



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES POR
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LOS PACIENTES DEL
HOSPITAL HOMERO CASTANIER, PERIODO ENERO - DICIEMBRE. 2014

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA

AUTORAS:

NATALY CAROLINA BERREZUETA CÓRDOVA
JOHANNA ESTEFANÍA GUZMÁN PACHECO

DIRECTOR:

DR. JUAN EDISON CANTOS ORMAZA

ASESOR:

DR. ÁNGEL HIPÓLITO TENEZACA TACURI

CUENCA- ECUADOR

2016

RESUMEN

Objetivo general: Determinar las características de las complicaciones por colecistectomía laparoscópica en los pacientes del Hospital Homero Castanier. Periodo Enero a Diciembre de 2014.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo– retrospectivo, tomando como unidad de análisis el total de historias clínicas de aquellos pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica y que cumplieron con los criterios de inclusión en el Hospital Homero Castanier, durante el periodo enero a diciembre de 2014. La información fue recolectada en formularios previamente elaborados, los datos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 15.0 y programa de Excel utilizando distribuciones de frecuencia y porcentajes. Los resultados se presentan en tablas y gráficos estadísticos con su respectiva interpretación.

Resultados: De la población estudiada (198 casos) se encontraron en una edad entre 14 a 86 años, con una media de 40 años; el 81.3% correspondió a mujeres, siendo en menor porcentaje los casos de hombres con 18,7%. Del total de casos estudiados el 8.6% presentaron algún tipo de complicación, dentro de estas lo más frecuente fue por biliperitoneo con un 5.1% (10 casos), con menor frecuencia se encontraron casos de pancreatitis 0,5%. El tratamiento utilizado en la mayoría de las complicaciones fue quirúrgico ya que fueron corregidas durante el transoperatorio.

Conclusión: De los pacientes colecistectomizados el 8,6% presentaron complicaciones por la cirugía, de los cuales la mayoría recibió tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: COLECISTECTOMIA, INTERVENCION QUIRURGICA, LAPAROSCOPIA, COMPLICACIONES PEROPERATORIAS, PATOLOGIA QUIRURGICA.

ABSTRACT

General objective: To determine the characteristics of the complications of laparoscopic cholecystectomy in patients of Homero Castanier Hospital. Period January to December 2014.

Methodology: A descriptive and retrospective study was performed, taking as unit of analysis the total of medical records of patients who underwent to laparoscopic cholecystectomy and met the inclusion criteria in Homero Castanier Hospital during the period of January to December 2014. The information was collected on previously prepared forms, the data were analyzed in SPSS 15.0 and Excel program using frequency distributions and percentages. The results were presented in tables and graphs with their respective statistical interpretation.

Results: The study population (198 cases) had an age between 14 to 86 years, the mean was 40 years; 81,3% were women and 18,7% men. Of the total cases studied, 8,6% had some type of complication, the most frequent complication was the bile peritoneum with 5,1% (10 cases), less frequently cases of pancreatitis was found (0,5%). The treatment used in most of complications was surgical because they were corrected during the surgery.

Conclusions: The cholecystectomized patients had 8,6% of complications from the surgery, which most received surgical treatment.

Keywords: CHOLECYSTECTOMY, SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE, LAPAROSCOPIC, INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS, PATHOLOGY, SURGICAL.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
DEDICATORIA	12
CAPÍTULO I	13
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
CAPÍTULO II	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	16
Colecistectomía laparoscópica.....	16
Complicaciones.....	17
Conversión.....	21
Causas	22
CAPÍTULO III	25
3. OBJETIVOS.....	25
CAPÍTULO IV.....	26
4. MATERIALES Y MÉTODO.....	26
4.1 Tipo de estudio.....	26
4.2 Área de estudio.....	26
4.3 Universo y muestra.....	26
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	26
4.5 Variables	27
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos	27
4.7 Procedimiento	27
4.8 Plan de tabulación y análisis.....	28
4.9 Aspectos éticos.....	28
CAPÍTULO V	29



5. RESULTADOS	29
CAPÍTULO VI.....	34
6. DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO VII.....	38
7.1 CONCLUSIÓN	38
7.2 RECOMENDACIONES	39
CAPÍTULO VIII.....	40
8.1 Referencias bibliográficas	40
8.2 Bibliografía general.....	42
ANEXOS	45
ANEXO 1: Operacionalización de las variables.....	45
ANEXO 2:.....	47

DERECHO DE AUTOR

Yo, Johanna Estefanía Guzmán Pacheco autora del proyecto de investigación titulado: "CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES POR COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER, PERIODO ENERO - DICIEMBRE. 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de medicina. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 19 de Julio del 2016



Johanna Estefanía Guzmán Pacheco

C.I: 0104983515



DERECHO DE AUTOR

Yo, Nataly Carolina Berrezueta Córdova, autora del proyecto de investigación titulado: “CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES POR COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER, PERIODO ENERO - DICIEMBRE. 2014”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de medicina. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 19 de Julio del 2016

Nataly Carolina Berrezueta Córdova

C.I: 0104787205

RESPONSABILIDAD

Yo, Johanna Estefanía Guzmán Pacheco autora del proyecto de investigación titulado: "CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES POR COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER, PERIODO ENERO - DICIEMBRE. 2014", certifico que el contenido y opiniones expuestas en la presente investigación, incluidos los análisis realizados, conclusiones y recomendaciones son de única y exclusiva responsabilidad de las autoras.

Cuenca, 19 de Julio del 2016



Johanna Estefanía Guzmán Pacheco

C.I: 0104983515



RESPONSABILIDAD

Yo, Nataly Carolina Berrezueta Córdova, autora del proyecto de investigación titulado: “CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES POR COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER”, certifico que el contenido y opiniones expuestas en la presente investigación, incluidos los análisis realizados, conclusiones y recomendaciones son de única y exclusiva responsabilidad de las autoras.

Cuenca, 19 de Julio del 2016

Nataly Carolina Berrezueta Córdova

C.I: 0104787205



AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a Dios, por guiarnos y bendecirnos, a nuestra familia por sus palabras de apoyo, por saber entender y animarnos en la realización de nuestro trabajo.

A nuestro director el Dr. Juan Cantos Ormaza y nuestro asesor el Dr. Ángel Tenezaca por brindarnos su tiempo y paciencia ya que con su guía, compromiso, enseñanza y apoyo se hizo posible la elaboración de éste proyecto.

De igual forma nuestro reconocimiento a las autoridades del Hospital Homero Castanier de Azogues por permitirnos y darnos las facilidades en la recolección de la información, sin presentarse ningún inconveniente.

Las Autoras



DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación conseguido con mucho esfuerzo se lo quiero dedicar a Dios, por bendecirme, darme fortaleza para superar cada dificultad presentada y la capacidad para culminarlo, sin olvidar a mis padres, quienes han sido apoyo incondicional y un gran incentivo para seguir adelante brindándome bienestar en cada momento de mi carrera y desarrollo de ésta investigación ya que sin ellos nada de esto sería posible.

Johanna Guzmán Pacheco



DEDICATORIA

A Dios, a mis padres que con sus consejos diarios y esfuerzo me enseñaron el valor de la educación, y por la confianza y el apoyo que me brindaron continuamente. A mis hermanos por el amor y la amistad que depositaron en mí. A mis amigos por la paciencia y la comprensión en las buenas y en las malas, futuros colegas con quienes he recorrido este largo camino y formado un gran lazo de amistad. Finalmente a mi compañera de tesis por su persistencia y apoyo continuo.

