

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA



**“COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA
DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR MAYOR
ALBERTO ALVARADO COBOS, CUENCA, 2015”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORES:

FELIPE ISMAEL ULLOA GÓMEZ

HENRY DAVID VEGA CUADRADO

DIRECTORA:

Dra. LORENA ESPERANZA ENCALADA TORRES

Cuenca – Ecuador

2016



RESUMEN

Introducción. La colecistectomía, la razón más común para llevar a cabo este procedimiento, es la presencia de patología a este nivel. En la actualidad la cirugía laparoscópica es el tratamiento de elección.

Objetivo: Identificar los factores socio-demográficos y clínicos en la colecistectomía laparoscópica: en sus 20 años de experiencia en el Hospital Militar de la ciudad de Cuenca, desde enero de 1996 hasta julio del 2015.

Metodología: Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en los últimos 20 años, y según los criterios de inclusión, se trabajó con 468 fichas clínicas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 22 y Microsoft Office. Utilizamos estadísticas descriptivas con frecuencia y porcentajes.

Resultados: Un 61,8% fueron mujeres y un 38,2% varones con una edad media de 50,77 años ($DS = 0,727$). Las indicaciones quirúrgicas fueron colelitiasis 60.2%, colecistitis aguda 29,2%, poliposis vesiculares 4,7%, coledocolitiasis 4,5% vesícula esclerotrónica 0.9%. La estancia postoperatoria fue de 80.6% menos de tres días de ≤ 3 días y el 19,4% ≥ 4 días; con un $\bar{x} = 1,09$ y un $DS = 0,292$. La tasa de conversión a cirugía abierta de 0%. El tiempo quirúrgico fue del 50.2% dentro de 31-60min y el 46.2% más de 60 minutos con un $\bar{x} = 42,43\text{min}$ y un $DS = 0,564$.

Conclusión: los resultados deben interpretarse con reservas al tratarse de un estudio retrospectivo. En general, los resultados obtenidos son aceptables y comparables al resto de las series de la literatura.

Palabras clave: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA, COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS, CONVERSION A CIRUGIA ABIERTA, EXPERIENCIA QUIRURGICA, HOSPITAL MILITAR MAYOR ALBERTO ALVARADO COBOS.



ABSTRACT

Introduction: Colectomy, the most common reason for this procedure to take place is the presence of pathology level gallbladder. Today, laparoscopy surgery is the treatment of choice.

Objective: Identify the socio-demographic and clinic factors of laparoscopy colectomy surgery at the Military Hospital located at the city of Cuenca. This Military facility was chosen because of its twenty years of experience in the previous mentioned procedure starting from January 1996 until July 2015.

Methodology: It was a descriptive and retrospective study. It was reviewed clinical charts from patients submitted to laparoscopy colectomy surgery in the past twenty years. Based on the inclusion and exclusion criteria, there were selected 480 clinical charts to work with. Data was collected from a survey. In order to analyze data, the program SPSS 22 and Microsoft Office were used. We used descriptive statistics with frequencies and percentages

Results: For this procedure, 61.7% of the participants were female and 38.2% were male with average age of 50.77 years old ($DS=0.727$). Surgeons on the previous mentioned medical facility performed this surgery. Surgical instructions were as follows: Choletithiasis 60.2%, Acute Cholecystitis 29.2%, Gallbladder Polyps 4.7% Choledocholithiasis 4.5%, and Scleroatrophic Gallbladder 0.9%. The post-operative patient stay was 80.6% lesser or equal to three days and 19.4% higher or equal to four days ($\bar{x}=1.09$ and $DS=0.292$). The rate of conversion to open surgery was 0%. The surgical time was 50.2 % between 31 and 60 minutes, and 46.2% higher than 60 minutes ($\bar{x}=42.43$ min and $DS=0.564$).

Conclusion: Results should be interpreted with caution due to its retrospective nature. In general, results were acceptable and comparable to the rest of the series on the bibliography.

Keywords: LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY, POSTSURGICAL COMPLICATIONS, CONVERSION TO OPEN SURGERY, SURGICAL EXPERIENCE, SENIOR MILITARY HOSPITAL ALBERTO ALVARADO COBOS.



INDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	14
1.1. INTRODUCCIÓN.-	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-	15
1.3 JUSTIFICACIÓN.-	17
CAPÍTULO II	18
2 FUNDAMENTO TEÓRICO.-	18
2.1 CONCEPTO	18
2.2 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	18
2.2.1 VENTAJAS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN LA COLELITIASIS	19
2.2.2 COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA	19
2.3 TIEMPO OPERATORIO	20
2.4 ESTADÍA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA.....	21
2.5 USOS DE ANTIBIÓTICOS EN UNA COLECISTECTOMÍA	21
2.6 ¿CUÁNDO CONVERTIR A CIRUGÍA ABIERTA?	21
CAPÍTULO III	23
3 OBJETIVOS.-	23
3.1 OBJETIVO GENERAL.-	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-	23
CAPÍTULO IV	24
4 DISEÑO METODOLÓGICO.	24
4.1. TIPO DE ESTUDIO	24
4.2. UNIVERSO	24
4.3. MUESTRA.....	24
4.4 ÁREA DE ESTUDIO.....	24
4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
4.7 VARIABLES:	25



4.7.1 Operacionalización de variables (ANEXO 1)	25
4.8 PROCEDIMIENTO	25
4.10 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	26
4.11 NORMA ÉTICA:	26
CAPÍTULO V	27
5.- RESULTADOS	27
5.1.- CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	27
5.3.- ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
CAPÍTULO VI	39
6.- DISCUSIÓN	39
CAPÍTULO VII	43
7.- CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES.....	43
7.1.- CONCLUSIONES	43
7.2.- RECOMENDACIONES	44
8. BIBLIOGRAFÍA	45
9. ANEXOS	47



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

Yo, Felipe Ismael Ulloa Gómez, autor del proyecto de investigación “COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR MAYOR ALBERTO ALVARADO COBOS, CUENCA, 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 25 de julio del 2016

Felipe Ismael Ulloa Gómez

CI: 0105730634



RESPONSABILIDAD

Yo, Henry David Vega Cuadrado, autor del proyecto de investigación “COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR MAYOR ALBERTO ALVARADO COBOS, CUENCA, 2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 25 de julio del 2016

Henry David Vega Cuadrado

CI: 0105689319



DERECHO DE AUTOR

Yo, Felipe Ismael Ulloa Gómez, autor del proyecto de investigación “COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR MAYOR ALBERTO ALVARADO COBOS, CUENCA, 2015”, 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 Médico. El uso de la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 25 de julio del 2016

Felipe Ismael Ulloa Gómez

CI: 0105730634



DERECHO DE AUTOR

Yo, Henry David Vega Cuadrado, autor del proyecto de investigación “COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR MAYOR ALBERTO ALVARADO COBOS, CUENCA, 2015”, 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 Médico. El uso de la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 25 de julio del 2016

Henry David Vega Cuadrado

CI: 0105689319



AGRADECIMIENTO

Doy las gracias a Dios por bendecirme con una gran familia que tengo, por estar en cada momento de mi vida cuando más lo necesito y permitirme cumplir una meta más, a mis padres por todo el cariño incondicional y por darme la fuerza para superar obstáculos y dificultades a lo largo de nuestras vidas.

Agradezco a todas las personas que de una u otra forma hicieron que esta investigación se llevara a cabo, en primer lugar a nuestra directora y asesora de tesis Dra. Lorena Encalada T. por toda la preocupación y entrega para que la presente investigación resultara de la mejor manera. De la misma manera un enorme agradecimiento al cirujano Dr. Iván Buri, por la gran acogida y colaboración, así como también a todo el personal del hospital Militar de Cuenca.

