliar en los pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso.?

¿Cuál es la relación entre la presencia de la sintomatología a estudiar y factores asociados con la misma?



9.- MARCO TEORICO CIRUGÍA DE INVASIVIDAD MÍNIMA.

La Cirugía de Invasividad Mínima (CIM) describe un área de la cirugía que tiene puntos comunes con todas las disciplinas tradicionales, desde la cirugía general hasta la neurocirugía. No es una disciplina en sí misma, sino más bien una forma de concebir la nueva cirugía. La Cirugía de Invasividad Mínima es un medio para practicar operaciones mayores a través de incisiones pequeñas, utilizando con frecuencia sistemas de imágenes de alta tecnología miniaturizados, a fin de reducir al mínimo el traumatismo de la exposición quirúrgica.⁸

9.1-Reseña Histórica:

Aunque el término Cirugía de Invasividad Mínima (CIM) es relativamente reciente, el antecedente de sus partes constituyentes tiene casi 100 años de antigüedad. Lo que se considera la variedad más reciente y popular de la CIM, la laparoscopia, es de hecho la más antigua.

Heinz Kalk, Alemán, es considerado el fundador de la Escuela Alemana de Especialistas en Cirugía Laparoscópica. Dedicado a la especialidad de gastroenterología, perfecciona y desarrolla la laparoscopia diagnóstica. Aprovechando el gran desarrollo de la industria alemana del vidrio, desarrolla un laparoscopio con un complicado y bien estudiado sistema de lentes, con ello consigue una mejor visión. Introduce la visión de 135 grados. El año 1929 inicia la técnica de dos punciones. Un trocar para el tubo de laparoscopia y un segundo trocar para punciones u otras pequeñas operaciones. El año 1929 publica su experiencia en las primeras 100 exploraciones, en 1951 publica su experiencia en una serie de 2000 estudios sin mortalidad⁹.

John C. Ruddock. Nace en EE.UU. Como médico militar se dedica a la medicina interna. Aunque 25 años antes B.M. Bernheim otro médico americano del Hospital Johns Hopkins, fuera el introductor de la Cirugía laparoscópica en EE.UU, fue Ruddock el que la dio un mayor impulso y desarrollo. A su técnica la llamo peritoneoscopia. El año 1937, publicó su experiencia en 500 casos y confirma los buenos resultados y la utilidad que tienen los estudios anatomopatológicos y citológicos de las biopsias tomadas. Mejora la técnica desarrollando un instrumento que permite la electrocoagulación¹⁰.

Raoul Palmer. Nace en París. Ginecólogo de profesión, el año 1944, describe e insiste, sobre la conveniencia de colocar al enfermo en posición de Trendelenburg para exploraciones ginecológicas. Reafirma debe controlarse la presión del aire en la cavidad abdominal¹¹.



Kurt Semm. Nace en Alemania. Ginecólogo de profesión e ingeniero de formación, contribuye de una manera muy notable al desarrollo de la Cirugía laparoscópica. Desde el año 1960, publica sus experiencias y las diferentes novedades y avances por él desarrollados. Da solución a problemas como:

1. Presión abdominal: Diseña un insuflador que registra la presión del gas intraabdominal y mide el flujo de inyección.
2. En 1964 monta externamente la fuente de luz fría. Además de una mejor visión, elimina el riesgo de quemaduras por el calor de las fuentes anteriores. Diez años después introduce al cable de fibra óptica en uso en nuestros días.
3. Desarrolla un sistema de irrigación y aspiración para lavado de cavidades.
4. Instrumento para realizar suturas con nudo prefabricado.
5. El año 1978 describe la técnica del nudo extracorpóreo.
6. En 1988 desarrolla un simulador para prácticas en Cirugía laparoscópica.
7. Diseño de numerosos instrumentos de corte y disección¹².

K. Semm no solo mejora técnicas quirúrgicas ya conocidas, en especial en el área de la ginecología, sino que realiza nuevas procedimientos. El año 1982, realiza la primera apendicectomía laparoscópica. Por último, aunque no lo menos importante, enseña sus técnicas especialmente en Europa y EE.UU. Según sus publicaciones, en el decenio de 1980 realiza el 75% de los procedimientos por vía laparoscópica¹³.

H. M. Hasson. El año 1971, desarrolla una técnica para realizar el neumoperitoneo. Diseña un trocar especial que introduce en el abdomen a través de una incisión de pocos cm. Este trocar está dotado de una vaina en forma de tapón que impide la pérdida de aire de neumoperitoneo. Su técnica se emplea en la actualidad¹⁴.

Eric Mühe. Cirujano alemán. Trabajó en el Departamento de Cirugía del Hospital de Böblingen. El Dr. Mühe se formó en Cirugía general y ginecológica en la Facultad de medicina de la Tübingen. Conocedor de los trabajos de Semm y de Lukichev se interesa por la cirugía de la vesícula biliar. Diseña un nuevo laparoscopio, que denomina Galloscope. El diámetro del tubo es mayor, tiene un sistema de visión indirecta y válvulas que impiden la pérdida de gas. El 12 de septiembre de 1985 Mühe realizó la primera colecistectomía laparoscópica en el mundo. Además de la incisión, el orificio umbilical para el Galloscope, coloca dos trocares suprapúbicos. La paciente evolucionó bien. En los años siguientes continuó con esta técnica operando 94 enfermos¹⁵.

John Barry McKerman. Cirujano americano. El mes de agosto del año 1988 realiza la primera colecistectomía laparoscópica en EE.UU. Junto con un



ginecólogo, W. Saye, realizaron un programa de investigación y estudio en la Universidad de Georgia. Utilizan la videocámara y el láser¹⁶.

Joe Edie Reddick, junto con Douglas Olsen, también cirujanos americanos, casi en el mismo tiempo operan los primeros casos de colecistectomía laparoscópica. Los equipos de video cirugía, la videocámara y el nuevo instrumental hacen más fácil las técnicas laparoscópicas¹⁷.

En el Congreso del American College de 1989 en ATLANTA, se presenta la nueva técnica. Miles de cirujanos pueden ver escuchar los informes de los pioneros y sobre todo pueden ver los videos de las operaciones realizadas. En todos los países, con pocos meses de diferencia, se repiten las técnicas, se inician nuevas técnicas y nuevos procedimientos¹⁸.

Dentro de nuestra localidad, esta técnica tiene en los momentos actuales gran acogida, por los resultados demostrados desde sus inicios. El pionero en la realización de este procedimiento en la Ciudad de Cuenca es el Dr. Rubén Astudillo M. en el 1991¹⁹.

9.2.-COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

9.2.1.-Dolor.

La posibilidad que exista dolor antes, durante o después de la intervención quirúrgica, es una de las grandes preocupaciones que aquejan a los pacientes al momento de acudir al médico para que este haga lo posible para resolver su dolencia. Mayor es la incertidumbre si existe la posibilidad de que la solución para el problema del enfermo requiera una intervención quirúrgica.

Antes de abordar las características y peculiaridades referentes al dolor postoperatorio, vamos a definir qué significa el dolor como tal:

Según la International Association for Study of Pain (IASP) se define al dolor como: “... *una sensación desagradable y una experiencia emocional asociada con posible o potencial lesión del tejido, o descrito en términos de este tipo de lesión*”.²⁰

Este concepto tan amplio, y que abarca cuadros variados como los dolores agudos o crónicos, de estirpe somático, visceral, neuropático o psicógeno; ocasionados por diversos mecanismos fisiopatológicos, debe dirigir nuestra atención a que, el carácter del dolor que sufre un paciente es su experiencia propia e intransferible, siendo nuestra tarea evaluarlo y tratarlo en consecuencia, mas no juzgarlo.

La presencia de dolor como padecimiento postoperatorio, es una situación ampliamente estudiada; de allí por ejemplo en un estudio español en 2002 por



Bermúdez et al, describe que el dolor postoperatorio a las 24 horas de la intervención fue nulo o leve en el 71% de los pacientes, moderado en el 23% e intenso en el 6%.²¹ Así también Gallego (España) en 2004 es un estudio que incluye 388 pacientes, donde 97,2% refirieron haber experimentado dolor en algún momento durante su estancia en el hospital y 96,9% refirieron haber presentado dolor en las últimas 24 horas. La intensidad del dolor en el momento de la entrevista fue de $3,08 \pm 2,35$. La mayor intensidad de dolor fue de $6,7 \pm 2,78$ y la menor de $0,89 \pm 1,57$. En el momento de la entrevista 40,5% refirieron dolor moderado y 16% dolor severo.²²

-Generación y transmisión de la sensación dolorosa.- El estímulo doloroso desde sus inicios atraviesa múltiples vías, donde se da lugar un gran número de procesos, así: la información es recolectada por los nociceptores, y llevada a través de las fibras nerviosas (axones), hasta el cuerno posterior de la medula espinal. Estas diferentes fibras se clasifican en: Fibras A (alfa, beta, gamma, delta), Fibras B, Fibras C. Las Fibras A delta (pequeñas y mielinizadas) transmiten el dolor agudo (denominado también dolor intenso, punzante, eléctrico) a gran velocidad. Las fibras C (gruesas y amielínicas) encargadas de igual transmisión pero del tipo de dolor “mal localizado” (llamado también dolor crónico, lento urente, sordo, pulsátil, nauseoso). Las fibras antes mencionadas, transmiten los estímulos al asta posterior de la medula espinal segmentada de la siguiente manera y cuyas partes reciben tipo de sensación específicos.²³

CUADRO N° 1

Zonas Sensoriales Medulares.

Zonas	Nombre	Tipo de Sensación
1	Marginal de Waldeyer	Estímulos nocivos
2-3	Sustancia Gelatinosa de Rolando	Estímulos no nocivos
4-5-6	De la base del asta posterior o núcleo propio	Aferentes viscerales, piel, musculo, articulaciones.
7-8-9-10	Corresponde al tracto medio lateral	Vías sensitivas, neuronas de rango dinámico ampliado.

Fuente: Barzallo J. Anestesia Básica. 2^{da} Ed. Cuenca. Departamento de Publicaciones, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. 2004. Pág. 275-85.

Luego de ello, los haces nerviosos del dolor se dirigen hacia el tálamo por dos vías: 1.) Vía neoespinotalámica: la más externa, responsable de la intensidad, el sitio y la localización del dolor. 2.) Vía paleoespinotalámica o interna, es aquella que solamente indica en forma rutinaria, al sistema límbico para que esta haga efectiva una respuesta endocrina de liberación de catecolaminas, taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria, etc. Finalmente el dolor llega



a la corteza cerebral en la región frontal y se impregna en el área somatoestésica que es el lugar en donde *“el dolor toma conciencia”*²⁴

-Características del dolor postoperatorio.- Constantemente se describen diversas publicaciones acerca del manejo apropiado del dolor en el postquirúrgico, y por tanto, se describen múltiples esquemas enfocados en la regulación tanto de la respuesta inflamatoria que se desencadena luego del acto quirúrgico, como en el control de la percepción de las sensaciones dolorosas por parte del paciente describiéndose buenos resultados, pero también múltiples inconsistencias.

Se puede decir entonces que: *“la incidencia, intensidad y duración del dolor postoperatorio varían considerablemente de uno a otro paciente, de una a otra intervención quirúrgica, de uno otro hospital e incluso de un país a otro”*.²⁵

De esta manera, la posibilidad de desarrollar dolor puede relacionarse a múltiples etiologías, sin embargo, la bibliografía consultada permite una clasificación de los diversos factores en grupos específicamente determinados. Con ello podemos decir que el dolor puede relacionarse con:

Intervención quirúrgica: existe variabilidad entre las diferentes cirugías que se pueden aplicar en un paciente, así: las intervenciones que interesan la región torácica, abdominal alta y renal suelen ser más dolorosas que las que afectan a regiones superficiales; mientras que las técnicas laparoscópicas comportan mucho menos dolor que las técnicas convencionales. Estas diferencias se ponen también de manifiesto en la magnitud de la respuesta fisiológica de los organismos frente a la agresión quirúrgica: a mayor agresión mayor respuesta, lo cual suele traducirse en una mayor repercusión endocrino-metabólica durante el periodo postoperatorio. Si nos referimos a colecistectomía vía laparoscopia, encontramos que la incidencia de dolor postoperatorio en la gran mayoría de pacientes sometidos a esta intervención es mínima; y de encontrarse dolor en estos pacientes, este más bien se relaciona a complicaciones propias de la intervención.²⁶

El paciente: La intensidad del dolor se ve afectada por determinantes físicos, psíquicos y emocionales, personalidad, factores sociales-culturales e interpersonales, y también la existencia de una experiencia previa frente al dolor. Factores como malestar, insomnio, tristeza, ansiedad y miedo disminuyen el umbral de percepción al dolor, y por tanto el paciente se vuelve más susceptible. Algunos investigadores señalan que la ansiedad provoca cambios importantes a lo largo del postquirúrgico, sobre todo en pacientes con una inadecuada preparación psicológica. El ingreso en un hospital origina ansiedad y estrés que se traducen en un grado directamente proporcional de dolor postoperatorio. El grado de estrés hospitalario parece relacionarse con un



entorno desconocido, separación de la familia, carencia de información y experiencia previa con tratamientos analgésicos inadecuados. El miedo suele ser consecuencia de la angustia de padecer dolor cuando desaparezcan los efectos de la anestesia; por desgracia, las molestias dolorosas a menudo son muy superiores a las esperadas, lo que ocasiona un fuerte estado de agitación, sobre todo si se trata de la primera experiencia quirúrgica. Respecto al segundo componente de la ansiedad, la incertidumbre, cobra mayor importancia cuando por un déficit de información, el paciente no sabe qué esperar de la intervención. Todo ello conduce a un estado de hipervigilancia y ansiedad, que disminuye el umbral de percepción del dolor, y abre la puerta a un auténtico círculo vicioso. Por último, la inevitable incapacidad física agrava la situación: el paciente se encuentra encamado, en una determinada posición y cualquier movilización exacerba el dolor.²⁷

No solo las características psicológicas pueden asociarse con la percepción de dolor, así también ciertas características demográficas, como lo demuestra Couceiro T, et al, en su estudio Prevalencia de Edad, Sexo y Tipo de Cirugía en el dolor postoperatorio, donde la prevalencia de dolor postoperatorio en las primeras 24 horas, fue de 46%. De los 85 pacientes que relataron dolor en el postoperatorio, con relación a la prevalencia del dolor por sexo, se identificó que entre los hombres un 48,4% (n = 30) sintieron dolor y entre las mujeres 44,0% (n = 55). Con relación a la edad de los pacientes, y aunque la prevalencia de dolor entre los pacientes con edad superior a los 60 años haya sido mayor (51,1%) que entre los más jóvenes (43,6%). En lo concerniente a la prevalencia del dolor según el tipo de operación, los datos revelaron una asociación significativa con un 59% de los pacientes de Cirugía General (herniorrafías umbilical e inguinal, colecistectomías laparoscópicas y convencional) relatando dolor contra un 35,8% de las demás clínicas²⁸.

Acto anestésico-quirúrgico: Incluye la preparación del paciente, la técnica anestésica y los cuidados postoperatorios. Parece indiscutible que la habilidad del cirujano y la agresividad de la técnica quirúrgica contribuye decisivamente a configurar la entidad del traumatismo quirúrgico, lo que a su vez, generará un grado menor o mayor de dolor postoperatorio. Por último, es innegable que la calidad del tratamiento pre-, intra- y postoperatorio, influyen tanto directa como indirectamente en la incidencia e intensidad del dolor.²⁹

-Complicaciones postoperatorias relacionadas con dolor.- Los objetivos fundamentales de la anestesia son protección neurovegetativa y analgesia, por tanto no debería ser concebible que un paciente experimente dolor después de una intervención quirúrgica; pero, como ya se explicó; existen diversos factores que inciden sobre la posibilidad de experimentar dolor por los pacientes, y si esto sucede se produce la activación de un serie de mecanismos neurovegetativos y endocrinológicos que alteran la fisiología normal del paciente, al punto de generar complicaciones que



pueden incrementar el tiempo de hospitalización o provocar alteraciones más graves que incidirían en el pronóstico de intervención y la salud del paciente.