Carolina Berrezueta Córdova

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La extirpación de la vesícula es una de las operaciones más comunes que se realiza en los hospitales para el tratamiento de la patología biliar, desde 1882 en donde el cirujano Karl Langenbuch realizó la primera colecistectomía, marcando trascendencia en el manejo de la enfermedad biliar. Siendo la colecistectomía laparoscópica una técnica quirúrgica preferida que se realiza hoy en día, debido a sus mayores ventajas sobre la colecistectomía convencional.

Sin embargo a pesar de que es una cirugía beneficiosa puede traer complicaciones a los pacientes que se la realizan, se reporta una incidencia de un 0,05% hasta un 8%¹; pudiendo éstas ser propias de la operación, como las lesiones de vías biliares, que se presentan en un 0,2% a 1,4% de los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica, y 0,3% en las colecistectomías abiertas²; o por los factores de riesgo de cada paciente.

El presente estudio, trata sobre las complicaciones que se presentaron en los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica y las posibles causas que contribuyen al desarrollo las mismas. Las complicaciones investigadas fueron: lesión de la vía biliar, biliperitoneo, hemorragia, pancreatitis, etc. y algunas causas como: edad, sexo, diabetes, colecistitis aguda, etc.; las cuales al ser identificadas pueden ayudar a prevenir las mismas. Por lo tanto el cirujano debe conocer más a fondo, estas complicaciones para una pronta atención o un tratamiento precoz evitando el daño al paciente.

Se estudió a 198 pacientes colecistectomizados laparoscópicamente por diferentes patologías, en el Hospital Homero Castanier de Azogues, en los cuales se evidenció que la primera complicación fue el biliperitoneo durante

el transoperatorio, siendo más frecuente en adultos mayores y en pacientes con colecistitis aguda.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Ecuador la patología biliar representa la tercera causa de morbilidad femenina con una tasa de 24 por 10.000 habitantes; y en cuanto al sexo masculino se ubica en el sexto lugar con una tasa de 8 por 10.000 habitantes.³

Desde 1882 fecha en la cual fue realizada la primera colecistectomía por Langenbuch, ha traído beneficio para estos pacientes que sufren de patología biliar, sin embargo hoy en día la colecistectomía laparoscópica es la más frecuentemente realizada en Estados Unidos, debido a que la operación requiere pequeñas incisiones en el abdomen, hay un mínimo dolor posoperatorio y su estancia hospitalaria es de recuperación rápida.

Sin embargo una inadecuada exposición del área quirúrgica o la falta de experiencia del cirujano que puede llevar a producirse complicaciones después de este procedimiento, es por eso que al paciente hay que explicarle cuál sería su conducta ante esto.

Se ha demostrado que las complicaciones tanto en la cirugía laparoscópica como en la convencional arrojan los mismos resultados dependiendo de cómo la realice el cirujano.

En el Hospital Homero Castanier la colecistectomía laparoscópica es uno de los principales procedimientos quirúrgicos que se realizan dentro del área de cirugía general, y al no haber anteriores ni actuales investigaciones sobre el tema, nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de las complicaciones por colecistectomía laparoscópica en los pacientes del Hospital Homero Castanier. Periodo Enero a Diciembre. 2014?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Siendo la colecistectomía laparoscópica uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia hoy en día, y en nuestro medio; puesto que ha ido reemplazando alrededor del 90% a la colecistectomía convencional¹, en el tratamiento de las patologías de la vesícula biliar y vías biliares. Por ende, resulta importante conocer las complicaciones que se presentan durante o después del proceso quirúrgico, en los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. Además, identificar cuáles son las causas que contribuyen a desarrollar dichas complicaciones.

Al ser la colecistectomía laparoscópica la cirugía que con mayor frecuencia se realiza en el Hospital Homero Castanier, resulta relevante conocer las complicaciones y sus causas, según los resultados obtenidos se podrán tomar las medidas adecuadas para reducir o evitar éstas, ya sea mejorando el preoperatorio o postoperatorio. Tomando en cuenta todos estos puntos, se podrá lograr en los pacientes resultados exitosos de la cirugía, así como disminuyendo los días de estancia hospitalaria, y de esta manera contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Los datos obtenidos nos permitieron identificar las características de las complicaciones que se presentaron en el grupo de estudio, con lo cual se podrá contribuir al ámbito académico, brindando la información oportuna a las autoridades del Hospital Homero Castanier, quienes tomaran las medidas adecuadas para prevenir, reducir y reconocer oportunamente las complicaciones propias de ésta cirugía, para tener un manejo seguro y eficiente de cada una de ellas. Además se aspira difundir los resultados mediante los medios de comunicación existentes dentro de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, en su respectivo momento.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Las complicaciones son eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico, ante las cuales el organismo responde de forma local o sistémica pudiendo: retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida del paciente.⁴ Las cuales pueden estar influenciadas por factores de riesgo propias de cada paciente. Éstas son para el paciente un evento muy serio y para el cirujano un accidente, en la cual interviene la experiencia del cirujano, variaciones anatómicas, etc.^{5,6}

Colecistectomía laparoscópica

Langenbuch, en 1882, realizó la primera técnica de colecistectomía abierta, estableciendo que "la vesícula debe ser extirpada no sólo porque contiene cálculos, sino porque se forman dentro de ella"⁷. Dicha técnica fue exitosa, en ese momento, se difundió en Europa y América; reportándose a inicios del siglo XX una mortalidad quirúrgica de 3.6%.⁸

Años después en marzo de 1987, Mouret realizó la primera colecistectomía laparoscópica. Llegando a ser la operación más frecuente realizada en el ámbito de la cirugía general por sus mayores beneficios, y actualmente se ha convertido en el *goldstandard* para el manejo de la patología biliar.⁷

Estudios indican que la colecistectomía laparoscópica tiene más ventajas que la colecistectomía convencional ante el manejo de las patologías biliares, por presentar: menor dolor postquirúrgico, menor formación de adherencias intra-abdominales, estancia hospitalaria más corta, por lo tanto una pronta reincorporación a las actividades diarias, además resultados estéticos mejor aceptados y preferidos por los pacientes.^{1,7}

Inicialmente hubo muchas contraindicaciones para realizar colecistectomía laparoscópica; pero con el tiempo y la experiencia, actualmente la única contraindicación es la presencia de cáncer de vesícula biliar.⁹

Complicaciones

La colecistectomía laparoscópica es preferida al ser una cirugía mínimamente invasiva, para resolver problemas de la vesícula biliar o vías biliares; sin embargo, no está exenta de riesgos y complicaciones, reportándose una incidencia de 0,05% hasta 8%, lo cual puede variar en relación con la técnica quirúrgica.¹

Ante estos inconvenientes, se han realizado re-intervenciones después de la cirugía laparoscópica; y es, en la mayoría de los casos, la re-laparoscopia el método elegido para el diagnóstico y tratamiento de estas complicaciones posoperatorias, por su eficacia y seguridad.¹

El dolor abdominal persistente, con aumento de la intensidad y sin alivio a pesar de la analgesia después de una colecistectomía, se considera como el síntoma principal para sospechar de complicaciones intraabdominales; algunas veces, puede acompañarse de reacción peritoneal, contractura abdominal y signos de peritonitis; dichas manifestaciones clínicas en muchas ocasiones, están asociadas a fuga de bilis (39%) y hemoperitoneo (13%).¹ Además ante una lesión de la vía biliar la manifestación más frecuente es la ictericia.¹⁰

En un estudio realizado (1991-2010), demostró que la colecistectomía laparoscópica tiene una mortalidad global de 0,07%. Las principales causas fueron patologías médica severas. Sólo el 5% tuvieron una complicación directamente derivada de la cirugía como causa de la mortalidad, que fue la embolia pulmonar masiva después de cirugía laparoscópica.¹¹

De manera general, se ha observado que éstas complicaciones atribuibles a la colecistectomía van disminuyendo a medida que la curva de aprendizaje del cirujano aumenta.¹²

En una revisión, con respecto a la estancia hospitalaria post-colecistectomía fue de 1 día para el 73,3% de los pacientes; mientras que en el 20% fue de 2 días; y un 6.7% se mantuvieron hospitalizados más de 3 días, a causa de la conversión y otros por dolor abdominal o pobre tolerancia a la dieta.¹³

Dentro de las complicaciones más frecuentes tenemos:

- Lesión de la vía biliar
- Infección de la herida.
- Pancreatitis.
- Biliperitoneo.
- Hemorragias.
- Herniación de la herida.
- Lesión de vísceras huecas.