Felipe Ismael Ulloa Gómez



En primera instancia agradezco a Dios por haberme guiado y protegido durante este largo camino y darme fuerzas para no desfallecer, pudiendo superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis padres que me dieron la vida y me han formado con buenos sentimientos y valores, quienes me enseñaron a no decaer ni rendirme ante nada y siempre perseverar, gracias a sus consejos que guían mi camino para culminar mi carrera profesional, a mi hermano Diego, a mi tía Melania y mi abuelito Luis quienes me demostraron siempre su cariño y apoyo incondicional.

A todos mis amigos que siempre estuvieron ahí apoyándome durante esta larga trayectoria.

Un agradecimiento a la Universidad de Cuenca, a mis profesores, gracias por su tiempo y sabiduría que me transmitieron en cada clase, que me sirvió para el desarrollo de mi formación profesional.

A la Dra. Lorena Encalada y Dr. Buri quienes de una y otra forma nos guiaron y colaboraron en la realización de este trabajo.

Henry David Vega Cuadrado



DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios por ser mi guía y mi gran fortaleza durante este largo camino de preparación, a mis padres Luis y Fanny, quienes son el motor fundamental en mi vida, y la razón de mi existir, a mis hermanos quienes con su apoyo incondicional han estado en los mejores y peores momentos del trayecto de mi carrera profesional y durante esta investigación. Y a mi pequeño sobrino Martin Alejandro por ser una gran alegría en mi vida.

Felipe Ismael Ulloa Gómez



Primero a Dios por su infinita bondad durante estos meses en la culminación de esta investigación y de mis estudios.

A mis padres y familia, cuyo apoyo fue incondicional para llegar hasta donde estoy, cuyo amor e interés por mi futuro, les hizo confiar en mí, estimulándome así, a culminar con unas de mis metas.

A mi abuelito Silverio, quien ya no se encuentra con nosotros, ahora me cuida y me guía desde el cielo.

Henry David Vega Cuadrado



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN.-

La colecistectomía es un proceso de extirpación quirúrgica de la vesícula biliar debido a los problemas patológicos presentados en ella. Para lo cual la primera técnica que se realizaba fue la cirugía abierta. Por más de un siglo, desde que Carl Johann August Lungenbuch, el 15 de julio de 1882, realizó la primera colecistectomía en el Hospital San Lázaro, en Berlín, ésta ha sido el tratamiento de elección de la enfermedad calculosa de la vesícula biliar en pacientes sintomáticos (1).

En la actualidad la cirugía laparoscópica es el tratamiento de elección para la colecistectomía. El 12 de septiembre de 1985, Erick Muhe realizó la primera colecistectomía laparoscópica, desde entonces se difundió en todo el mundo (1) (2). Esta técnica supera a la colecistectomía abierta en el manejo de patología vesicular aguda, y esto debido a que es un procedimiento de menor invasión, lo cual se traduce en menor respuesta metabólica al trauma, menor dolor postquirúrgico, menor estancia intrahospitalaria y un resultado estético más aceptado por el paciente (3).

Para que esta tuviera lugar, se sucedieron una serie de descubrimientos y hechos previos que sirvieron de cimiento para que aquella debutara en el escenario científico a finales del pasado siglo. El éxito y la popularidad de esta técnica están dados por la combinación de diferentes factores: históricos, clínicos, técnicos, estéticos y económicos. Lo que inició una revolución científica técnica dentro de la cirugía general.

Son numerosas e importantes las ventajas que sustentan el uso de esta técnica laparoscópica, sin embargo, aproximadamente entre el 5-9% de los pacientes requieren conversión a cirugía tradicional (4).

Razón por la cual vemos de gran importancia la realización de este estudio en el Hospital Militar de la ciudad de Cuenca, recaudar información muy valiosa, conocer



las características de los pacientes que han sido intervenidos mediante esta técnica y a la vez conseguir datos de importancia que promuevan la elección de este procedimiento quirúrgico.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

La colecistectomía es una de las cirugías más realizadas en el ámbito quirúrgico, en un estudio realizado en Chile se encontró un total de 26.441 pacientes, con un promedio de 1.322 operados por año independientemente de la técnica (5). Siendo un proceso de elección para la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. La razón más común para llevarla a cabo es el cólico biliar causado por litos.

Encontrando que la litiasis biliar es una de las causas principales de morbilidad en los países occidentales. La prevalencia de las personas con litiasis biliar asintomática y sintomática varía entre el 5% y el 22%. Hay consenso acerca de que sólo los pacientes con litiasis biliar sintomática necesitan tratamiento (6).

Según estudios del 1% al 3% de los pacientes experimentan cada año complicaciones relacionadas con colelitiasis, al menos, el 6% al 8% precisan cada año una colecistectomía para controlar los síntomas de la litiasis vesicular (5). La prevalencia de las personas con litiasis biliar asintomática y sintomática oscila entre 5% y 22% en EE.UU. La prevalencia de las personas con litiasis biliar asintomática y sintomática en Europa muestra distribuciones similares que oscila entre 25 y 50 millones de personas. Se estima que la incidencia anual de colecistolitiasis sintomática es de hasta 2,2 cada mil habitantes (6).

De acuerdo a un estudio realizado en Europa sobre la colecistectomía laparoscópica en un hospital universitario de la ciudad de Madrid-ESPAÑA, en el Hospital Ramón y Cajal. La estancia media postoperatoria fue de 3,06 días. La tasa de conversión a cirugía abierta de 8,3% (331 pacientes) y la de complicaciones quirúrgicas mayores del 2,34%, siendo la más frecuente el hemoperitoneo (1%) (7).



Mientras que en la Unidad de Especialidades Médicas Tijuana-México de la Secretaría de Salud, se realizaron un total de 13 conversiones a cirugía abierta (2.17%), correspondieron a coledocolitiasis (n = 5), agudización (n = 3), vesícula escleroatrófica (n = 2) y adherencias, fístula colecistoduodenal y tuberculosis abdominal en un caso cada una (1, 8).

Un estudio realizado en la Universidad de Valparaíso, Chile, respecto a los tiempos quirúrgicos, el promedio fue de 72 minutos con una mediana de 60 minutos. El mínimo fue 35 minutos y el máximo 165 minutos. Hubo 57 pacientes (95%) que tuvieron 24 horas de estadía hospitalaria; 1 paciente (1,67%) tuvo 48 horas y 1 paciente (1,67%) 72 horas; ambos corresponden a los convertidos a cirugía abierta y que tenían cáncer vesicular con compromiso seroso (T3) (9).

En la provincia del Azuay- Cuenca en el 2012 se publicó un estudio descriptivo y retrospectivo de 2.200 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica desde mayo de 1994 hasta enero 2008, el 79% fueron de sexo femenino, con promedio de edad de 43 años, con diagnóstico intraoperatorio de colecistitis crónica litiásica en el 82%. Se presentaron complicaciones entre mayores y menores en el 38%, las perforaciones de vesícula con salida de la bilis y las hemorragias provenientes de la arteria cística fueron las más frecuentes. El tiempo operatorio promedio fue de 35 minutos en el 2008 (10).

Nuestro interés es conocer los resultados obtenidos durante 20 años de experiencia de colecistectomía laparoscópica en el hospital Militar de la ciudad de Cuenca desde Enero de 1996 hasta Julio del 2015.



1.3 JUSTIFICACIÓN.-

La colecistectomía laparoscópica es una de las cirugías con más auge y una de las primeras en realizarse a nivel mundial, por esta razón a cobrado gran interés dentro de la rama de la cirugía general. En la actualidad se produce una transformación tan rápida hacia los adelantos científicos, como en el campo de la Medicina, donde la colecistectomía convencional que se realizaba años atrás, ha sido remplazada por la técnica laparoscópica. Esta es aceptada como el procedimiento de elección para patología de vesícula biliar.