El dolor como tal puede desarrollar ciertas complicaciones que se presentarán en función de percepción de esta sensación en los pacientes. Así tenemos:

Complicaciones cardiovasculares: La posibilidad de una alteración cardiovascular está relacionada con el 23% de las muertes en el postoperatorio, especialmente en aquellos pacientes cardiopatas. La hipereactividad simpática desencadenada por el dolor genera un aumento de la frecuencia cardíaca y de las resistencias vasculares periféricas con el consiguiente incremento de la presión arterial media, del índice cardíaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio. La disminución del flujo sanguíneo puede interferir en la correcta cicatrización postquirúrgica. Se incrementa el riesgo de trombosis venosa profunda y por consiguiente de trombo embolismo. La agregabilidad plaquetaria se encuentra incrementada junto con la coagulación.³⁰

Complicaciones respiratorias: aquí, el dolor actúa como factor agravante y coadyuvante para la presencia estas complicaciones. La consecuencia de todas estas circunstancias, modificaciones fisiopatológicas y/o complicaciones respiratorias, es una alteración de la relación ventilación/ perfusión con la producción de una derivación intrapulmonar y determinando la aparición de hipoxemia en el periodo postoperatorio.³¹

Complicaciones digestivas: Las complicaciones más frecuentes incluyen alteraciones como distensión abdominal, náuseas, vómitos, o íleo paralítico, provocando una mala asimilación de la ingesta alimenticia o intolerancia digestiva, todo ello motivado por un aumento del tono de los esfínteres y de las secreciones intestinales, con inhibición y disminución de la motilidad gastrointestinal, en particular a nivel de estómago y colon. Se relacionan también a los opioides (excepto metamizol) con depresión del funcionalismo gastrointestinal (producen náusea y vómito) independientemente de la vía de administración.³²

Complicaciones psicológicas: luego de la intervención quirúrgica en la mayoría de pacientes se evidencian alteraciones de índole psicológicas y que pueden relacionarse con dolor después de la cirugía. Sin embargo, la misma percepción dolorosa puede presentarse en mayor o menor medida en función de las características propias del paciente. Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la *ansiedad*, el *miedo* y la *depresión*. Se considera que a mayor ansiedad, mayor dolor; pero esta relación ansiedad-dolor no está clara, ya que son muchos los factores susceptibles de modificar para dicha relación, en uno u otro sentido (ansiedad preoperatoria,



personalidad y características del procedimiento quirúrgico). En otros casos, problemas como *insomnio* y *trastornos de conducta* dificultan la recuperación normal del paciente postquirúrgico. ³³

-Manejo del paciente con dolor.- Como primer puntal en la evaluación del dolor, es importante determinar la causa y tipo de dolor. Luego intentar medir su intensidad mediante las distintas escalas existentes. La evaluación incorrecta del dolor es una de las principales causas de fracaso terapéutico.

Tratamiento del dolor: La selección de un tratamiento adecuado, tendrá en cuenta el tipo de dolor: 1.-) Dolor somático: es constante, intenso, bien localizado, opresivo y/o punzante como el producido por las metástasis óseas. 2.-) Dolor visceral: es constante, sordo y mal localizado como el dolor secundario a infiltración pancreática o hepática. 3.-) Dolor neuropático: es de naturaleza disestésica, constante y a veces con paroxismos lancinantes, punzantes o eléctricos (generalmente por lesión del sistema nervioso central o periférico) ³⁴. La guía de la OMS para el tratamiento del dolor, recomienda una pauta escalonada de tratamiento, según su intensidad.

Cuadro N° 2

Escala de clasificación del dolor

Escalera analgésica para el control del dolor (según la OMS)

			Cuarto Escalón
	Segundo Escalón	Tercer Escalón	Medidas analgésicas invasivas
Primer escalón AINES	AINES + Opioides Débiles	Opioides Mayores	

OMS. Escalera Analgésica para control de Dolor. OMS datos de interés. Estados Unidos 2000.

Link: Terapéutica de dolor. Disponible en: www.who.int/topics/es/

Cuadro N° 3

Manejo del dolor según su clasificación

Escalones	Tratamiento
Primer escalón: Dolor leve a moderado	AINES (Analgésicos antiinflamatorios y derivados: paracetamol, metamizol, ibuprofeno, diclofenaco, ketorolaco). Estas drogas presentan un "techo analgésico": no aumenta la analgesia al aumentar la dosis, ni se potencian



	con la asociación de dos AINES.
Segundo escalón: Dolor leve a intenso	AINES + opioides menores (codeína, dihidrocodeína o tramadol)
Tercer escalón: Dolor intenso no controlable con tratamientos anteriores	Opioides mayores, especialmente morfina. La vía de administración, la titulación y la dosis son absolutamente individuales y, por lo tanto, muy variables. Se indica realizar rotación opioide en caso de: toxicidad, fracaso en el control del dolor, sospecha de desarrollo de tolerancia y dolor difícil o refractario.
Cuarto escalón: Dolor muy intenso	Medidas analgésicas invasivas (administración de morfina por vía intratecal o epidural, infiltraciones de anestésicos locales, etc.).

OMS. Escalera Analgésica para control de Dolor. OMS datos de interés. Estados Unidos 2000. Link: Terapéutica de dolor (desarrollada). Disponible en: www.who.int/topics/es/

Evaluación del paciente con dolor: La percepción de dolor es diferente para cada tipo de personas, y va a depender de múltiples factores. Para realizar una investigación es importante tener un sistema de medida que nos permita extrapolar los resultados obtenidos durante el estudio a la población general y con ello establecer medidas que nos permitan controlar el problema previamente planteado. En el caso del dolor existen escalas que nos permiten una cuantificación del mismo, lo cual en alguna medida nos permite evaluar los sistemas que actualmente estamos utilizando para el control del dolor y así conocer si estos son eficaces. Entre las escalas para cuantificación de la percepción de dolor más utilizadas, tenemos:

Escala analógica visual.- es una simple línea en cuyos extremos tiene escrito las palabras: “*sin dolor*” correspondiente al extremo inicial, y “*máximo dolor*” colocada al extremo final, el paciente señala el lugar en donde él considera que su sensación de dolor se localiza en ese momento; y luego el médico mide dicha distancia para convertirla en un valor absoluto.

Escala de Ouch o escala “*de las caritas*” (*SMILES en inglés*).- es una escala muy utilizada en pacientes pediátricos. Se caracteriza por presentar gestos que

expresan desde el confort, pasando por el malestar, y en el extremo final llanto severo que el paciente en esas condiciones y previa explicación podría interpretarlo como dolor.

Escala numérica.- esta tiene la peculiaridad de que puede ser tanto visual como verbal. En el caso de su variedad visual, el paciente señala el número al que él piensa que corresponde la sensación dolosa que está sintiendo en ese momento, siendo 1 considerado un valor que correspondiente a ausencia de dolor; y 10 el valor que se relaciona con el máximo dolor.

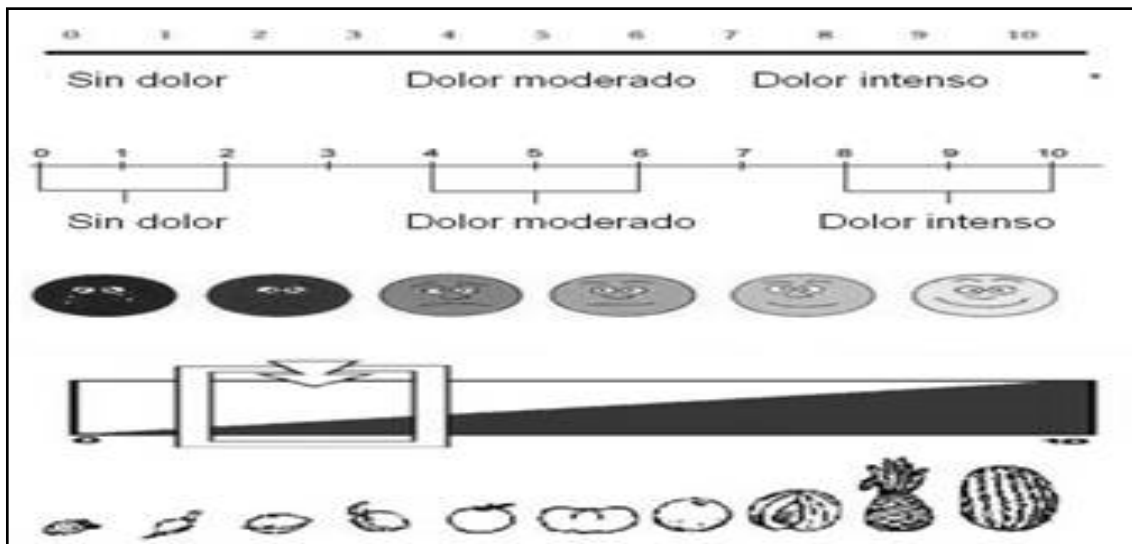
En cuanto a la variedad verbal, el evaluador preguntará al paciente: *En una escala del 1 al 10, siendo 1 ausencia de dolor, y 10 el máximo dolor, ¿En qué número considera usted que su dolor se encuentra este momento?*³³

Escala de las ondas.- es una escala que describe la sensación nociceptiva mínima en a una altura similar a la línea de base, y la percepción máxima de dolor como una altura muy superior a la línea de base.

Escala frutal.- esta escala muy interesante relaciona el dolor leve con un limón y el más intenso puede asociarse con frutas de mayor tamaño en relación a la intensidad del dolor, escala útil cuando el paciente no ha sido instruido en la educación formal y no es muy fácil establecer comunicación.

Gráfico N° 1

Escalas para evaluación del dolor



Fuente: Whizar-Lugo V., Ochoa-Ortíz G., "Conceptos Actuales en Dolor por Cáncer". Anestesia en México, Vol.17, Suplemento 1, 2005. Pág.: 53-69. Consultado Diciembre 13,2009.



9.2.2.- Náusea y vómito postoperatorio. (NVPO)

Son conceptos muy conocidos, sin embargo es necesario definirlos y caracterizarlos para expresar en un mismo lenguaje los conocimientos. Así:

Náusea: sensación subjetiva implacentera de la necesidad de vomitar.

Vómito: Expulsión a través de la boca del contenido de la porción superior del tubo digestivo por efecto de la contracción de los músculos que lo forman y de la pared abdominal y torácica.³⁵

La NVPO es una complicación alarmante y potencialmente peligrosa que tiene una incidencia de 5 al 42% en pacientes sometidos a anestesia general. Se encuentra entre los 5 eventos postoperatorios más desagradables.³⁶

En un estudio realizado por JM East y col. en los dos principales hospitales de Jamaica en 2009 se observa que riesgo de NVPO después de la colecistectomía laparoscópica fue 28.7%. Los autores realizan especial énfasis en 81.4% de los casos de NVPO ocurrieron solamente luego que el paciente fuera dado de alta en la sala de recuperación.³⁷

9.2.2.1.-Estimulación y generación de náusea y el vómito.- Los estímulos que afectan al centro del vómito pueden dividirse en centrales y periféricos. Los centrales se originan de corteza cerebral, zona de quimiorreceptores de gatillo, núcleos del tallo cerebral, laberinto y centro visual. Los periféricos en cambio la faringe, tracto gastrointestinal, mediastino, pelvis renal, peritoneo y genitales externos.³⁸

Los neurotransmisores mediadores de la inducción del vómito muestran selectividad: Los trastornos laberínticos estimulan los receptores muscarínicos M1 y los receptores histaminérgicos H1. Los estímulos aferentes vagales gastroduodenales activan los receptores de 5-HT3 (serotonina). La zona postrema está ricamente inervada por fibras que actúan en diferentes subtipos de receptores que comprenden los serotonina 5-HT3, receptores de opioides, muscarínicos M1, histaminérgicos H1 y dopaminérgicos D2.³⁹

9.2.2.2.-Factores de riesgo para desarrollar NVPO.- El estudio de MARCOVAL y cols. Sugiere que entre el 25 y el 35 % de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente presentan náusea y vómito en su estancia postoperatoria y que de ellos el 0,2 % no obtienen ninguna mejora a pesar del tratamiento. Causando un gran número de complicaciones entre la que tenemos un incremento en los días de hospitalización y una gran insatisfacción de los pacientes a la estancia hospitalaria.⁴⁰ La NVPO es multifactorial, e



involucra factores relacionados con el paciente, con la cirugía y con la anestesia.

Factores relacionados con el paciente: 1.-) Sexo femenino: Debido a la variación de los niveles de gonadotrofinas, demostrado como resultado de que no existe diferencia significativa en la incidencia entre el sexo masculino y femenino en etapa de preadolescencia y en pacientes mayores de 80 años. 2.-) Estado de no fumador: la exposición crónica a un gas tóxico como el tabaco, disminuye el efecto de los gases anestésicos, además algunos de los químicos del humo del cigarrillo poseen un efecto antiemético. Por último el consumo crónico de cigarrillos incrementa el citocromo p450 a nivel hepático el cual incrementaría el metabolismo de agentes anestésicos. 3.-) Historia previa de NVPO: episodios previos de NVPO se asocian con un alto gran porcentaje de recidivas. ⁴¹

Factores relacionados con el procedimiento anestésico: La posibilidad de que el acto anestésico tenga una duración de más de una hora y con ello exista una mayor exposición del paciente ante los gases anestésicos volátiles y/u óxido nitroso es un factor que incrementa el riesgo de NVPO. A su vez una disminución mayor del 35% de la presión sistólica durante el procedimiento anestésico (inducción) incrementa la incidencia de NVPO. Por último, tanto el dolor como su manejo con opioides son un factor de riesgo. El riesgo se incrementa con los movimientos repentinos y cambios de posición. ⁴²

Factores relacionados con el acto quirúrgico: 1.-) Tipo De Cirugía.- tienen mayor riesgo de desarrollar NVPO las cirugías intraabdominal, ginecológica, laparoscópica, de tórax, estrabismo, craneotomía, colecistectomía, otorrinolaringología, cirugía dental, maxilofacial, tiroides, ortopédica de hombros, varices, orquidopexia y cirugía de pene. 2.-) Duración de la cirugía: cada 30 minutos de incremento de tiempo quirúrgico aumenta el riesgo para NVPO en un 60%, por lo que un riesgo basal del 10% aumenta al 16% pasado 30 minutos ⁴³

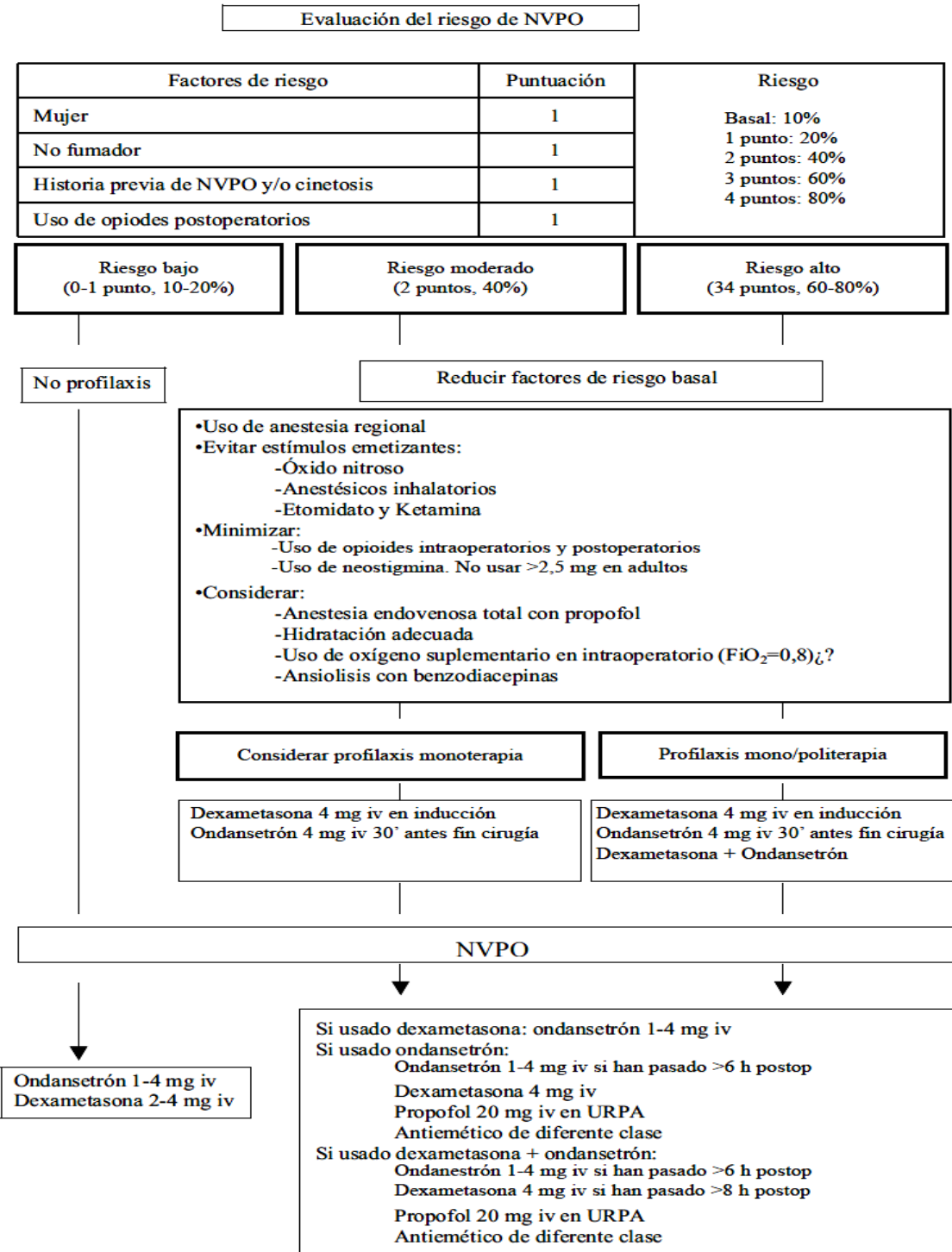
9.2.2.3.-Manejo de náusea y vómito post operatorio.