Lesión de la vía biliar: Este tipo de complicación se presenta tres a cuatro veces más, durante la colecistectomía laparoscópica (0,3-0,6%) que la abierta (0.1-0.3%).^{6, 14}. Atribuyéndole al 75% de sus casos, fallas técnicas que se presentan durante el procedimiento, tales como: exceso de calor con electrocauterio, corte con tijera por confusión del cístico con la vía biliar o clipaje con grapas. Llevando a repercusiones clínicas, económicas, judiciales, laborales y sociales muy importantes.¹⁴

Se la considera la principal complicación de esta cirugía, según estudios realizados, se presentó en un porcentaje de 0,15%. De estas la mayoría (59,2%) de las lesiones se diagnosticaron en el posoperatorio, entre los días 3 y 12, por la presencia de íctero-obstructivo, peritonitis biliar o colangitis.⁶

Para esta complicación, se utilizaron algunas técnicas de reparación dentro de las más empleadas fueron las derivaciones biliodigestivas: tales como:

hepaticoyeyunostomías, Hepp-Couinaud, coledocoduodenostomía y además sonda en T.⁶

En un estudio en Honduras, más del 70% de las lesiones se localizaron principalmente en el colédoco y el conducto hepático común. En el 57.1% de los casos se realizó reparación tipo derivación bilioentérica con anastomosis término lateral en Y de Roux, con resultados favorables a corto plazo. La estenosis y la colangitis continúan siendo las complicaciones más comunes en estas reparaciones.¹⁴

En Cuba (1998 al 2010), el 13% de los pacientes diagnosticados de litiasis biliar desarrollaron ésta complicación, síntomas de sospecha fueron ictericia y dolor abdominal por lo que fueron reingresados. Fueron re-intervenidos en el 8vo y 10mo día del posoperatorio, el tratamiento de elección fue re-laparoscopia y CPRE con esfinterotomía y colocación de prótesis. Ninguno de estos casos la lesión fue reconocida durante la colecistectomía.¹

En la lesión de vía biliar se reportó como consecuencia una mortalidad global de 2–5%.¹⁴

Bismuth propuso una clasificación para las estenosis benignas de la vía biliar principal postoperatorias, que se basa en el patrón anatómico de la lesión. Esta clasificación luego fue modificada por Strasberg.²¹

TIPO	DESCRIPCION	INCIDENCIA (%)
Tipo I	Estenosis baja del conducto hepático a más de 2 cm de la carina.	18-36
Tipo II	Estenosis a menos de 2 cm de la carina.	27-38
Tipo III	Estenosis a nivel de la carina.	20-33
Tipo IV	Estenosis de la confluencia. Involucra al conducto hepático derecho e izquierdo.	14-16
Tipo V	Lesión del conducto hepático común con presencia de un conducto hepático derecho aberrante.	0,7

Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582011000100002&script=sci_arttext

Según esta clasificación, en un estudio realizado, los tipos I y II son las lesiones más comunes asociadas a la colecistectomía laparoscópica. Parasu

reparación quirúrgica, se utilizaron anastomosis término-terminales de los conductos, o anastomosis al duodeno. En aquellos casos más complejos (tipos III y IV), o en los que técnicamente fue imposible una anastomosis término-terminal, se realizó hepático-yeyuno anastomosis, lo que corresponde a la mayoría de los casos.¹⁰

Pancreatitis: En una revisión en Cuba, del total de las complicaciones el 8% presentaron pancreatitis aguda. En uno de los pacientes que se re-intervino con diagnóstico presuntivo de coleperitoneo, el hallazgo quirúrgico fue una pancreatitis aguda, que fue atendida con tratamiento médico, con evolución favorable; y la otra paciente, fue re-intervenida por vía convencional en otro centro, por una pancreatitis aguda y absceso intra-abdominal, cuya evolución no fue favorable, y falleció después de varias re-intervenciones programadas.¹

Coleperitoneo o Biliperitoneo: En un estudio realizado en Cuba (2011) por Roque R y Cols, de los pacientes re-intervenidos por dolor abdominal postquirúrgico, el 39% se diagnosticó un coleperitoneo. En dos de los pacientes con fuga de bilis a cavidad, el hallazgo fue la presencia de conductos aberrantes, en un caso se identificó el conducto en el lecho vesicular y se resolvió con sutura y drenaje; y en el otro, se realizó re-laparoscopia y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que fueron normales. Se interpretó como disfunción papilar grado II y conducto aberrante identificado en el lecho vesicular, y se le realizó esfinterotomía endoscópica.¹

El 4% la causa de salida de bilis fue por deslizamiento total o parcial del clip del conducto cístico. Siendo la salida de bilis a través de este conducto, una de las causas más frecuentes de coleperitoneo.¹

Hemorragias: En un estudio, en Perú, del total que presentaron algún evento intra-operatorio inesperado (53.37%), se observó que 5.57% tuvieron hemorragia.¹² Siendo esta complicación una de las principales causas para

convertir una cirugía, debido a la dificultad de controlar una hemorragia por vía laparoscópica.¹³

Herniación de la herida: En un estudio, de los pacientes con complicaciones quirúrgicas, el 17% presentaron oclusión intestinal; siendo su causa las hernias de intestino delgado a través del puerto de la región umbilical, y en una paciente la presencia de bridas de una operación anterior.¹

Conversión

La conversión fue definida como aquellas intervenciones en que la colecistectomía fue iniciada por vía laparoscópica, pero fue convertida a cirugía abierta.²

Según Greene: “convertir no es una complicación, pero representa buen juicio quirúrgico“. Pues el cirujano debe saber cuándo y ante qué circunstancias pasar de una cirugía laparoscópica a una abierta; para asegurar un correcto procedimiento quirúrgico y evitar perjuicios prevenibles en el paciente.^{12, 15}

En un estudio realizado, las conversiones de colecistectomía laparoscópica a cirugía clásica ocurrieron por diferentes razones: dificultad con el insuflador, sangrado de la arteria cística, escape de bilis debido al desplazamiento de las grapas del conducto cístico, hemorragia incontrolable, hallazgo anatómico anómalo de un conducto accesorio que drenaba en el cístico, paciente con síndrome de Mirizzi III, pacientes con adherencias y por lesión de la vía biliar o víscera vecina durante el acto quirúrgico y no es posible corregir la falla.^{13,16}. Resumiendo las principales causas son por dificultad de la técnica, duda anatómica; y la hemorragia del lecho vesicular.¹³

En una revisión, en Perú, se encontró que los pacientes de sexo masculino tienen un RR de 3.02 de realizarse una conversión a cirugía abierta durante el procedimiento quirúrgico, en comparación al sexo femenino.¹²

Según Álvarez y Cols. (Colombia 2013), el porcentaje de conversión a cirugía abierta fue de 4,6% en la cirugía electiva y de 9,4% en la de urgencia, pudiendo llegar a un 15% en esta última.¹⁵

