

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL Y COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA VENTAJAS Y COMPLICACIONES HOSPITAL
CAYETANO HEREDIA ENERO A JUNIO DEL 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

NOMBRES Y APELLIDOS: DEYNER IVAN QUINDE RIVERA

ASESOR: ROXY JUAN POLO BARDALES

PIURA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada:

A Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Es un orgullo y privilegio ser su hijo, son los mejores padres.

A mis hermanos (as) por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mi hijo y pareja por brindarme su amor, apoyo moral y profesional en cada momento, sin su apoyo nada hubiera sido lo mismo.

A todos mis amigos, vecinos y futuros colegas que me ayudaron de una manera desinteresada, gracias infinitas por toda su ayuda y buena voluntad.

A mis docentes de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad privada Antenor Orrego, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión medica

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecerle a dios por darme la vida, porque cada día me demuestra lo hermosa que es, y lo justa que puede llegar a ser. gracias también por permitirme tener y disfrutar a mi familia, agradecer también a mi familia por apoyarme en cada proyecto y decisión que he tomado , agradecer por estar presentes en mi vida y permitirme compartir y disfrutar cada día a su lado .

Mi hijo el mejor regalo que haya podido recibir de parte de dios, es mi mayor tesoro y también la fuente más pura de mi inspiración, por esto mismo he decidido agradecerle por cada momento de felicidad en mi vida, el cual muy seguramente se ve reflejado en mi vida hoy en día. Gracias a él por ser la felicidad de mi vida, gracias a él por permitirme ser cada día mejor padre a su lado. Gracias a mi pareja por entenderme en todo, gracias a ella porque en todo momento fue un apoyo incondicional en mi vida, fue la felicidad encajada en una sola persona.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos.

,

TITULO DEL ESTUDIO:

Colecistectomía convencional y colecistectomía laparoscópica ventajas y complicaciones en Hospital Cayetano Heredia de enero a junio del 2018

STUDY TITLE:

Conventional cholecystectomy and laparoscopic cholecystectomy advantages and complications at Hospital Cayetano Heredia from January to June 2018

AUTOR: Deyner Iván Quinde Rivera

ASESOR: Dr. Roxi Juan Polo Bardales Docente UPAO - Piura

INSTITUCIÓN DE ESTUDIO: Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO-Piura

CORRESPONDENCIA:

Nombres y apellidos: Deyner Iván Quinde Rivera

Dirección: URB. Bello Horizonte MZ C2 LT 17

Teléfono: + (51) 945124347

E-mail: Deyner_100@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Determinar las ventajas y complicaciones de Colectomía convencional y laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Cayetano Heredia de enero a junio del 2018 **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal; la población estuvo determinada por todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que fueron sometidos a cirugía laparoscópica y convencional y la muestra no aleatoria por conveniencia, de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Siendo un total de 80 pacientes **Resultados:** De los 80 pacientes 40 fueron sometidos a colectomía convencional y 40 por cirugía laparoscópica. El sexo femenino fue predominante en ambos grupos, la edad promedio fue de 37.05. Estado civil casado(a), y procedencia urbana. El 92.5% de las pacientes sometidos a cirugía laparoscópica presentaron un tiempo operatorio menor de 2 horas, el 95% el sangrado fue menor a 150 ml, en comparación con el 32.5% de los pacientes sometidos a cirugía abierta. La estancia post operatoria fue menor también en el grupo de cirugía laparoscópica. El 100% de los pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica fueron curados a comparación del 97.5% de los pacientes sometidos a cirugía abierta. Ninguno de los pacientes resultó muerto. Las complicaciones de la cirugía laparoscópica fueron la infección superficial del sitio operatorio con 2.5%, el enfisema subcutáneo con 2.5% y vómitos post operatorio con 2.5%; los pacientes sometidos a cirugía convencional presentaron más complicaciones, náuseas y vómitos post operatorios en un 20%, sangrado post quirúrgico y dolor post operatorio 10%, ictericia post quirúrgica y lesión de víscera hueca 5%. El plastrón fue el hallazgo más frecuente en los pacientes sometidos a cirugía abierta con 25%, edema vesicular 20%. Para la cirugía laparoscópica los hallazgos fueron el plastrón en un 10%, seguido de edema vesicular 8% e hidrocolecisto y piocolecisto con 4%. **Conclusión:** La colectomía laparoscópica tiene más ventajas y menos complicaciones que la convencional en los pacientes atendidos en el servicio de cirugía general del hospital Cayetano Heredia en el periodo de enero a junio del 2018.

Palabras Clave: colectomía, convencional, laparoscópica.

SUMMARY

Objective: To determine the advantages and complications of conventional and laparoscopic cholecystectomy in the general surgery service of the Cayetano Heredia Hospital from January to June 2018 **Methodology:** Observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study; The population was determined by all patients diagnosed with acute cholecystitis who underwent laparoscopic and conventional surgery and the non-random sample for convenience of the clinical records that met the inclusion and exclusion criteria. Being a total of 80 patients. **Results:** Of the 80 patients, 40 underwent conventional cholecystectomy and 40 underwent laparoscopic surgery. 73.75% of the population was female, the average age was 37.05 and females were predominant in both groups. Married marital status, and urban origin. 92.5% of the patients undergoing laparoscopic surgery had an operative time of less than 2 hours, 95% of the bleeding was less than 150 ml, compared to 32.5% of the patients undergoing open surgery. The postoperative stay was also lower in the laparoscopic surgery group. 100% of the patients operated on by laparoscopic surgery were cured compared to 97.5% of the patients undergoing open surgery. None of the patients was killed. the complications of laparoscopic surgery were superficial infection of the operative site with 2.5%, subcutaneous emphysema with 2.5% and postoperative vomiting with 2.5%; patients undergoing conventional surgery had more complications, post-operative nausea and vomiting in 20%, post-surgical bleeding and post-operative pain 10%, post-surgical jaundice and 5% hollow wound injury. The plastron was the most frequent finding in patients undergoing open surgery with 25%, vesicular edema 20%. For laparoscopic surgery, the findings were the plastron in 10%, followed by vesicular edema 8% and hydrocholecisto and piocollecisto with 4%. **Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy has more advantages and fewer complications than the conventional one in the patients attended in the general surgery service of the Cayetano Heredia Hospital from January to June 2018.