A través del presente estudio se pretenderá observar la historia de la colecistectomía laparoscópica que se ha llevado a cabo en sus 20 años de experiencia en el Hospital Militar, ya que por diferentes criterios, éste método quirúrgico es muy utilizado en cuanto a la práctica hospitalaria por tal motivo consideramos que es un estudio de mucho interés en la actualidad.

Se realizó en la provincia del Azuay, ciudad de Cuenca, Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado C., nos mostró resultados de la colecistectomía laparoscópica, desde enero de 1996 hasta julio de 2015.

Los resultados serán entregados a las autoridades de la Institución en estudio y de la Facultad de Medicina y estarán disponibles en la biblioteca de la Facultad Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Los beneficiarios directos de este trabajo de investigación serán, los Cirujanos Generales pues al saber su incidencia, estadía hospitalaria, complicaciones que se da en cada una de las cirugías se podrá elegir correctamente la más adecuado para cada paciente. Los beneficiarios indirectos serán los docentes y estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, pues podrán entender la experiencia obtenida de la colecistectomía laparoscópica.



CAPÍTULO II

2 FUNDAMENTO TEÓRICO.-

COLECISTECTOMÍA

2.1 CONCEPTO

La colecistectomía es un proceso de extirpación quirúrgica de la vesícula, la razón más común para llevar a cabo una colecistectomía es por patología biliar (11,12).

La litiasis biliar es una de las causas principales de morbilidad en los países occidentales. La prevalencia de las personas con litiasis biliar asintomática y sintomática varía entre el 5% y el 22%. Hay consenso acerca de que sólo los pacientes con litiasis biliar sintomática necesitan tratamiento (6).

Se consideraron sólo los tratamientos quirúrgicos para la colecistolitiasis sintomática. Se reconocieron tres técnicas diferentes para la colecistectomía: colecistectomía abierta, de incisión pequeña y laparoscópica.

2.2 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

En la actualidad es ofrecida como procedimiento de elección para el tratamiento de la mayoría de pacientes con enfermedad sintomática aguda de la vesícula biliar. La cirugía laparoscópica es practicable en más del 95% de los casos, con una tasa de conversión que oscila entre el 5 y el 20%, en la mayoría de las ocasiones por adherencias que dificultan la visión (13).

Sólo sí se mencionaban las palabras “incisión pequeña”, “acceso mínimo”, “minilaparotomía”, la intervención quirúrgica se clasificaba como colecistectomía “de incisión pequeña” (por ejemplo, longitud de la incisión menor a 8 cm). La longitud de la incisión hasta 8 cm se eligió de forma arbitraria ya que la mayoría de los autores utilizaron esta longitud como punto de corte entre colecistectomía de incisión pequeña y (conversión a) colecistectomía abierta (13).



Todas las otras intervenciones quirúrgicas para la extracción de la vesícula biliar se clasificaron como “colecistectomía abierta”; a través de una incisión subcostal más grande, ≥ 8 cm o laparotomía mediana (4,6,14).

La laparoscopia es una técnica quirúrgica que permite visualizar de forma directa las estructuras intracavitarias del abdomen y pelvis sin hacer una gran incisión, se realiza llenando la cavidad peritoneal (habitualmente virtual) de gas (CO₂) para crear así un espacio que permita dicha función, a través de un instrumento llamado laparoscopio. En los inicios de su creación se utiliza con fines diagnósticos, en la actualidad, se efectúa como método de tratamiento (3).

2.2.1 VENTAJAS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN LA COLELITIASIS

Son numerosas e importantes las ventajas que sustentan el uso de esta técnica como son:

- ✓ Menos dolor incisional posquirúrgico
- ✓ Menos complicaciones tromboembólicas.
- ✓ Menos complicaciones pulmonares.
- ✓ Menos infecciones de herida.
- ✓ Menos eventraciones.
- ✓ Menos cicatrices.
- ✓ Menos formación de adherencias.
- ✓ Mejor resultado estético.
- ✓ Mejor tolerancia de alimentos.
- ✓ Mejor recuperación.

La mayoría de los pacientes regresan a su hogar en un día y disfrutan un rápido retorno a las actividades normales (12).

2.2.2 COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

El dolor abdominal persistente, con aumento de intensidad y sin alivio a pesar de la analgesia, es el síntoma principal para la sospecha de complicaciones



intraabdominales, acompañado de reacción peritoneal, contractura abdominal y signos de peritonitis, manifestaciones clínicas que en ocasiones están asociadas a fuga de bilis (39 %) y hemoperitoneo (13 %) (4,14,16,).

Complicaciones Graves:

Dentro de las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica, en un estudio donde el universo fue de 2200 pacientes. La población seleccionada estuvo comprendida por 356 casos que fueron operados por vía laparoscópica en el periodo de estudio (2009-2010), de acuerdo a un orden de mayor a menor frecuencia encontramos:

- Infección de herida operatoria en 120 pacientes (33,7%)
- Sangrado en 78 pacientes (21.9%)
- Lesión de la vía biliar en 55 pacientes (15.4%)
- Enfisema subcutáneo en 49 pacientes (13,8%)
- Ictericia postquirúrgica en 30 pacientes (8.4%)
- Lesión de víscera hueca en 24 pacientes (6.7 %) (17)

Existen otras complicaciones menos graves y de relativa fácil solución en cirugía laparoscópica: la perforación de la vesícula biliar (favorecida por el engrosamiento de la pared y/o por cálculos enclavados que producen vesículas a tensión) (15).

Mediante la colecistectomía laparoscópica tenemos una muy baja mortalidad (7 de 10.000 operados). Las complicaciones son más frecuentes en pacientes con grave patología biliar, de edad avanzada y con múltiples complicaciones médicas (23,24).

2.3 TIEMPO OPERATORIO

El tiempo operatorio puede variar dependiendo de las características de cada paciente y de la técnica utilizada, por ejemplo con laparoscopia puede ser entre 35 minutos a 165 minutos (1,9,25). En un estudio realizado por el colegio de médicos en Lima-Perú, entre abril y mayo de 2012, utilizando la técnica laparoscópica se



obtuvo un tiempo operatorio que varió entre 55 minutos en los primeros pacientes a 35 minutos en los últimos (18,19,22).

2.4 ESTADÍA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA

En un estudio realizado por él Dr. Vera Freundt, Mario Guillermo del colegio Médico del Perú (Lima-Perú), en el año 2012 mediante la colecistectomía laparoscópica, no hubo complicaciones, por lo que se da de alta del hospital el mismo día después de un procedimiento laparoscópico. El período de hospitalización varió de 36 a 48 horas (al igual que en el grupo control). No hubo infección de herida operatoria (19,20).

2.5 USOS DE ANTIBIÓTICOS EN UNA COLECISTECTOMÍA

La profilaxis con antibióticos es una decisión común en la colecistectomía abierta, y también se aplica a los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica sin ninguna prueba de efectividad. La cirugía laparoscópica ofrece algunas ventajas relacionadas con una menor manipulación y la duración más corta de la herida quirúrgica, de manera que el efecto de la profilaxis con antibióticos podría ser inferior que en la cirugía a cielo abierto (6,13).

Con los datos actuales, las pruebas no apoyan o refutan el uso de la profilaxis con antibióticos para reducir la infección del sitio quirúrgico en los pacientes de bajo riesgo sometidos a colecistectomía laparoscópica (34). El uso de antibióticos profilácticos debe ser seleccionado individualmente en los pacientes con riesgo medio o alto (18,21).

2.6 ¿CUÁNDO CONVERTIR A CIRUGÍA ABIERTA?