La conversión fue más elevada entre 1991-1995 con un 66,15%, disminuyendo en los años sucesivos, para encontrar en 6,16% del 2001-2003.¹⁷

Causas

Existen varios factores que aumentan el riesgo de complicaciones en la colecistectomía laparoscópica. Entre estos tenemos: el sexo masculino, el adulto mayor (edad superior a 65 años), la obesidad, la diabetes mellitus, y cirugía abdominal previa. Otros no menos importantes, son: la historia prolongada de enfermedad vesicular, la leucocitosis y los signos sistémicos de sepsis; además, hallazgos ecográficos de pared vesicular engrosada, líquido peri vesicular, vesícula calcificada o con escleroatrofia, cálculos grandes o compactados en la bolsa de Hartmann y dilatación de la vía biliar.¹⁵

Sexo: Sobre todo masculino, debido a que en este grupo la enfermedad biliar litiásica y sus grados más avanzados son frecuentes y graves, incrementándose en estos las dificultades técnicas intra-operatorias, los porcentajes de conversión a cirugía abierta y la morbi-mortalidad.¹⁷

Se presenta una mortalidad dos veces más alta en los varones, que en mujeres; que no puede explicarse sino por la presencia de enfermedades asociadas (cardiovasculares, pulmonares, renales). Otro factor que se le atribuye al sexo masculino, es la búsqueda tardía de la asistencia médica,

hasta que la enfermedad se encuentra bien avanzada; por lo tanto un manejo más agresivo de la enfermedad biliar.¹⁷

Por otro lado, estudios han demostrado que el sexo masculino si es un factor de riesgo independiente para conversión a cirugía abierta (tiene aproximadamente 3 veces más riesgo), complicaciones y tiempo operatorio prolongado.¹²

Edad: Es una de las variables predictoras más importante para que se presenten complicaciones luego de la realización de la colecistectomía; especialmente en los pacientes geriátricos por la presencia, de enfermedades avanzadas en el tracto biliar; que determinan mayor morbi-mortalidad. Razón por la cual, muchas de las veces puede llevar a la conversión de una cirugía laparoscópica a convencional.^{9, 17}

Los adultos mayores (edad superior a 65 años) tienen mayor riesgo, mientras más edad existe aumenta la morbi-mortalidad de la cirugía del tracto biliar.^{9, 17}

Estado nutricional: En la literatura se encontró diversos factores que incrementan el riesgo de conversión, entre ellos está el peso del paciente, siendo más susceptibles los que presentan un peso mayor a 90 Kg.¹²

Diabetes: En la diabetes por la hiperglucemia que presentan los pacientes, ya sea por descontrol de su enfermedad o por respuesta al estrés quirúrgico; se ha relacionado con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad relacionadas al desarrollo de complicaciones infecciosas y cardiovasculares en el período postoperatorio. Se ha demostrado que el adecuado control glicémico preoperatorio contribuye a disminuir el riesgo de desarrollar dichas complicaciones.¹⁸

Colecistitis aguda: En un estudio realizado en Perú se demostró, que el diagnóstico de colecistitis aguda conlleva mayor riesgo de complicaciones, conversiones y un tiempo operatorio mayor.¹²

De igual manera, al realizar el análisis multivariado del diagnóstico postoperatorio en relación a eventos intra-operatorios, se evidencia que los pacientes con colecistitis aguda tienen un RR de 1.3 [1.13 - 1.5] ($p < 0.001$) de presentar algún evento intra-operatorio inesperado.¹²

Las lesiones iatrogenas de la vía biliar son 3 veces más frecuentes en las colecistitis aguda, con una incidencia entre el 0,77-5,0%.¹⁹

Cirugía abdominal previa: Ante una cirugía abdominal previa, existe mayor dificultad técnica en el procedimiento quirúrgico, ya que los tejidos se encontraban más inflamados en estos pacientes.¹⁰

Otro factor que se le atribuye es la formación de adherencias; las cuales intervienen con la colocación del trocar, alto riesgo de lesión intestinal, disminuye la visión de la cavidad abdominal y mayor tiempo quirúrgico. Por lo tanto, algunos investigadores han recomendado realizar estudios ecográficos pre-quirúrgicos para detectar adherencias y ayudar a determinar un sitio seguro para la inserción del trocar. Una vez ya en la cavidad abdominal, realizar la lisis suficiente de las adherencias que permita continuar con la cirugía.²⁰

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 General

Determinar las características de las complicaciones por colecistectomía laparoscópica en los pacientes del Hospital Homero Castanier. 2014.

3.2 Específicos

- Determinar la frecuencia de pacientes con complicaciones por colecistectomía laparoscópica.
- Establecer las características demográficas del grupo de estudio según edad y sexo de los pacientes.
- Identificar los tipos de complicaciones por colecistectomía laparoscópica entre los cuales tenemos infección de herida, pancreatitis, hematomas, seroma, dehiscencia, absceso, lesión de la vía biliar, biliperitoneo, hemorragia, lesión de vísceras huecas.
- Establecer las causas que conllevan a las complicaciones entre las cuales tenemos edad, sexo, índice de masa corporal, diabetes, colecistitis aguda, cirugía previa.
- Establecer la estadía hospitalaria postquirúrgica del grupo de estudio.
- Determinar que tratamiento que se realizó para dichas complicaciones.

CAPÍTULO IV

4. MATERIALES Y MÉTODO

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo – retrospectivo para investigar las características de las complicaciones por colecistectomía laparoscópica en los pacientes del Hospital Homero Castanier.

4.2 Área de estudio

El estudio se realizó en los departamentos de estadística, en el Hospital Homero Castanier, ubicado en el cantón Azogues perteneciente a la provincia del Cañar.

4.3 Universo y muestra

La población de estudio estuvo conformada por 198 historias clínicas de pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica en el Hospital Homero Castanier en el periodo enero a diciembre de 2014.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas completas de pacientes que ingresaron a quirófano por colecistectomía laparoscópica previamente diagnosticada.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas de los pacientes.
- Historias clínicas de pacientes que se realizaron colecistectomía convencional.
- Historias clínicas de pacientes con laparoscopia exploratoria.

4.5 Variables

- Edad
- Sexo
- Estadía hospitalaria
- Colectomía laparoscópica
- Tipo de complicación
- Complicaciones quirúrgicas
- Causas
- Tratamiento

4.5.1 Operacionalización de las variables. (Anexo 1).

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Se revisaron las 198 historias clínicas de pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Homero Castanier, enero-diciembre 2014, se procedió a recolectar los datos de las variables ya establecidas: presencia de complicaciones, características demográficas, tipo de complicación, las causas que conllevaron a presentar complicaciones, estadía hospitalaria post quirúrgica y el tratamiento que se utilizó para solucionar las mismas. Finalmente los datos se registraron en un formulario previamente diseñado para este propósito. (Anexo 2).

4.7 Procedimiento

Para el desarrollo de la presente investigación en primer lugar se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema, luego se solicitó la autorización del director del Hospital Homero Castanier para el acceso a la información estadística de las historias clínicas de pacientes colecistectomizados. En el transcurso de la elaboración y desarrollo de la investigación estuvo supervisada por el director Dr. Juan Cantos Ormaza y el asesor Dr. Ángel Tenezaca. Finalmente se emitió un documento detallado con la discusión, conclusiones y resultados obtenidos en el presente estudio.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Se utilizó el programa de Excel para la elaboración de la base de datos, luego se procedió al análisis de los mismos en el programa SPSS 15.0, utilizando las medidas estadísticas descriptivas correspondientes (Frecuencia, porcentaje, medidas de tendencia central, DS, IC 95%). Los resultados se presentaron en cuadros y gráficos dependiendo de la naturaleza de cada variable descrita, los mismos que sirvieron para el análisis e interpretación de los datos.

