

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Evaluación de las complicaciones posquirúrgicas en colecistectomía convencional vs colecistectomía laparoscópica en pacientes de 15 – 62 años en el Hospital Básico Durán y el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2, en el período comprendido entre mayo 2017 a mayo 2018.

AUTOR (ES):

Andrés Francisco Salazar Morales

Raúl Antonio Romero Santana

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de:

MÉDICO

TUTOR:

Dra. Elizabeth Benites Estupiñán

Guayaquil, Ecuador

30 de Abril del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Salazar Morales Andrés Francisco y Romero Santana Raúl Antonio** como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____
Dra. Benítez Estupiñan Elizabeth

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, a los 30 del mes de Abril del año 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Salazar Morales Andrés Francisco

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, Evaluación de las complicaciones posquirúrgicas en colecistectomía convencional vs colecistectomía laparoscópica en pacientes de 15 – 62 años en el Hospital Básico Durán y el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2, en el período comprendido entre mayo 2017 a mayo 2018, previo a la obtención del Título de **MEDICO** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2019

EL AUTOR (A)

f. _____
Salazar Morales Andrés Francisco



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Romero Santana Raúl Antonio

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, Evaluación de las complicaciones posquirúrgicas en colecistectomía convencional vs colecistectomía laparoscópica en pacientes de 15 – 62 años en el Hospital Básico Durán y el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2, en el período comprendido entre mayo 2017 a mayo 2018, previo a la obtención del Título de **MEDICO** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2019

EL AUTOR (A)

f. _____
Romero Santana Raúl Antonio



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Salazar Morales Andrés Francisco**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, Evaluación de las complicaciones posquirúrgicas en colecistectomía convencional vs colecistectomía laparoscópica en pacientes de 15 – 62 años en el Hospital Básico Durán y el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2, en el período comprendido entre mayo 2017 a mayo 2018, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2019

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Salazar Morales Andrés Francisco



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Romero Santana Raúl Antonio**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, Evaluación de las complicaciones posquirúrgicas en colecistectomía convencional vs colecistectomía laparoscópica en pacientes de 15 – 62 años en el Hospital Básico Durán y el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2, en el período comprendido entre mayo 2017 a mayo 2018, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2019

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Romero Santana Raúl Antonio

REPORTE URKUND



Documento [ROMERO - SALAZAR.docx](#) (D50835183)

Presentado 2019-04-18 22:49 (-05:00)

Presentado por romero.santana.raul@gmail.com

Recibido elizabeth.benites.ucsg@analysis.orkund.com

0% de estas 14 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra tutora Doctora Elizabeth Benites por guiarnos en la realización de nuestra tesis. Gracias al Dr. Andrés Ayon y al Dr. Roberto Briones quienes nos dieron las pautas necesarias para la realización de la misma. Gracias al Hospital de Policía Nacional de Guayaquil No. 2 y al Hospital Básico de Durán por proporcionarnos la información necesaria para nuestro estudio. Y, por último, agradecemos a las personas que siempre nos brindaron su apoyo.

Raúl y Andrés

DEDICATORIA

A Dios, por estar junto a mí en todas las etapas de mi carrera, bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer. A mis padres Jorge Salazar, Vilma Morales y a mi hermano Jorge Luis por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria; y a lo largo de mi vida. Por último, pero no menos importante a Diana Arreaga por ser ese apoyo incondicional tanto en la parte emocional y académica.

Todo lo que he logrado es para ustedes y se los debo ustedes.

Andrés Francisco Salazar Morales

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen María por estar siempre a mi lado acompañándome y guiándome en toda la carrera. A mis padres y hermanas, por brindarme siempre su amor y su apoyo incondicional. Y en especial, a mi hermana mayor, Estefany, por aconsejarme a lo largo de la carrera y enseñándome su ejemplo a seguir como médico.

Raúl Antonio Romero Santana



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Gloria Xiomara Vera Landívar

f. _____

Dr. Guido Niman Moreno Cordova

f. _____

Dr. Daniel Felipe Pérez Correa

ÍNDICE

RESUMEN	XIII
Abstract.....	XIV
CAPÍTULO I.....	2
Introducción.....	2
Objetivos	3
Hipótesis.....	3
CAPÍTULO II.....	4
Marco Teórico	4
Etiología	4
Epidemiología.....	5
Fisiopatología	5
Factores de riesgo y factores protectores	6
Cuadro clínico	7
Diagnóstico.....	8
Tratamiento quirúrgico	9
Complicaciones	11
CAPITULO III.....	13
Materiales y métodos	13
Operacionalización de variables.....	14
CAPITULO IV.....	16
Análisis y Resultados	16

1. Tabla y gráfico 1.- Frecuencia de edad en los pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional	16
2. Tabla y gráfico 2.- Frecuencia por grupos de edad y sexo en pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional	17
3. Gráfico 3.- Comparación entre colecistectomía laparoscópica y abierta según su tiempo de duración.....	18
3. Tabla 3.- Comparación de pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional según el tiempo de aparición de ruidos hidroaéreos.....	19
4. Tabla 4.- Prueba de Chi cuadrado.....	19
5. Tabla 5 y gráfico 4.- Frecuencia de signos y síntomas posquirúrgicos en pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional ...	20
6. Gráfico 5.- Frecuencia de las complicaciones posquirúrgicas en pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional	21
7. Gráfico 6. Comparación de las complicaciones posquirúrgicas en pacientes	22
8. Tabla 6.- Riesgo relativo de las complicaciones posquirúrgicas.....	23
CAPÍTULO V.....	24
Discusión.....	24
Conclusión.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

RESUMEN

La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente que se realiza en los centros hospitalarios, como tratamiento de elección para las patologías de vesícula y vías biliares. En Ecuador, no existen datos registrados de la prevalencia exacta de las patologías de vesícula biliar ni sus complicaciones postquirúrgicas, no obstante, cabe recalcar que en América latina se reporta que entre 5 – 15% de la población desarrollan litiasis vesicular. Por lo tanto, es importante conocer los beneficios y las complicaciones postquirúrgicas de estos procedimientos en estas instituciones de salud, las cuales ayudarán a prevenir dificultades en el postoperatorio inmediato y así poder alcanzar una recuperación completa y eficaz de los pacientes. Se llevó a cabo un estudio de tipo no experimental, observacional, descriptivo, de corte transversal, de prevalencia, correlacional, analítico de cohorte. El universo lo conforman pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica y convencional en el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2 y el Hospital Básico de Durán en el período de mayo 2017 – mayo 2018. La muestra la conforman 110 pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica o convencional. La recolección de datos se realizó mediante revisión de historias clínicas. Los resultados revelan que aquellos pacientes que se sometieron a colecistectomía abierta presentan un mayor riesgo de infección de la herida quirúrgica, en comparación con aquellos que se sometieron a colecistectomía laparoscópica, (RR: 1.78 vs. 0.55). Las náuseas y los vómitos se presentaron con mayor frecuencia como evaluación de signos y

síntomas que se presentaron en el postquirúrgico inmediato de los pacientes colecistectomizados (28,2%). La colecistectomía laparoscópica es segura para el paciente dado que no es tan invasivo y con bajo porcentaje de complicaciones en el posquirúrgico inmediato.