- ✓ Cístico no permeable y colédoco fino < 8 mm.
- ✓ Colédoco no abordable por cirugía laparoscópica (sin buena visión, grasa).
- ✓ Múltiples cálculos.
- ✓ Inexperiencia del equipo quirúrgico en cirugía laparoscópica de vía biliar.



- ✓ No disponibilidad de instrumental y equipamiento (5).

Entre las principales causas de conversión el 50% está relacionado con la dificultad en el abordaje, seguido por el 33.3% de pacientes que presentaron sangrado durante el transoperatorio (26).

No hubo muertes en el grupo de colecistectomía laparoscópica temprana (0 de 35) (0%) y hubo una muerte (uno de 40) (2,5%) en el grupo tardío. Esta diferencia entre los grupos no fue significativamente diferente. Ningún grupo tuvo complicaciones graves relacionadas con la cirugía (27). De acuerdo a estos resultados la cirugía laparoscópica puede ser electiva como planificada.



CAPÍTULO III

3 OBJETIVOS.-

3.1 OBJETIVO GENERAL.-

Identificar los factores socio-demográficos y clínicos en la colecistectomía laparoscópica: en sus 20 años de experiencia en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos de la ciudad de Cuenca, desde enero de 1996 hasta julio del 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

- Determinar la frecuencia de colecistectomías laparoscópicas según factores socio-demográficos: edad, sexo, residencia, estado civil, instrucción.
- Determinar las características de la colecistectomía laparoscópica según factores clínicos: motivo de consulta, tipo de intervención, tiempo operatorio, días de hospitalización, complicaciones posoperatorias.
- Identificar los diagnósticos más frecuentes para una colecistectomía laparoscópica.
- Determinar el porcentaje de conversión de las colecistectomías laparoscópicas a cirugía convencional.



CAPÍTULO IV

4 DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, en la que se midió variables sociales, demográficas y clínicas. Se utilizaron los archivos estadísticos desde hace 20 años.

4.2. UNIVERSO

Estuvo conformado por todos los registros históricos, esto es, con los pacientes a quienes se les realizó colecistectomía laparoscópica en los últimos veinte años.

4.3. MUESTRA

Trabajamos con el universo.

4.4 ÁREA DE ESTUDIO

Historia clínica de los pacientes que han sido hospitalizados en el departamento de Cirugía

Lugar de estudio

Hospital Militar en la ciudad de Cuenca. La dirección de este Hospital es Federico Malo y Av. 12 de Abril.

4.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Trabajamos con los registros históricos de los pacientes que fueron intervenidos con colecistectomía laparoscópica en el Hospital militar de la ciudad de Cuenca desde Enero de 1996 hasta Junio del 2015.

4.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Historias clínicas incompletas, es decir que no cuenten con todos los datos requeridos para la realización del estudio.



4.7 VARIABLES:

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Instrucción
- ✓ Estado civil
- ✓ Residencia
- ✓ Tiempo operatorio
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Días de hospitalización
- ✓ Conversión a cirugía convencional
- ✓ Complicaciones

4.7.1 Operacionalización de variables (ANEXO 1)

4.8 PROCEDIMIENTO

La información fue debidamente recolectada de las historias clínicas archivadas de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado C. durante los 20 años de experiencia, mediante una encuesta, que constó de todas las variables en estudio. La misma fue llevada a cabo por estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, autores del estudio (Anexo #2). Se realizó un estudio piloto en 30 historias clínicas de una muestra diferente a la del estudio para control de calidad en el hospital Moreno Vázquez del cantón Gualaceo.

4.9 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

- ✓ **Análisis documental:** revisión bibliográfica, literatura científica sobre el tema en estudio.
- ✓ **Encuesta:** se la llenó con los datos de las historias clínicas archivadas desde hace veinte años, de pacientes intervenidos por colecistectomía en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado C. de la ciudad de Cuenca.



4.10 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos, se los agrupó en cuadros estadísticos, el análisis fue cuantitativo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 22 y Excel, última versión.

Las medidas estadísticas que utilizamos en el desarrollo de la tabulación de datos fueron: las frecuencias y los porcentajes que están representados a través de tablas simples y de doble entrada para conseguir los resultados que se plantearon en los objetivos y gráficos según la naturaleza de cada variable.

4.11 NORMA ÉTICA:

Para realizar el presente estudio se solicitó la autorización a Comisión de Proyectos de Investigación CPI (anexo#2), y autorización al director del hospital Militar. (Anexo #3).



CAPÍTULO V

5.- RESULTADOS

5.1.- CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La investigación se realizó aplicando el instrumento de recolección de la información en las fichas médicas en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos.

5.2.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

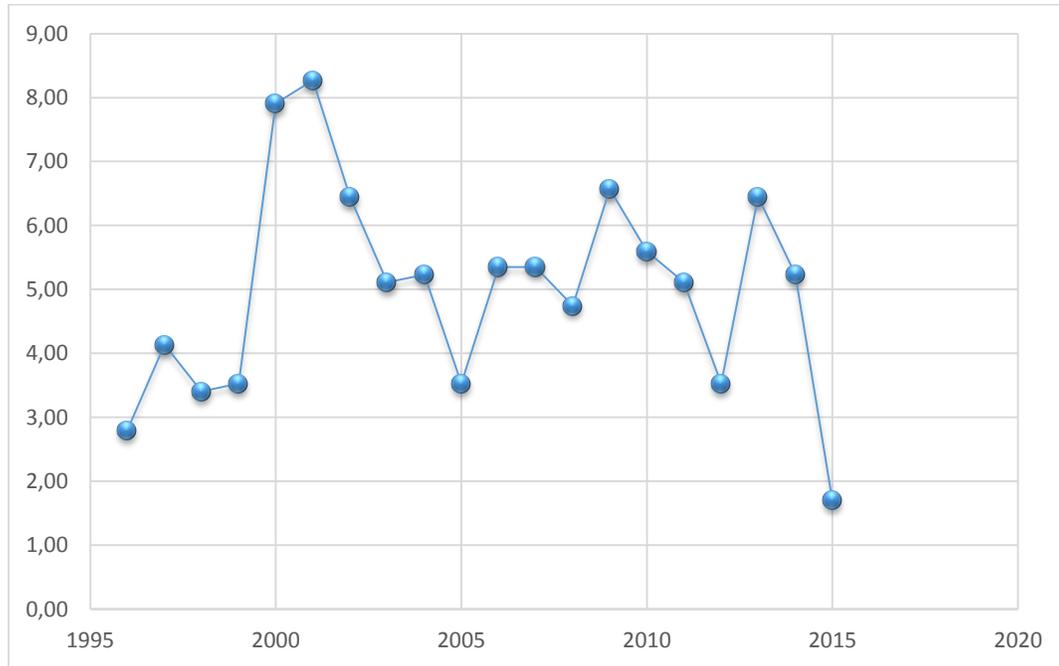
Pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica.

5.3.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se hace la presentación de los resultados obtenidos, de acuerdo a las variables del estudio, en tablas simples en la que constan las opciones válidas, la frecuencia y el porcentaje.



Gráfico 1.- Distribución por años del total de pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica en Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015



Fuente: Base de datos.

Realizado por: Investigadores

Se realizaron un total de 822 cirugías laparoscópicas en los últimos 20 años tomando en cuenta desde el inicio de esta técnica en el Hospital Militar de la ciudad de Cuenca. Se obtuvo que en los años 2000 y en el 2001 (7.91%, 8.27% respectivamente) se realizaron más colecistectomías laparoscópicas.

Para el presente estudio se tomaron en cuenta a todos los pacientes que conserven su historia clínica y de estos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, obtuvimos un total de 468 fichas clínicas completas con las que se trabajó.