4.9 Aspectos éticos

Los datos recogidos en el formulario fueron de absoluta confidencialidad, sin revelar la identidad del paciente. Y los resultados han sido utilizados para fines investigativos y no se usara para ningún otro propósito o fin.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Gráfico N°1.

Distribución del grupo de estudio según la frecuencia de las complicaciones por colecistectomía laparoscópica, Hospital Homero Castanier- Azogues, 2014.



Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por las autoras.

El gráfico demuestra que de los 198 pacientes colecistectomizados laparoscópicamente, el 91,4% (181 casos) no presentaron complicaciones, mientras que en su minoría el 8,6% (17 casos) si presentaron algún tipo de complicación, mismas que sucedieron durante el transquirúrgico o postquirúrgico.

Tabla N°1.

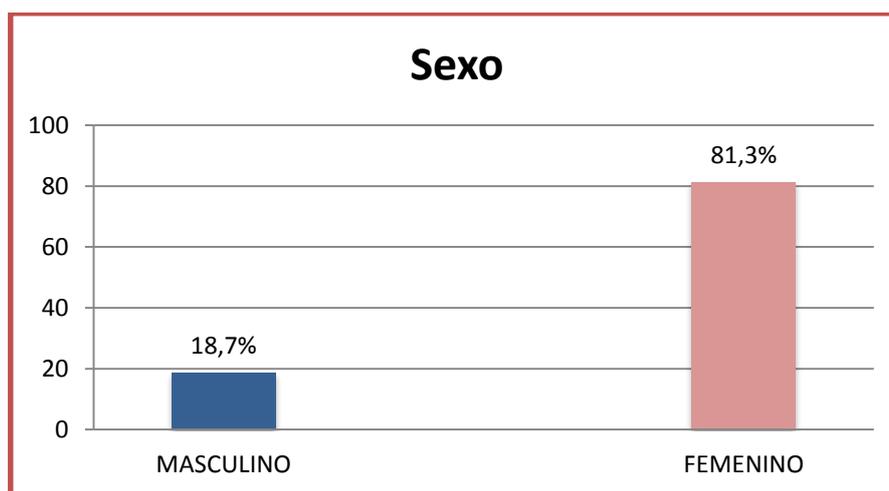
**Distribución del grupo de estudio según grupo etario, Hospital Homero
Castanier–Azogues, 2014.**

Grupo etario (años)	Frecuencia	%
< 20	11	5,6
21 - 30	57	28,8
31 - 40	46	23,2
41 - 50	25	12,6
51 - 60	33	16,7
61 - 70	18	9,1
> 71	8	4,0
Total	198	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por las autoras.

De 198 pacientes estudiados, se encontró un rango de edad de 14 a 86 años, siendo el grupo etario más frecuente de 21 a 30 años representados por el 28,8%; seguidos por el grupo etario de 31 a 40 años con el 23,3%; y 16,7% del grupo de 51 a 60 años; con una media de edad del grupo de estudio de 40,1 años con una DS de 15,62 y un IC 95%.

Gráfico N°2.

**Distribución del grupo de estudio según el sexo, Hospital Homero
Castanier-Azogues, 2014.**

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por las autoras.

En cuanto al sexo el gráfico N°3 revela que en el sexo femenino es más frecuente la colecistectomía con un 81,3%; mientras que el sexo masculino representa tan solo un 18,7%.

Tabla N°2.

Distribución del grupo de estudio según el tipo de complicación, Hospital Homero Castanier-Azogues, 2014.

Tipo de complicación	Frecuencia	%
Infección de herida	2	1,0
Pancreatitis	1	0,5
Hematoma	0	0,0
Seroma	0	0,0
Dehiscencia	0	0,0
Absceso	0	0,0
Lesión de vía biliar	0	0,0
Biliperitoneo	10	5,1
Hemorragia	4	2,0
Lesión víscera hueca	0	0,0
Ninguna	181	91,4
Total	198	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.

Elaborado por las autoras.

De los pacientes que presentaron complicaciones 17 casos (8,6%), la complicación de mayor frecuencia fue el coleperitoneo o biliperitoneo 10 casos que representan el 5,1%; seguido de hemorragia 4 casos que representa el 2% (3 casos presentaron sangrado del lecho hepático y 1 caso por lesión de la arteria cística); 2 casos de infección de la herida que representa el 1%; mientras que el de menor frecuencia fue la pancreatitis se encontró 1 caso que equivale al 0,5%.

Tabla N°3.

Distribución del grupo de estudio según las causas que conllevan a las complicaciones, Hospital Homero Castanier. Cuenca 2014.

Causas	Frecuencia	%
Diabetes		
Si	10	5,1
No	188	94,9
Índice de masa corporal		
Bajo peso	2	1,0
Peso adecuado	92	46,5
Sobrepeso	76	38,4
Obesidad	27	13,6
Extremadamente obeso	1	0,5
Colecistitis aguda		
Si	39	19,7
No	159	80,3
Cirugía previa		
Si	65	32,8
No	133	67,2
Total	198	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por las autoras.

Los 198 pacientes colecistectomizados, tenían diabetes el 5,1% (10). La mayoría tuvo en peso adecuado con el 46,5% seguido de los pacientes que se encuentran en el grupo de sobrepeso con 38,4%, mientras que en los pacientes extremadamente obesos el porcentaje fue de 0,5% representando la minoría. El 19,7% (39) presentaron previo a la cirugía diagnóstico de colecistitis aguda. Además La cirugía previa no influyó en las complicaciones postquirúrgicas en 133 pacientes (67,2%), mientras que en 65 pacientes (32,8%) si influyó.

Tabla N°4.

Distribución de 198 pacientes colecistectomizados según la presencia de complicaciones y días de estancia hospitalaria post cirugía, Hospital Homero Castanier -Azogues, 2014.

DIAS DE HOSPITALIZACION	COMPLICACIONES EN LAPAROSCOPIA			
	SI HUBO		NO HUBO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
2	8	41,1	119	65,7
3	5	29,4	35	19,3
>4	4	23,5	27	14,9
TOTAL	17	100,0	181	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por las autoras.

Los días de estadía hospitalaria post cirugía para los pacientes que presentaron complicaciones el 41,1% fue de 2 días; seguido de 3 días representado por el 29,4%; mientras que la menos frecuente fue de 4 o más días con el 23,5 %. Y para los pacientes que no presentaron ninguna complicación la mayoría el 65,7% permanecieron 2 días hospitalizados.

Tabla N°5.

Distribución de 198 pacientes colecistectomizados según el tratamiento de las complicaciones, Hospital Homero Castanier. Cuenca 2014

Tratamiento	Frecuencia	%
Clínico	4	2,0
Quirúrgico	13	6,6
Ninguno	181	91,4
Total	198	100.0

Fuente: formulario de recolección de datos.
Elaborado por las autoras.

De 198 pacientes colecistectomizados, se encontró que la gran mayoría de pacientes no tuvieron ningún tratamiento (91,4%) los cuales representan el grupo de pacientes sin complicaciones; mientras que del grupo de pacientes que si presentaron complicaciones (17 casos) el 6,6% (13 casos) recibieron tratamiento quirúrgico; y el 2% (4 casos) recibieron tratamiento clínico, siendo éste el menos frecuente.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que del total de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica (198 pacientes) el 8,6% presentaron algún tipo de complicación, teniendo valores similares al estudio realizado en Habana Cuba en el año 2011 por Roque R y Cols.¹ en el que reportan una incidencia del 0,05 hasta 8% de complicaciones. Mientras que en el estudio de Zúñiga J y Cols¹⁶ realizado en el Hospital San Juan de Dios en Costa Rica en el año 2002 las complicaciones representaron 2,94% de 476 pacientes en contraste con nuestros resultados.