- Estratificación del riesgo de sufrir NVPO.
- Reducción de los factores de riesgo basal de sufrir NVPO.
- Realizar profilaxis en pacientes con alto riesgo y considerarla en pacientes con moderado riesgo.
- Conocer la conducta terapéutica a seguir en pacientes con NVPO que no han recibido profilaxis o en los que no ha sido efectiva.



Gráfico N° 2

Algoritmo del manejo de la náusea y vómito post operatorio



Fuente: MARCOVAL I. Bel, et al. "Estratificación del riesgo, profilaxis y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios". Rev. Esp. Anestesiología. Reanim. 2006; 53:301-311. Disponible en: http://www.sedar.es/restringido/2006/n5_2006/6



9.2.3.-Fiebre

La fiebre es el aumento térmico corporal de un individuo, el mismo que excede la variación diaria normal de la temperatura y ocurre en relación con un incremento en el punto de ajuste térmico hipotalámico.⁴⁴ El regulador hipotalámico se localiza en el área pre óptica y actúa como un termostato para marcar un punto de referencia de temperatura normal controlando la producción y pérdida de calor en el organismo.

9.2.3.1.-Generación de la fiebre.- La fiebre se produce como una reacción inflamatoria compleja mediada por citoquinas, la generación de reactantes de fase aguda y la activación de sistemas fisiológicos, endócrinos e inmunológicos.⁴⁵

La presencia de la fiebre inicia por efecto de agentes externos conocidos como pirógenos exógenos entre los que se encuentran materiales y sustancias de muy variada índole los mismos que al contacto con células como macrófagos, monocitos, linfocitos, células neoplasias o infectadas por virus, en el interior del organismo estimulan a la formación de sustancias proteicas, ya sean mediadores solubles o citoquinas, denominadas pirógenos endógenos los cuales inducen la desregulación de la temperatura en el núcleo hipotalámico, cambio que desencadenara el aumento en los mecanismos de conservación térmica que a la postre terminaran desencadenando el incremento en la función de los mecanismos perdedores de calor como medida para restablecer el equilibrio térmico esto ya sea también por el uso de antibióticos, antipiréticos o efecto de las sustancias liberadas durante la fiebre.⁴⁶

9.2.3.2.-Control térmico.- las variaciones de temperatura detectadas por los receptores, desencadenan los procesos necesarios para conservar la homeostasis térmica corporal pudiéndose producir diversos efectos; así, si la temperatura aumenta, aumentan los mecanismos termolíticos: estimulación de los nervios vasodilatadores de los plexos venosos de la piel, inhibición de los centros simpáticos del hipotálamo posterior suprimiendo tono vasoconstrictor del territorio vascular periférico, la actividad muscular y la liberación de catecolaminas y estimulación de glándulas sudoríparas. Si la temperatura disminuye, aumenta la termogénesis y los mecanismos conservadores del calor: escalofríos, liberación de catecolaminas, hiperfunción tiroidea, vasoconstricción de la red vascular periférica, pilo erección, hipo sudoración hasta su detención.⁴⁷

9.2.3.3.-Etiología de la fiebre.- las causas de la variaciones de la temperatura son muy variadas como inespecíficas, así podemos encontrar factores como infecciones principalmente, traumatismos, quemaduras, neoplasias (hepáticas, renales y linfoides), trombosis, drogas, alergias, necrosis tisulares (por ejemplo,



el infarto de miocardio), enfermedades metabólicas (crisis tiroidea, ataque agudo de gota) entre otras causas. Existe también la “fiebre de origen desconocido”; que es cuando la temperatura alcanza por lo menos 38,3°C durante al menos 2 o 3 semanas sin que se pueda establecer ningún diagnóstico después de una valoración hospitalaria inicial. ⁴⁸

Las elevaciones térmicas que ocurren transitoriamente en el período postoperatorio están relacionadas con la reabsorción de materias extrañas, anomalías metabólicas o endocrinas, prolongada hipotensión con inadecuada perfusión tisular periférica o a reacciones transfusionales, teniendo en cuenta que estas inician su aparición en el período postoperatorio inmediato (primeras 12 horas). ⁴⁹

9.2.3.4.-Valoración de la temperatura corporal: Para la toma de la temperatura corporal en la actualidad podemos encontrar múltiples métodos y todos igualmente buenos, según se efectuó una correcta realización e interpretación. Entre los mismos tenemos: Oral, Axilar, Rectal, Piel y otros: vaginal y esofágica. Tenemos que conocer además que para la toma de la temperatura debe ser fundamental también la disponibilidad y comodidad del paciente así entonces diremos que en el organismo existen zonas de registro de la temperatura las mismas que en mayor o menor forma reflejan la temperatura del núcleo del cuerpo dando particularmente medidas usuales para cada una. Las zonas de la piel donde la temperatura es más alta y constante, son las que están en vecindad a los grandes troncos vasculares como la axila o la ingle, sin embargo la temperatura rectal es la más cercana a la temperatura interna y se encuentra entre 36,5°C y 37,5°C; es aproximadamente 0,6°C más alta que la temperatura bucal. ⁵⁰

9.2.3.5.-Clasificación de la elevación térmica

Según la intensidad, la fiebre puede ser:

Tabla N° 4

Clasificación de la elevación térmica

Subfebril:	< 37,5°C
Febrícula:	38 – 38,5°C
Fiebre moderada:	38,5 – 39°C
Fiebre alta:	40°C
Hiperpirexia:	41°C

Fuente: Fiebre: Fisiopatología, patrones y tratamiento, Padilla J. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Iberoamérica, UNIBE ISSN 1659 3545. 2009; 1 (1). < <http://www.unibe.ac.cr/revista/medicina/medicina-evolucionista-un-complemento-en-la-educacion-medica.html> > [consulta: 16 nov. 2009].



9.2.3.6.-Tratamiento del paciente con fiebre

Para el manejo del paciente febril tenemos que conocer que existen dos mecanismos: los farmacológicos y los físicos; entre los mecanismos farmacológicos con los que en la actualidad se cuenta encontramos un arsenal muy ampliamente usado y entre sus integrantes podemos mencionar

Los objetivos en el tratamiento de la fiebre son:

- Para reducir la elevación en el punto de control hipotalámico.
- Para facilitar la pérdida de calor.
- Para reducir la demanda de oxígeno ya que por cada incremento de 1 ° C por encima de 37 ° C, hay un aumento del 13% en el consumo de oxígeno.
- Prevenir agravamiento de la insuficiencia cardiaca, vascular cerebral o pulmonar preexistente.
- Para prevenir las crisis convulsivas en niños con antecedentes de convulsión febril⁵¹.

Antipiréticos

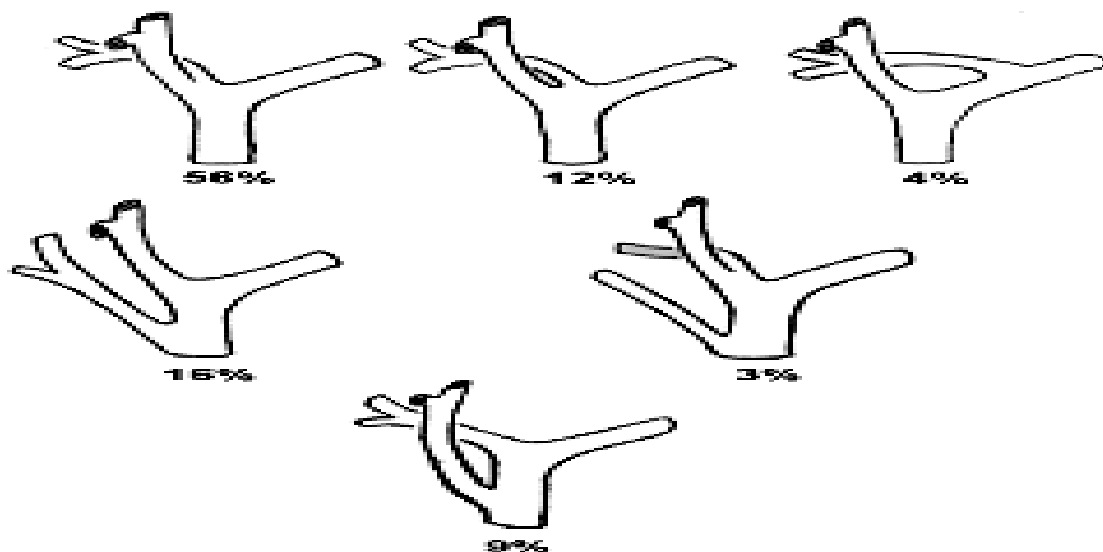
La aspirina y paracetamol interfieren con la producción de las prostaglandinas a través de la inhibición de la ciclooxigenasa. La prostaglandina es el mensajero central en la producción de fiebre, que ayudan a bajar el punto de ajuste hipotalámico. Sin embargo, los antipiréticos están indicados si la temperatura del paciente es mayor a 39 ° C. La reducción de los síntomas sistémicos de fiebre con antipiréticos también reduce el dolor de cabeza, mialgias y artralgiás. Los AINEs reducen efectivamente la fiebre, pero pueden afectar negativamente a las plaquetas. Por lo tanto, el paracetamol es preferible a todos estos agentes como un antipirético. En los niños, deben utilizarse porque la aspirina aumenta el riesgo de síndrome de Reye. Si el paciente no puede tomar antitérmicos por vía oral, preparativos parenterales de los AINE y supositorios rectales de antipiréticos, pueden usarse. Sin embargo hay que recordar también que no toda fiebre debe ser tratada y que esta conducta tiende muy frecuentemente a encubrir de manera no intencional pero eficaz parte o la totalidad de un cuadro clínico. Existen también otros mecanismos para disminuir la fiebre entre los que se pueden mencionar la aplicación de líquidos intravenosos, e incluso el uso de corticoides, y cuando se ha determinado una infección como la causa de la fiebre la elección del antibiótico adecuado se constituye una herramienta adecuada para su control, así también como se mencionó al iniciar este acápite el uso de medios físicos para el control de la fiebre también puede resultar útil aunque de forma limitada.⁵²

9.2.4.-Lesión de la vía biliar.

La lesión de la vía biliar con la creciente difusión de la técnica laparoscópica se ha incrementado de manera progresiva alrededor de 0,1 a 0.4% pudiendo alcanzar el 1%, aunque en la mayoría de los casos se hace fácil la detección de las complicaciones y la reparación mediante sutura y sonda de Kehr en los casos menos complicados y con unión biliogástrica en los casos más graves viéndose sin embargo que entre el 40 y 80% son por sección completa de la vía, aunque no hay que dejar de lado también el hecho de que de presentarse esta complicación independientemente de la técnica usada en la reparación el progreso de la patología puede evolucionar hasta causar cirrosis y la muerte por ello siempre se debe pensar que el mejor tratamiento para la lesión de la vía biliar es la prevención. Asociándose a la incidencia de las lesiones anomalías anatómicas, patología de la vesícula, patología del triángulo de CALOT, que sin lugar a duda es una de las más importantes por la amplitud que hay entre las variantes lo que constituye una dificultad para reconocer una anatomía normal estándar, variantes que según Lissau se deben a alteraciones durante la embriogénesis relacionadas con la vascularización, pudiendo inclusive presentarse falta de vesícula en aproximadamente 0,1% de la población además la impericia del médico que juega un papel muy importante sobre todo durante la etapa inicial de la experiencia. Aunque las reparaciones de la vía biliar en su gran mayoría se realizan de forma tardía entre 1 y 5 meses, también existe un pequeño porcentaje de pacientes en quienes la lesión y la reparación respectiva se realizan en un periodo de 48 horas.⁵³

Gráfico N°. 3

Lesiones posquirúrgicas de la vía biliar.



Fuente: Gonzales Jorge Luis, Lesiones Iatrogénicas de la vía Biliar. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/lesiones_iatrogenicas_de_la_via_biliar.pdf



La ventaja que propuso la introducción de la laparoscopia a la cirugía de vesícula fue la capacidad de intervenir con un mínimo daño a tejidos aledaños, menos hospitalización, pronta reinserción laboral y menos dolor, ganándose en magnificación pero limitándose en movimientos y visión de la zona afectada además de correr el riesgo de trabajar con poderosos instrumentos cerca de la vía biliar. Davidoff y Hunter tras un estudio de seguimiento quirúrgico descubrieron el patrón clásico de lesión de la vía biliar, encontrando como primer error la confusión del conducto hepático común con el cístico, disecando posteriormente la arteria hepática derecha lesionándola, además se clipa el conducto hepático común y su bifurcación, también ocurre una lesión al clipar el conducto cístico junto a la vesícula y el colédoco distal a la unión hepatocística. En un estudio realizado por Martin y Rossi se señalan también factores de riesgo para lesiones en la vía biliar como: fibrosis en el triángulo de CALOT, colecistitis aguda, obesidad, hemorragia local, variantes anatómicas y grasa en porta hepatis de la misma forma en un estudio hecho por Asbun y Rossi se señalan condiciones patológicas que predisponen a la lesión de la vía biliar como: colecistitis aguda, colecistitis gangrenosa, colecistitis perforada, enfermedad poli quística hepática, cirrosis, vesícula escleroatrófica, síndrome de Mirizzi, úlcera duodenal, neoplasia pancreática y pancreatitis, neoplasia hepática e infecciones.^{54, 55}

La severidad de la lesión de vía biliar post laparoscopia se pueden clasificar mediante los criterios de Ámsterdam e incluyen:

Tabla N° 5

Clasificación de la lesión biliar según la gravedad

TIPO	LESIÓN
A	Fuga biliar por cístico o canal de Lushka.
B	Lesión biliar mayor con fuga, con o sin estenosis biliar.
C	Estenosis de vía biliar sin fuga.
D	Sección completa de vía biliar con o sin resección.

Fuente: Gonzales J., Lesiones Iatrogénicas de la vía Biliar. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/lesiones_iatrogenicas_de_la_via_biliar.pdf

9.2.5.- Fístula Biliar.

La presencia de cálculos o de bilis en la cavidad peritoneal se presenta usualmente por rotura de la vesícula durante la cirugía bordeando el 33% y tiene una moderada frecuencia de presentación e incluso el hecho de que se encuentren cálculos dejados en la cavidad abdominal tiene una incidencia que es difícil precisar pero se estima entre 6 y 30% y a diferencia de lo que se consideraba antaño acerca de la inocuidad de la presencia de estos cálculos en la cavidad abdominal actualmente se conoce que la biología de estos está



generando con mayor frecuencia varias complicaciones tardías que alcanzan porcentajes de entre 0,08 y 0,3, cuando estas se presentan pueden tener una alta morbilidad, encontrándose entre estas la formación de fistulas las que no solamente pueden ser de origen biliar sino producirse por la introducción de trocares; en estudios hechos en Estados Unidos y España se encontraron valores entre 2.38% de fistulizaciones.⁵⁶

9.2.6.- Absceso hepático derecho.