Palabras Claves:

colecistitis aguda, patologías de la vesícula biliar, colecistectomía laparoscópica, complicaciones postoperatorias, infección de herida quirúrgica, náuseas y vómitos postoperatorio

Abstract

Cholecystectomy is the most frequent surgical procedure performed in hospital centers, as the treatment of choice for biliary tract and gallbladder pathologies. In Ecuador, there are no recorded data on the exact prevalence of gallbladder pathologies or their postsurgical complications, however, it should be noted that in Latin America it is reported that between 5 - 15% of the population develop vesicular lithiasis. Therefore, it is important to know the benefits and postoperative complications of these procedures in these health institutions, which will help prevent immediate postoperative difficulties and thus achieve a complete and effective recovery of patients. A non-experimental, observational, descriptive, cross-sectional, prevalence, correlational, and cohort analytical study was carried out. The universe consists of patients who underwent laparoscopic and conventional cholecystectomy at the National Police Hospital of Guayaquil No. 2 and the Basic Hospital of Duran in the period of May 2017 - May 2018. The sample consists of 110 patients cholecystectomized via laparoscopic or conventional. Data collection was done by reviewing medical records. The results reveal that those patients who underwent open cholecystectomy present an

increased risk of infection of the surgical wound, in comparison with those who underwent laparoscopic cholecystectomy, (RR: 1.78 vs. 0.55). Nausea and vomiting occurred more frequently as an evaluation of signs and symptoms that occurred in the immediate postoperative period of cholecystectomized patients (28.2%). Laparoscopic cholecystectomy is safe for the patient since it is not so invasive and with a low percentage of complications in the immediate postoperative period.

Keywords:

acute cholecystitis, gallbladder diseases, laparoscopic cholecystectomy, postoperative complications, surgical wound infection , postoperative nausea and vomiting

CAPÍTULO I

Introducción

La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente que se realiza en los centros hospitalarios, como tratamiento de elección para las patologías de vesícula y vías biliares. Si bien es cierto este procedimiento tiene muchos años en vigencia y es catalogada como uno de los tratamientos efectivos que ayuda a aliviar la sintomatología de dichas patologías. Existen dos tipos de procedimiento: una realizada por primera vez en 1882 conocida como colecistectomía convencional o abierta y la segunda realizada en 1987 la colecistectomía laparoscópica (operación de oro), ésta última se la considera de esta forma debido a los avances de su procedimiento, en la cual se ha destacado los beneficios enfocados en el postquirúrgico inmediato ya sea el tiempo de recuperación, sintomatología postquirúrgica, etc. (1)

Las patologías de vesícula biliar afectan a gran parte del mundo, principalmente en las poblaciones occidentales, donde se presenta entre un 10 a 30% y cada año se registra un millón de casos nuevos. En Ecuador, no existen datos registrados de la prevalencia exacta de las patologías de vesícula biliar ni sus complicaciones postquirúrgicas, no obstante, cabe recalcar que en América latina se reporta que entre 5 – 15% de la población desarrollan litiasis vesicular. (2)

Es importante conocer los beneficios y las complicaciones postquirúrgicas de estos procedimientos en estas instituciones de salud, las cuales ayudarán a prevenir dificultades en el postoperatorio inmediato y así poder alcanzar una recuperación completa y eficaz de los pacientes.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la prevalencia de las complicaciones en el posquirúrgico inmediato de pacientes sometidos a colecistectomía convencional vs. colecistectomía laparoscópica en un rango de 15 a 62 años.

Objetivos específicos

1. Explicar las principales diferencias entre la colecistectomía convencional vs colecistectomía laparoscópica.
2. Identificar el grupo etario de mayor frecuencia entre los pacientes que son sometidos a colecistectomía convencional y laparoscópica.
3. Identificar los signos y síntomas más frecuentes que se presentan en el postquirúrgico inmediato de los pacientes colecistectomizados.
4. Describir las principales complicaciones postquirúrgicas que se presentan en los pacientes colecistectomizados.
5. Determinar el riesgo de presentación de complicaciones en pacientes que se someten a colecistectomía.

Hipótesis

Los pacientes colecistectomizados por vía convencional presentan una mayor prevalencia de complicaciones en el posquirúrgico inmediato que aquellos que se someten a una colecistectomía laparoscópica.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

La colelitiasis es una patología muy frecuente que se diagnostica por método de la ecografía de rutina, la cual se caracteriza por la presencia de cálculos en el fondo de saco de la vesícula. Los cálculos pueden ser de diferentes composiciones: de colesterol, mixto (colesterol y carbonato de calcio) y pigmentarios, éstos últimos se caracterizan por ser de color negro o marrones con un alto contenido de bilirrubinato de calcio. (3)

Existe controversias en el tratamiento quirúrgico de la colelitiasis enfocándose en pacientes asintomáticos los cuales se ha recomendado colecistectomía en algunas condiciones especiales, como por ejemplo pacientes con cálculos mayores a 2,5cm, anomalías congénitas con cálculo, pacientes diabéticos, etc. (3)

Etiología

La colelitiasis es una patología común del sistema digestivo, tiene mayor prevalencia en pacientes de sexo femenino (aparentemente por la exposición a estrógenos y progesteronas) y pacientes mayores de edad, aunque no se descarta la presencia de esta patología en niños y jóvenes debido a la prevalencia de dietas ricas en grasas; el embarazo, enfermedades hereditarias como la talasemia y a la obesidad son otros criterios que incluyen a pacientes con alto riesgo de desarrollar colelitiasis.(4)

Epidemiología

Las enfermedades de vesícula biliar afectan a gran parte de la población mundial, principalmente en las poblaciones occidentales, donde se presenta entre un 10 a 30% y cada año se registra un millón de casos nuevos. En América latina se reporta que entre 5 – 15% de la población desarrollan litiasis vesicular. (2)

Presenta una mayor prevalencia desde los 40 años, y aumenta en 1-3% cada año. Según Stinton et al. (5)

Ciertos estudios revelan que existe un aumento en la incidencia en pacientes menores de 40 años, con una prevalencia de 26,5% en menores de 30 años, en las que prevalece el sexo femenino. (5)

Según Gaitán et al. (6)