La colecistectomía laparoscópica se realizó con mayor frecuencia en mujeres con un 81,3%, mientras que los hombres representaron el 18,7%, con datos similares al estudio realizado en México en el año 2012 por García J y Cols⁷ en el que se aprecia el predominio del sexo femenino con el 67,3% de pacientes, mientras que el masculino sólo el 32,7%. Pudiendo esto estar dado ya que los procesos de colecistitis o colelitiasis son más frecuentes en mujeres con una relación de 2:1 según la literatura, relacionado principalmente con factores hormonales.²¹ La edad estuvo comprendida entre 14 a 86 años con un promedio de 40 años, siendo grupo etario más frecuente de 21 a 30 años con el 28,8%; seguidos por el grupo etario de 31 a 40 años con el 23,3%; y 16,7% del grupo de 51 a 60 años. Tratándose de una población adulta joven, que con mayor frecuencia se somete a este tipo de procedimiento que se relaciona con la epidemiología de la vesícula biliar.

Para Roque R y Cols¹ en su estudio realizado en la Habana Cuba en el año 2011 evidenciaron que el coleperitoneo fue la complicación más frecuente con el 39%, seguido de lesión de la vía biliar con un 13%. De estos pacientes que presentaron coleperitoneo fueron dados de alta luego de la cirugía, pero volvieron por dolor abdominal e ictericia teniendo que ser re intervenidos de los cuales el 17% fue por deslizamiento del clip del cístico. Al comparar con el presente estudio en el que se evidenció que el primer tipo de complicación fue el biliperitoneo representando el 58,82% del 8,6% de las complicaciones,



seguido de 4 casos de hemorragia que representa el 25,52%, dentro de estas 3 fueron por sangrado del lecho hepático y 1 por lesión de la arteria cística posterior en esta paciente se encontró que dentro de las dos primeras horas post- cirugía el dren eliminó 70ml, por lo que se decidió re-intervenir encontrando lesión de la misma; 2 casos (11,76%) presentaron infección de la herida; y con menor frecuencia fue la pancreatitis con 1 caso (5,88%). Se puede explicar que el biliperitoneo se presentó por perforaciones de la vesícula biliar al ser difícil la resección de la misma del lecho hepático; sin embargo estas complicaciones fueron resueltas durante el transoperatorio, de esta manera disminuyendo el riesgo de morbimortalidad. Además la presencia o no de complicaciones puede estar determinada por el tipo de técnica utilizada según la experiencia del cirujano y el grado de dificultad de la cirugía.

En la investigación Bebko y Cols.¹² realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) de Perú en el año 2011, de los pacientes operados por colecistectomía laparoscópica el 53,37% tuvieron complicaciones durante la cirugía observándose que la primera causa 29,8% fue por disección compleja; el 15,05% presentaron eventos biliares (148 pacientes con perforación vesicular, 7 con lesión del conducto cístico), el 5,57% tuvieron hemorragia y el 2,93% lesión hepática. Al comparar con el presente estudio en el cual la primera causa fue el biliperitoneo, pudiendo ser una de las causas la disección difícil; la segunda causa al encontrada fue la hemorragia; y sin ningún caso de lesión de la vía biliar, ni lesión del conducto cístico, ni lesión de visceral.

Dentro de las causas establecidas para la generación de complicaciones en el estudio realizado en Caracas Venezuela en el año 2004 por Olavarrieta L¹⁷ el sexo masculino presentó mayor dificultad durante el transoperatorio aumentando la morbi- mortalidad en un 72,31%. En el trabajo de Benko y Cols¹² realizado en Perú en el año 2011 mostró que el sexo masculino tuvo un riesgo relativo ajustado de 1,22, siendo un factor de riesgo independiente de padecer uno o más de los eventos intra-operatorios inesperados. Este resultado difiere de la presente investigación en la que se evidenció que las complicaciones en el sexo femenino fueron más frecuentes con 64,7% y en el sexo masculino el 35,3%. En correlación con el estudio realizado en Habana

Cuba en el año 2011 por Roque R y Cols.¹, en donde de los pacientes re-intervenidos (23 casos) por complicaciones de la colecistectomía laparoscópica el 74% pertenecían al sexo femenino y 26% al sexo masculino.

La edad promedio de los pacientes que presentaron complicaciones fue de 40 años, estuvo comprendida entre los 14 y 86 años, siendo el grupo etario más frecuente de 21 a 30 años, coincidiendo con varias publicaciones. En el estudio de Roque R, et al.¹, la edad media de los pacientes que presentaron complicaciones fue de 49 años, valor similar al presente estudio, pudiendo indagar que a mayor edad, mayor es el riesgo de presentar complicaciones. Con respecto al estado nutricional, la mayoría el 46,5% tuvo un peso adecuado, seguido de sobrepeso por el 38,4 %. Otro factor que se analizó fue la Diabetes Mellitus con el 5,1%, y su porcentaje tan bajo se explicaría, por el hecho de que la población en la que más se presenta la patología vesicular es en adulto joven, y la Diabetes Mellitus se da más en los pacientes adultos mayores¹³. En el estudio que se realizó en Venezuela por Goddard² (2006-2009), se reportó que uno de los principales factores de riesgo para la lesión de la vía biliar fue la obesidad, además de otras como la experiencia del médico, y comorbilidades del paciente.

Se compara con el trabajo de Goddard y Cols² realizado en el hospital de Venezuela (2006 – 2009) reporto que sexo femenino fue el más afectado por complicaciones biliares postquirúrgicas y la edad promedio fue de 42,46 años. Obteniendo similares resultados al presente estudio.

En el estudio citado, el promedio de días de hospitalización post cirugía laparoscópica fue de 2 días que corresponde al 64,1%, mientras que en los pacientes que presentaron algún tipo de complicación sus días de estancia hospitalaria se postergaron llegando incluso hasta los 10 días, siendo el caso del paciente que presentó hemorragia. García J. y Cols⁷ en su estudio de colecistectomía laparoscópica versus la convencional en 112 pacientes realizado en México (2011), de los pacientes que fueron intervenidos laparoscópicamente, encontró que el 52% necesitaron 2 días de hospitalización, y el 48% de 3 a 5 días. Llegando a la conclusión que mientras



se presenten complicaciones los días de estancia hospitalaria se postergaran, representando mayores gastos hospitalarios.

En el presente análisis para resolver las complicaciones de los pacientes con complicaciones representados por el 76,5% fue quirúrgico durante el transoperatorio, mientras que el 23,5% tuvieron resolución clínica. Roque R y Cols¹ en su estudio realizado en Cuba (2011) en los pacientes que presentaron complicaciones el tratamiento más utilizado (70%) fue la re laparoscopia y menos de la mitad (30%) requirieron cirugía abierta. Lo que permitió realizar un lavado abdominal en los casos de coleperitoneo, y colocar clip nuevamente en los casos de los casos de deslizamiento de clip del conducto cístico. Probablemente debido a que la laparoscopia es un método seguro, eficaz y tiene menor morbi-mortalidad.

CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIÓN

Se identificaron un total de 198 pacientes colecistectomizados, de ellos se pudo evidenciar que el 8,6% presentaron complicaciones.

El rango de edad más frecuente fue de 21 a 30 años (28,8%), con una media de 40 años. El sexo femenino es más frecuente (81,3%), comparada con el sexo masculino es de 18,7%. La complicación más frecuente fue el biliperitoneo, seguido de hemorragia e infección de la herida.