Keywords: cholecystectomy, conventional, laparoscopic

1. INTRODUCCIÓN:

La colecistitis aguda corresponde a una inflamación de la vesícula biliar¹. En 90-95% de los casos, corresponde a una complicación de la colelitiasis² (colecistitis litiásica), generalmente, por obstrucción del conducto cístico, con distensión e inflamación, además de infección bacteriana secundaria^{3,4}. El 5-10% restante presenta una colecistitis sin litiasis demostrada (colecistitis alitiásica), cuya etiología suele ser multifactorial. Un porcentaje mínimo (<1%) de las colecistitis resultan de tumores oclusivos del conducto cístico^{5,6}. De acuerdo con las Guías de Tokio 2013 para colangitis y colecistitis aguda⁷, se considera diagnóstico definitivo de Colecistitis aguda la presencia concomitante de signos inflamatorios locales en el cuadrante abdominal superior derecho, signos de respuesta inflamatoria sistémica y hallazgos típicos por imagen de Colecistitis aguda^{8,9}. En países desarrollados, la prevalencia de cálculos biliares se estima entre un 5 a 10% dentro de la población adulta¹⁰. En Chile la prevalencia de colelitiasis es del 10 a 14%, no obstante en poblaciones como la de Isla de Pascua es del 6% aproximadamente¹¹. En países como EEUU, Bolivia, México, España y Japón, la prevalencia es aproximadamente de 10-15%, 15,7%, 14,3%, 9,7% y 7%, respectivamente¹². Se estima que la incidencia de patología biliar litiásica en adultos en nuestro medio es entre 15 y 20%¹³. Según la guía de práctica clínica de abdomen agudo del adulto refiere que frente a un paciente con un diagnóstico sindrómico de dolor abdominal, se debe incluir a la colecistitis aguda litiásica o alitiásica como diagnóstico diferencial con la finalidad de dar un tratamiento óptimo médico y/o quirúrgico dependiendo del nivel resolutivo del nosocomio en el cual nos encontremos^{14,15}. Según la medicina basada en la evidencia, el tratamiento será ya sea médico y/o quirúrgico¹⁶. Cuando el tratamiento médico fracasa en la mayoría de los casos, se recurre al tratamiento quirúrgico¹⁷. En la actualidad existen dos opciones quirúrgicas para el tratamiento de la litiasis vesicular sintomática, el procedimiento de colecistectomía convencional abierta y, la colecistectomía laparoscópica¹⁸. Esta última se ha convertido en el estándar de oro, dadas las ventajas sobre el procedimiento convencional abierto, en cuanto a recuperación posquirúrgica, el dolor posoperatorio, tiempo de estancia hospitalaria, la reincorporación temprana a las actividades laborales y resultados estéticos aceptables^{19,20}. Existen pues enormes ventajas en comparación con la técnica convencional, como lo son:1)

Una baja tasa de complicaciones, aproximadamente tres veces menor que en las colecistectomías abiertas. 2) Una estancia hospitalaria posoperatoria menor y una recuperación más pronta del paciente, consecuentemente menos incapacidad laboral. 3) Menor dolor posoperatorio. 4) Mejores resultados estéticos al tener menor tamaño la herida quirúrgica y mejor cicatrización por esta misma causa. En muchos estudios no se han reportado contraindicaciones para realizar la cirugía por este abordaje. Pacientes neumópatas, cardiópatas, cirróticos, embarazadas, colecistitis agudas y piocolecistos, se han beneficiado sin que aumenten las complicaciones, Finalmente, es indiscutible el beneficio que significa para un Hospital, la reducción de la estancia posoperatoria, la menor cantidad de complicaciones y la satisfacción del usuario²¹ Los procedimientos a cielo abierto siguen practicándose con gran frecuencia, debido en parte a la enseñanza de la cirugía abierta convencional, así como a la falta de equipos para cirugía laparoscópica en varios centros hospitalarios²² **Macias Bury Guayaquil (2016)**²³ en la tesis “en este trabajo se tomó como muestra a 153 pacientes con patología vesicular los cuales fueron sometidos a una intervención para el retiro de la misma, de los cuales 132 fueron intervenidos con la técnica laparoscópica teniendo una edad promedio entre los 21 - 40 años quienes presentaron menos complicaciones post quirúrgicas que los pacientes operados por cirugía abierta, cabe resaltar que en este estudio no se evidenció variación en el tiempo hospitalario. **Perez Guartambel Julio Milton. Ecuador (2014)**²⁴ en el proyecto de investigación se toma a 172 pacientes con diagnóstico de colecistitis, de los cuales 96 fueron adultos jóvenes, 127 fueron mujeres. Donde se concluye que la técnica colecistitis aguda sin embargo la técnica abierta no quedaría descartada en el caso de las colecistitis complicadas. **Ozcoidi Ballaz Leyre España (2015)**²⁵ en su proyecto de investigación concluye que las cirugías de emergencia para la patología de colecistitis aguda realizada dentro de las primeras 48 hrs. Es efectiva y da como beneficio un menor tiempo hospitalario. En este trabajo se investiga solo a 49 pacientes siendo el 69% de estas de urgencia y el restante programada. **Rodríguez Sánchez, Lenin Cajamarca (2016)**²⁶ Se determinaron las ventajas de la cirugía laparoscópica en comparación con una cirugía abierta de vesícula. La cirugía laparoscópica reduce: el tiempo quirúrgico, el sangrado transoperatorio, el tiempo postoperatorio y el tiempo de inicio de la vía oral. Se concluye que es más