La presencia de abscesos en el hígado en nuestro medio constituye aun una patología que tiene un índice de mortalidad mayor al encontrado en países desarrollados debido a falencias presentes aun en sistemas de diagnóstico así como la gran variedad de la sintomatología ya que los abscesos pueden manifestarse diferentes según su ubicación, mediante el estudio por cultivo de la secreción del absceso se ha clasificado el mismo en piógeno y amebiano siendo este último motivo de otro estudio, en cuanto a la etiología del primero se ha comprobado según estudios realizados en Perú que gérmenes como la *Escherichia Coli*, y la *Klebsiella spp.* Con más frecuencia y *Streptococcus spp.* *Enterococo*, estreptococos anaerobios como *Peptococcus spp.* Y *Peptostreptococcus spp.*, y estreptococos microaerofilicos. A demás en el mencionado estudio se ha encontrado que la presencia de abscesos hepáticos se presentó en 1/3 de la serie estudiada. La presencia de abscesos en el hígado en estudios se ha relacionado con la falta de remoción de cálculos extraviados en la región del abdomen durante la cirugía laparoscópica tras la rotura accidental de la vesícula, aunque esta es una complicación que no se presenta de forma aguda.⁵⁷

9.2.7.-Hemorragia

Esta complicación ocurre en el 0.3% de los casos y tiene su origen en el sangrado de diferentes estructuras que pueden ser: a) Arteria cística, al desprenderse su clip de hemostasia. b) Sangrado venoso del lecho vesicular. c) Sangrado por sección de adherencias del epiplón mayor. d) Sangrado por lesión de alguna víscera, generalmente el hígado, ya sea, por punción directa o por toma de biopsia. e) Sangrado de alguno de los sitios de punción de los trócares. Con este tipo de complicación, el paciente presenta un compromiso hemodinámico de intensidad variable, pero que habitualmente se manifiesta por palidez, taquicardia, caída de la tensión arterial, descenso del hematocrito y oliguria. Esta complicación se puede objetivar con un ecotomografía abdominal que revela líquido libre en el peritoneo o alternativamente se confirma con una punción abdominal. Ante el diagnóstico de hemoperitoneo, el paciente debe ser sometido de inmediato a una laparotomía exploradora.⁵⁸



9.2.8.-Filtración biliar

Esta complicación ocurre en el 0.2% de los casos, en pacientes sin evidencias intraoperatorias de lesión o filtración biliar, con un curso intraoperatorio y postoperatorio inmediato aparentemente normal, pero que habitualmente, después de 48 horas, comienzan con dolor abdominal difuso pero con marcada intensidad en el cuadrante superior derecho del abdomen, y sin que se presente en forma concomitante signos de hipovolemia. El abdomen está distendido, con ausencia de ruidos intestinales, ictericia leve pero progresiva y con evidencias de laboratorio de un compromiso séptico precoz (leucocitosis con desviación a izquierda, acidosis metabólica, lactacidemia elevada, etc.) Las causas de esta complicación las podemos enumerar en orden de frecuencia: a) Filtración del conducto cístico por desprendimiento del o de los clips de ligadura. Este hecho se ve favorecido por la presencia de una coledocolitiasis distal no diagnosticada en el pre o intraoperatorio. b) Filtración por conductos aberrantes del lecho hepático. c) Lesión inadvertida de la vía biliar durante el acto operatorio, ya sea por lesión instrumental directa o por una quemadura y caída tardía de la escara. El mejor tratamiento de esta complicación es su prevención, que consiste, por una parte, en un acabado conocimiento anatómico de la vía biliar normal y de sus variantes anatómicas, y por otra parte, el empleo de una cuidadosa técnica quirúrgica con clara identificación de la vía biliar. Esta filtración biliar puede ser localizada o difusa y su diagnóstico se confirma por la inmediata realización de una ecotomografía abdominal, que demostrará la presencia de líquido libre en la cavidad peritoneal. Si la colección se encuentra bien localizada, se debe realizar de inmediato una punción y drenaje bajo visión ecotomográfica. Si por el contrario, se trata de un biliperitoneo difuso, el tratamiento debe ser una laparotomía exploradora a la brevedad. Independiente del tipo de filtración biliar que ocurra, el paciente es sometido a medidas de apoyo y cuidado general en una unidad de tratamiento intermedio o intensivo, dependiendo de su gravedad. Los puntos básicos comprenden una enérgica reposición de volumen, corrección de trastornos electrolíticos y ácido básicos, y el uso de antimicrobianos de amplio espectro.⁵⁹

9.2.9.-Colelitiasis

Luego de la colecistectomía existe la posibilidad de que algunos cálculos no hayan sido extraídos de la vía biliar, así por ejemplo, según Gómez CX y cols. Describen que la posibilidad de encontrar coledocolitiasis en pacientes postcolecistectomizados se ubica entre el 5 y 12%. El 95% de los cálculos de colédoco se presentan por migración a partir de la vesícula biliar a través del conducto cístico. En los enfermos Colecistectomizados, la litiasis coledocal puede ser residual o recurrente. En este último caso, la coledocolitiasis se forma "de Novo" e "in situ", tras la colecistectomía, en relación a un drenaje defectuoso de la bilis independientemente de que, hasta en el 30% de los

casos, se recoja el antecedente de esfinterotomía previa. En el caso de la coledocolitiasis residual, en la gran mayoría de los casos, está más bien relacionada con errores en el diagnóstico preoperatorio. En cuanto al manejo de esta patología como método de elección en el diagnóstico tenemos a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; se puede utilizar también, la colangiografía intraoperatoria, o tomografía dependiendo de la capacidad tecnológica del centro asistencial. El tratamiento va a depender de la sintomatología del paciente, si esta no es muy intensa más bien se recomienda una conducta expectante. Entre las posibilidades terapéuticas en pacientes con gran alteración de la vía biliar y sintomatología muy florida tenemos: exploración de vías biliares intraoperatoria sea por técnica abierta o laparoscópica, o por esfinterotomía.⁶⁰

9.2.10.-Infección

Ocurre dentro de los 30 días después de cirugía.

- Compromete únicamente la piel y tejido subcutáneo a la incisión.
- Contener mínimo una de las siguientes condiciones:
 - Drenaje purulento, con o sin confirmación microbiológica por la incisión superficial
 - Aislamiento del microorganismo en un fluido o tejido.
 - Mínimo uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor, inflamación, eritema, calor o que el cirujano haya abierto deliberadamente la herida quirúrgica, excepto si el cultivo es negativo.
 - Diagnóstico de Infección por parte del cirujano.

No se reporta como incisión superficial:

- Inflamación o secreción del sitio donde entra el punto.
- Infección en la episiotomía o en la circuncisión de un recién nacido.
- Infección de una quemadura.
- Si la incisión compromete planos más profundos, que se extienda a la fascia o al músculo.

La confirmación de infección de la herida se la realiza por medio del envío de por lo menos 1 gramo de tejido a microbiología y el resultado es 1×10^5 de unidades formadoras de colonias que justifica el tratamiento inmediato con antibióticos.

Entre los signos que encontramos están el rubor, tumor, calor y dolor.

Una vez establecido el diagnóstico el tratamiento consiste en drenaje abierto de la herida con el fin de permitir el cuidado con apósitos de la herida.⁶¹



9.2.11.-Hernia de la pared anterior del abdomen.

Resultan de defectos en la fascia y de los músculos del abdomen a través de los cuales puede salir el contenido abdominal.

Las hernias pueden ser resultado de un defecto congénito o adquirido, en el último caso son resultado del deterioro de las estructuras de las aponeurosis musculares o por el fracaso de una incisión en la pared anterior del abdomen.

Se presenta como una masa en la pared anterior que aumenta con la maniobra de Valsalva. Puede ser asintomática como ser molestos para el paciente.

Cuando la hernia no se reduce se conoce como hernia incarcerada y necesita tratamiento quirúrgico inmediato.⁶²

Hernias umbilicales.

Se forman en el anillo umbilical, puede ser congénita o adquirida, la adquirida su tratamiento depende si causa molestias o es incarcerada es necesario el tratamiento quirúrgico.

9.2.12.-Hematoma

Es la acumulación de sangre coagulada proveniente de traumatismos, hemostasia deficiente y trastornos de coagulación.

La formación de hematoma constituye la complicación inicial de la herida, manifestándose durante las primeras 24 horas, después de la intervención quirúrgica. Se ponen de manifiesto inmediatamente cambios de coloración en los tejidos vecinos acompañados de tumefacción y dolor en la zona.

En la mayoría de los casos este líquido extravasado es grande, puede por compresión producir isquemia y subsecuente lesión de los tejidos con necrosis, sobre todo a nivel de piel supra yacente.

Representan un caldo de cultivo para infecciones, motivo por el cual deben ser drenadas a la brevedad posible. Si el sangrado continúa a pesar de la evacuación local, es imperativa la re exploración de la herida.⁶³



10.- OBJETIVOS:

10.1.- Objetivo general

“Conocer el manejo y determinar la prevalencia de complicaciones inmediatas en postoperatorio de pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca Enero - Junio 2011”.

10.2.- Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia los síntomas posquirúrgicos experimentados por los pacientes Pos-Colecistectomizados.
- Conocer los esquemas de tratamiento utilizados para el manejo posquirúrgico de la colecistectomía laparoscopia en el Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Identificar la relación la presencia de la sintomatología a estudiar y factores asociados con la misma.
- Denotar los cambios que existen en la sintomatología posquirúrgica y la evolución de la misma a través del tiempo de hospitalización del paciente.

11.- Diseño metodológico

11.1 Tipo de estudio.

Clínico descriptivo. Los estudios descriptivos son aquellos que estudian situaciones que ocurren en condiciones naturales, en este estudio no se busca asociación estadísticamente causal entre los factores de riesgo y la presencia de los síntomas sino solamente detallar si estos están o no presentes y en qué condiciones. Decimos que es clínico porque al realizar el estudio nos basamos en la sintomatología, evolución y la ficha del paciente.

11.2 Área de estudio.

Departamento de Cirugía (sala de recuperación postquirúrgica y hospitalización), Hospital Regional General Docente Vicente Corral Moscoso, Cuenca, Azuay, Ecuador.

11.3 Universo Y muestra

Todos los pacientes Colecistectomizados por vía laparoscópica en el Hospital Vicente Corral M. que por diversas razones alcanzaron 60 personas, en un periodo de 6 meses que inicia en enero y abarca hasta junio de 2011, que fueron ingresadas en el departamento de cirugía y cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, los mismos que de un total esperado según el censo de 2010 del departamento de estadística fue de 117.



11.4 Métodos e instrumentos

Para la recolección de los datos se utilizó el método de encuesta, como instrumento un formulario de preguntas con 31 cuestiones, las mismas que fundamentadas en el marco teórico y en base a la bibliografía consultada enfocan de manera global la realidad del paciente, el mismo que cuenta con su respectivo consentimiento informado que garantiza la confiabilidad de los datos y aceptación por parte de los pacientes de integrar el presente estudio. Formulario que fue llenado en su totalidad por sus autores disminuyendo la incidencia de errores del observador de la misma forma los investigadores revisaron minuciosamente las fichas clínicas de cada paciente durante su estadía en el centro asistencial en estudio. (Formulario de Recolección de los Datos ANEXO 1)

11.5 Tabulación y análisis

Una vez recolectada la información se procedió a la tabulación y análisis de la misma, con la conformación de la base de datos que sirvió de sustento para ubicar las características demográficas, factores asociados y frecuencia de la sintomatología a estudiar. Dentro de las características demográficas se consideró: Edad, Sexo, Estado Civil, Residencia, Instrucción, Ocupación, de los pacientes que conformaron el estudio. Para los factores asociados, y basándonos en la bibliografía descrita se consideraron variables como: Estado Nutricional, Antecedentes Quirúrgicos, Paridad (en el caso de las mujeres que presentasen dicha característica), Hábito de fumar, Tensión Arterial Sistólica Intraoperatoria, Estado de Ánimo pre quirúrgico, Diagnostico Pre quirúrgico y Hallazgos Intraoperatorios, fármacos utilizados en el pre, trans y posoperatorio. Para la presentación e interpretación de la información de decidió cuantificar a las variables según número y porcentaje de las mismas. Una vez constituidos los datos numéricos, se procedió a realizar las relaciones entre los aspectos señalados, cuyos resultados se expresaron en tablas para su mejor exposición

El análisis de los datos se realizó utilizando recursos digitales como son los software Microsoft Excel y SPSS 15.0 para Windows.

Las tablas señaladas se exponen posteriormente en la sección de resultados.

11.6 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad del paciente	Número de años cumplidos		Número de años cumplidos	20 – 30 31 – 40



				41 – 50 51 – 60
Sexo del paciente	Condición que distingue al ser humano en hombre y mujer.		Sexo del paciente	- Masculino - Femenino
Estado civil	Situación de las personas según su parentesco		Situación del paciente en relación a la pareja	- Soltero - Unión libre - Casado - Divorciado - Viudo
Residencia	Lugar en el que se ha radicado alguien		Zona en la que reside el paciente	- Urbano - Rural
Ocupación	Disponibilidad o no de actividades laborales del paciente		Trabajo del paciente	- Ocupado - Desocupado
Instrucción	Años de escolaridad aprobados por el paciente		Nivel de educación	- Ninguno - Primaria - Secundaria - Superior
Estado Nutricional	Relación del peso y la talla para la edad y sexo. $IMC = \frac{kg}{m^2}$	Peso Talla	IMC	- Obeso 30-39.9 - Sobrepeso 25-29.9 - Normal 20-24.9 - Desnutrición 17-19.9
Número de Hijos	Cantidad de hijos engendrados		Número de hijos.	0 Nulípara 1 Primípara

	por una mujer.			>2 Multípara
Antecedente quirúrgico	Procedimiento quirúrgico mayor al que se ha sometido el paciente		Presenta antecedente	<ul style="list-style-type: none"> - Si presenta - No presenta
Duración de la intervención quirúrgica	Tiempo transcurrido desde la inducción anestésica hasta la salida del quirófano.		Tiempo de la intervención	0- 60 min 61- 121 min 122 – 182 min
Hematoma	Colección de sangre bajo tejido blando del abdomen.		Presencia de hematoma	<ul style="list-style-type: none"> - Presenta - No presenta
Diagnóstico Posoperatorio	Entidad nosológica identificada luego de realizada la intervención quirúrgica.		Tipo de diagnóstico posoperatorio	Diagnóstico al que llega el médico tratante. <ul style="list-style-type: none"> -Colecistitis crónica litiasica. -Colecistitis aguda. -Colecistitis aguda litiasica. -Colecistitis crónica. -Colecistocolitiasis -Picolecisto.
Percepción de Dolor	Sensación desagradable, experiencia emocional asociada con posible o potencial lesión del tejido, o explicada en términos de dicha lesión.		EVA Numérica	0 – Sin dolor 1 – 3 Dolor leve 4 – 6 Dolor moderado 7 – 9 Dolor intenso 10 – Dolor muy intenso



Náusea	Sensación subjetiva de la necesidad de vomitar.		Presencia de náusea	- Presente - Ausente
Vómito	Expulsión a través de la boca del contenido de la porción superior del tubo digestivo por efecto de la contracción de los músculos que lo forman y de la pared abdominal y torácica.		Presencia de vómito	- Presente - Ausente
Fiebre	Aumento en la temperatura corporal de un individuo, que excede la variación diaria normal de la misma.		° Celsius	-Normal: < 37,5°C -Febrícula 37,5- 38,5°C -Fiebre: 38,5 – 39,9°C -Fiebre alta: 40°C -Hiperpirexia: 41°C
Esquemas de tratamiento	Conjunto de fármacos usados para controlar la sintomatología posoperatoria.	Dolor	Leve Moderado Intenso Insoportable	Metamizol Ketorolaco AINEs + Opiode menor Opiode mayor Analgesia invasiva
		Náusea y vómito	Presente	Metoclopramida Ondasetrón Dexametasona Ranitidina



			Hipotermia	Medios físicos Efedrina
			Febrícula	Medios físicos
		Fiebre	Fiebre	AINEs AINEs + Medios físicos
			Hipertermia	B bloqueadores + hidratación + AINEs + medios físicos.