El 5,9% tenían diabetes. Además la mayoría tuvo en peso adecuado con el 46,5%, mientras que en los pacientes extremadamente obesos el porcentaje fue de 0,5% representando la minoría.

El 19,7% presentó diagnóstico de ingreso de colecistitis aguda. Encontramos también que los pacientes que presentaron cirugía previa tuvo un considerable porcentaje representados por 32,8%; pudiendo influir en las complicaciones postquirúrgicas.

Respecto a la estadía hospitalaria, se concluye que mientras se presenten las complicaciones los días de estancia hospitalaria se postergaran, lo que representa mayores gastos hospitalarios y riesgo de que los pacientes adquieran enfermedades nosocomiales.

Las complicaciones fueron controladas con tratamiento el quirúrgico, puesto que fueron resueltas durante el transoperatorio; y el clínico el menos frecuente.

7.2 RECOMENDACIONES

Realizar nuevas investigaciones a partir de nuestro estudio en hospitales más grandes y especializados, ya que la patología de vía biliar es muy frecuente y serviría comparar con los resultados obtenidos en este proyecto con más estudios de nuestro medio, enfocándose en nuevos tratamientos de las complicaciones específicas y también sería importante recalcar la manera de cómo prevenir las mismas mediante una buena anamnesis del paciente y de sus comorbilidades, llevándonos actuar de forma temprana evitando la aparición de las complicaciones.

Incentivar nuevas medidas preventivas y estar preparados en cada uno de los servicios de salud para las posibles complicaciones al realizar este procedimiento quirúrgico, que dentro de nuestro estudio se evidenció que el biliperitoneo es el más frecuente.

Promover al personal de salud, realizar siempre un seguimiento a aquellos pacientes que sufrieron complicaciones postquirúrgicas y requirieron tratamiento observando su evolución de manera que sirva para nuevos estudios comparativos.

Sería útil realizar un estudio del manejo que se realiza en cada unidad de salud para hacer que el tiempo de estadía hospitalaria sea menos en unas y mayor en otras, dependiendo de la complicación que hubiere.

Intensificar las campañas de salud preventiva y mejorar los estilos de vida para modificar las causas de riesgo como diabetes o sobrepeso y de ésta forma evitar las posibles complicaciones descritas anteriormente, brindando al paciente una pronta recuperación postquirúrgica.

CAPÍTULO VIII

8.1 Referencias bibliográficas

¹Roque R, Martínez A, Torres R, et al. Reintervenciones por complicaciones después de realizada colecistectomía laparoscópica, Vol.50, No.3, Habana-Cuba, julio-septiembre [Internet] 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000300007&lang=pt

²Goddard M, Zuramay C, Calzadilla I. Prevalencia de complicaciones biliares en colecistectomías realizadas en el Hospital Miguel Pérez Carreño en el período 2006-2009. Vol.64, No.2, Caracas-Venezuela, junio [Internet] 2010. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032010000200009

³ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Principales causas demorbilidad según sexo. Ecuador. 2007. Quito, Ecuador: INEC, 2009

⁴ SEMAR, Prevención y manejo de las complicaciones postoperatorias en cirugía cardíaca en el adulto mayor [Internet] México. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_591_1_3_COMPLICACIONESCIRUGIANOCARDIACA/591GRR.pdf

⁵ Claros N, Laguna R, Pinilla R. Estrategias intraoperatorias para evitar la lesión de vía biliar durante la realización de una colecistectomía laparoscópica. Rev. Méd. La Paz, Vol.17, No.1, La Paz – Bolivia [Internet] 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582011000100002&script=sci_arttext

⁶ Zamora O, Reguero J, Sánchez A, et al. Lesiones de la vía biliar en colecistectomías laparoscópicas. Rev Cubana, Vol.52, No.1, Habana-Cuba, enero-marzo [Internet] 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000100005&lang=pt

⁷ García J, Ramírez A, F. Colecistectomía de urgencia laparoscópica versus abierta. Vol.34, No.3, México, julio-septiembre [Internet] 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000300004&lang=pt

⁸ Salazar C. Colecistectomía laparoscópica. Vol.44, No.3, Costa Rica-San José, Septiembre [Internet] 2002. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022002000300001&lang=pt



- ⁹ Csendes A, Yarmuch J, Díaz J, et al. Causas de mortalidad por colecistectomía tradicional y laparoscópica 1991-2010. Vol.64, No.6, Chile, diciembre [Internet] 2012, pág. 555-559. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000600009&lang=pt
- ¹⁰ Zúñiga A, Ayi J. Análisis retrospectivo de las lesiones de vías biliares postcolecistectomía, manejadas en el hospital San Juan de Dios, durante el periodo 2000-2008. (Total de 23 casos). Revista médica de Costa Rica y Centroamérica, Costa Rica [Internet] 2011. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/597/art15.pdf>
- ¹¹ Csendes A, Yarmuch J, Díaz J, et al. Causas de mortalidad por colecistectomía tradicional y laparoscópica 1991-2010. [Internet].Vol.64, No.6, Chile, diciembre 2012, pág. 555-559. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000600009&lang=pt
- ¹² Bebko S, Arrarte E, Larrabure L, et al. Eventos Intraoperatorios Inesperados y Conversión en Pacientes Colecistectomizados por Vía Laparoscópica: Sexo Masculino como Factor de Riesgo Independiente. Perú [Internet] 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v31n4/a06v31n4>
- ¹³ Díaz E, Medina J, Anguiano J, et al. Factores de riesgo para conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta. Vol. 32, No. 1, México [Internet] 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg101f.pdf>
- ¹⁴ Fernández E, Lesiones de la via biliar durante colecistectomía en el instituto hondureño de seguridad social de tegucigalpa, Honduras, septiembre [Internet] 2010. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2010/pdf/Vol78-3-2010-4.pdf>
- ¹⁵ Álvarez L, Rivera D, Esmeral M, et al. Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. Revista Colombiana, Cali- Colombia, 14 de junio [Internet] 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v28n3/v28n3a2.pdf>
- ¹⁶ Zúñiga J, Vargas J. Colecistectomía abierta versus laparoscópica: experiencia en el Hospital San Juan de Dios. Vol.44, No.3, Costa Rica-San José, Septiembre [Internet] 2002. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022002000300004&lang=pt
- ¹⁷ Olavarrieta L. Dificultades de la colecistectomía laparoscópica en el hombre, Vol.27, No.2, Caracas- Venezuela, junio [Internet] 2004. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692004000200014&lang=pt

¹⁸ Nazar C, Herrera C, González A. Manejo preoperatorio de pacientes con Diabetes Mellitus. Rev Chil, Vol.65, No.4, Santiago- Chile, agosto [Internet] 2013. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262013000400013

¹⁹ Ruiz F, Ramia J, Parren J, et al. Lesiones iatrogenas de la vía biliar. España, 31 de mayo [Internet] 2010. Disponible en:

http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2010/Octubre1_2010.pdf

²⁰ Firman G, Cirugía Laparoscópica En Pacientes Con Cirugía Abdominal Previa. 21 de septiembre [Internet] 2002. Disponible en:

<http://www.intermedicina.com/Avances/Cirugia/ACI30.PDF>

²¹ Montalvo E, Hernández B, Ortiz V. Prevalencia de la lesión de la vía biliar. Vol. 32, No. 3, Julio-Septiembre [Internet] 2010. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg103g.pdf>

8.2 Bibliografía general

¹ Álvarez L, Rivera D, Esmeral M, et al. Colectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. Revista Colombiana, Cali- Colombia, 14 de junio [Internet] 2013. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v28n3/v28n3a2.pdf>