ventajoso para el paciente atendido en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Cajamarca **Goicochea, Joe Bryan Lima 2016**²⁷ Concluye que la cirugía laparoscópica frente a la convencional presenta menor asociación con la presencia de complicaciones intra o post quirúrgicas; por tal motivo una mayor seguridad, otra de las ventajas que posee la técnica laparoscópica es el menor tiempo hospitalario siendo este menor de dos días. **Pérez Benites Lennin Ottomiln Piura 2014**²⁸ Del total de los 105 pacientes notamos que el promedio de las edades es de 43.35 años; predomina el sexo femenino con un 84%. El principal diagnóstico preoperatorio fue colecistitis crónica calculosa con 89.5%; presentaron alteración anatómica identificada el 4.8%. En el post operatorio inmediato, la complicación inmediata que estuvo más frecuente fue náuseas y/o vómitos con 18(17.1%); ictericia con 4(3.8%); en el post operatorio tardío la seroma con 5(4.8%) de casos. La estancia hospitalaria post operatoria que predominó fue de 48 horas con 70(66.7%) casos. El promedio de estancia post operatoria en paciente con complicaciones es mayor (81.91horas ó 3.41 días), que el promedio de los que no presentaron complicación.

El objetivo general del presente estudio fue Determinar las ventajas y complicaciones de Colecistectomía convencional y colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Cayetano Heredia de enero a junio del 2018, es muy importante porque permitirá conocer en nuestra región la frecuencia de las técnicas operatorias para colecistectomías, sus ventajas y complicaciones y compararlas frente a las dos técnicas operatorias y así de esta manera prevenir las complicaciones para evitar los reingresos y la re intervención de los pacientes. Es trascendente porque los resultados podremos socializarlos con las autoridades y efectores hospitalarios de salud sacar provecho de las ventajas y complicaciones de una u otra técnica operatoria de acuerdo a nuestra realidad para la prevención y el manejo en forma oportuna. Es viable porque cuento con la capacidad técnica y logística para realizarlo

1.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes sometidos a ambas cirugías
- Determinar las características de la intervención quirúrgica de los pacientes sometidos a colecistectomía convencional vs laparoscópica del hospital Cayetano Heredia.
- Determinar el resultado final de la intervención quirúrgica de los pacientes sometidos a cirugía convencional y laparoscópica.
- Describir las complicaciones de la intervención quirúrgica de colecistectomía convencional y laparoscópica.
- Describir el hallazgo operatorio de la intervención quirúrgica de colecistectomía convencional y laparoscópica.

2. MATERIAL Y MÉTODO:

2.1. DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal de fuente de información secundaria

2.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:

2.2.1. POBLACIÓN: Estuvo determinada por todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda y que fueron sometidos a cirugía laparoscópica y convencional en el servicio de cirugía general del Hospital Cayetano Heredia en el periodo de enero a junio del 2018 siendo un total de 114 historias clínicas.

2.2.1.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que sean sometidos a colecistectomía laparoscópica y convencional.
- Pacientes que fueron atendidos en el periodo de enero a junio del 2018
- Pacientes ambos sexos mayores de 18 años.
- Pacientes con historias clínicas con información completa.

2.2.1.2. Criterios de Exclusión:

- Pacientes del servicio de cirugía general con diagnóstico de colecistitis aguda con clasificación ASA mayor I
- Pacientes fuera del rango de edad y de la fecha establecida para la presente investigación
- Pacientes con historias clínicas con información incompleta
- Paciente embarazada con diagnóstico de colecistitis aguda.
- Pacientes con patologías crónicas descompensadas: diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca congestiva.

2.2.2. MUESTRA Y MUESTREO:

- **Unidad de análisis:** Historias clínicas Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que sean sometidos a colecistectomía laparoscópica y convencional
- **Unidad de Muestreo:** Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que sean sometidos a colecistectomía laparoscópica y convencional

- **Marco Maestral:** Conjunto de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que son sometidos a colecistectomía laparoscópica y/o convencional
- **Método de elección de muestra:** No aleatoria por conveniencia, conformada por todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica y convencional que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión y que resultaron 80 pacientes

2.3. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

2.3.1. PROCEDIMIENTOS: Luego de solicitar los permisos correspondientes (anexo 1) en las instituciones donde se realizó la investigación Se solicitaron al servicio de archivo las historias clínicas de pacientes elegidos. Se recogieron los datos necesarios y se consignaron en la ficha de recolección de datos confeccionada previamente. (Anexo N° 02.). Se elaboró una base de datos aplicando el SSPS versión 20 en Excel que permitió el procesamiento y tabulación de los datos de la información obtenida de las fichas. Se realizó el análisis de los datos obtenidos en las variables medidas y se elaboró el informe final.

2.3.2. TÉCNICAS:

Instrumento de Aplicación: El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, que se elaboró de acuerdo a las variables de estudio

2.4. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos, fueron procesados por computadora a través del programa Microsoft Excel y Epiinfo. Los datos revisados y corregidos fueron procesados en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas y gráficos estadísticos facilitando así el análisis. Posteriormente, se procedió al análisis de las variables con elaboración de tablas de resumen y gráficos comparativos. Se realizaron medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes y promedios, se construyeron

tablas simples y de doble entrada, gráficos circulares y de barras. Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 20.0

2.5. ASPECTOS ÉTICOS:

En el estudio tenemos en cuenta los aspectos éticos de los y los (as) pacientes seleccionadas que serán incluidas en el estudio. El principio de beneficencia de nuestra investigación está expresado en la importancia de aportar al conocimiento acerca de esta situación que es un problema de salud pública. Como los datos se colectan de documentos de la atención de salud recibida y no directamente del paciente no hay que buscar su consentimiento informado aunque sí se respetará la confidencialidad de los datos obtenidos protegiendo la identidad de las fuentes, tanto de personas como de las instituciones.