11.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusion	Exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes de cualquier sexo, y entre 18 y 70 años. - Pacientes con diagnóstico clínico e imagenológico de colecistolitiasis. - Pacientes que decidan la corrección de su patología, libre y voluntariamente, a través de la intervención quirúrgica por vía laparoscópica, la cual será electiva y programada. - Pacientes que luego de haber recibido toda la información acerca del estudio, hayan comprendido su finalidad y acepten formar parte del mismo libre y voluntariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que padezcan enfermedades que puedan alterar el pronóstico de la intervención quirúrgica. - Pacientes que presenten complicaciones durante la cirugía, que alteren su pronóstico postoperatorio. - Pacientes con alteraciones neurológicas y/o psiquiátricas que interfieran con la recolección de los datos. - Se excluyeron 20 pacientes entre los que están quienes fallecieron, menores de edad, quienes no quisieron participar del estudio.

11.8 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

Para garantizar los aspectos éticos en este estudio se procedió a desarrollar un Consentimiento Informado, en el mismo se informó a los paciente a cerca de la patología, así como las complicaciones postquirúrgicas en el postoperatorio inmediato; de la misma forma se expuso a los implicados en el estudio, tanto las ventajas, como la importancia de su participación en el estudio planteado; de tal forma que el paciente que formó parte del estudio lo hizo firmando de manera libre y voluntaria este documento. Además se garantizó que la información y los datos recabados en cada formulario permanecerán en total confidencialidad y que únicamente se utilizaron para la tabulación y análisis



respectivo. Es necesario mencionar que todos los pacientes recibieron tratamiento para su sintomatología en caso de presentarse, independientemente del cirujano responsable del procedimiento; debido a que este estudio es descriptivo, cuali-cuantitativo y comparativo para los esquemas terapéuticos utilizados en cada área así como la presencia y ausencia de las complicaciones postquirúrgicas, de tal forma que la realización de este estudio no modifica los esquemas de tratamiento y el curso normal del periodo postoperatorio inmediato. (Consentimiento Informado Anexo 2)

12.- RESULTADOS

12.1 Datos generales de la población estudiada.

Tabla N°. 1

EDAD	Numero	Porcentaje
<20	1	1,7
20-29	21	35,0
30-39	11	18,0
40-49	11	18,0
50-59	11	18,0
60-70	5	8,3
Total	60	100,0
SEXO	Numero	Porcentaje
FEMENINO	51	85,0
MASCULINO	9	15,0
Total	60	100,0
RESIDENCIA	Numero	Porcentaje
RURAL	23	38,3
URBANO	37	61,7
Total	60	100,0
INSTRUCCIÓN	Numero	Porcentaje
NINGUNO	1	1,7
PRIMARIA	24	40,0
SECUNDARIA	23	38,3
SUPERIOR	12	20,0
Total	60	100,0
Estado Civil	Numero	Porcentaje
CASADO	39	65,0
DIVORCIADO	2	3,3
SOLTERO	12	20,0
UNIÓN LIBRE	5	8,3
VIUDO	2	3,3
Total	60	100,0
Paridad	Número.	Porcentaje
Nulípara	6	11,8
Unípara	12	23,5
Multípara	30	58,8
Gran Multípara	3	5,9
Total	51	100

Autores: Pinos A., Ramón J., Regalado D.

Fuente: Formularios.



12.2 Diagnósticos posquirúrgicos

Tabla N°. 2.

Diagnósticos Postquirúrgicos.	N°.	%
Colecistitis crónica litiasica	40	66,7
Colecistitis aguda	2	3,3
Colecistitis aguda litiasica	7	11,7
Colecistitis crónica	9	15,0
Colecistitis aguda perforada + pirocolecisto	1	1,7
Colecistocolitiasis	1	1,7
TOTAL	60	100,0

El diagnóstico posquirúrgico más frecuente fue la Colecistitis crónica litiasica en el 66,7% de los casos. Los diagnósticos menos frecuentes lo comparten Colecistitis Aguda Perforada + Pirocolecisto y Colecistocolitiasis con 1,7% respectivamente.



12.3 Edad y percepción de dolor a 6 y 24 horas posquirúrgicas.

Tabla N°. 3

EDAD	PERCEPCION DE DOLOR A 6 HORAS										PERCEPCION DE DOLOR A 24 HORAS.													
	Ausencia		Leve		Moderado		Intenso		Muy Intenso		Ausencia		Leve		Moderado		Intenso		Muy Intenso		Total			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
<20	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	1,7	
20-29	0	0,0	2	3,3	13	21,7	5	8,3	1	1,7	1	1,7	13	21,7	7	11,7	0	0,0	0	0,0	21	35,0		
30-39	0	0,0	0	0,0	7	11,7	4	6,7	0,0	0	0,0	5	8,3	6	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	18,3	
40-49	0	0,0	0	0,0	3	5,0	6	10,0	2	3,3	0	0,0	4	6,7	7	11,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	18,3
50-59	0	0,0	2	3,3	4	6,7	5	8,3	0,0	1	1,7	9	15,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	11	18,3	
60-70	0	0,0	1	1,7	3	5,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	5	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,3
Total	0	0,0	5	8,3	30	50,0	21	35,0	4	6,7	2	3,3	36	60,0	21	35,0	1	1,7	0	0,0	60	100,0		

A las 6 horas, la mayor parte de los pacientes refieren una percepción de dolor entre moderado (50%) e intenso (35%). Los pacientes en edades entre 20-29 años, son el grupo mayoritario (21,7%) y refieren dolor de moderada intensidad. Al considerar los pacientes con dolor muy intenso, el grupo de edad de mayor porcentaje corresponde a 40-49 años. Llama la atención que ninguno de los pacientes, refiere ausencia de dolor a 6 horas.

A 24 horas posquirúrgicas, se evidencia que la intensidad de dolor disminuye con respecto al control en 6 horas, pues ahora los pacientes refieren en su mayoría percepción de dolor entre leve (60%) y moderado (35%). Solo un pacientes experimentó dolor intenso y existe ausencia de dolor muy intenso.



12.4 Sexo y percepción de dolor a 6 y 24 horas posquirúrgicos.

Tabla N°. 4.

SEXO	Percepción de dolor a 6horas										Percepción de dolor a las 24 horas.											
	Ausente		Leve		Moderado		Intenso		Muy intenso		Ausente		Leve		Moderada		Intenso		Muy intenso		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Femenino	0	0,00	5	8,3	27	45,0	15	25,0	4	6,67	2	3,3	30	50,0	18	30,0	1	1,7	0	0,0	51	85,0
Masculino	0	0,00	0	0,0	3	5,0	6	10,0	0	0,00	0	0,00	6	10,0	3	5,0	0	0,00	0	0,0	9	15,0
Total	0	0,00	5	8,3	30	50,0	21	35,0	4	6,67	2	3,3	36	60,0	21	35,0	1	1,7	0	0,0	60	100,0

A las 6 horas posquirúrgicas, se observa que la percepción de dolor que refieren los pacientes se ubica entre moderado (50%) e intenso (35%). De las mujeres encuestadas 52,9% presentan dolor moderado y 49,2% dolor intenso. Por el contrario en los varones que conformaron el estudio 66,6% presentaron dolor intenso y solo 33,3 dolor moderado. En ambos sexos ninguno presento ausencia de dolor.

Para las 24 horas, la percepción de dolor disminuye siendo leve (60%) y moderado (35%) los grupos más numerosos a este tiempo. En cuanto a relación con el sexo, 58,8% de mujeres refieren dolor leve, y 35,2% moderado, se evidencia también en este grupo como dato a destacarse ausencia de dolor 3,3%; mientras que de los varones 66,6% presentar dolor leve y 33,3% moderado y ninguno presenta ausencia de dolor.



12.5 Residencia y percepción de dolor 6 y 24 horas posquirúrgicas.

Tabla N°. 5.

RESIDENCIA	Percepción de dolor a 6 horas										Percepción de dolor a 24 horas.											
	Ausencia		Leve		Moderado		Intenso		Muy intenso		Ausencia		Leve		Moderada		Intenso		Muy intenso		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Rural	0	0,0	1	1,7	13	21,7	8	13,3	1	1,7	1	1,7	13	21,7	8	13,3	1	1,7	0	0,0	23	38,3
Urbano	0	0,0	4	6,7	17	28,3	13	21,7	3	5,0	1	1,7	23	38,3	13	21,7	0	0,0	0	0,0	37	61,7
Total	0	0,0	5	8,3	30	50,0	21	35,0	4	6,7	2	3,3	36	60,0	21	35,0	1	1,7	0	0,0	60	100,0

A las 6 horas podemos observar que las personas que habitan en Zonas Urbanas presentan percepciones de dolor mayores (intenso: 21,7%; muy intenso: 5,0%), en relación con la gente de Zonas Rurales. El dolor moderado predomina como la percepción de dolor más referida por los pacientes en estudio. Ningún paciente refiere ausencia de dolor.

Para las 24 horas, los pacientes de la Zonas Urbanas presentan una recuperación mayor, con 38,3% de quienes refieren dolor leve, en comparación con los 21,7% de los pacientes Rurales. Persiste aun la presencia de dolor intenso en un paciente de la Zona Rural. 1,7% de los encuestados ha referido dolor muy intenso.



12.6 Instrucción y percepción de dolor a 6 y 24 horas posquirúrgicas.

Tabla N°. 6.

INSTRUCCIÓN.	Percepción de dolor a 6 horas.										Percepción de dolor a las 24 horas.											
	Ausencia		Leve		Moderado		Intenso		Muy intenso		Ausencia		Leve		Moderada		Intenso		Muy intenso		Total general	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Ninguno	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Primaria	0	0,0	0	0,0	14	23,3	8	13,3	2	3,3	0	0,0	12	20,0	12	20,0	0	0,0	0	0,0	24	40,0
Secundaria	0	0,0	3	5,0	9	15,0	10	16,7	1	1,7	2	3,3	12	20,0	8	13,3	1	1,7	0	0,0	23	38,3
Superior	0	0,0	2	3,3	6	10,0	3	5,0	1	1,7	0	0,0	11	18,3	1	1,7	0	0,0	0	0,0	12	20,0
Total	0	0,0	5	8,3	30	50,0	21	35,0	4	6,7	2	3,3	36	60,0	21	35,0	1	1,7	0	0,0	60	100,0

El Dolor Moderado se percibe en mayor porcentaje a las 6 horas postoperatorio, de ellos quienes tienen Instrucción Primaria corresponden al 23,3%. En el grupo con dolor muy intenso podemos destacar que los pacientes con Instrucción Secundaria y Superior representar el 3,2% de pacientes con la mayor molestia por dolor.

A las 24 horas, el dolor leve se presenta en mayor porcentaje 60,0%, especialmente en los pacientes con instrucción primaria 20,0% y secundaria 20,0%; el nivel superior presenta también un porcentaje importante 18,3%. Un 1,67% de pacientes con instrucción secundaria refirieron presencia de dolor intenso.



12.7 Estado nutricional y percepción de Dolor a 6 y 24 horas posquirúrgicas.

Tabla N°. 7.

ESTADO NUTRICIONAL	Percepción de dolor 6 horas										Percepción de dolor a las 24 horas.											
	Ausencia		Leve		Moderado		Intenso		Muy intenso		Ausencia		Leve		Moderada		Intenso		Muy intenso		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Desnutrición	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1,0	1,7	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Normal	0	0,0	3	5,0	11	18,3	11,0	18,3	1	1,7	1	1,7	12	20,0	13	21,7	0	0,0	0	0,0	26	43,3
Obesidad	0	0,0	1	1,7	7	11,7	3,0	5,0	0	0,0	0	0,0	7	11,7	3	5,0	1	1,7	0	0,0	11	18,3
Sobrepeso	0	0,0	1	1,7	12	20,0	6,0	10,0	3	5,0	1	1,7	16	26,7	5	8,3	0	0,0	0	0,0	22	36,7
Total	0	0,0	5	8,3	30	50,0	21,0	35,0	4	6,7	2	3,3	36	60,0	21	35,0	1	1,7	0	0,0	60	100,0

A las 6 horas el mayor porcentaje 20,0% pertenece a paciente con Estado Nutricional de Sobrepeso con dolor moderado, el menor porcentaje pertenece a pacientes tienen dolor muy intenso de los cuales se destaca el sobrepeso con 5,0%.

A las 24 horas la percepción de leve dolor es el porcentaje de mayor frecuencia 60,0%, siendo el sobrepeso, el mayor porcentaje 26,7%. Persiste el dolor intenso, en pacientes con obesidad 1,7%.



12.8 Antecedentes quirúrgicos y percepción de dolor a 6 y 24 horas posquirúrgicas.

Tabla N°. 8

Cirugías Previas.	Percepción de dolor a 6 horas.										Percepción de dolor a las 24 horas.											
	Ausencia		Leve		Moderado		Intenso		Muy intenso		Ausencia		Leve		Moderada		Intenso		Muy intenso		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
No	0	0,0	1	1,7	20	33,3	14	23,3	1	1,7	1	1,7	18	30,0	17	28,3	0	0,0	0	0,0	36	60,0
Si	0	0,0	4	6,7	10	16,7	7	11,7	3	5,0	1	1,7	18	30,0	4	6,7	1	1,7	0	0,0	24	40,0
Total	0	0,0	5	8,3	30	50,0	21	35,0	4	6,7	2	3,3	36	60,0	21	35,0	1	1,7	0	0,0	60	100,0

A las 6 horas 50,0% con y sin antecedentes quirúrgicos presentaron dolor moderado, destacándose los pacientes sin antecedentes quirúrgicos como grupo mayoritario (33,3%). es importante señalar que independientemente del antecedente quirúrgico ningún paciente tiene ausencia de dolor.

A las 24 horas 60% con y sin antecedentes quirúrgicos presentó dolor leve con un, persiste dolor moderado en los pacientes sin cirugías previas en un 28,3%; se destaca también que ningún paciente presentó dolor muy intenso.



12.9 Tensión Arterial Sistólica (TAS) intraoperatoria y percepción de dolor a 6 horas postcolecistectomía.

Tabla N° 10.9

TAS	Percepción de dolor 6 primeras horas											
	Ausencia		Leve		Moderado		Intenso		Muy intenso		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
80-99	0	0	2	3,3	12	20	3	5	0	0	17	28,3
100-119	0	0	2	3,3	10	16,6	13	21,6	2	3,3	27	45
120-149	0	0	1	1,6	8	13,3	5	8,3	2	3,3	14	23,3
160	0	0	0	0	1	1,6	1	1,6	0	0	2	3,3
Total	0	0	5	8,3	30	50	21	35	4	6,6	60	100

El 20% de pacientes con dolor moderado estuvo con valores de Tensión Arterial Sistólica entre 80 a 90 mm. Hg. Mientras que aquellos pacientes que presentaron una presión de 160mmHg presentaron un dolor intenso y muy intenso con un 1,6%.



12.10 Edad y presencia de náusea 6 y 24 horas posquirúrgicas.

Tabla N°: 10

EDAD	Presencia de Náusea a 6 horas						Presencia de Náusea a 24 horas					
	NO		SI		Total		NO		SI		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
<20	1	1,7	0	0,0	1	1,7	1	1,7	0	0,0	1	1,7
20-29	11	18,3	10	16,7	21	35,0	16	26,7	5	8,3	21	35,0
30-39	4	6,7	7	11,7	11	18,3	10	16,7	1	1,7	11	18,3
40-49	4	6,7	7	11,7	11	18,3	9	15,0	2	3,3	11	18,3
50-59	5	8,3	6	10,0	11	18,3	8	13,3	3	5,0	11	18,3
60-70	3	5,0	2	3,3	5	8,3	5	8,3	0	0,0	5	8,3
Total	28	46,7	32	53,3	60	100,0	49	81,7	11	18,3	60	100,0

A las 6 horas 53,3% presentaron náusea, de ellos la edad comprendida entre 20 a 29 años obtuvo el mayor porcentaje 16,8%. De los pacientes que no presentaron náusea la edad comprendida entre 20 a 29 se presentaron en 18,3%.

A las 24 horas se incrementó el porcentaje de pacientes que no presentaron náusea 81,7%, de ellos el mayor porcentaje tiene las edades comprendidas entre 20 a 29 años con un 26,7%. De los pacientes que presentaron náusea son aquellos comprendidos entre 60 a 70 años con un 0% de los mismos.