En México la prevalencia global de litiasis biliar es de 14.3%, ligeramente mayor a la observada en países desarrolladas como Japón y Estados Unidos, pero inferior a Chile, que tiene la más alta en el mundo allí afecta a cerca de 44% de las mujeres y 25% de los hombres mayor de 20 años. (6)

Fisiopatología

El órgano principal que interviene en la patología es la vesícula biliar que está compuesta por un epitelio cilíndrico, encargado de la absorción de la bilis, conformado por sales biliares, electrolitos, agua, proteínas, lípidos, pigmentos biliares y entre otros componentes como los colatos y quenodexocolatos. Dicha sustancia proviene del hígado y se recolecta en la vesícula biliar. (4)

En condiciones normales el cuerpo humano secreta entre 500 a 1000 ml de bilis, que varía su secreción debido a las estimulaciones vagales y espláncicas sumando a esto la regularización por medio hormonal como:

La colecistoquinina (CCK), que posee un efecto de contracción en los músculos lisos que posee la vesícula biliar debido a la estimulación del quimo en el duodeno, dando una reacción directa a la estimulación de los receptores de dichos músculos.

El péptido intestinal vaso activo (VIP) actúa junto a la somatostatina que regula la contracción del músculo liso de la vesícula biliar, inhibiendo la acción de la colecistoquinina.

El principal factor de formación de cálculos biliares se enfoca en la estructura física de la bilis, dado por la transformación de la composición de la misma con grasas insaturadas a saturadas, a este proceso se adicionan los factores como hipomotilidad vesicular, consumo excesivo de colesterol y cristalización del colesterol. A nivel biliar, se puede desarrollar 3 tipos de cálculos según la concentración de colesterol que estos posean: colesterol (37-86%), pigmentados (2-27%) y mixtos (4-16%). (4)

Factores de riesgo y factores protectores

En primer lugar, la edad. A medida que avanza la edad, la bilis se vuelve más litogénica aumentando la prevalencia de cálculos. El sexo femenino (probablemente por influencia de los estrógenos) también aumenta el riesgo. Finalmente, la obesidad que se asocia a un aumento en la producción y posterior eliminación de colesterol por las vías biliares. No es infrecuente, en este contexto, la aparición de un cólico biliar tras una dieta de

adelgazamiento con pérdida acelerada de peso, debido a la eliminación masiva de colesterol por las vías biliares. (3)

Figura 1. Factores de riesgo asociados a la formación de cálculos de colesterol (3)

- Factores de riesgo asociados a la formación de cálculos de colesterol.
- Edad.
 - Sexo femenino.
 - Obesidad.
 - Pérdida de peso rápida.
 - Nutrición parenteral total.
 - Embarazo.
 - Multiparidad.
 - Fármacos.
 - Estrógenos exógenos.
 - Anticonceptivos orales.
 - Clofibrato.
 - Octreótido.
 - Ceftriaxona.
 - Hipertrigliceridemia o niveles bajos de HDL.
 - Diabetes resistente a la insulina.
 - Enfermedades del ileon terminal.
 - Enfermedad de Crohn.
 - Lesiones en la médula espinal.
 - Etnia (nativos americanos y escandinavos).
- Factores de riesgo asociados a la formación de cálculos de pigmentos negros.
- Anemia hemolítica crónica.
 - Cirrosis hepática y pancreatitis.

Fuente: Jerusalem C, Simon MA. Cálculos biliares y sus complicaciones. (3)

Cuadro clínico

Habitualmente la litiasis biliar no debuta con sintomatología, pero si el lito que se aloja dentro de la vesícula biliar recorre el camino del sistema biliar formado por el conducto colédoco y además presenta gran tamaño de tal forma que llega a estancarse en dicho conducto, va a generar un intenso dolor característico en cuadrante superior derecho tipo cólico de carácter visceral. En la mayoría de los casos el dolor se puede irradiar hasta el

hombro derecho con una característica de ser constante y permanente, que puede aumentar de los 15 minutos a 1 hora y posterior a esto disminuye hasta desaparecer. Los pacientes pueden llegar a presentar diaforesis, náuseas, vómitos, inquietud, flatos (abundantes gases), distensión abdominal. En la exploración física el paciente puede presentar ligera hipersensibilidad a la palpación en hipocondrio derecho (signo de MURPHY). (4,7)

Figura 2. Criterios diagnósticos para colecistitis aguda (8)

Tabla 1 Criterios diagnósticos para colecistitis aguda
<i>A. Signos inflamatorios locales:</i>
(1) Signo de Murphy
(2) Masa, dolor o sensibilidad en cuadrante superior derecho
<i>B. Signos inflamatorios sistémicos:</i>
(1) Fiebre
(2) Proteína C reactiva elevada
(3) Leucocitosis
<i>C. Hallazgos por la imagen:</i> hallazgos característicos de colecistitis aguda.
Sospecha diagnóstica: 1 ítem de A + 1 ítem de B
Diagnóstico definitivo: 1 ítem de A + 1 ítem de B + C
*Hepatitis aguda y otras causas de dolor abdominal y colecistitis crónica deben ser excluidas.
<i>Adaptada de ref. 3.</i>

Fuente: Izquierdo YE, Díaz Díaz NE. Factores prequirúrgicos asociados con dificultades técnicas de la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda. Radiología. 2018. (8)

Diagnóstico

El diagnóstico de colelitiasis se enfoca en una buena historia clínica con su examen físico correspondiente.(9)

Las pruebas de laboratorio y de suero no son fidedignas para detectar la presencia de litiasis vesicular. Sin embargo, en los casos de colecistitis aguda, se puede presentar elevación de transaminasas, GGT y fosfatasa alcalina, además de una leucocitosis con desviación a la izquierda. (9)

En cuanto a los exámenes de imágenes se destaca la ecografía abdominal, el cual se considera de prueba de primera elección para la detección de cálculos biliares. Con una alta sensibilidad del 90% y con una tasa baja de falsos positivos. Se consideran los siguientes hallazgos ecográficos para colecistitis aguda:

- Grosor de la pared vesicular mayor de 3 mm
- Presencia de líquido perivesicular
- Signo de Murphy ecográfico positivo
- Volumen vesicular mayor de 100 cc
- Cálculo biliar enclavado en el cuello vesicular. (8,9)

Tratamiento quirúrgico

Actualmente, la colecistectomía laparoscópica es considerada el Gold standard para el tratamiento de la enfermedad de la vesícula biliar y ha demostrado una mejor relación costo – efectividad – eficiencia frente a la colecistectomía convencional o abierta. (1)

Se ha presenciado un gran avance con la laparoscopia, en cuanto a un procedimiento menos invasivo, menor tiempo de hospitalización, costos reducidos, mejores efectos estéticos, dolor y cicatrización menores y regreso temprano a la actividad ordinaria, lo cual produce un gran beneficio para los pacientes. (1,9)