2.6. PRESUPUESTO:

2600 soles, el mismo que es autofinanciado

2.7. LIMITACIONES:

El presente trabajo de investigación presento algunas limitaciones para su ejecución las historias clínicas no tenían la información completa y algunas fueron extraviadas

3. RESULTADOS:

Objetivo N° 01

Determinar las características sociodemográficas de los pacientes sometidos a ambas cirugías

Tabla 01. Características Sociodemográficas de los pacientes sometidos a colecistectomía convencional vs laparoscópica atendidos en el Hospital José Cayetano Heredia, Piura

Variable	Cirugía Abierta (n=40)		Cirugía Laparoscópica (n=40)	
	n	%	n	%
Edad	37.4	18 - 69	36.7	18 - 69
18 - 19 años	8	20	12	30
20 - 29 años	9	22.5	4	10
30 - 39 años	2	5	18	45
40 - 49 años	5	12.5	4	10
50 - 59 años	11	27.5	1	2.5
60 - 69 años	5	12.5	1	2.5
Sexo				
Masculino	14	35	15	37.5
Femenino	26	65	25	62.5
Estado civil				
Soltero	12	30	14	35
Casado	17	42.5	19	47.5
Viudo	3	7.5	0	0
Divorciado	4	10	6	15
Conviviente	4	10	1	2.5
Procedencia				
Urbano	24	60	18	45
Urbano Marginal	12	30	16	40
Rural	4	10	6	15

Fuente: Historias Clínicas HJCH. Elaboración Propia

Se incluyeron 80 pacientes en el estudio, de los cuales 40 habían sido sometidos a colecistectomía convencional y 40 por cirugía laparoscópica. El rango de edad más frecuente para cirugía laparoscópica fue 30 - 39 años y en la abierta 20 - 29 años. El promedio de edad de la población en general fue de 37.05 (18 - 69). El sexo predominante en ambos tipos de intervención fue el femenino. El resto de variable sociodemográficas se detallan en la **Tabla 01**.

Objetivo N°2

Determinar las características de la intervención quirúrgica de los pacientes sometidos a colecistectomía convencional vs laparoscópica del Hospital José Cayetano Heredia

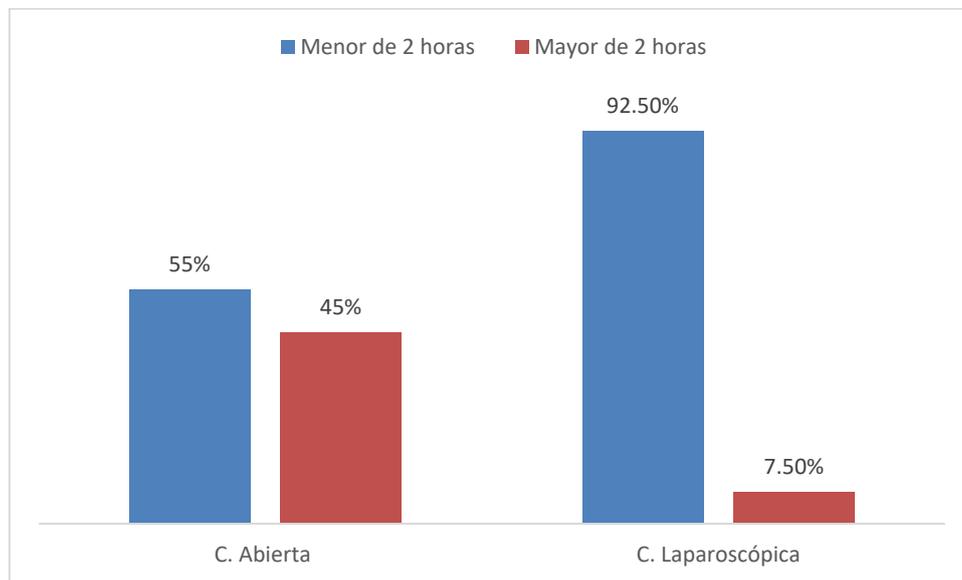
Tabla 02. Características de la intervención quirúrgica de los pacientes sometidos a colecistectomía convencional vs laparoscópica atendidos en el Hospital José Cayetano Heredia, Piura

Variable	Cirugía Abierta		Cirugía Laparoscópica	
	N	%	N	%
Tiempo quirúrgico				
Menor de 2 horas	22	55	37	92.5
Mayor de 2 horas	18	45	3	7.5
Sangrado Transoperatorio				
Menor a 150 ml	13	32.5	38	95
Mayor a 150 ml	27	67.5	2	5
Estancia Post Operatoria				
Menos de 2 días	8	10	30	75
Más de 2 días	32	90	10	25