12.11 Edad y presencia de vómito 6 y 24 horas posquirúrgicas.

Tabla N°. 11

EDAD	Presencia de Vómito a 6 horas.						Presencia de Vómito a 24 horas.					
	NO		SI		Total		NO		SI		Total	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
<20	1	1,7	0	0,0	1	1,7	1	1,7	0	0,0	1	1,7
20-29	19	31,7	2	3,3	21	35,0	20	33,3	1	1,7	21	35,0
30-39	8	13,3	3	5,0	11	18,3	11	18,3	0	0,0	11	18,3
40-49	8	13,3	3	5,0	11	18,3	11	18,3	0	0,0	11	18,3
50-59	8	13,3	3	5,0	11	18,3	10	16,7	1	1,7	11	18,3
60-70	5	8,3	0	0,0	5	8,3	5	8,3	0	0,0	5	8,3
	49	81,7	11	18,3	60	100,0	58	96,7	2	3,3	60	100,0

A las 6 horas la mayor parte de los pacientes no presentaron vómito con un 81,7% de ellos la edad comprendida entre 20 a 29 años obtuvo el mayor porcentaje 31,7%. De los pacientes que presentaron vómito la edad comprendida entre 30 a 39, 40 a 49 y 50 a 59 años presentó vomito en un mayor porcentaje 5,0%.

A las 24 horas se incrementó el porcentaje de pacientes que no presentaron vómito 96,7% de ellos el mayor porcentaje tiene las edades comprendidas entre 20 a 29 años con un 33,3%. Cabe destacar que las edades entre 20 a 29 y entre 50 a 59 años presentaron vómito en un 1,7% cada uno.



12.12 Sexo y presencia de nausea a las 6 y 24 horas.

Tabla N°. 12

SEXO	Presencia de Nausea 6 primeras horas.						Presencia de Nausea 24 primeras horas.					
	NO	%	SI	%	Total	%	NO	%	SI	%	Total	%
Femenino	24	40,0	27	45,0	51	85	42	70,0	9	15,0	51	85,0
Masculino	4	6,67	5	8,3	9	15	7	11,6	2	3,3	9	15,0
Total	28	46,6	32	53,3	60	100	49	81,6	11	18,3	60	100,0

A las 6 horas 53,3% de pacientes presentaron nausea, de los cuales el mayor porcentaje 45,0% corresponden al sexo femenino. En los pacientes de sexo masculino un porcentaje de 4% no presentaron nausea a las 6 horas. A las 24 horas el mayor porcentaje corresponde a pacientes que no presentaron nausea 81,6% de ellos sexo femenino presentó un 70%; en el caso de los pacientes que si presentaron nausea a las 24 horas encontramos sexo femenino con 15,0%.



12.13 Residencia y presencia de nausea a las 6 y 24 horas.

Tabla N°. 13

RESIDENCIA	Presencia de Nausea 6 primeras horas.						Presencia de Nausea 24 primeras horas.					
	NO	%	SI	%	Total	%	NO	%	SI	%	Total	%
Rural	12	20,0	11	18,3	23	38,3	17	28,3	6	10,0	23	38,3
Urbano	16	26,7	21	35,0	37	61,7	32	53,3	5	8,3	37	61,7
Total	28	46,7	32	53,3	60	100,0	49	81,7	11	18,3	60	100,0

A las 6 horas que el 53,3% de los pacientes presentaron nausea; de ellos el 35,5% son de Residencia Urbana. El menor porcentaje corresponde a la Residencia Rural que presento nausea en un 18,33%.

A las 24 horas el 81,67% de los paciente no presentaron nausea, de ellos el 53,33% son de Residencia Urbana. Cabe destacar que el menor porcentaje de quienes presentaron nausea corresponde a la residencia urbana que presentó nausea 8,33%.



12.14 Estado nutricional y presencia de náusea a las 6 y 24 horas.

Tabla N°. 14

E. Nutricional	Presencia de Náusea a las 6 horas						Presencia de náusea a las 24 horas					
	NO	%	SI	%	Total	%	NO	%	SI	%	Total	%
Desnutrición	1	1,6	0	0,00	1	1,6	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Normal	11	18,3	15	25,0	26	43,3	20	33,3	6	10,0	26	43,3
Obesidad	4	6,67	7	11,6	11	18,3	9	15,0	2	3,3	11	18,3
Sobrepeso	12	20,0	10	16,6	22	36,6	19	31,6	3	5,0	22	36,6
Total	28	46,6	32	53,3	60	100,0	49	81,6	11	18,3	60	100,0

A las 6 horas que el 53,3% de los pacientes presentaron náusea, de ellos el 25,0% son de estado nutricional normal, el 1,6% corresponde a desnutrición y no presentó náusea. Los pacientes obesos presentaron náusea en un menor porcentaje con un 11,6%. A las 24 horas el 81,6% de los paciente no presentaron náusea, de ellos el 33,3% son de estado nutricional normal. el 3,3% corresponde a pacientes obesos que presentaron náusea.



12.15 Sexo y presencia de vómito a las 6 y 24 horas.

Tabla N°. 15

Sexo	Presencia de vómito a las 6 horas						Presencia de vómito a las 24 horas.					
	NO	%	SI	%	Total	%	NO	%	SI	%	Total	%
Femenino	43	71,6	8	13,3	51	85,0	50	83,3	1	1,6	51	85,0
Masculino	6	10,0	3	5,0	9	15,0	8	13,3	1	1,6	9	15,0
Total	49	81,6	11	18,3	60	100,0	58	96,6	2	3,3	60	100,0

A las 6 horas 81,7% no presentaron vómito, de ellos el sexo femenino presenta 71,6%. De los pacientes que presentaron vómito el sexo masculino corresponde al 5,0%.

A las 24 horas se incrementó el porcentaje de pacientes que no presentaron vómito 96,6%, de ellos el sexo femenino corresponde al 83,3%. El sexo masculino y femenino que presentó vómito a las 24 horas fue 1,6% cada uno.

12.16 Residencia y presencia de vomito a las 6 y 24 horas.

Tabla N°. 16

Residencia	Presenta Vomito A Las 6 Horas						Presenta Vomito A Las 24 Horas.					
	NO	%	SI	%	Total	%	NO	%	SI	%	Total	%
Rural	17	28,3	6	10,0	23	38,3	21	35,0	2	3,3	23	38,3
Urbano	32	53,3	5	8,3	37	61,6	37	61,6	0	0,0	37	61,6
Total	49	81,6	11	18,3	60	100,0	58	96,6	2	3,3	60	100,0

A las 6 horas un 81,6% no presentaron vómito, de ellos la residencia Urbana fue el 53,3%. De los pacientes que presentaron vómito, los de residencia Urbana corresponden al menor porcentaje con 8,3%.

A las 24 horas no presentaron vomito 96,6% de ellos la residencia Urbana corresponde al 61,6%. Cabe destacar que de quienes presentaron vómito ninguno fue de zona Urbana.



12.17 Estado nutricional y presencia de vómito a las 6 y 24 horas.

Tabla N°. 17

E. NUTRICIONAL	Presenta vomito a las 6 horas						Presenta vomito a las 24 horas					
	NO	%	SI	%	Total	%	NO	%	SI	%	Total	%
Desnutrición leve	1	1,6	0	0,0	1	1,7	1	1,6	0	0,0	1	1,7
Normal	21	35,0	5	8,3	26	43,3	24	40,0	2	3,3	26	43,3
Obesidad	8	13,3	3	5,0	11	18,3	11	18,3	0	0,0	11	18,3
Sobrepeso	19	31,6	3	5,0	22	36,7	22	36,7	0	0,0	22	36,7
Total	49	81,6	11	18,3	60	100	58	96,7	2	3,3	60	100,0

A las 6 horas no presentaron vomito 81,6%, de ellos quienes tienen estado nutricional normal fueron 35,0%. De los pacientes que presentaron vómito cada uno con 5,0% tienen estado nutricional de sobrepeso y obesidad.

A las 24 horas 96,7% no presentaron vómito, de ellos quienes tienen estado nutricional normal corresponde al 40,0%. Los pacientes obesos y con sobrepeso que presentaron vomito a las 24 horas tienen un 0%.



12.18 Hábito de fumar y presencia de náusea

Tabla N°. 18

FUMA	Nausea 6 primeras horas						Nausea 24 primeras horas.					
	NO	%	SI	%	Total	%	NO	%	SI	%	Total	%
No	25	41,6	28	46,6	53	88,3	43	71,6	10	16,6	53	88,3
Si	3	5,0	4	6,6	7	11,6	6	10	1	1,6	7	11,6
Total	28	46,6	32	53,3	60	100	49	81,6	11	18,3	60	100

El 46,4% no tenían el hábito de fumar y no presentaron náusea a las 6 horas, 6,6% fumaban y presentaron náusea. A las 24 horas 71,6% no presentaban el hábito de fumar y no presentaron náusea, 1,6% fumaban y presentaron náusea.

12.19. Duración del acto quirúrgico y presencia de náusea

Tabla N°. 19

Tiempo Quirúrgico	Nausea 6 primeras horas						Nausea 24 primeras horas.						
	NO	%	SI	%	Total	%	Tiempo Quirúrgico	NO	%	SI	%	Total	%
0-60	6	10,0	6	10,0	12	20,0	0-60	8	13,3	4	6,7	12	20,0
61-121	21	35,0	24	40,0	45	75,0	61-121	39	65,0	6	10,0	45	75,0
122-182	1	1,7	2	3,3	3	5,0	122-182	2	3,3	1	1,7	3	5,0
Total	28	46,7	32	53,3	60	100,0	Total	49	81,67	11	18,33	60	100,0

En el 40% la cirugía duró de 61 a 121 minutos y presentaron náusea a las 6 horas, en 1,6% de los casos la cirugía duró de 122 a 180 minutos y no presentaron náusea. A las 24 horas en 65% la cirugía duró 61 - 121 minutos y no presentaron náusea, mientras que en 1,7% la cirugía duró 122 a 182 min y presentaron náusea.



12.20 Uso de antieméticos y presencia de vómito en 6 horas posoperatorio.

Tabla N°. 20

Presencia de vómito en las 6 primeras horas.						
	NO	%	SI	%	Total	%
Dexametasona, Metoclopramida, Ranitidina	4	6,7	3	5,0	7	11,7
Dexametasona, Metoclopramida	4	6,7	2	3,3	6	10,0
Metoclopramida	31	51,7	5	8,3	36	60,0
Ninguno	10	16,7	1	1,7	11	18,3
Total	49	81,7	11	18,3	60	100,0

A las 6 horas el 81,67% de los pacientes no ha presentado vómito. En aquellos pacientes que presentaron Vomito, incluso con la administración de Metoclopramida, el síntoma continuo presentándose en 8,33%.



12.21 Fiebre y edad.

Tabla N°. 21

6 HORAS POST COLELAP							24 HORAS POST COLELAP							
EDAD	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Total	%
>20	0	0,0	0,00	0,0	1	1,7	1,00	1,7	0	0,0	0	0,0	1	1,7
20-29	1	1,7	1,00	1,7	19	31,7	8,00	13,3	0	0,0	13	21,7	21	35,0
30-39	1	1,7	0,00	0,0	10	16,7	1,00	1,7	0	0,0	10	16,7	11	18,3
40-49	3	5,0	0,00	0,0	8	13,3	2,00	3,3	2	3,3	7	11,7	11	18,3
50-59	0	0,0	1,00	1,7	10	16,7	4,00	6,7	0	0,0	7	11,7	11	18,3
60-70	0	0,0	0,00	0,0	5	8,3	1,00	1,7	1	1,7	3	5,0	5	8,3
Total	5	8,3	2,00	3,3	53	88,3	17,00	28,3	3	5,0	40	66,7	60	100,0

A las 6 horas 8,3% tuvieron febrícula, correspondiendo a edades de 40 a 49 años, mientras que nadie menor a 20 o mayor a 60 años tuvo alteración, 3% tuvieron fiebre.

A las 24 horas 28,3% tuvieron febrícula, de los cuales 13,3% están entre los 20 y 29 años, un 5% de pacientes presenta fiebre de los cuales 3,3% se ubica entre 40 y 49 años.



12.22 Fiebre y sexo

Tabla N°. 22

6 horas post colelap									24 horas post colelap							
Sexo	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Total	%	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Total	%
Femenino	5	8,3	2	3,3	44	73,3	51	85,0	17	28,3	2	3,3	32	53,3	51	85,0
Masculino	0	0,0	0	0,0	9	15,0	9	15,0	0	0,0	1	1,7	8	13,3	9	15,0
TOTAL	5	8,3	2	3,3	53	88,3	60	100,0	17	28,3	3	5,0	40	66,7	60	100,0

A las 6 horas el 8,3% presenta febrícula, de los cuales las mujeres son 8,33%, no existen pacientes varones con patología.

A las 24 horas la febrícula tiene un aumento al 28%, la fiebre aumenta a 5,0% con un 1,7% en varones.

12.23 Fiebre y ocupación.

Tabla N°. 23

6 horas post colelap									24 horas post colelap							
Ocupación	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Total	%	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Total	%
Desocupado	0	0,0	0	0,0	3	5,00	3	5,00	0	0,0	0	0,0	3	5,00	3	5,00
Ocupado	5	8,3	2	3,3	50	83,3	57	95,00	17	28,3	3	5,0	37	61,7	57	95,00
Total	5	8,3	2	3,3	53	88,3	60	100,0	17	28,3	3	5,0	40	66,7	60	100,0

A las 6 horas 8,3% tuvo febrícula, de ellos 8,33% tenían alguna ocupación, no hay pacientes desocupados que padezcan febrícula.

A las 24 horas 28,3% tuvieron febrícula, de los cuales todo el porcentaje lo ocupan los ocupados, en cuanto a la fiebre estuvo en 5,0% de pacientes; no hubo alteración térmica en pacientes sin ocupación.



12.24 Fiebre y estado nutricional.

Tabla N°. 24

6 horas post colelap									24 horas post colelap							
Estado nutricional	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Total	%	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Total	%
Desnutrición leve	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7	1	1,67	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Normal	3	5,0	2	3,3	21	35,0	26	43,3	7	11,7	2	3,3	17	28,3	26	43,3
Obesidad	1	1,7	0	0,0	10	16,7	11	18,3	3	5,0	0	0,0	8	13,3	11	18,3
Sobrepeso	1	1,7	0	0,0	21	35,0	22	36,7	6	10,0	1	1,7	15	25,0	22	36,7
Total	5	8,4	2	3,3	53	88,3	60	100,0	17	28,3	3	5,0	40	66,7	60	100,0

A las 6 horas el mayor porcentaje de alteración térmica lo ocupa la febrícula dentro de los cuales el 5,0% corresponde a un estado nutricional normal con un 5%, mientras que todos los pacientes que tuvieron fiebre están en un índice de masa normal.

A las 24 horas presentan febrícula 28,3% de los cuales el índice de masa normal es el grupo mayoritario con un 11,7%, mientras que en cuanto a la fiebre hay 1,67% en el sobrepeso.



12.25 Fiebre y hematoma.

Tabla N°. 25

6 horas post colelap						24 horas post colelap								
HEMATOMA	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Total	%
No	4	6,7	2	3,3	51	85,0	17	28,3	2	3,3	38	63,3	57	95,0
Si	1	1,7	0	0,0	2	3,33	0	0,0	1	1,7	2	3,3	3	5,0
Total	5	8,3	2	3,3	53	88,3	17	28,3	3	5,0	40	66,7	60	100,0

A las 6 horas 8,3% padece febrícula, dentro de los que 9,7% no ha tenido hematoma, ningún paciente tuvo fiebre y hematoma. A las 24 horas el 28,3% tuvo febrícula y ninguno tuvo hematoma, en cuanto a la fiebre 1,7% se presenta con hematoma.

12.26 Fiebre y duración quirúrgica.

Tabla N°. 26.

6 horas post colelap										24 horas post colelap							
Duración quirúrgica	Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Total	%		Febrícula	%	Fiebre	%	Normal	%	Total	%
0-60	1	1,7	0	0,0	11	18,3	12	20,0		6	10,0	0	0,0	6	10,0	12	20,0
61-121	2	3,3	2	3,3	41	68,3	45	75,0		9	15,0	3	5,0	33	55,0	45	75,0
122-182	2	3,3	0	0,0	1	1,7	3	5,0		2	3,33	0	0,0	1	1,7	3	5,0
Total	5	8,3	2	3,3	53	88,3	60	100,0		17	28,3	3	5,0	40	66,7	60	100,0

A las 6 horas 8,3% tuvo febrícula donde el 6,6% lo comparten en quienes duro la cirugía entre 61 y 182 minutos con 3,33% en cada uno, 3,33% con un tiempo quirúrgico de entre 61 y 121 minutos tienen fiebre.