Tabla 1.- Distribución de 468 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica según características sociodemográficas, en Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015.

EDAD*	Frecuencia n = 468	Porcentaje (100%)
<40 años	190	40,6%
40-60 años	196	41,9%
>60 años	82	17,5%
SEXO		
Hombre	179	38,2
Mujer	289	61,8
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	138	29,5
Secundaria	231	49,4
Superior	81	17,3
Ninguna	18	3,8
LUGAR DEL DOMICILIO		
Urbano	318	67,9
Rural	150	32,1
ESTADO CIVIL		
Casado	347	74,1
Soltero	62	13,2
Divorciado	15	3,2
Viudo	29	6,2
Unión Libre	15	3,2

$$*\bar{X} = 50,77$$

$$(DS = 0,727)$$

Fuente: Base de datos.

Realizado por: Investigadores

De los 468 pacientes atendidos por colecistectomía laparoscópica, el 41,9% (196) lo hicieron cuando tenían edades comprendidas entre los 40 a 60 años; seguidos de pacientes con edades menores a 40 años entre los que se encuentran menores de edad que han sufrido dolencia y han tenido que ser intervenidos. La edad ($*\bar{X} = 50,77$; $DS = 0,727$), siendo la mínima 40 y la máxima 61 años. Finalmente se



encuentran pacientes con edades mayores a 60 años, considerados como adultos mayores, los que por su misma edad se han sometido a este tipo de intervenciones por sus características de mínima invasión y tiempo postoperatorio.

Del grupo de estudio, 6 de cada 10 pacientes intervenidos fueron del sexo femenino, en cuanto al nivel de instrucción la mayoría tenían educación secundaria, seguido de cerca de aquellos que terminaron la primaria. Además se ha podido determinar que la residencia de estos pacientes se encontraban en el sector urbano y en menor porcentaje en el rural, siendo casados (as) seguidos de un grupo considerable de solteros en el 13,2%. (Tabla 1)

Tabla 2.- Distribución de 468 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica según el motivo de la consulta, en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015.

Motivo de la consulta	Frecuencia n = 468	Porcentaje (100%)
Dolor abdominal generalizado	367	78,4%
Dolor abdominal hipocondrio derecho	53	11,3%
Dolor abdominal epigastrio	30	6,4%
Dispepsia	15	3,2%
Ictericia	3	0,6%

Fuente: Base de datos.

Realizado por: Investigadores

Según el motivo de consulta se obtuvo que en un 78,4%, que representa la mayoría, lo hicieron por presentar dolor abdominal generalizado esto quiere decir que 8 de 10 personas acudieron con este síntoma. Con un porcentaje menor se encontró aquellos pacientes que han acudido a recibir atención médica por tener dolor abdominal en hipocondrio derecho con un 11,3% y del 0,6% por ictericia (Tabla 2).



Tabla 3.- Distribución de 468 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica según el diagnóstico, en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015.

Diagnóstico	Frecuencia n = 468	Porcentaje (100%)
Colelitiasis	282	60.2%
Colecistitis aguda	137	29.2%
Poliposis vesicular	22	4,7%
Coledocolitiasis	21	4,5%
Vesícula esclerotrónica	4	0,9%
Hidrocolecistolitiasis	2	0,4%

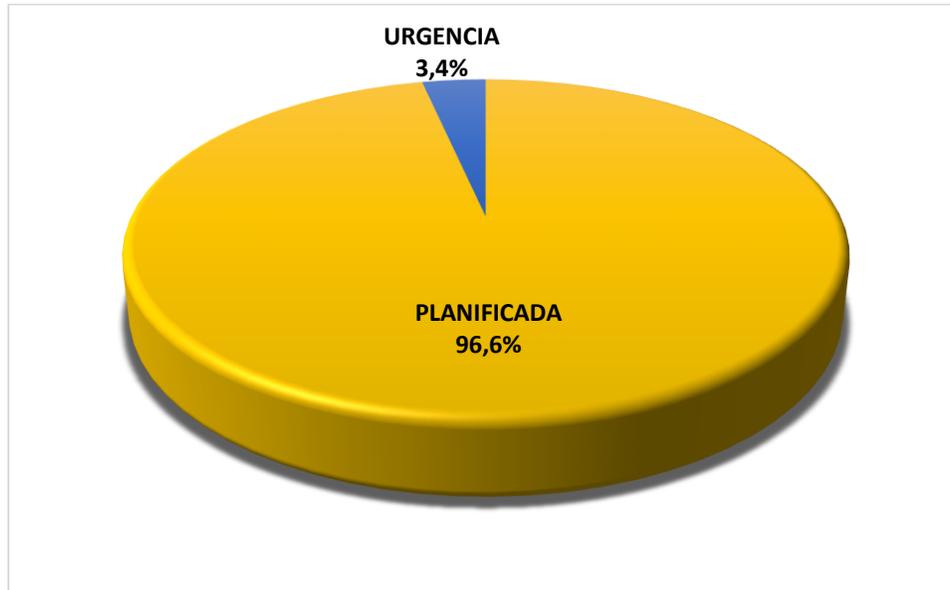
Fuente: Base de datos.

Realizado por: Investigadores

Se evidenció que 6 de cada 10 pacientes luego de recibir la atención médica y resultados de exámenes correspondientes se les diagnosticó de Colelitiasis (cálculos en la vesícula) por lo que se determinó la intervención quirúrgica, así mismo 3 de cada 10 pacientes fueron diagnosticados de una colecistitis aguda, los demás pacientes fueron establecidos con sintomatología relacionada pero en menores porcentajes de poliposis vesicular, coledocolitiasis, vesícula esclerotrónica e hidrocolecistolitiasis (Tabla 3).



Gráfico 2.- Distribución de 468 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica según característica de la cirugía: urgencia o planificada, en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015.



Fuente: Base de datos.
Realizado por: Investigadores

De acuerdo al diagnóstico emitido conforme a los resultados de la tabla 3, la cirugía fue en su mayoría planificada por el control de los síntomas de manera que el 96,6% pudo organizar su ingreso a la casa de salud para ser intervenido laparoscópicamente. Con respecto a una intervención urgente apenas el 3,4% de los casos diagnosticados fue necesario realizar el ingreso del paciente para la cirugía en forma emergente. (Gráfico 2).



Tabla 4.- Distribución de 468 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica según el tiempo operatorio, Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015.

*Tiempo operatorio	Frecuencia n = 468	Porcentaje (100%)
≤30 minutos	17	3,6%
31 - 60 minutos	235	50,2%
≥61 minutos	216	46,2%

$$*\bar{X} = 42,43 \quad (DS = 0,564)$$

Fuente: Base de datos.

Realizado por: Investigadores

En el estudio se encontró que los pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica, el tiempo operatorio fue de 31 a 60 minutos (50,2%), pudiendo referirse que la demora pudo deberse a complicaciones menores que no tuvieron incidencia en el resultado final y recuperación del paciente luego de la cirugía; seguido del 46,4% de intervenciones con duración mayor a los 60 minutos y con solo un 3,6% en las que se hizo evidente las ventajas de mínima intervención y duración de la cirugía. Queda establecido que el tiempo promedio fue de 42,43 minutos, el mínimo 30 y máximo 61 minutos y con un *DS* 0.564. (Tabla 4).



Tabla 5.- Distribución de 468 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica según los días de hospitalización, en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015.