Al paciente que se somete a colecistectomía laparoscópica, se recomienda ser evaluado integralmente, y en pacientes mayores de 40 años se sugiere hacer una evaluación cardiopulmonar. (9)

Esta modalidad favorece una mejor inspección completa de la cavidad abdominal y la posibilidad de maniobras quirúrgicas adicionales en el paciente, especialmente en la zona inferior del abdomen. (9)

En los últimos años, la colecistectomía abierta es un procedimiento menos común que suele practicarse para convertir una colecistectomía laparoscópica o como una segunda intervención en sujetos que requieren una laparotomía por otra razón. La recuperación del paciente que se somete a una colecistectomía abierta toma alrededor de 2 semanas. (1)

A pesar de la vía laparoscópica la colecistectomía convencional sigue siendo un tratamiento muy útil, principalmente la litiasis biliar complicada; se mencionan algunas situaciones en las que esta modalidad está indicada: obesidad mórbida, cirrosis, hipertensión portal, enfermedad pulmonar obstructiva grave, cirugía previa, embarazo, colecistitis grave, empiema vesicular, colangitis aguda, perforación vesicular, fístulas colecistoentéricas o sospecha de neoplasia vesicular. (9)

La conversión no es una complicación de la colecistectomía laparoscópica y se debe hacer puntualmente para proteger al paciente contra una lesión operativa seria. Esta decisión de convertir para abrir la colecistectomía se debe considerar como juicio quirúrgico sano. (9) En Latinoamérica, la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta presenta una frecuencia de 10% al 20%. (10) Según el estudio de Vargas et

al. (10) destaca la edad mayor a 50 años y la leucocitosis mayor a 10.000 mm³ como factores de riesgo para conversión.

Complicaciones

La vesícula biliar al encontrarse activamente involucrada en el proceso digestivo, su extracción presenta un impacto adverso sobre el sistema digestivo en general. Los síntomas del llamado síndrome post colecistectomía son muy diferentes en el caso de cada individuo. (9) Los signos y síntomas postquirúrgicos más frecuentemente observados son las náuseas y vómitos, dolor abdominal inferior, gastritis, ictericia, diarrea, síndrome de intestino irritable, enfermedad por reflujo gastroesofágico. (9)

Las náuseas y vómitos son síntomas comunes que pueden ser producto de la manipulación del peritoneo parietal y de las vísceras abdominales luego del neumoperitoneo, puede provocar una estimulación vagal que desencadenara los reflejos de náuseas, diaforesis y bradicardia, debido a la insuflación de CO₂. El dolor abdominal inferior se puede manifestar por la presencia de gran cantidad de bilis que se libera directamente en el tubo digestivo ya que no existe almacenamiento de la bilis adicional liberada por el hígado. La intensidad del dolor puede variar desde un dolor sordo abdominal inferior a un dolor agudo y punzante. (9)

Los pacientes pueden presentar gastritis, producto del flujo biliar extra en el tracto digestivo lo que conlleva a una inflamación del revestimiento del estómago. La bilis a menudo tiende a subir hacia el esófago y produce esofagitis. A veces, en los pacientes se puede observar ictericia por acumulación de bilirrubina en las membranas mucosas, en la esclera de los

ojos y la piel. Puede apreciarse un tinte amarillento en estas partes del cuerpo. Los pacientes muy frecuentemente refieren diarreas de tipo acuosas poco después de la colecistectomía. (9)

Según Yáñez et al. (11) “En lo que respecta a la infección del sitio quirúrgico como se mencionó los valores pueden llegar hasta el 1.3%; siendo la reducción global del OR 0,62 en cirugía laparoscópica; esta es una de las complicaciones que puede aparecer posterior al procedimiento quirúrgico, existe una disminución en cuanto a esto se refiere con el advenimiento de la cirugía laparoscópica en lo que respecta infección del sitio quirúrgico y el riesgo de infección incisional”.

Según el metaanálisis de Olaya y Carrasquilla (12) las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes se encuentran: lesión del ducto biliar, fístula biliar, íleo, infección de herida, infección urinaria, retención urinaria, atelectasia, hemorragia intra y posoperatoria, cálculos residuales, neumonía y hernia incisional. En las cuales el riesgo de presentarse es menor en la colecistectomía laparoscópica. (12)

En el estudio de Priego et al. (13) destaca que las complicaciones postquirúrgicas en pacientes colecistectomizados vía laparoscópica se presentan en menor proporción (2,34%), en las que se menciona hemoperitoneo (1%), lesión de la vía biliar transoperatorio (0,3%) y hemo-coleperitoneo con posterior reintervención en 1,3%. (13)

CAPITULO III

Materiales y métodos

El presente estudio presenta un diseño de tipo no experimental, observacional, descriptivo, de corte transversal, de prevalencia, correlacional, analítico de cohorte.

El universo del estudio lo conforman los pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica y convencional en el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2 y el Hospital Básico de Durán en el período de mayo 2017 – mayo 2018.

La muestra está conformada por 110 pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica o convencional. La recolección de datos se realizó mediante revisión de historias clínicas del Hospital Básico de Durán y del Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2, desde mayo 2017 a mayo 2018. Los datos fueron tabulados en Excel.

Se definieron como criterios de inclusión: pacientes de 15 a 62 años, con diagnóstico de enfermedades de las vías biliares, que se hayan sometido a colecistectomía laparoscópica o convencional, y que hayan presentado complicaciones postcolecistectomía. Se excluyeron aquellos pacientes sometidos a laparotomía exploratoria sin diagnóstico definitivo de patología biliar.

Operacionalización de variables			
Variables	Definición	Valor final	Tipo de variable
Edad	Años cumplidos de la persona desde su nacimiento	Años	Numérica discreta
Sexo	Condición orgánica de la persona	Masculino Femenino	Categórica nominal
Tiempo quirúrgico	Tiempo en horas que dura el procedimiento quirúrgico	Menor a 1 hora 2 – 3 horas Mayor a 3 horas	Numérica discreta
Complicaciones postquirúrgicas	Patologías que se presentan posterior al procedimiento quirúrgico	Infección de herida Coledocolitiasis Pancreatitis Neumonía	Categórica nominal
Signos y síntomas postquirúrgicos	Sintomatología que se presenta en el postquirúrgico inmediato	Alza térmica Náuseas y vómitos Dolor abdominal Alza térmica + náuseas y vómitos	Categórica nominal