A las 24 horas 28,3% tuvieron febrícula, con 15% en quienes hay duración quirúrgica entre 61 y 121 minutos, en 5,0% de quienes habían tenido una duración quirúrgica de entre 61 y 121 minutos hubo fiebre.



12.27 Medicamentos antitérmicos.

Tabla N°. 27

ANTITÉRMICOS.	N°.	%
Metamizol	11	18,3
Ninguno	49	81,7
Total	60	100,0

No existe un medicamento preferido para el tratamiento de las alteraciones térmicas en el HVCM. Sin embargo, el único utilizado ha sido el Metamizol en 18,3% de los casos

12.28 Medicamentos Utilizados para Control de Dolor.

Tabla N°. 28.

RECUPERACION			HOSPITALIZACION		
Medicamentos	N°.	%	Medicamentos	N°.	%
Diclofenaco	1	1,7	Nada	3	5,0
Tramadol	2	3,3	Metamizol	1	1,7
Ketorolaco	5	8,3	Tramal	1	1,7
Ketorolaco y Tramadol	42	70,0	Ketorolaco	44	73,3
Diclofenaco y Tramadol	8	13,3	Ketorolaco y Tramadol	2	3,3
Tramal y Metamizol	1	1,7	Diclofenaco y Tramadol	1	1,7
Diclofenaco y Tramadol, Ketorolaco	1	1,7	Tramal y Ketorolaco	8	13,3
TOTAL	60	100,0	Total general	60	100,0

Los medicamentos más utilizados para el control de dolor en los pacientes del HVCM son: la combinación KETOROLACO + TRAMADOL (70,0% de los casos) en la recuperación post anestésica. En Hospitalización KETOLORACO (73,3%).



13.- DISCUSIÓN.

Con los resultados obtenidos se logró determinar que del total de pacientes encuestados de media de edad era de 41,4 años; datos que tienen relación con lo publicado por el INEC (2007) dentro de las principales causas de morbilidad donde señala que la mayor incidencia de patología biliar se encuentra en una edad media de 40 años⁶⁴. Las características demográficas según múltiples investigaciones se relacionan con una mayor presencia de patología biliar en la población. Así, según lo expuesto por Ibañez et al, Chile 2007 quien luego de realizar un estudio retrospectivo de 10 años, encuentra una relación mujer-hombre de presencia de patología biliar en una razón de 2-1; los autores describen una razón 5 a 1 a favor de sexo femenino para padecimiento de problemas biliares⁶⁵.

Enfocando la sintomatología postoperatoria, Bermúdez, et al, España 2002, por ejemplo, describe que el dolor postoperatorio a las 24 horas de la intervención fue nulo o leve en el 71% de los pacientes, moderado en el 23% e intenso en el 6%; los investigadores demuestran que a 24 horas posquirúrgicas la intensidad de dolor es leve en 60%, moderada en 30%, intenso en 1,7%⁶⁶. Se estableció un análisis para identificar factores asociados al apareamiento de dolor, similar al utilizado en Curcino et al, Brasil 2009, donde la prevalencia del dolor por sexo, se identificó entre los hombres un 48,4%, y entre las mujeres 44,0%; para los autores a las 24 horas la percepción de dolor se ubicó en 35% para dolor moderado y 1,7 para dolor intenso, recalando que el dolor leve se encontró en el 60% de los casos⁶⁷. El mismo estudio Curcino et al, incluye también edad teniendo los pacientes de edades superiores a 60 años una prevalencia de dolor a 24 horas, de 51,1%, mientras que los menores de 60 años 43,6%; nuestro estudio por el contrario demuestra que en menores de < 50 años la prevalencia de dolor es de 71,8%, mientras que en >50 años la percepción de dolor se ubica en 25%⁶⁸.

En un estudio realizado por East JM y col. en Jamaica en 2009 observa que riesgo de NVPO después de la colecistectomía laparoscópica fue 28.7%. Se realiza un especial énfasis en 81.4% de los casos de NVPO ocurrieron en las primeras 6 horas postquirúrgicas.⁶⁹ García R. en Cuba en el 2006 destaca que la complicación más frecuente fue la NVPO con un 10%.⁷⁰ Bueno J. en España 2006 recalca un 2,4% de paciente presentaron dicha complicación siendo administrado Ondasetrón y Metoclopramida como tratamiento.⁷¹ En nuestro estudio se observa un gran porcentaje de pacientes 51,3% presentaron náusea y un 18,3% presentaron vómito a las 6 horas.

En un estudio publicado por Lucena J. realizado en Caracas en 2004 encontró que un 80% de los mismos mejoraban con la administración de Ondasetron a



la dosis de 40 ug/kg en comparación con droperidol 20 ug/kg o metoclopramida 0,2 mg/kg.⁷² En nuestro estudio se observó que el esquema más utilizado fue la administración de metoclopramida a dosis de 0,2mg/kg.

La fiebre postoperatoria no siempre es de origen infeccioso, sobre todo si esta se desarrolla antes de las 48 horas donde dependiendo de la ubicación de la cirugía, el tiempo de exposición quirúrgica y la magnitud de la misma, esta se producirá en mayor o menor cantidad según estudios previamente desarrollados.

Se ha encontrado que la incidencia de fiebre en cirugías limpias y limpias contaminadas en estudios como los de Rancoroni A, pudo alcanzar valores de 62% o de 14 a 91%⁷³ en estudios realizados por Rudra, A, en los que se señala al tipo de paciente como un factor modificador de la aparición de este fenómeno, en estas investigaciones se determinó un 55% de presencia de fiebre en colecistectomía laparoscópica sin infección⁷⁴, concordando con lo encontrado en nuestro estudio de forma parcial ya que en este la incidencia de alteraciones térmicas llegó a ser de 33,3% a las 24 horas, y se mantuvo con un mayor porcentaje en cirugías que duraron entre 61 y 121 minutos en contraposición con lo señalado por Rudra que sugiere en sus estudios la relación con la magnitud y duración de la operación⁷⁵, misma relación descrita por Nogueira de Almeida en su trabajo⁷⁶.

Lo antes señalado podría concordar con lo descrito por Kasik y Thompson citados por Zúñiga en su trabajo sobre complicaciones post operatorias donde se refiere a las alteraciones térmicas como respuesta del organismo a sustancias usadas por los médicos durante el proceso quirúrgico como los antibióticos, caracterizándose esta manifestación por su desaparición luego de suspendido el medicamento, o más particularmente a la reabsorción de materiales de sutura o sangre fenómeno que se desarrolla en las primeras 12 horas, sin dejar de lado también la pirexia de origen desconocido⁷⁷. Esto sin embargo no concuerda con lo obtenido por los autores ya que en cuanto a la presencia de hematoma las alteraciones térmicas se presentan en 33,3% cuando este no está presente y solo en 1,7% cuando si lo está.

Ahora bien tomando en cuenta otros factores como el sexo, la edad, y relacionándolos con lo descrito en el trabajo de Tardencilla se aprecia que al igual que en estos donde la media de edad fue de 41,8 años⁷⁸ en el estudio presente la media fue de 41,3 años.

En cuanto al sexo también encontramos que hay concordancia con estos estudios donde se ve que en las mujeres existen porcentajes de complicación



de hasta 64,1%⁷⁹ al igual que en este trabajo donde se encontró 33,3% de mujeres con alteraciones térmicas a las 24 horas demostrando la mayor predisposición de las mismas a esta complicación; es necesario recalcar también que como lo señalan autores como Rudra o Tardencilla algunos de las relaciones entre la temperatura y la precedencia o el estado nutricional se encuentran fácilmente modificadas por otros factores por lo cual es complicado identificarlos con una relación de causa y efecto^{80,81}.

14.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez que este estudio ha llegado a su final es para los autores satisfactorio poder decir que se cuenta, aunque no de forma total, si parcialmente con una aproximación hacia la realidad de la población con quien trabajamos día a día, en el ámbito médico hospitalario, sin embargo no se puede negar que los parámetros analizados necesitan una revisión más extensa y sistemática, en lo posible de forma profundamente analítica para hallar relación entre los factores de riesgo y la presencia de los fenómenos en estudio con la consiguiente posibilidad de generar a partir de estos conocimientos planes terapéuticos y normativas que contribuyan a mejorar nuestra calidad total de atención y optimizar los pocos recursos que tenemos; sin embargo no podemos negar tampoco la contribución que este trabajo hará al conocimiento de nuestro medio, por ello concluimos los autores que:

Aunque en la actualidad la información y tecnología están al alcance de la gran mayoría de personas sigue siendo un problema para los médicos de la localidad la gran influencia que los factores de riesgo ejercen sobre los habitantes de esta región.

En cuanto a lo que estrictamente atañe a nuestro estudio decimos que:

- De los síntomas se observó que a las 6 horas el 100% de los presentaron dolor. A las 24 horas, la prevalencia de dolor se ubica en 96,6% de los casos. Para el manejo del dolor en esquema de manejo utilizado en HVCM es: en área de recuperación pos anestésica Ketorolaco + Tramadol (70,0%), mientras que en Área de Hospitalización se utiliza Ketorolaco (73,3%). Al hablar de Nausea la prevalencia a la 6 horas corresponde al 53,3%; mientras que a las 24 horas, 18,3%. De estos el 18,3 % progreso a Vómito a las 6 horas, y en 3,3% a las 24 horas. Es importante señalar que para el manejo se utilizó una terapia con Metoclorpramida en 51,67% independientemente que si hubo o no Vómito. Para el estudio de las alteraciones térmicas se observa una prevalencia de 11,6% a las 6 horas, y 33,3% a las 24 horas, para lo cual se utilizó en un 18,3% Metamizol, destacándose que en 81,7 no se utilizó ninguna medicación específica.



- Se lograron identificar en el presente trabajo ciertas asociaciones que concuerdan con la literatura, así por ejemplo se observó que el dolor se presenta en mayor media en pacientes de edades más tempranas, y la recuperación en los mismos es también más prolongada, el sexo femenino presentó más dolor que los pacientes masculinos, los pacientes que habitan áreas Urbanas refirieron niveles de dolor más elevados que sus pares Rurales, para la Instrucción y dolor, los pacientes con Instrucción Secundaria presentan niveles mayores de percepción de dolor, la percepción de dolor es mayor con Índices de Masa Corporal elevados (Obesidad y Sobrepeso), los pacientes quienes habían tenido cirugías previas presentaron niveles de percepción de dolor más bajos. Para el vómito en los pacientes de este estudio se encontró relación de este síntoma con la presencia en los pacientes de edades menores a los 60 años y más frecuentemente por debajo de los 30 años, el sexo femenino presenta mayor porcentaje de vomito; de la misma manera quienes tienen valores más altos de índice de masa corporal presentan mayor presencia de vómito, en cuanto hábito de fumar se ve que pacientes sin este hábito presentan nausea en mayor porcentaje. En cuanto a las alteraciones térmicas estas se presentan más en edades promedio inferiores a los 50 años, es más frecuente en mujeres, de la misma forma más frecuente en quienes desempeñan alguna labor al igual que en aquellos con índices de masa corporal más bajos a las 6 horas invirtiéndose a las 24 horas, no se encontró relación con la presencia de hematoma ni duración de la cirugía.
- Al considerar la evolución de los síntomas durante el seguimiento dentro de las primeras 24 horas, se encontró que: la percepción de dolor de los distintos grupos de pacientes disminuye desde un predominantemente dolor moderado (tomado a las 6 horas), a un dolor predominantemente leve a las 24 horas. En cuanto a la nausea se observa que la presencia de la misma, disminuye en relación al tiempo; al igual que el vómito que también disminuye a las 24 horas. Con relación a la presencia de alteraciones térmicas, se concluye que en inicio la febrícula predomina en los pacientes con cambios en su temperatura, incrementando su porcentaje e intensidad a las 24 horas.

Recomendaciones: Los autores planteamos destacamos la necesidad por todo lo antes mencionado de diseñar y ejecutar un plan de análisis causal con un mayor tiempo de ejecución y casuística para de esa forma garantizar la significación de los conocimientos generados, sin afán de criticar el criterio de algunos médicos en nuestra localidad debemos recomendar la optimización del uso de los antieméticos y piréticos en los pacientes, aunque si bien es necesario debemos siempre tratar de garantizar la comodidad de nuestros pacientes.

**15.- BIBLIOGRAFIA**

1. Bermúdez I. et al. "Colecistectomía laparoscópica en régimen Ambulatorio". Rev. Cir. Esp. [seriada en línea] 2004; 76(3): 159-63. Consultado Noviembre 28, 2009. Disponible en la world wide web:URL:<http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir18-02/18-02-04.pdf>.
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Principales causas de morbilidad según sexo. Ecuador. 2007. Quito, Ecuador: INEC, 2009.
3. Rincón D., et al. "Prevención de la náusea y el vómito postoperatorios". Rev. Col. Anest. [Serial on the Internet]. 2007. Nov [cited 2009 Dec 13]; 35(4): 293-300. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472007000400006&lng=en.
4. Bermúdez I. et al. Pág. 161. Óp. cit.
5. Ídem. Pág. 160.
6. Rudra A., Pal S., Acharjee A. Posoperative Fever [artículo en línea]. Indian J Crit. Care Med. 2006: 10 (4).Pág. 264-271. <[http:// www. ijccm.org](http://www.ijccm.org)> [consulta: 18 Nov. 2009].
7. Morales D., Martín J., García E., Cagigas de la Piedra M. A., Naranjo Gómez A. "Colecistectomía laparoscópica ambulatoria". Rev. Esp. Enferm. Dig. 2006 Mayo [citado 2009 Dic 14]; 98(5): 395-395. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000500014&lng=es. Óp. Cit.: 7
8. Brunicardi F., Principios de Cirugía de Schwartz. Estados Unidos. Editorial McGraw Hill. 2005. Vol. 1, cap. 13, pág.: 379.
9. Serrano A., Historia de la Cirugía Laparoscópica, Cirugest [en línea].Octubre 2007. [citado 2011 Sep 11.]. Sección 1. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir01-07/cir01-07.htm>
10. Serrano A., Sección 2. Óp. Cit.
11. Ídem Sección 3.
12. Rodero D, Cirugía Laparoscópica Avanzada, Cirugía Laparoscópica España. [en línea]. Abril 2001 [citado 2011 Sep. 11] Disponible en: <http://www.cirugialaparoscopicaavanzada.com/articulos-cirugia.htm>
13. Rodero D, Sección 1. Óp. Cit.