²Bebko S, Arrarte E, Larrabure L, et al. Eventos Intraoperatorios Inesperados y Conversión en Pacientes Colectomizados por Vía Laparoscópica: Sexo Masculino como Factor de Riesgo Independiente. Perú [Internet] 2011. Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v31n4/a06v31n4>

³Claros N, Laguna R, Pinilla R. Estrategias intraoperatorias para evitar la lesión de vía biliar durante la realización de una colectomía laparoscópica. Rev. Méd. La Paz, Vol.17, No.1, La Paz – Bolivia [Internet] 2011. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582011000100002&script=sci_arttext

⁴Csendes A, Yarmuch J, Díaz J, et al. Causas de mortalidad por colectomía tradicional y laparoscópica 1991-2010. [Internet].Vol.64, No.6, Chile, diciembre 2012, pág. 555-559. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000600009&lang=pt

⁵ Díaz E, Medina J, Anguiano J, et al. Factores de riesgo para conversión de colectomía laparoscópica a colectomía abierta. Vol. 32, No. 1, México [Internet] 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg101f.pdf>



⁶Fernández E, Lesiones de la vía biliar durante colecistectomía en el instituto hondureño de seguridad social de Tegucigalpa, Honduras, septiembre [Internet] 2010. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2010/pdf/Vol78-3-2010-4.pdf>

⁷Firman G, Cirugía Laparoscópica En Pacientes Con Cirugía Abdominal Previa. 21 de septiembre [Internet] 2002. Disponible en: <http://www.intermedicina.com/Avances/Cirugia/ACI30.PDF>

⁸García J, Ramírez A, F. Colecistectomía de urgencia laparoscópica versus abierta. Vol.34, No.3, México, julio-septiembre [Internet] 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992012000300004&lang=pt

⁹Goddard M, Zuramay C, Calzadilla I. Prevalencia de complicaciones biliares en colecistectomías realizadas en el Hospital Miguel Pérez Carreño en el período 2006-2009. Vol.64, No.2, Caracas-Venezuela, junio [Internet] 2010. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032010000200009

¹⁰Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Principales causas demorbilidad según sexo. Ecuador. [Internet] 2007. Quito, Ecuador: INEC, 2009

¹¹Montalvo E, Hernández B, Ortiz V. Prevalencia de la lesión de la vía biliar. Vol. 32, No. 3, Julio-Septiembre [Internet] 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2010/cg103g.pdf>

¹²Nazar C, Herrera C, González A. Manejo preoperatorio de pacientes con Diabetes Mellitus. Rev Chil, Vol.65, No.4, Santiago- Chile, agosto [Internet] 2013. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262013000400013

¹³Olavarrieta L. Dificultades de la colecistectomía laparoscópica en el hombre, Vol.27, No.2, Caracas- Venezuela, junio [Internet] 2004. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692004000200014&lang=pt

¹⁴Roque R, Martínez A, Torres R, et al. Reintervenciones por complicaciones después de realizada colecistectomía laparoscópica, Vol.50, No.3, Habana-Cuba, julio-septiembre [Internet] 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000300007&lang=pt

¹⁵Ruiz F, Ramia J, Parren J, et al. Lesiones iatrogenas de la vía biliar. España, 31 de mayo [Internet] 2010. Disponible en: http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2010/Octubre1_2010.pdf

¹⁶Salazar C. Colectomía laparoscópica. Vol.44, No.3, Costa Rica-San José, Septiembre [Internet] 2002. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022002000300001&lang=pt

¹⁷SEMAR, Prevención y manejo de las complicaciones postoperatorias en cirugía cardíaca en el adulto mayor [Internet] México. Disponible en:http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_591_13_COMPLICACIONESCIRUGIANOCARDIACA/591GRR.pdf

¹⁸Zamora O, Reguero J, Sánchez A, et al. Lesiones de la vía biliar en colectomías laparoscópicas. Rev Cubana, Vol.52, No.1, Habana-Cuba, enero-marzo [Internet] 2013. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932013000100005&lang=pt

¹⁹ Zúñiga A, Ayi J. Análisis retrospectivo de las lesiones de vías biliares postcolectomía, manejadas en el hospital San Juan de Dios, durante el periodo 2000-2008. (Total de 23 casos). Revista médica de Costa Rica y Centroamérica, Costa Rica [Internet] 2011. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/597/art15.pdf>

²⁰Zúñiga J, Vargas J. Colectomía abierta versus laparoscópica: experiencia en el Hospital San Juan de Dios. Vol.44, No.3, Costa Rica-San José, Septiembre [Internet] 2002. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022002000300004&lang=pt

ANEXOS

ANEXO 1: Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo en años	Años cumplidos	Numérica <20 21– 30 31 – 40 41 - 50 51 – 60 61 -70
Sexo	Características fenotípicas que diferencia al varón de la mujer.	Fenotipo	Masculino Femenino	M F
Estadía Hospitalaria	Número de días que permanece el paciente después de la intervención quirúrgica hasta el alta.	Tiempo en días	Número de días	Numérica 1 2 3 >4
Colecistectomía Laparoscópica	Es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar, mediante la introducción del trocar a través de una incisión abdominal.		Colecistectomía Laparoscópica	Si No
Tipo de complicación	Clase de dificultad imprevista que agrava el curso del procedimiento	Infección de la herida Pancreatitis Hematomas Seroma Dehiscencia Absceso Lesión de la vía biliar	Aparición de sintomatología asociada a complicaciones durante el periodo postoperatorio	Si No Si No Si No Si No Si No Grado I Grado II



		<p>Biliperitoneo</p> <p>Hemorragia</p> <p>Lesión de vísceras huecas</p>		<p>Grado III Grado IV Grado V</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
Complicaciones quirúrgicas	Eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico, que puede poner una función o la vida del paciente en riesgo.		Complicaciones quirúrgicas	Si No
Causas	Instancia a partir de la cual se desarrollan eventos o situaciones específicas que son una consecuencia necesaria de aquella	<p>Sexo</p> <p>Edad</p> <p>Estado Nutricional</p> <p>Diabetes mellitus</p> <p>Colecistitis aguda</p> <p>Cirugía abdominal previa</p>	<p>Antecedente de riesgo</p>	<p>F M</p> <p>Numérica</p> <p>Bajo peso Peso adecuado Sobrepeso Obesidad Extremadamente Obeso</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p>
Tratamiento	Procedimiento medico destinado para mejorar el estado de salud del paciente.	Criterio del médico	Según el tipo de complicación	Clínico Quirúrgico



ANEXO 2:

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE MEDICINA**

**“CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES POR COLECISTECTOMÍA
LAPAROSCÓPICA EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER,
PERIODO ENERO- DICIEMBRE. 2014”**

*FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE
PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL HOMERO
CASTANIER, AZOGUES. 2014*

Formulario N° ___

1. Historia clínica:
2. Edad:
3. Sexo : F M
4. Días de hospitalización:
5. Colecistectomía Laparoscópica: SI NO
6. Complicación quirúrgica: SI NO
7. Tipo de Complicación:

Infección de la herida	
Pancreatitis	
Hematoma	
Seroma	
Dehiscencia	
Absceso	
Lesión de vía biliar	I II III IV V
Biliperitoneo	
Hemorragia	
Lesión de víscera hueca	
Otras	
Ninguna	



Causas:

8. Diabetes mellitus: SI NO

Peso:

Talla:

9. IMC:

Bajo peso	< 18.5	
Peso adecuado	18.5 - 24.9	
Sobrepeso	25 - 29.9	
Obesidad	30 - 39.9	
Extremadamente Obeso	>= 40	

10. Colecistitis aguda: SI NO

11. Cirugía abdominal previa: SI NO

12. Tratamiento:

Quirúrgico	
Clínico	
Ninguno	