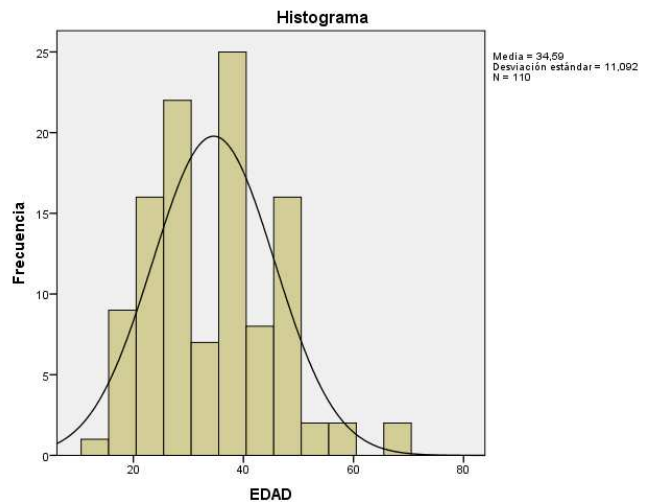
		Alza térmica + dolor abdominal	
		Náuseas y vómitos + dolor abdominal	
		Todos	
Tiempo de aparición de movimientos hidroaéreos	Tiempo en que comienza a aparecer ruidos hidroaéreos por auscultación, en días	1 día 2 días Más de 3 días	Numérica discreta
Variable de estudio	Definición	Valor final	Tipo de variable
Procedimiento quirúrgico	Operación quirúrgica compleja para el tratamiento de una patología	Colecistectomía laparoscópica Colecistectomía abierta o convencional	Categoría nominal

CAPITULO IV

Análisis y Resultados

1. Tabla y gráfico 1.- Frecuencia de edad en los pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional

EDAD		
N	Válido	110
	Perdidos	0
Media		34,59
Mediana		35,50
Moda		37
Desviación estándar		11,092
Curtosis		-,178
Error estándar de curtosis		,457
Mínimo		13
Máximo		67



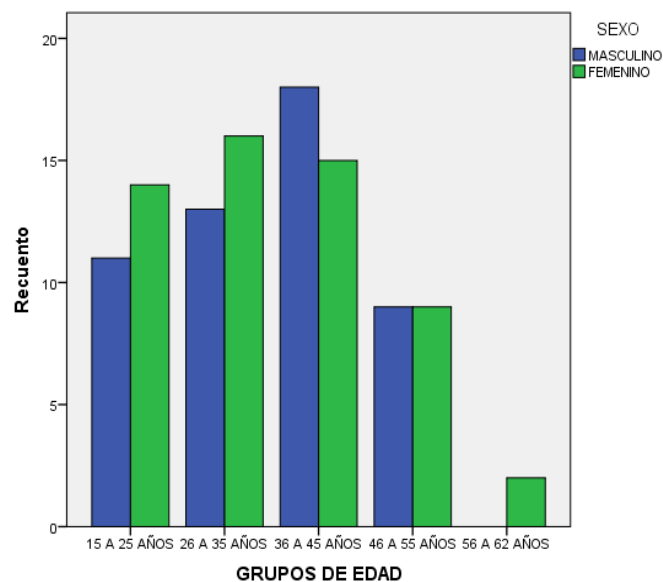
Elaborado por: Romero R., Salazar A.

Fuente: Base de datos Hospital Básico de Durán y HDPNG-2

Análisis e interpretación de resultados.- En nuestro estudio tenemos como media de Edad 34.59 del total de 110 pacientes de la muestra y la mediana de nuestra muestra corresponde a 35,50 años.

2. Tabla y gráfico 2.- Frecuencia por grupos de edad y sexo en pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional

	SEXO		Total
	MASCULINO	FEMENINO	
GRUPOS DE EDAD			
15 A 25 AÑOS	11	15	26
26 A 35 AÑOS	13	16	29
36 A 45 AÑOS	18	15	33
46 A 55 AÑOS	9	9	18
56 A 62 AÑOS	0	4	4
Total	51	59	110

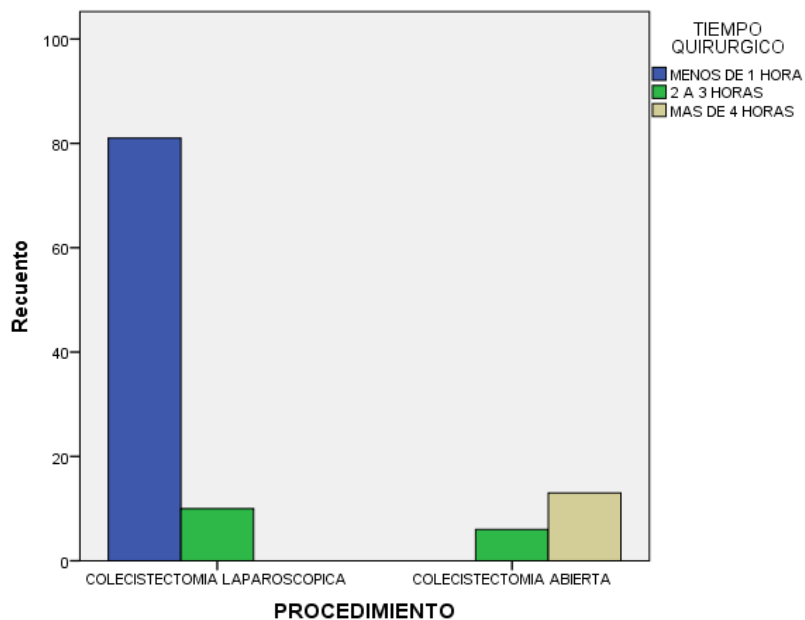


Elaborado por: Romero R., Salazar A.

Fuente: Base de datos Hospital Básico de Durán y HDPNG-2

Análisis e interpretación de resultados.- De los 110 pacientes su edad media corresponde con el 30% en sujetos de edad productiva entre los 35 a 45 años. Por lo cual podemos destacar que tanto la colecistectomía laparoscópica como la convencional se realiza con mayor frecuencia en grupos etarios jóvenes y adultos.

3. Gráfico 3.- Comparación entre colecistectomía laparoscópica y abierta según su tiempo de duración



Elaborado por: Romero R., Salazar A.

Fuente: Base de datos Hospital Básico de Durán y HDPNG-2

Análisis e interpretación de resultados.- Dentro del grupo de pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica (91 pacientes), se observa que 81 pacientes tuvieron un tiempo quirúrgico de menos de 1 hora y 10 pacientes con tiempo quirúrgico de 2 a 3 horas. En cambio, en el grupo de pacientes que se sometieron a colecistectomía convencional (19 pacientes) se observó un tiempo quirúrgico de más de 4 horas en 13 pacientes y de 2 a 3 horas en 6 pacientes.

3. Tabla 3.- Comparación de pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional según el tiempo de aparición de ruidos hidroaéreos

	TIEMPO DE APARICION DE RUIDOS HIDROAEREOS			Total
	1 día	2 días	+3 días	
PROCEDIMIENTO COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	18	49	24	91
COLECISTECTOMIA ABIERTA	1	3	15	19
Total	19	52	39	110

Elaborado por: Romero R., Salazar A.