*Días de hospitalización	Frecuencia n = 468	Porcentaje (100%)
≤3 días	424	90,6%
≥4 días	44	9,4%

$$*\bar{X} = 1,09 \quad (DS = 0,292)$$

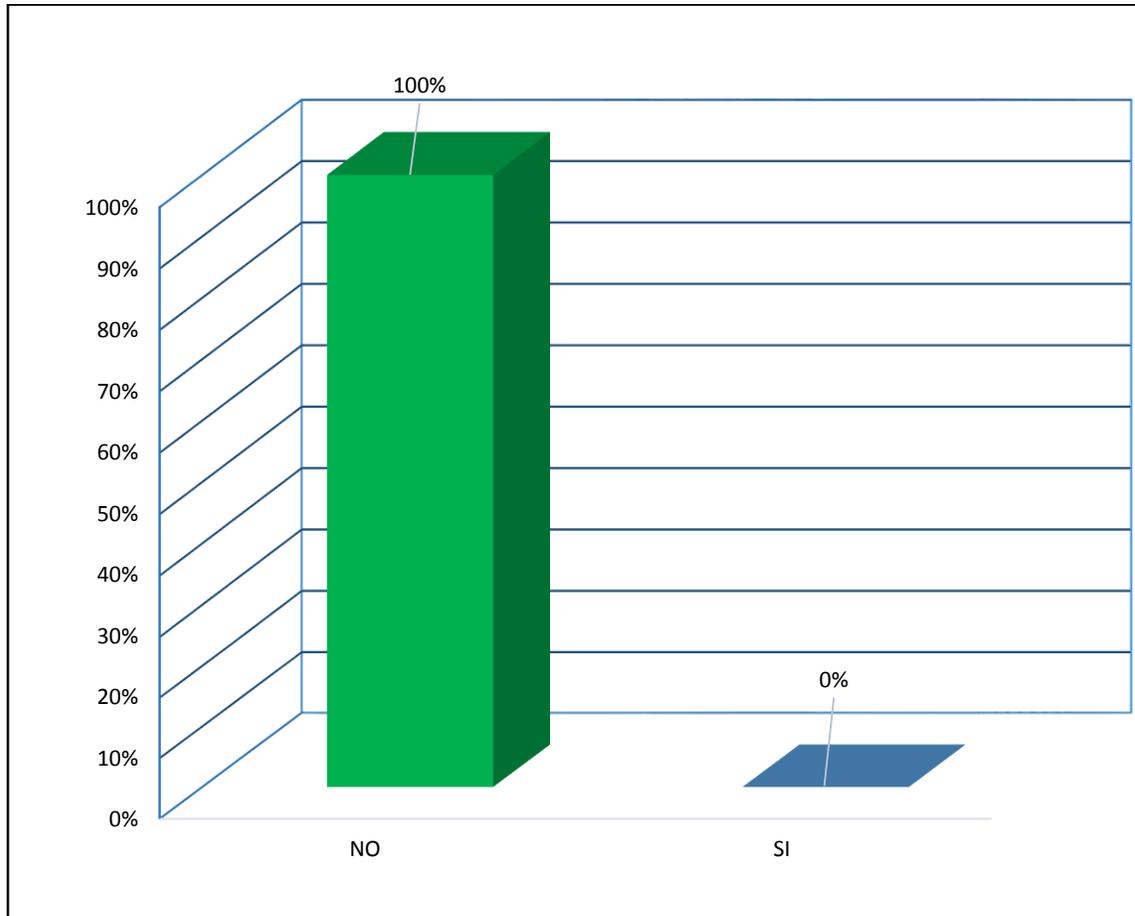
Fuente: Base de datos.

Realizado por: Investigadores

Luego de la intervención laparoscópica, se evidenció nuevamente que entre las ventajas de este tipo de cirugías se encontró el tiempo de hospitalización, por lo que sin presentar complicación alguna 9 de cada 10 pacientes y en condición favorable recibían su alta médica dentro de los primeros tres días postquirúrgico. Así también se evidenció que se requirió un tiempo mayor a 4 días (9,4%) pero solo en casos en los que se haya presentado alguna complicación durante el procedimiento quirúrgico, como en la recuperación postquirúrgica. Pudiéndose determinar como promedio 1,09 días, con un *DS* de 0.292. (Tabla 5).



Gráfico 3.- Distribución de 468 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica según la conversión a cirugía convencional, en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015.



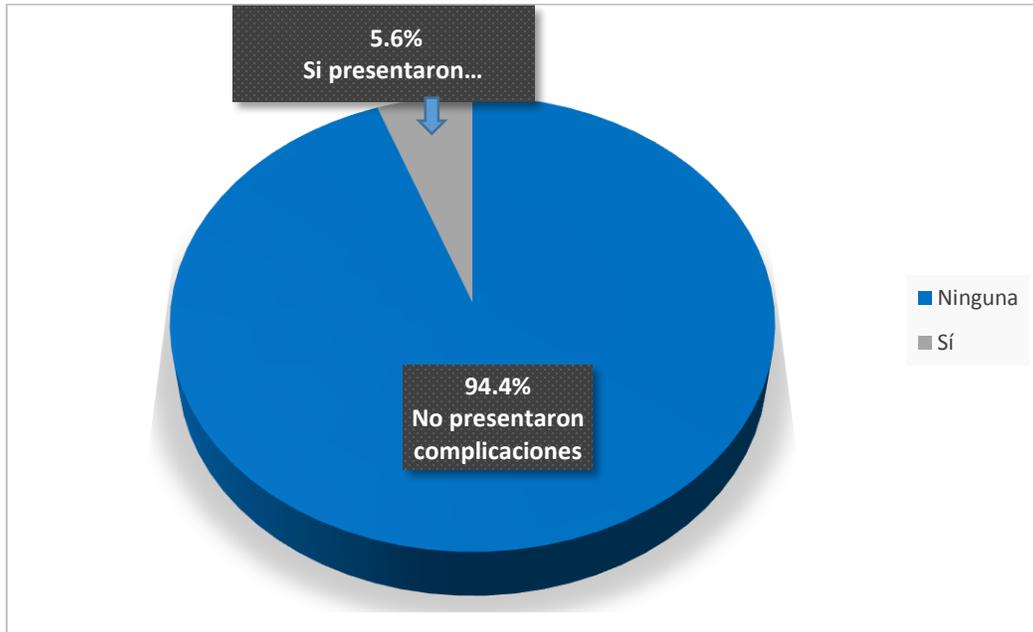
Fuente: Base de datos.

Realizado por: Investigadores

En el 100% de la cirugía laparoscópica, no fue necesario que el cirujano haya tenido que considerar la conversión de laparoscópica a cirugía convencional, por lo que los resultados finales de la intervención pueden considerarse como satisfactorios (Gráfico 3).



Grafico 4.- Distribución de 468 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica según complicaciones postoperatorias, en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015.



Fuente: Base de datos.
Realizado por: Investigadores

En un 94,4% de los casos no hubo ningún tipo de complicaciones postoperatorias, siendo sólo un 5,6% los pacientes que sufrieron algún tipo de complicación como náuseas, e hiperglucemia, y al no ser de mayor riesgo para los paciente, son dados de alta en menos de 3 días como nos representa la tabla 5 (Grafico 4).



Tabla 6.- Distribución de 468 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica según variables: edad del paciente y el tiempo de hospitalización postoperatoria, en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015.

	Tiempo hospitalización postoperatorio laparoscópica		Chi-cuadrado	Valor p	
	≤3 días	≥4 días			
Edad del paciente	<40 años	179	11	12,87	0.0016
	41-60 años	179	17		
	>60 años	66	16		

Fuente: Base de datos.

Realizado por: Investigadores

En cuanto a la relación entre la edad del paciente y el tiempo de hospitalización postoperatorio se deduce que el paciente sin tomar en cuenta su edad pero habiéndose sometido a intervención laparoscópica, tiene por lo tanto, un menor tiempo de hospitalización postoperatorio. De esta relación cruzada se obtuvo un valor para $p < 0,0016$ que nos indica que existe significancia estadística entre la edad del paciente y el tiempo de hospitalización postoperatorio en colecistectomía laparoscópica (Tabla 6).