Fuente: Historias Clínicas HJCH. Elaboración Propia

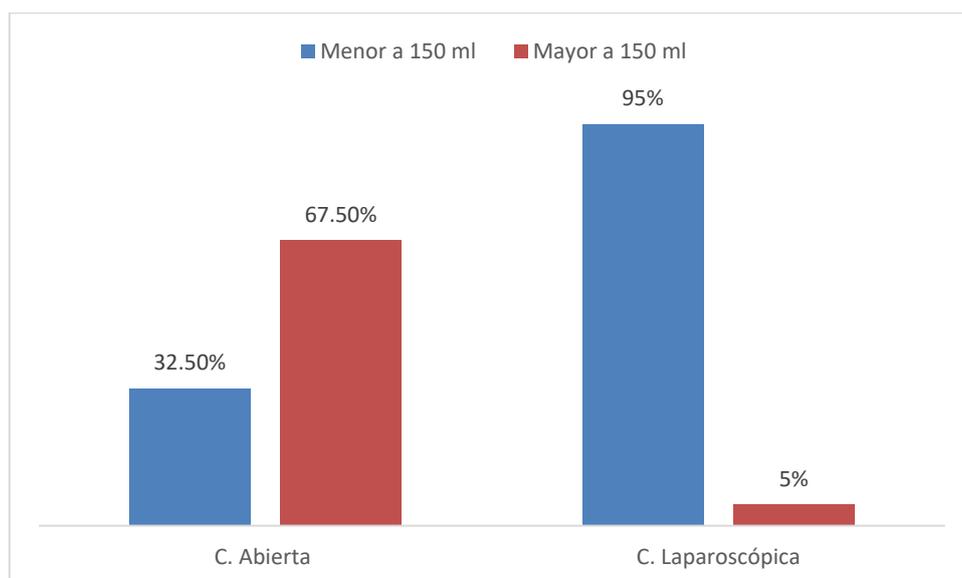
En lo que respecta a las características de la intervención, el 92.5% de las pacientes sometidos a cirugía laparoscópica presentaron un tiempo operatorio menor de 2 horas. Asimismo en el 95% de los casos, el sangrado fue menor a 150 ml, en comparación con el 32.5% de los pacientes sometidos a cirugía abierta. La estancia post operatoria fue menor también en el grupo de cirugía laparoscópica. Las proporciones se muestran en la **Tabla 02**.

Figura 01. Tiempo quirúrgico de la intervención quirúrgica de los pacientes sometidos a colecistectomía convencional vs laparoscópica atendidos en el Hospital José Cayetano Heredia, Piura



Fuente: Historias Clínicas HJCH. Elaboración Propia

Figura 02. Sangrados post operatorio de la intervención quirúrgica de los pacientes sometidos a colecistectomía convencional vs laparoscópica atendidos en el Hospital José Cayetano Heredia, Piura

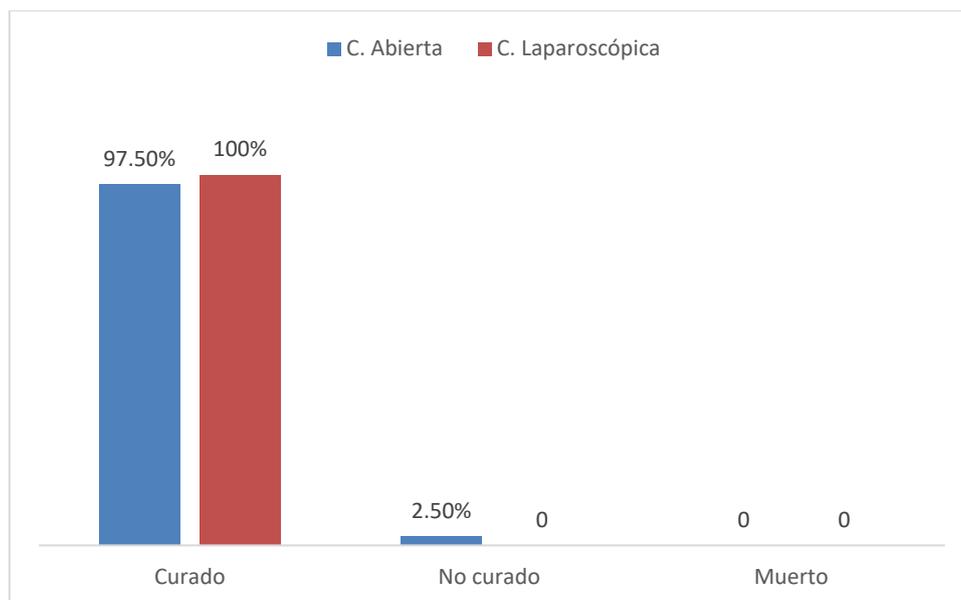


Fuente: Historias Clínicas HJCH. Elaboración Propia

Objetivo N° 03

Determinar el resultado final de la intervención quirúrgica de los pacientes sometidos a cirugía convencional y laparoscópica

Figura 03. Resultado final respecto a la intervención quirúrgica de los pacientes sometidos a colecistectomía convencional vs laparoscópica atendidos en el Hospital José Cayetano Heredia, Piura



Fuente: Historias Clínicas HJCH. Elaboración Propia

En la **Figura 03** se muestran los resultados finales de la intervención, en ella se muestra que el 100% de los pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica fueron curados a comparación del 97.5% de los pacientes sometidos a cirugía abierta. Ninguno de los pacientes resultó muerto.

Objetivo N° 04

Describir las complicaciones de la intervención quirúrgica de colecistectomía convencional y laparoscópica

Tabla 03. Complicaciones de la intervención quirúrgica de los pacientes sometidos a colecistectomía convencional vs laparoscópica atendidos en el Hospital José Cayetano Heredia, Piura

Variable	Cirugía Abierta		Cirugía Laparoscópica	
	N	%	N	%
Fiebre post operatoria	1	2.5	0	0
Infección superficial de sitio operatorio	1	2.5	1	2.5
Infección profundo de sitio operatorio	1	2.5	0	0
Lesión de Vía biliar	1	2.5	0	0
Lesión de víscera hueca	2	5	0	0
Lesión de grandes vasos	1	2.5	0	0
Enfisema sub cutáneo	1	2.5	1	2.5
Sangrado post quirúrgico	4	10	0	0
Ictericia post quirúrgica	2	5	0	0
Náuseas post operatoria	8	20	0	0
Vómitos post operatorio	8	20	1	2.5
Dolor post operatorio	4	10	0	0
Sin complicaciones post operatorias	8	15	37	92.5