Fuente: Base de datos Hospital Básico de Durán y HDPNG-2

4. Tabla 4.- Prueba de Chi cuadrado

	Valor	GI	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	18,987 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	18,496	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,186	1	,000
N de casos válidos	110		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,28.

Elaborado por: Romero R., Salazar A.

Fuente: Base de datos Hospital Básico de Durán y HDPNG-2

Análisis e interpretación de resultados:

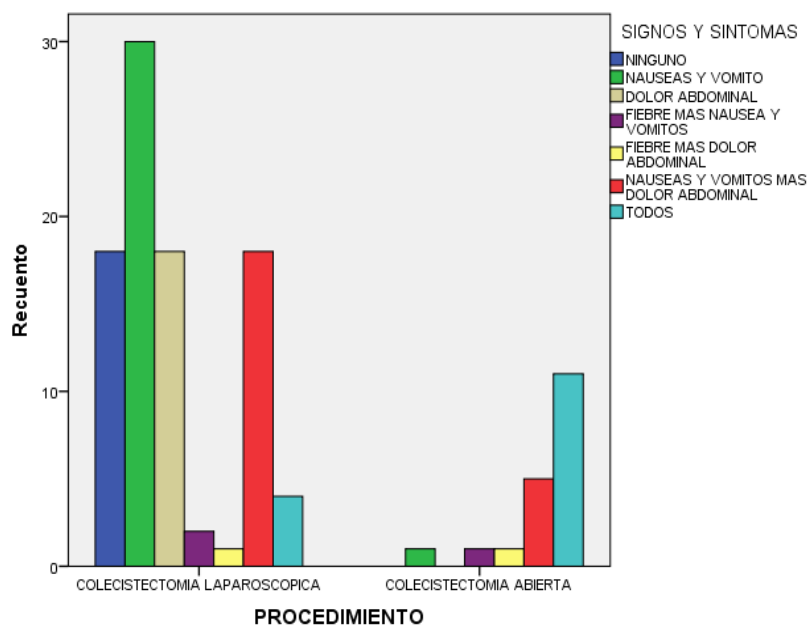
Ho: El tipo de procedimiento no está en relación al tiempo de aparición de ruidos hidroaéreos.

Ha: El tipo de procedimiento está en relación al tiempo de aparición de ruidos hidroaéreos.

Conclusión.- cuando existe ruidos hidroaéreos más de dos días, significa que hay movimiento intestinal y peristaltismo normal, lo que concuerda con el resultado estadístico con una probabilidad de $P = < 0.05$.

5. Tabla 5 y gráfico 4.- Frecuencia de signos y síntomas posquirúrgicos en pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NINGUNO	18	16,4	16,4
NAUSEAS Y VOMITO	31	28,2	44,5
DOLOR ABDOMINAL	18	16,4	60,9
FIEBRE MAS NAUSEA Y VOMITOS	3	2,7	63,6
FIEBRE MAS DOLOR ABDOMINAL	2	1,8	65,5
NAUSEAS Y VOMITOS MAS DOLOR ABDOMINAL	23	20,9	86,4
TODOS	15	13,6	100,0
Total	110	100,0	

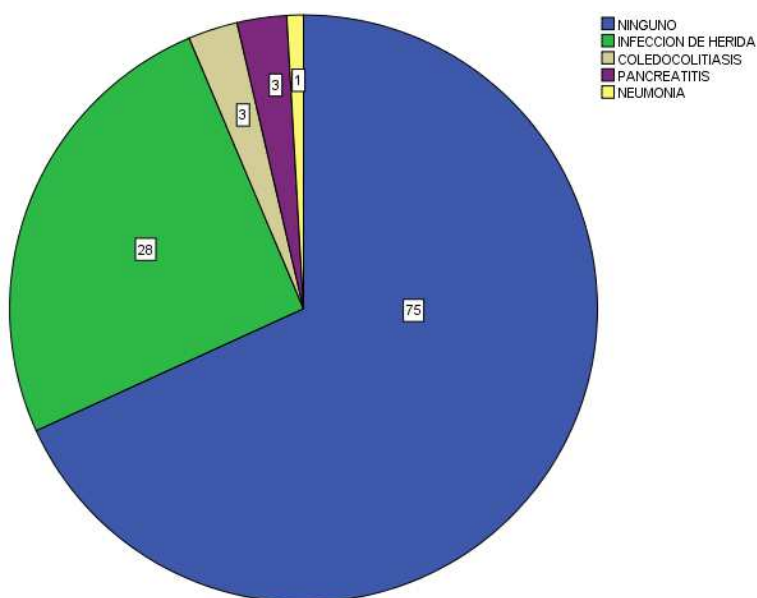


Elaborado por: Romero R., Salazar A.

Fuente: Base de datos Hospital Básico de Durán y HDPNG-2

Análisis e interpretación de resultados.- Los signos y síntomas posquirúrgicos que se observa con mayor frecuencia corresponde a las náuseas y vómitos en un 28.2%, seguido de náuseas y vómitos acompañado de dolor abdominal en un 20.9%, el 16,4% presentó solamente dolor abdominal, el 13,6% presenta todos los síntomas referidos, y sólo el +1 y +/- 1% presentan fiebre + náuseas y vómitos o fiebre más dolor abdominal.

6. Gráfico 5.- Frecuencia de las complicaciones posquirúrgicas en pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional

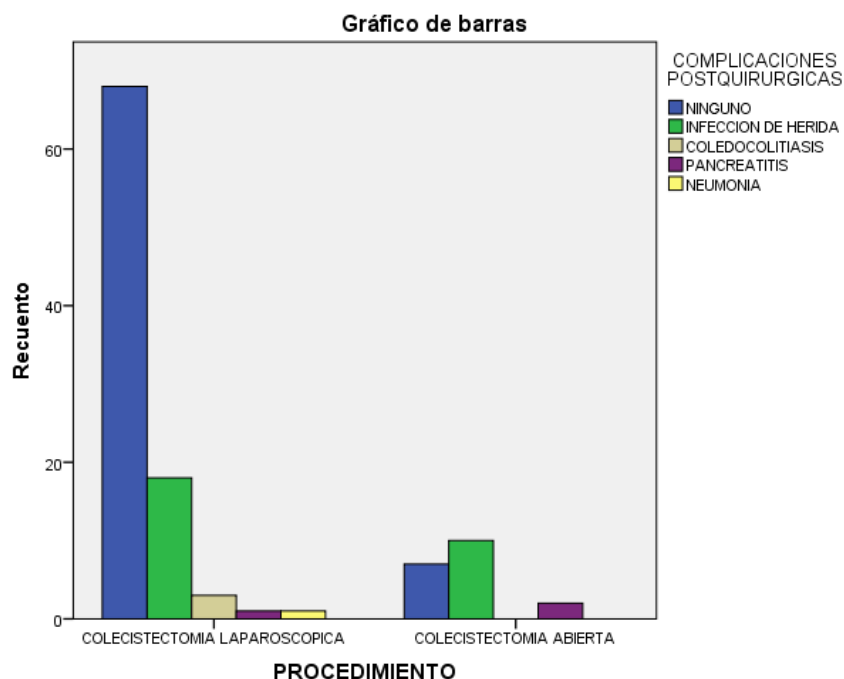


Elaborado por: Romero R., Salazar A.