Tabla 7.- Distribución de 468 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica según diagnóstico emitido y el tiempo operatorio, en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en los últimos 20 años, Cuenca, 2015.

		TIEMPO OPERATORIO		Chi-cuadrado	Valor p
		≤60 minutos	>60 minutos		
Diagnóstico emitido	Colelitiasis	224	195	0.40	0.9827
	Poliposis vesicular	13	9		
	Coledocolitiasis	12	9		
	Vesícula esclerotrónica	2	2		
	Hidrocolecistiolitiasis	1	1		

Fuente: Base de datos.

Realizado por: Investigadores

En cuanto a la relación entre el diagnóstico emitido y el tiempo operatorio, de esta relación cruzada se obtuvo el un valor para $p = 0,9827$ ($p > 0,005$), que nos indica que no es estadísticamente significativa (Tabla 7).



CAPÍTULO VI

6.- DISCUSIÓN

Las cirugías laparoscópicas en la actualidad resultan ser la opción más favorable para intervenir quirúrgicamente al paciente, teniendo en cuenta que las ventajas que ofrece de mínima intervención, duración de la hospitalización, así como el tiempo más rápido de reposición postoperatorio, permiten que la persona se recupere satisfactoriamente.

En el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos en la ciudad de Cuenca, se han realizado 468 intervenciones quirúrgicas laparoscópicas hasta el año 2015 asociadas a la patología vesicular, pudiendo determinarse que de este grupo el 96,6% planificaron voluntariamente la cirugía, siendo la mayoría del sexo femenino con un 61,8%. Teniendo en cuenta estos resultados y el estudio realizado por Gurusamy K, Koti R, Fusai G, Davidson B. en London (2013) (28), quienes en su estudio sobre una población de 75 pacientes, el 65% resultaron ser pacientes intervenidos del sexo femenino, comprobándose que la realidad detectada en la presente investigación no difiere de estudios realizados con anterioridad.

Los pacientes atendidos en el Hospital Militar de Cuenca, en el 41,9%, tuvieron entre los 40 a 60 años. En la misma intervención de Gurusamy, Koti, Fusai y Davidson (28), la edad promedio en el 65% de los casos fue de 43 años.

Los resultados alcanzados tienen su valoración con los de la investigación de Ibáñez et. al., en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2011 sobre una población de 60 pacientes, el promedio de edad fue entre los 41 años (35%) siendo las mujeres en el 85% el mayor grupo de pacientes sometidos a este tipo de cirugías (16).



Con respecto al diagnóstico de colelitiasis López y Zavalza et. al. México 2011, confirman que el rango de edad medio en el que fue diagnosticado el paciente estuvo entre los 35 años, siendo un 89% de pacientes mujeres (1).

Reguero et. al. (Cuba 2015), también asocia la edad con el diagnóstico, por ello en su investigación afirma que los pacientes analizados fueron diagnosticados con colecistitis en un 6,2% en un rango etario entre los 40 a 59 años en un 42,3% (29). Para Jiménez y Costa, en un estudio realizado en España el 2015, la edad media en su investigación sobre colecistectomía laparoscópica ambulatoria y control del dolor postoperatorio fue de 53 años (30).

Por el contrario para Bocanegra y Córdova (Perú 2013) las patologías biliares tienen mayor incidencia en grupos de adultos mayores siendo la colecistitis la más prevalente en pacientes de 65 años y se incrementa conforme aumenta la edad (32).

La colelitiasis o la presencia de cálculos en la vesícula biliar de acuerdo a estos autores representan otra de las enfermedades biliares que se presentan con más agudeza de acuerdo al avance de la edad del paciente, que en su mayoría son asintomáticos y solo un 20% evidencian síntomas como dispepsia y dolor abdominal (32).

Los resultados obtenidos por Bocanegra y Córdova son confirmados por los resultados alcanzados por Fuentes et. al., quienes dicen que en un 95% la colecistitis son por causa de litiasis lo que provoca la obstrucción del conducto cístico por un cálculo (33). Para estos casos la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento ampliamente elegido (33).

En el estudio de López Milhet, et. al, sobre la experiencia en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso sobre procedimientos asociados en cirugía



laparoscópica en la ciudad de la Habana-Cuba, en la población analizada de 292 casos, el 88% de los casos de cirugía laparoscópica al ser mínimamente invasiva facilita la recuperación en el tiempo de 1 día promedio (31), lo cual viene a confirmar el tiempo promedio de los pacientes operados en el Hospital Militar Mayor Alberto Alvarado Cobos, sobre el 90,6% de pacientes que requirieron menos de 3 días de postoperatorio con un promedio de 1,09 de días.

El tiempo operatorio como resultado en la investigación en el Hospital Militar resultó de 31 a 60 minutos (50,2%) con un promedio de 42 minutos. Según el trabajo realizado por Reguero et. al., en diagnósticos de colecistitis el tiempo operatorio fue de 51,1 minutos. Se confirma con el trabajo realizado por López y Zavalza et. al., quienes determinaron que el tiempo quirúrgico promedio en los casos de colelitiasis fue de 48,8 minutos sin complicaciones (1).

En esta investigación el 94,4% de los pacientes no presentaron ningún tipo de complicación postoperatoria, apenas el 5,6% presentaron complicaciones como náusea e hiperglucemia. Ibáñez afirma en su investigación que las complicaciones postoperatorias no son significativas en este tipo de cirugías, habiendo demostrado una baja incidencia del 2% de las mismas (16).

Gurusamy, Koti, Fusai y Davidson en su estudio London (2013) concluyeron que este tipo de cirugías alcanza apenas el 22,5% de complicaciones relacionadas con la patología biliar (28).

Para Priego: “La colecistectomía laparoscópica ha sustituido a la cirugía convencional en el tratamiento de elección de los pacientes con colelitiasis, dado que con esta, los pacientes presentan una menor estancia hospitalaria, menor dolor postoperatorio y menor número de complicaciones postoperatorias” (7).



Reguero et. al., confirma estos valores ya que en su investigación las complicaciones alcanzan apenas el 3,5% entre las que se encuentran bilirragia, litiasis residual del colédoco y fiebre postoperatoria, con tan solo una complicación grave de infarto agudo de miocardio.

Otro estudio que viene a reforzar los resultados hallados en el presente estudio es el realizado por Bocanegra y Córdova, para quienes la colecistectomía laparoscópica no ha presentado incremento de complicaciones como efectos de la cirugía.

Los resultados positivos logrados dentro de este estudio, deben ser enfocados por las ventajas que representa la elección de la colecistectomía laparoscópica como la técnica para tratar las patologías vesiculares en la actualidad, sobre todo porque viene a representar en las estadísticas una disminución en los casos de morbilidad y mortalidad (16).



CAPÍTULO VII

7.- CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

7.1.- CONCLUSIONES

- Los cálculos biliares son un problema común en la población en general y comúnmente causan problemas relacionados con dolor abdominal e infecciones de la vesícula biliar conocidas como colecistitis aguda.
- La cirugía laparoscópica ha evolucionado rápidamente en los últimos años, estando los resultados obtenidos a través de esta técnica beneficiosa para el paciente gracias a su mínima intervención, dolor postoperatorio y reducción de los gastos hospitalarios y el tiempo que tiene que permanecer hospitalizado.
- El paciente promedio de edad entre los 50 años, está más predispuesto a sufrir de patologías vesiculares, siendo que es prevalente el grupo femenino. En cuanto a su nivel de instrucción la mayoría tienen primaria y secundaria y en menor número los estudios superiores. Los pacientes se encuentran domiciliados en una mayoría en el sector urbano, siendo el estado civil casado el predominante.
- La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de colelitiasis, pudiendo planificar voluntariamente la cirugía, habiéndose evidenciado dentro de la cirugía que solo una minoría de casos de complicaciones como náuseas, e hiperglicemia.
- Los resultados obtenidos al concluir el trabajo investigativo se pueden considerar desde un plano positivo, aceptable y comparable, teniendo en cuenta la literatura bibliográfica científica, pero sobre todo porque la base



estadística se origina del estudio retrospectivo cuyas variables no son controladas sino condicionadas a la realidad que consta en las historias clínicas.