Fuente: Historias Clínicas HJCH. Elaboración Propia

Con respecto a las complicaciones de la intervención quirúrgica en aquellos sometidos a cirugía laparoscópica solamente se presentaron como complicaciones la infección superficial del sitio operatorio, el enfisema subcutáneo y vómitos post operatoria. Por otro lado, la complicación más frecuente de la cirugía abierta fueron las náuseas y vómitos post operatorios, presentes en un 20% de los pacientes, seguido por el sangrado post quirúrgico en un 10%. El resto de las complicaciones se presentan en al menos un paciente. El 15% de los pacientes sometidos a cirugía abierta no tuvieron complicaciones comparados con el 92.5% de los intervenidos por vía laparoscópica.

Objetivo N° 05

Describir el hallazgo operatorio de la intervención quirúrgica de la colecistectomía convencional y laparoscópica

Tabla 04. Hallazgo operatorio de la intervención quirúrgica de los pacientes sometidos a colecistectomía convencional vs laparoscópica atendidos en el Hospital José Cayetano Heredia, Piura

Variable	Cirugía Abierta		Cirugía Laparoscópica	
	n	%	N	%
Edema vesicular	8	20	1	2.5
Hidrocolecisto	4	10	0	0
Piocollecisto	4	10	2	5
Gangrena	2	5	0	0
Plastrón	10	25	4	10
Pancreatitis Biliar	4	10	1	2.5
Colelitiasis	8	20	32	80

Fuente: Historias Clínicas HJCH. Elaboración Propia

Finalmente con respecto a los hallazgos operatorios, el plastrón fue el hallazgo más frecuente en los pacientes sometidos a cirugía abierta, seguido del edema vesicular en un 20%. Por otro lado, el hallazgo más frecuente de los intervenidos por cirugía laparoscópica fue también el plastrón, presentándose en un 10%. La mayoría de los pacientes intervenidos por vía laparoscópica tuvieron como hallazgo operatorio colelitiasis. En el grupo de cirugía laparoscópica no se presentó ni gangrena, ni hidrocolecisto. Estas variables pueden observarse en la **Tabla 04**.

4. DISCUSIÓN:

La colecistectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más efectuados, tanto la cirugía laparoscópica como convencional son realizadas como parte de la práctica clínica. El presente estudio descriptivo muestra las características clínicas de los pacientes sometidos a cada técnica quirúrgica y las complicaciones presentadas por estos. En el estudio se incluyeron 80 pacientes, el sexo predominante fue el femenino en ambos grupos, esto concuerda con estudios realizados en distintos continentes por ejemplo Suuronen(29) en Europa y Aldana(30) en Latinoamérica. Cabe destacar que la patología vesicular es más frecuente en el sexo femenino, esto a causa de los factores hormonales en la que estarían implicados los estrógenos. El resultado de nuestro estudio en relación al tiempo operatorio para ambas intervenciones fue en su mayoría menor a 2 horas, un estudio realizado por Zúñiga (31) en Costa Rica, encontró que el tiempo operatorio en colecistectomía abierta fue hasta menos de 30 minutos, siendo ambos tipos de intervención en su mayoría menor a 90 minutos. Asimismo Machain (32) en Paraguay describió el tiempo operatorio promedio de la cirugía abierta en 1 hora 46 minutos y la laparoscópica en 1 hora 28 minutos. Sin embargo, algunas revisiones sistemáticas (33,34) concluyen que no existe diferencia significativa en cuanto al tiempo operatorio de ambas intervenciones. Este estudio muestra menos sangrado transoperatorio en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica, esto concuerda con el estudio realizado por Rodríguez(26) quien encontró que el 96% de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica presentaron un volumen de sangrado inferior a 150 ml comparado contra el 77% de los intervenidos por cirugía convencional. Un estudio que compara las complicaciones en cuanto a sangrado, reporto mayor necesidad de transfusiones en casos de cirugía abierta esto probablemente por la falta de clasificación de las complicaciones hemorrágicas, en la cirugía laparoscópica, pues si bien es cierto es mínimamente invasiva, algunas causas graves de hemorragia pueden darse en caso de lesión vascular con los trocares o de perforación de alguna víscera a causa de los mismos (29). Sobre la estancia post operatoria en nuestro estudio encontramos que fue de menos de 2 días para cirugía laparoscópica y más de dos días para la convencional, similares resultados encontraron en sus trabajos los autores Aguirre y Villamar (35, 36) cuyo tiempo de estancia hospitalaria tuvo una media de 2 días en colecistectomía

laparoscópica y de 2,96 días en colecistectomía abierta. En relación a las complicaciones estas se presentaron más en la cirugía convencional que en la cirugía laparoscópica, similares resultados encontró el autor Aguirre (35) en la que las complicaciones en cirugía abierta son significativamente mayores que en cirugía laparoscópica ($p=0,000$). Similar a lo obtenido por García y Ramírez en el 2012 (37) donde concluyen que la colecistectomía laparoscópica supera a la colecistectomía abierta ya que es un procedimiento de menor invasión. La tasa de mortalidad de la población estudiada fue 0 para ambas intervenciones. Esto no concuerda con un estudio realizado en Brasil (34) en la cual la tasa de mortalidad para cirugía abierta fue de 3.7%, siendo más alta que la de la cirugía laparoscópica (0.7). Las causas de muerte fueron peritonitis con choque séptico, lesiones de vía biliar principal, falla multiorgánica y complicaciones respiratorias, sin embargo resultados similares se encontraron en el estudio de Prieto (38) en la cual no hubo mortalidad.