Fuente: Base de datos Hospital Básico de Durán y HDPNG-2

Análisis e interpretación de resultados.- La complicación posquirúrgica más frecuente en pacientes colecistectomizados vía laparoscópica y convencional es la infección de herida que corresponde al 25.5% de los pacientes estudiados. Sin embargo, se destaca que el 75% de la muestra no presentó complicación posquirúrgica.

7. Gráfico 6. Comparación de las complicaciones posquirúrgicas en pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica vs. Convencional



Elaborado por: Romero R., Salazar A. **Fuente:** Base de datos Hospital Básico de Durán y HDPNG-2

Análisis e interpretación de datos: De los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica (91 pacientes), se observa que el 74% (68 pacientes) no presenta complicaciones posquirúrgicas y sólo el 19% presentó infección de herida. En comparación de los colecistectomizados por vía convencional (19 pacientes), se observa que el 52,63% (10 pacientes) presentó infección de herida, el 36,85% (7 pacientes) no presentó complicación posquirúrgica y el 10,52% (2 pacientes) presentó coledocolitiasis.

8. Tabla 6.- Riesgo relativo de las complicaciones posquirúrgicas

	COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS									
	NINGUNA	INFECCION DE HERIDA	RR	COLEDOCOLITIASIS	RR	PANCREATITIS	RR	NEUMONIA	RR	TOTAL
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	68	18	0,55	3	0	1	0,1	1	0	91
COLECISTECTOMIA ABIERTA	7	10	1,78	0	0	2	10	0	0	19
TOTAL	75	28		3		3		1		110

Elaborado por: Romero R., Salazar A.

Fuente: Base de datos Hospital Básico de Durán y HDPNG-2

Análisis e interpretación de resultados.- Los pacientes que se sometieron a colecistectomía abierta presentan una mayor probabilidad de infección de herida, a diferencia de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. (RR= 1.78 vs. 0.55).

CAPÍTULO V

Discusión

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis general que establece a la colecistectomía convencional como el procedimiento con una mayor prevalencia de complicaciones en el posquirúrgico inmediato que aquellos que se someten a una colecistectomía laparoscópica. A pesar de que la literatura médica menciona que la edad más frecuente que se presenta en pacientes con patologías biliares es de mayores de 40 años, si comparamos los resultados entre colecistectomía laparoscópica y abierta, encontramos una frecuencia mayor en el grupo etario de jóvenes y adultos de un rango de edad de 35 - 45 años, la cual guarda relación con el estudio de Stinton et al. (5) donde existe una incidencia en pacientes menores de 40 años. Además, se observa que el sexo femenino prevalece sobre el sexo masculino, como lo confirma la literatura médica investigada.

Esta investigación guarda relación con investigaciones ya realizadas donde se demuestran un gran beneficio del procedimiento laparoscópico como un procedimiento más sencillo y seguro correlacionando el tiempo de duración en el cual 81/110 pacientes tuvieron un tiempo quirúrgico de 1 hora, 10 pacientes con tiempo quirúrgico de 2 a 3 horas y el restante (19 pacientes) que se sometieron al proceso quirúrgico abierto tuvieron 4 horas de duración. Los datos revelan que la colecistectomía laparoscópica es segura para el paciente dado que no es tan invasivo y con bajo porcentaje de complicaciones en el posquirúrgico inmediato, lo que concuerda con la literatura médica que le otorga una tasa de complicaciones

aproximadamente tres veces menor que en la colecistectomía abierta.
(14,15)

Las náuseas y los vómitos se presentaron con mayor frecuencia como evaluación de signos y síntomas que se presentaron en el postquirúrgico inmediato de los pacientes colecistectomizados (28,2%). Dichos resultados se relacionan con el estudio de Ruano et al. (9) la cual mencionan a las náuseas y vómitos como uno de los signos y síntomas más frecuentes que se presentan en dichos pacientes.

La mayoría de los pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica no presentaron complicaciones posquirúrgicas. Sin embargo, en el grupo de pacientes colecistectomizados por vía convencional, presentaron en mayor proporción infección de herida con un 52,63%.

En nuestro estudio, encontramos que aquellos pacientes que se sometieron a colecistectomía abierta presentan un mayor riesgo de infección de la herida quirúrgica, en comparación con aquellos que se sometieron a colecistectomía laparoscópica, (RR: 1.78 vs. 0.55, respectivamente). Cabe recalcar que los colecistectomizados vía convencional presentaron una duración del procedimiento mayor de 3 horas y más de 2 signos y síntomas postquirúrgicos el dolor abdominal, la fiebre y vómitos(15); por lo cual en la actualidad es uno de los procedimiento menos realizados, pero que suelen estar indicados en caso de que no haya éxito con la laparoscópica. (9)

Conclusión

Nuestro estudio concluye que, la colecistectomía laparoscópica se encuentra como el procedimiento Gold standard para la resolución quirúrgica de las patologías de vesícula y vías biliares, predominando sobre la convencional con una 82.72% vs. 17.27% respectivamente, lo que concuerda con la literatura médica mundial.

La edad de 35 a 45 años corresponde al grupo etario más frecuente de pacientes que se someten a colecistectomía por patologías de vesícula biliar.

Las náuseas y los vómitos son los signos y síntomas que presentaron con mayor frecuencia los pacientes en el postquirúrgico inmediato por colecistectomía, con un 28,2%.

La investigación realizada determina que, si bien algunos factores de ventaja y eficacia que tiene el procedimiento de laparoscopia poseen también complicaciones al igual que el procedimiento convencional, entre las cuales la más común tenemos la infección de herida (19% vs. 52,63%, respectivamente), con un riesgo mayor de presentarse en pacientes colecistectomizados por vía convencional (RR= 1.78).