14. UNIAQ, Historia de la Laparoscopia. Unidad Quirúrgica Avanzada. Centro de Cirugía Mínima Invasiva. Venezuela. Octubre 2010. Citado 2011 Sep. 11]. Disponible en: <http://www.uniqa.8m.net/historia.htm>
15. UNIAQ, Sección 1. Óp. Cit.
16. Ídem. Sección 2.
17. Zamora R, Historia de la Cirugía Mínimamente Invasiva. Anestesiología Mexicana en Internet. México. Marzo 2000. [citado 2011 Sep. 11.]. Sección 4. Disponible en: <http://www.anestesia.com.mx/endos.html>
18. Zamora R, Sec. 5 Óp. cit.
19. Monteverde E, et al, Reseña Histórica: Orígenes de la Cirugía Laparoscópica. Departamento de Urología, División de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile. Rev. Chilena de Urología. Chile. Abril 2009. [citado 2011 Sep. 11] Disponible en: <http://www.urologosdechile.cl/pdf.php?id=15>
20. Barzallo J. Anestesia Básica. 2da. Ed. Publicado en Cuenca. Departamento de Publicaciones de Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. 2004. Pág. 275-85.
21. Carmaco C., et al, Colectectomía Laparoscópica. Experiencia del Hospital Clínico Regional Valdivia. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 64 – N°. 2, Abril 2002. Pág. 163 – 168. Chile 2002. Disponible en: www.cirujanosdechile.cl/Revista/.../Cir.2_2002%20Colectist.Laparascopi.pdf
22. Bermúdez I. et al. Pág. 159. Óp. Cit.
23. Barzallo J. Pág. 278. Óp. Cit.
24. Ídem. Pág. 280.
25. Martínez J., et al. "Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones". Rev. Soc. Esp. Dolor 7: 465-476, 2000[Citado 2009 Nov. 28]. Disponible en la world wide web. URL:http://revista.sedolor.es/pdf/2000_07_07.pdf.
26. Martínez J., Pág. 467. Óp. Cit.
27. Ídem. Pág. 468.
28. Cursino de Menezes T., Moraes M, Cavalcanti L., Cursino de Menezes T, Falcao M, Prevalencia e Influencia del Sexo, Edad y del Tipo de Operación en el Dolor Postoperatorio. Rev Bras Anestesiol 2009; 59: 3: 178-181. Disponible en: <http://www.rbaonline.com.br/files/espanol/mai09178.pdf>



29. Martínez J., Pág. 470. Óp. Cit.
30. Muñoz, et al. "Complicaciones del dolor postoperatorio". Rev. Soc. Esp. del Dolor, Vol. 8, N° 3, pág.: 194-211, Abril 2001. Consultado Noviembre 28, 2009. Disponible en la World Wide Web: <http://www.mianestesista.com/documentos/ComplicacionesDelDolorPostoperatorio.pdf>.
31. Muñoz, Pág.: 198 Óp. Cit.
32. Ídem. Pág.: 200
33. Ídem. Pág.: 205
34. Avellaneda L, "Intervención de enfermería en los cuidados paliativos". Actual. Enferm. 2003[seriada en línea]; Vol. 6, N°3, pág.: 22-28. Consultado: Julio 26, 2010. Disponible en la World Wide Web: URL: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-intervencion.htm>.
35. Whizar-Lugo V. Dr., Ochoa-Ortíz G. Dra. "Conceptos Actuales en Dolor por Cáncer". Anestesia en México, Vol.17, Suplemento 1, 2005. Pág.: 53-69. Consultado Diciembre 13, 2009. Disponible en la World Wide Web: URL: <http://www.anestesiaenmexico.org/RAM5/17Sup12005/009.pdf>.
36. Harrison T. R., Jameson J. L., et al. "Principios de Medicina Interna". Décima sexta Ed. Impreso en Chile. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2006. Vol I. Pág. 248-54.
37. East JM, Mitchell DIG. Postoperative nausea and vomiting in laparoscopic versus open cholecystectomy at two major hospitals in Jamaica. West Indian med. j. . 2009 Mar [citado 2011 Sep 08]; 58(2): 130-137. Disponible en: http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442009000200011&lng=es
38. Arce J. "Nausea, Vómito, e indigestión". Medciclopedia, Octubre 21, 2008. Consultado Julio 26, 2010. Disponible en la World Wide Web: URL: <http://medciclopedia.com/gastroenterologia/1294/nausea-vomito-e-indigestion/comment-page-1/>.
39. Arce J. Sección 1. Óp. Cit.
40. Marcoval I. Bel, et al. "Estratificación del riesgo, profilaxis y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios". Rev. Esp. Anestesiología. Reanim.



- 2006; 53:301-311. Disponible en:
http://www.sedar.es/restringido/2006/n5_2006/6.
41. Marcoval I., et al. Pág.: 303. Óp. Cit.
42. Idem. Pág.: 305.
43. Idem. Pág.: 310.
44. Álpizar L, Medina E. Fisiopatología De La Fiebre. Rev. Cubana Med. Milit 1999; 28 (1):49-54. < <http://www.unibe.ac.cr/revista/medicina/fiebre-fisiopatologia-patrones-y-tratamiento.html/PDF>>[consulta: 16 nov. 2009]
45. Álpizar L, Medina E. Pág.: 52. Óp. Cit.
46. Mora J. Fisiopatología De La Fiebre. En: 1er. Curso de Actualización de Enfermedades Infecciosas en Medicina General, Febrero 1984, San José, Costa Rica. [Rev. Cost. Cienc. Méd. 1984;5(2): 177-188]. < www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v5n2/art6.pdf > [consulta: 18 nov. 2009].
47. Mora J. Pág.: 182. Óp. Cit.
48. Padilla J. Fiebre: Fisiopatología, Patrones y Tratamiento. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de Iberoamérica, UNIBE ISSN 1659 3545. 2009; 1 (1). < <http://www.unibe.ac.cr/revista/medicina/medicina-evolucionista-un-complemento-en-la-educacion-medica.html>> [consulta: 16 nov. 2009].
49. Padilla J. Sección: 2. Óp. Cit.
50. Ídem. Sección: 3.
51. Ídem. Sección: 4.
52. Rudra A., Pal S., Acharjee A. Pág.: 269.
53. Rossi, Ricardo L, et al. Lesiones de la Vía Biliar después de Colectomía Laparoscópica. University of California at Davis Medical School, Martinez, California, USA. www.cirugest.com/htm/revisiones/cir01-07/cap22.pdf
54. García, José Hugo. Incidencia de Lesiones en la via biliar en paciente de colecistomía laparoscópica en el Hospital "Ignacio Zaragoza", en 12 años. ANALES médicos, Vol. 53, num2, Abril-Junio 2008. Pág. 69-73. www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2008/bc082c.pdf
55. Zúñiga, S., Gómez-Márquez J. Complicaciones Post-Operatorias en Cirugía Abdominal. Rev. Med. Hondur. 1974: 42. <



- <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1974/pdf/Vol42-3-1974-7.pdf> > [consulta: 16 nov. 2009]
56. Iglesias G; Lee CH; Donaire A, y Kerrigan B, Fístula peritoneocutánea por cálculos biliares: Una complicación tardía de la colecistectomía laparoscópica. *Rev. Chil Cir* . 2009, vol.61, n.1, pp. 39-43. ISSN 0718-4026.
 57. Castroagudin, J. F. et al. Absceso subfrénico con extensión pleural y subcutánea como complicación de un cálculo vertido al peritoneo durante la colecistectomía laparoscópica: implicaciones terapéuticas. *Rev. esp. enferm. dig*. 2007, vol.99, n.8, pp. 479-480. ISSN 1130-0108
 58. Csendes, Burdiles P., Período Postoperatorio Normal y Complicaciones de la Colecistectomía Laparoscópica. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago. 2007. www.cirugest.com/htm/revisiones/cir01-07/cap21.pdf –
 59. Csendes, Burdiles P. Cap. 21. Pág.: 128.
 60. Ídem, Pág.: 130.
 61. Fuertes L., Samalvides F., Camacho V. *et al*. Infección del sitio quirúrgico: comparación de dos técnicas quirúrgicas. *Rev. Med Hered*, Ene. 2009, vol.20, no.1, p.22-30. ISSN 1018-130X. 46
 62. SCHWARTZ, Vol. I. Pág. 352.
 63. Csendes, Burdiles P. Pag. 200. Óp. Cit.
 64. Instituto Nacional de Estadística y Censos del Ecuador (INEC). Sección Principales Causas de Morbilidad en Adultos General. Óp. Cit.
 65. Ibáñez A Luis, Escalona P Alex, Devaud J Nicolás, Montero M Pablo, Ramirez W Eduardo, Pimentel Fernando et al. Colecistectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Cir* . 2007 Feb [citado 2011 Sep 18]; 59(1): 10-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000100004&lng=es. doi: 10.4067/S0718-40262007000100004.
 66. Bermúdez I. et al. Pág. 161. Óp. Cit.
 67. Cursino de Menezes T., Moraes M, Cavalcanti L., Cursino de Menezes T, Falcao M, Pág.: 179. Óp. Cit.
 68. Ídem. Pág. 180.
 69. East JM, Mitchell DIG. Pag.130-137. Op Cit.
 70. García R, Muradás M, López M, Pérez Y. Anestesia para colecistectomía laparoscópica: Nuestra experiencia. *Rev Cubana Cir* . 2006 Jun [citado



- 2011 Sep 18] ; 45(2):. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000200003&lng=es.
71. Bueno J., et. al. Colectectomía laparoscópica ambulatoria. ¿El nuevo "gold standard" de la colectectomía?, Revista Española de Enfermedades Digestivas, Rev. esp. enferm. dig. v.98 n.1 Madrid ene. 2006, disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1130-01082006000100003&script=sci_arttext&lng=es
72. Lucena J. "Náuseas y vómitos post-colectectomía laparoscópica". Vitae: Academia Biomédica Digital, ISSN 1317-987X, N°. 18, 2004. Disponible en Word wide web: www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=825710 Consultado 18 Junio 2012 a las 13H00.
73. Rancoroni, Alfredo J; Valentini, Ricardo. Título: Fiebre postoperatoria: análisis de 63 episodios / Postoperative fever: analysis of 63 episodes
Fonte: Rev. argent. cir;53(3/4):103-6, sept.-oct. 1987. Tab. Idioma: Es.
74. Rudra A., Pal S., Acharjee A. Pág.: 267.
75. Ídem Pág. 268.
76. Nogueira de Almeida A., Marino R., Aguilar P., Jacobsen M., Posoperative Fever after hemispherectomy the role of non-infectious factors, departamento de neurologia do hospital das clinicas da faculdade de medicina da universidade Sao Paulo, Sao Paulo Brazil january 14 2006. ELSEVIER july 2006 volume 15 pages 340 - 343. <http://www.seizure-journal.com/article/PIIS1059131106000690/fulltext>
77. Zúñiga S. Gomez-Marquez J. Complicacines post operatorias en cirugía abdominal, Pag.144-146.
78. Tardencilla A. Factores de riesgo asociado a Complicaciones Post Quirúrgicas más frecuentes en el Servicio de Cirugía General, Hospital Escuela "Dr. Roberto Calderón Gutiérrez". Managua: Universidad Nacional –Autónoma De Nicaragua Facultad De Ciencias Médicas, 2002<http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/cirugia_general/fsc-tores%20de%20riesgo%20posquirurgico.PDF>pág. 27
79. RUDRA A., Pal S., Acharjee A. Pág. 268.
80. Ídem pág. 166.
81. Tardencilla A. pág. 27-30



16.- ANEXOS

Anexo 1.- Consentimiento Informado.

Título de la investigación: “manejo y Prevalencia de Complicaciones Quirúrgicas Inmediatas en el postquirúrgico de pacientes Colectomizados por Vía Laparoscópica. Hospitales Vicente Corral. Cuenca Enero-Junio 2011”

Investigadores: Los estudiantes Armando Damián Pinos Montalvo, Jorge Luis Ramón Patiño, Diego Fernando Regalado Bermeo, estudiantes de quinto año de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

Usted ha sido seleccionado para participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no; debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Objetivos del Estudio: Los profesores y estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca quieren llevar a cabo un estudio para determinar la prevalencia de fiebre, náusea, vómito y dolor como complicaciones en el postoperatorio de pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica en los Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el primer semestre del año 2011.

Información del estudio. En el estudio en que participará se tiene planificado realizar un seguimiento a la sintomatología presentada luego de la cirugía que, libre y voluntariamente usted ha aceptado. Para la obtención de la información se aplicará una encuesta, donde los investigadores a través de un formulario le realizarán preguntas después de la cirugía, las cuales están enfocadas en conocer primeramente datos generales tales como: nombre, edad, sexo, estado civil, **ocupación y procedencia**. Luego se procederá a la valoración de los factores de riesgo y situaciones predisponentes para dolor, náusea, vómito, y fiebre. Por último se solicitará al paciente nos brinde información sobre los síntomas que experimenta luego de la cirugía, en esta valoración se tomará en cuenta el dolor, definido como una sensación desagradable y una experiencia emocional asociada con posible o potencial lesión del tejido, o descrito en términos de este tipo de lesión; la náusea, considerada como la sensación subjetiva de la necesidad de vomitar; el vómito es la expulsión a través de la boca del contenido de la porción superior del tubo digestivo por efecto de la contracción de los músculos que lo forman y de la pared abdominal y torácica; y por último la fiebre que se define como el aumento en la temperatura corporal



de un individuo, que excede la variación diaria normal de la misma. Las preguntas se efectuarán luego de 6 horas de realizada la intervención quirúrgica con el paciente en plena capacidad cognitiva y luego de 24 horas de la cirugía. Se revisarán los controles de signos vitales que constan en la historia clínica de cada paciente, así como las evoluciones y cualquier otra novedad que aparezca en dicho documento, incluyendo la medicación que se le administrará en caso de presentarse en usted los síntomas ya descritos así como los esquemas según los cuales se administrarán los mismos.

Riesgos del Estudio: Su participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, que puede incidir en la recuperación de su intervención quirúrgica o en la evolución satisfactoria de sus síntomas.

Beneficios: La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se conseguirá establecer una guía adecuada para el manejo de náusea, vómito, fiebre y dolor postoperatorio; con ello se podrá conseguir una mejor evolución de los pacientes y una resolución de precoz de su sintomatología.

Confidencialidad. Cualquier información obtenida en este estudio se guardará en un archivo bajo llave, y que a parte del médico y los investigadores, no estará disponible para otros individuos de una forma en el cual se permita la identificación de su persona.

La participación es voluntaria: Su participación es completamente voluntaria. Su decisión no afectará de ninguna manera la atención en el Centro de Salud al que usted ha acudido ahora o en el futuro.

Preguntas: En caso de que usted necesite información adicional puede comunicarse con los investigadores Armando Damián Pinos Montalvo (084162603), Jorge Luis Ramón Patiño (096073297), Diego Fernando Regalado Bermeo (094713023).

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha.



Anexo 2. Formulario de recolección de datos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



“MANEJO Y PREVALENCIA DE COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS INMEDIATAS EN
PACIENTES COLESISTECTOMIZADOS VÍA LAPAROSCÓPICA.
HOSPITAL VICENTE CORRAL M. CUENCA 2010”.

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

1.2.- Fecha de realización de la Encuesta día mes año 1.2.- Número de Encuesta

2.- DATOS DE FILIACIÓN:

2.1.- Nombres y Apellidos del paciente

2.2.- Número de Historia Clínica

2.2.- Edad

2.3.- Sexo Masculino Femenino

2.4.- Ocupación

2.5.- Procedencia

2.6.- Residencia

2.7.- Instrucción

NINGUNA

PRIMARIA

SECUNDARIA

SUPERIOR

2.8.- Estado Civil

SOLTERO

UNION LIBRE

CASADO

DIVORCIADO

VIUDO

3.- VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:

3.1.- Peso (kg.)

3.2.- Talla (m.)

3.3.- Estado Nutricional*
(ver observaciones)

3.4.- ¿Ha tenido algún familiar con alguna enfermedad biliar? SI NO

3.5.- ¿Ha tenido cirugías previas? SI NO

3.6.- ¿Tiene usted el hábito de fumar? SI NO

Número de cigarrillo por día

3.7.- ¿Previo a la cirugía actual, usted sentía:

MIEDO INSOMNIO

ANSIEDAD TRISTEZA

MALESTAR NINGUNA

3.7.- ¿Cuántos embarazos ha tenido usted?

4.- VALORACIÓN DE LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS INMEDIATAS

4.1.- ¿Presenta dolor a nivel de la herida quirúrgica? SI NO

EVA A LAS 6 HORAS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EVA A LAS 24 HORAS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.2.- ¿Presenta usted alguno de los siguientes síntomas?

1. NÁUSEA

6H 24H

SI

NO

2. VÓMITO

6H 24H

SI

NO

4.3.- ¿Presenta el paciente hematoma a nivel de la herida quirúrgica? SI NO

3. FIEBRE

Medición a las 6 horas °C

Medición a las 24 horas °C



5.- INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA CIRUGÍA

Tiempo de duración de la cirugía (Min) Tensión Arterial Intraoperatoria (mmHg)

--	--

SISTÓLICA DIASTÓLICA

Diagnóstico Prequirúrgico

Diagnóstico Postquirúrgico

Hallazgos intraoperatorios

Fármacos usados durante la anestesia

6.- ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DURANTE LA EVOLUCIÓN

	SI	NO	
MEDICACIÓN PARA EL DOLOR			
RECUPERACIÓN			HOSPITALIZACIÓN
ESQUEMA			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
MEDICACIÓN PARA LA FIEBRE			
ESQUEMA			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
MEDICACIÓN PARA LA NÁUSEA			
ESQUEMA			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

OBSERVACIONES

* La evaluación de este ítem será realizada por parte de los estudiantes responsables del proyecto durante la tabulación de la información recopilada en este formulario.