5. CONCLUSIONES:

1. La colecistectomía laparoscópica tuvo más ventajas y menos complicaciones que la colecistectomía convencional
2. Las características sociodemográficas en general de los pacientes en estudio fueron, predominio el sexo femenino, la edad promedio fue de 37.05 años, estado civil casado(a), y procedencia urbana
3. Los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica presentaron un tiempo operatorio menor de 2 horas. el sangrado fue menor a 150 ml. La estancia post operatoria también fue menor comparado con la cirugía convencional
4. La totalidad de los pacientes con intervención laparoscópica resultaron curados en contraposición con la cirugía convencional que hay un mínimo porcentaje que no resulto curado, no hubo mortalidad en ambas intervenciones
5. El mayor número de complicaciones fue para la cirugía abierta o convencional con nauseas, vómitos, sangrado post quirúrgico, dolor post operatorio, lesión de visera hueca, ictericia, etc, en contraposición con la cirugía laparoscópica que solo presentaron 3 complicaciones infección superficial de sitio operatorio, el enfisema sub cutáneo y vómitos post operatorios
6. El plastrón fue el hallazgo más frecuente en los pacientes sometidos a cirugía abierta, seguido del edema vesicular, y el hallazgo más frecuente de los intervenidos por cirugía laparoscópica fue también el plastrón, pero en menor porcentaje En el grupo de cirugía laparoscópica no se presentó ni gangrena, ni hidrocolecisto que si se observó en la cirugía abierta

6. RECOMENDACIONES

1. Que ESSALUD protocolice dentro de su guía de práctica clínica el uso de la técnica quirúrgica laparoscópica ya que trae más beneficios y menos complicaciones con respecto a la colecistectomía convencional en este tipo de pacientes
2. Que los funcionarios de ESSALUD Hospital Cayetano Heredia priorice la compra de equipos para este tipo de cirugías y así poder ofertar esta técnica a más pacientes
3. Capacitar a nuestros cirujanos y residentes con las diferentes técnicas laparoscópicas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Koti RS, Davidson CJ, Davidson BR. Surgical management of acute cholecystitis. *Langenbecks Arch Surg* 2015; 400: 403-19.
2. Castro F, Galindo J, Bejarano M. (2008). *Complicaciones de Colecistitis Aguda en Pacientes Operados de Urgencia. Revista Colombiana de Cirugía. 23(1), 16-21*
3. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, et al. Definitions, pathophysiology and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2007;14:15---26.2.
4. Murata A, Okamoto K, Matsuda S, Kuwabara K, Ichimiya Y, Matsuda Y, et al. The care processes for acute cholecystitis according to clinical practice guidelines based on the Japanese administrative database. *Tohoku J Exp Med*. 2012;227:237---44.
5. Halpin V. Acute cholecystitis. *BMJ Clin Evid* 2014; 2014. pii: 0411
6. Schuld J, Glanemann M. Acute Cholecystitis. *Viszeralmedizin* 2015; 31: 163-
7. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de colelitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis. Según criterios de Tokyo GPC N°11, ESSALUD 2018
8. Campos Campos SF, Lara Olmedo L. Colelitiasis y coledocolitiasis. In Mendoza Murillo CA, editor. *Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo*. Cuarta ed. México: El Manual Moderno; 2012. p. 390.
9. Bloom A. (2014). Cholecystitis. *Medscape Reference*. 4(8), 215-220
10. Schuld J, Glanemann M. Acute Cholecystitis. *Viszeralmedizin* 2015; 31: 163-5.
11. Bravo M y Martínez A. (2012). *Enfermedad Litiasica Biliar*. Elsevier. 11(8), 481-488
12. Bravo E, Contardo J, Cea J. Frequency of Cholelithiasis and Biliary Pathology in the Easter Island Rapanui and Non-Rapanui Populations. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17: 1485-8.
13. Fuertes, L. y col. 2009. Infección del sitio quirúrgico: comparación de dos técnicas quirúrgicas. *Revista Médica Herediana*. Volumen 20(1):22- 30 pp.

14. MINSA. guía de práctica clínica sobre abdomen agudo en el adulto.pdf. 2005.
15. Manejo estándar de casos de abdomen agudo en adultos. 2005.
16. Vargas Osorio A. Uso de las guías de Tokio vs manejo convencional para colecistitis aguda. Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, 01 Enero a 31 Diciembre 2015 [Internet] [other]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016 [citado 3 agosto de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1318/>
17. Pinto Del Carpio A. Morbimortalidad relacionada a la colecistectomía abierta temprana vs tardía en la colecistitis aguda litiasica leve y moderada en el Hospital Regional Honorio Delgado, 2010-2014. 2015
18. López Espinosa G, Zavalza González JF, Paipilla Monrroy O, Lee Rojo S. Colecistectomías laparoscópicas realizadas en Unidad de Cirugía Ambulatoria. Cir Gen. 2011 ; 33 (2): 104-10.
19. Simón Rodríguez L, Sánchez Portela C, Acosta González L, Sosa Hernández R. Costes: colecistectomía laparoscópica frente a colecistectomía convencional. Rev Cubana Cir [revista en Internet]. 2006 [cited 03 agosto 2018] ; 45 (3-4): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300005.
20. Ibañes L, Escalona A, Devaud N, Montero P, Ramírez E, Pimentel F, et al. Colecistectomía laparoscópica: Experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Chil Cir [revista en Internet]. 2007 [cited 03 Agosto 2018] ; 59 (1): [aprox. 11p]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000100004.
21. Zúñiga-Vargas Juan José, Vargas-Carranza Julia. Colecistectomía abierta versus laparoscópica: experiencia en el Hospital San Juan de Dios Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense de Seguro Social, San José-Costa Rica. Acta Médica Costarricense, 2002 Colegio de Médicos y Cirujanos
22. Mederos Curbelo ON, Barrera Ortega JC, García Sierra JC, del Campo Abad R. Vigencia de la cirugía biliar abierta. Rev Cubana Cir [revista en Internet]. 2014 [cited 03 Agosto 2018] ; 53 (1): [a p r o x . 1 1 p] . A v a i l a b l e f r o m : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932014000100010.
23. Bury Macías JL. Estudio comparativo de eficacia de tratamiento quirúrgico entre pacientes sometidos a colecistectomía convencional versus los sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero - abril 2016. 2016.