Con los resultados encontrados en esta investigación podemos concordar con la hipótesis propuesta donde la colecistectomía laparoscópica es un procedimiento beneficioso no solo en evolución del paciente sino en desarrollo y tiempo de ejecución dando como el principal método operatorio que se realiza actualmente en los hospitales estudiados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palacios Arce CC, Palacios Silva AE, Peñafiel Ortiz BC, Barzallo J. Colectomía laparoscópica vs colectomía convencional en patología de vesícula y vías biliares extrahepáticas, del servicio de cirugía Hospital Vicente Corral Moscoso 2005, 2006, 2007. 2008 [citado 8 de octubre de 2018]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19814>
2. Almora Carbonell CL, Arteaga Prado Y, Plaza González T, Prieto Ferro Y, Hernández Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. Rev Cienc Médicas Pinar Río. febrero de 2012;16(1):200-14.
3. Jerusalem C, Simon MA. Calculos biliares y sus complicaciones. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/45_Calculos_biliares_y_sus_complicaciones.pdf
4. Zarate DA. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas. :6.
5. Stinton LM, Myers RP, Shaffer EA. Epidemiology of gallstones. Gastroenterol Clin North Am. junio de 2010;39(2):157-69, vii.
6. Gaitán JA, Martínez VM. Enfermedad litiasica biliar, experiencia en una clínica de cuarto nivel, 2005-201. Rev Colomb Cir. 2014;29:188-96.
7. Cortes V, Chaparro L. Guia practica clinica Diagnostico y tratamiento de colecistitis y colelitiasis. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/237_I_MSS_09_Colecistitis_Colelitiasis/EyR_IMSS_237_09.pdf
8. Izquierdo YE, Díaz Díaz NE, Muñoz N, Guzmán OE, Contreras Bustos I, Gutiérrez JS. Factores prequirúrgicos asociados con dificultades técnicas de la colectomía laparoscópica en la colecistitis aguda. Radiología. 1 de enero de 2018;60(1):57-63.
9. Ruano C, Rogelio C. Complicaciones abdominales en pacientes con colectomía laparoscópica en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro Guaranda 2014-2015. diciembre de 2015 [citado 10 de octubre de 2018]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/1020>
10. Vargas R L, Agudelo S M, Lizcano C R, Martínez B M, Velandia B L, Sánchez H S, et al. Factores asociados con la conversión de la colectomía laparoscópica a colectomía abierta. Rev Colomb Gastroenterol. marzo de 2017;32(1):20-3.
11. Yáñez V, Manuel C. Evaluación de las complicaciones de la colecistitis aguda resuelta quirúrgicamente de manera electiva y por emergencia

tanto por cirugía convencional como laparoscópica en el Hospital San Francisco de Quito en el período de mayo a octubre del 2016. 2017 [citado 11 de abril de 2019]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11245>

12. Pardo CO, Gutiérrez GC. Meta-análisis de efectividad de la colecistectomía laparoscópica frente a la abierta. Rev Colomb Cir. 2006;26(2):12.
13. Priego P, Ramiro C, Molina JM, 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 Enfermedades Dig. enero de 2009;101(1):20-30.
14. Vargas JJZ, Carranza JV. Colecistectomía abierta versus laparoscópica: experiencia en el Hospital San Juan de Dios. Acta Médica Costarric. 2002;44(3):113-6.
15. Raudales EB, Sierra R, Alger J. CARACTERÍSTICAS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA Y HOSPITALARIA, INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, TEGUCIGALPA, HONDURAS, 2012-2013. REV MED HONDUR. 2015;83:5.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **SALAZAR MORALES ANDRES FRANCISCO** con C.C: **0925204372** autor del trabajo de titulación: Evaluación de las complicaciones posquirúrgicas en colecistectomía convencional vs colecistectomía laparoscópica en pacientes de 15 – 62 años en el Hospital Básico Durán y el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2, en el período comprendido entre mayo 2017 a mayo 2018 previo a la obtención del título de medicina en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de abril de 2019**

f. _____

Nombre: **Salazar Morales Andrés Francisco**

C.C: **0925204372**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **ROMERO SANTANA RAUL ANTONIO** con C.C: **0930590393** autor del trabajo de titulación: Evaluación de las complicaciones posquirúrgicas en colecistectomía convencional vs colecistectomía laparoscópica en pacientes de 15 – 62 años en el Hospital Básico Durán y el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2, en el período comprendido entre mayo 2017 a mayo 2018 previo a la obtención del título de medicina en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de abril de 2019**

f. _____

Nombre: **Romero Santana Raúl Antonio**

C.C: **0930590393**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación de las complicaciones posquirúrgicas en colecistectomía convencional vs colecistectomía laparoscópica en pacientes de 15 – 62 años en el Hospital Básico Durán y el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2, en el período comprendido entre mayo 2017 a mayo 2018.		
AUTOR(ES)	Salazar Morales Andres Francisco, Romero Santana Raúl Antonio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Elizabeth Benites Estupiñan		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de ciencias medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de abril de 2019	No. DE PÁGINAS:	38
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	<i>colecistitis aguda, patologías de la vesícula biliar, colecistectomía laparoscópica, complicaciones postoperatorias, infección de herida quirúrgica, náuseas y vómitos postoperatorio</i>		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico más frecuente que se realiza en los centros hospitalarios, como tratamiento de elección para las patologías de vesícula y vías biliares. En Ecuador, no existen datos registrados de la prevalencia exacta de las patologías de vesícula biliar ni sus complicaciones postquirúrgicas, no obstante, cabe recalcar que en América latina se reporta que entre 5 – 15% de la población desarrollan litiasis vesicular. Por lo tanto, es importante conocer los beneficios y las complicaciones postquirúrgicas de estos procedimientos en estas instituciones de salud, las cuales ayudarán a prevenir dificultades en el postoperatorio inmediato y así poder alcanzar una recuperación completa y eficaz de los pacientes. Se llevó a cabo un estudio de tipo no experimental, observacional, descriptivo, de corte transversal, de prevalencia, correlacional, analítico de cohorte. El universo lo conforman pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica y convencional en el Hospital de la Policía Nacional de Guayaquil No. 2 y el Hospital Básico de Durán en el período de mayo 2017 – mayo 2018. La muestra la conforman 110 pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica o convencional. La recolección de datos se realizó mediante revisión de historias clínicas. Los resultados revelan que aquellos pacientes que se sometieron a colecistectomía abierta presentan un mayor riesgo de infección de la herida quirúrgica, en comparación con aquellos que se sometieron a colecistectomía laparoscópica, (RR: 1.78 vs. 0.55). Las náuseas y los vómitos se presentaron con mayor frecuencia como evaluación de signos y síntomas que se presentaron en el postquirúrgico inmediato de los pacientes colecistectomizados (28,2%). La colecistectomía laparoscópica es segura para el paciente dado que no es tan invasivo y con bajo porcentaje de complicaciones en el posquirúrgico inmediato.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0989655124 - 0989726836	E-mail: andres_salazarf@hotmail.com romero.santana.raul@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Ayon Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593-997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			