7.2.- RECOMENDACIONES

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico seguro y fiable. Por lo que es recomendable y aceptada como el procedimiento de elección dentro del tratamiento de la patología biliar sintomática.



CAPÍTULO VIII

8. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. López Espinosa Guillermo, Zavalza González Juan Francisco, Paipilla Monroy Omar, Lee Rojo Sergio. Colectomías laparoscópicas realizadas en Unidad de Cirugía Ambulatoria. *Cir. gen* [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Mar 28]; 33(2): 104-110. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000200006&lng=es.
2. Rocha G. Marcos. (febrero de 2010). Colectomía por laparoscopia: Abordaje con dos incisiones de entrada. *Rev Chilena Cirugía v.62 n.1*, 83-86. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262010000100016&script=sci_arttext
3. Galloso Cueto Gilberto L, .. F. (Dic. de 2010). Consideraciones sobre la Evolución Histórica de la Cirugía Laparoscópica: Colectomía. *SCIELO Rev. Med. Electrón. v.32 supl.7 Matanzas* . Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242010000700004&script=sci_arttext
4. Galloso Cueto Gilberto L, F. J. (2012). Factores que influyen en la conversión de la colectomía video laparoscópica a cirugía tradicional. *Rev Cub Med Mil vol.41 no.4* . Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400005
5. Braghetto M. Italo, C. H. (Junio de 2010). Exploración laparoscópica de la vía biliar: "¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿quién?". *Rev. Chilena de Cirugía. Vol 62 - Nº 3*, 293-300. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262010000300017&script=sci_arttext
6. Frederik Keus, H. G. (2014 Número 4). Colectomía abierta de incisión pequeña o colectomía laparoscópica en pacientes con colestolitis sintomática. *Un resumen de las revisiones del Grupo Cochrane Hepatobiliar (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus . Oxford: Update Software Ltd.*



7. Priego P., Ramiro C., Molina J. M., Rodríguez Velasco G., Lobo E., Galindo J. et al . Resultados de la colecistectomía laparoscópica en un hospital universitario de tercer nivel tras 17 años de experiencia. *Rev. esp. enferm. dig.* [revista en la Internet]. 2009 Ene [citado 2016 Mar 28] ; 101(1): 20-30. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000100003&lng=es.
8. Zamora Santana Orlando, R. L.-C. (diciembre de 2011). Logros y retos de la colecistectomía laparoscópica en Cuba. *Revista Cubana de Cirugía. Scielo*. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000400011
9. Solano V Nicolás, S. R. (abril de 2012). Colecistectomía laparoscópica por puerto umbilical asistido. *Rev Chilena Cirugia vol.64 no.2* . Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000200007
10. Moscoso Toral, E. (2012). La Colecistectomía Laparoscópica en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, 1994 - 2008. Disponible en <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=12&sid=91da1a64-8d2f-4be9-a0d3-c6492f7847bc%40sessionmgr4001&hid=4213&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=cat03340a&AN=CDJBV.SALUDsi1829>
11. Guyton Y John E. Hall. (2011 Elsevier España). *TRATADO DE FISIOLOGIA MEDICA* (Duodécima ed.). Barcelona -ESPAÑA: S.L. Disponible en The University of Chicago Medicine.

**CAPITULO IX****9. ANEXOS****ANEXO 1****OPERALIZACION DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que se ha cumplido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Edad cumplida en años	Años hasta el día de la cirugía	<40 años 40-60 años >61 años
Sexo	Particularidades innatas del ser humano.	Fenotipo	fenotipo	Masculino Femenino
Residencia	Es el lugar donde vive habitualmente.	Lugar de residencia	Área Geográfica	Urbana Rural
Nivel de instrucción	Es el grado académico más alto completado.	Años asistidos en instrucción formal	años completos de estudio	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Estado civil	La condición particular que caracteriza a una persona en sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Según registro legal	Cédula de identidad	Soltero Casado Unión libre Viudo/a Divorciado



Tiempo operatorio	Tiempo transcurrido entre la inducción de la anestesia y el termino de la cirugía	Minutos transcurridos durante el procedimiento quirúrgico	Tiempo transcurrido en minutos.	<30 min 31-60min >61min
Diagnóstico	Morbilidad por la cual se realiza la intervención	Clínica	Exámenes complementarios	Diagnóstico
Días de hospitalización	Días que lleva el/la paciente hospitalizado.	Tiempo en días	Registro de historia clínica	Días
Conversión a cirugía convencional	Transformación o cambio de una técnica a otra.	Existencia o no de cambio de técnica.	Registro de historia clínica	Si No
Motivo de consulta	Pacientes acerca de problemas que ellos perciben en su vida diaria.	Manifestaciones de signos y síntomas.	Presencia de problema de salud.	Nominal
Complicaciones quirúrgicas	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta	Manifestaciones clínicas	Registro de historia clínica	Nominal



Planificación de la cirugía	Planificar con anticipación un procedimiento a realizar.	Historia anterior de sus consultas.	Características de la intervención.	Urgente Planificada
------------------------------------	--	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

“COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR MAYOR ALBERTO ALVARADO COBOS, CUENCA 2015”

Fecha: _____ Formulario # _____

Datos Generales:

1. Numero de Historia Clínica: _____
2. Año de la HC: _____
3. Edad: <input type="text"/>
4. Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
5. Instrucción: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>
6. Residencia: Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
7. Estado Civil: Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>

✓ **Motivo de Consulta:** _____

✓ **Diagnostico** _____

✓ **La Cirugía fue:** Urgencia Planificada



- ✓ **Tiempo operatorio:** _____ minutos

- ✓ **Tiempo de hospitalización postoperatorio:**
Cirugía Laparoscópica: _____ Días

- ✓ **Existió conversión a cirugía convencional o abierta:** SI NO

- ✓ **Complicaciones postoperatorio:**
CUAL: _____



ANEXO #3

Cuenca, 23 Abril del 2015

Dr:

.....
Director del Hospital Militar
Cuidad.

De mis consideraciones:

Yo, Felipe Ismael Ulloa con CI 0105730634, y Henry David Vega Cuadrado con CI 0105689319, estudiantes de Decimo Ciclo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, solicitamos de la manera más comedida nos permita realizar el trabajo de Investigación dentro del Hospital Militar, en el departamento de Estadística por lo que necesitamos su autorización para la realización de dicho trabajo.

Por la favorable acogida que sabrá dispensar a la presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente.

Felipe Ismael Ulloa
C.I. 0105730634

Henry Vega
C.I. 0105689319



ANEXO #4

Cuenca, 23 Abril del 2015

Sr:

.....
Responsable del Departamento de Estadística
Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo, Felipe Ismael Ulloa con CI 0105730634, y Henry David Vega Cuadrado con CI 0105689319, estudiantes de Decimo Ciclo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca, solicitamos de la manera más comedida nos permita poder trabajar en el departamento de Estadística para la realización del nuestro trabajo de Investigación, el cual se llevara a cabo con las historias clínicas archivadas en dicho departamento.

Por la favorable acogida que sabrá dispensar a la presente anticipo mis agradecimientos.

Atentamente.

Felipe Ismael Ulloa
C.I. 0105730634

Henry Vega
C.I. 010568931