24. Guartambel P, Milton J. Complicaciones trans y postquirúrgicas inmediatas derivadas de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014. 2016 [citado 5 de agosto de 2018]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23756>
25. Ozcoidi Ballaz L. Colecistectomía laparoscópica de urgencia versus programada en el tratamiento de la colecistitis aguda. 2015
26. Rodríguez Sánchez, Lenin. Ventajas de la colecistectomía laparoscópica en comparación con la colecistectomía convencional en el servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2016
27. Goicochea, Joe Bryan Análisis comparativo de las Complicaciones de la colecistectomía convencional versus colecistectomía laparoscópica en cirugía de emergencia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en los meses de Enero – Septiembre del 2017
28. Pérez Benites Lennin Ottomil complicaciones del post operatorio en pacientes con colecistectomía convencional y su repercusión en la estancia hospitalaria post operatoria en Hospital de la Amistad Perú Corea II- 2 Santa Rosa - Piura. enero 2013 a diciembre 2014.
29. Suuronen S, Kivivuori A, Tuimala J, Paajanen H. Bleeding complications in cholecystectomy: a register study of over 22,000 cholecystectomies in Finland. BMC surgery. 2015;15:97-.
30. Aldana GE, Martínez LE, Hosman MA, Ardila DA, Mariño IF, Sagra MR, et al. Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colecistectomía por laparoscopia. Revista Colombiana de Cirugía. 2018;33:162-72.
31. Zúñiga-Vargas JJ, Vargas-Carranza J. Colecistectomía abierta versus laparoscópica: experiencia en el Hospital San Juan de Dios. Acta Médica Costarricense. 2002;44:113-6.
32. Machain Vega GM, Miranda C, Amarilla J, Bogado O, Careaga D, Guillén W, et al. ventajas y desventajas de la cirugía videolaparoscopica sobre la cirugía abierta en colecistectomía realizadas en la segunda cátedra de clínica quirúrgica, hospital de clínicas, san lorenzo, paraguay 2017 cirugía paraguay. 2017;41:21-32.
33. Keus F, de Jong J, Gooszen HG, Laarhoven C. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006(4).
34. Coccolini F, Catena F, Pisano M, Gheza F, Faggioli S, Di Saverio S, et al. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. International journal of surgery (London, England). 2015;18:196-204.

35. Aguirre E. Complicaciones postquirúrgicas según tipo de cirugía en litiasis vesicular en el hospital Vitarte durante el periodo Enero a Diciembre del 2015. Tesis de Pre-grado. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista. 2018.
36. Villamar J. Estudio comparativo de la colecistectomía por minilaparotomía versus laparoscópica en pacientes con colelitiasis sintomática en un hospital de segundo nivel, de Septiembre de 2011 a Febrero de 2012. ISEM Hospital General Dr. Gustavo Baz Prada. Tesis de especialidad. Toluca, Estado de México. Universidad Autónoma del Estado de México. 2014.
37. García J, Ramírez F. Colecistectomía de urgencia laparoscópica versus abierta. Scielo. Septiembre 2012; 34 (3).
38. Prieto R. Complicaciones y estancia hospitalaria de mujeres entre 15 y 90 años, sometidas a colecistectomía laparoscópica Hospital Luis Vernaza año 2014-2015. Tesis de Grado. Guayaquil, Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2014-2015.

8. ANEXOS:

ANEXO 01

Carta de Solicitud a la directora del hospital José Cayetano Heredia para Autorización del estudio.

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Dra. Milagritos Sánchez Reto
Directora del Hospital III José Cayetano Heredia - Piura

Solicitud: Permiso para realizar Proyecto de Tesis.

Yo, **Deyner Iván Quinde Rivera**, estudiante del XIV ciclo (interno de medicina) de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego–UPAO campus Piura, solicita permiso para poder realizar el Proyecto de Investigación **“Colecistectomía convencional y colecistectomía laparoscópica ventajas y complicaciones en Hospital Cayetano Heredia de enero a junio del 2018”**

Comprometiéndome en todo momento a trabajar con responsabilidad y seriedad.

Espero considere mi solicitud, me despido.

Atentamente

Deyner Iván Quinde Rivera

DNI 47497934

ANEXO N° 02

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
UNIVERSIDAD ANTENOR ORREGO – UPAO – PIURA.
ESCUELA DE MEDICINA

Trabajo de investigación “Colecistectomía convencional y colecistectomía laparoscópica ventajas y complicaciones en Hospital Cayetano Heredia de enero a junio del 2018”

CIRUGIA LAPAROSCOPICA _____ CIRUGIA CONVENCIONAL _____

		SI	NO
I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS			
EDAD			
	18 a 19 AÑOS		
	20 a 29 AÑOS		
	30 A 39 AÑOS		
	40 a 49 AÑOS		
	50 A 59 AÑOS		
	60 A 69 AÑOS		
	70 A 79 AÑOS		
	>DE 80 AÑOS		
2.- SEXO			
	MASCULINO		
	FEMENINO		
3.- PROCEDENCIA			
	URBANO		
	URBANO MARGINAL		
	RURAL		
4.- ESTADO CIVIL			
	SOLTERO/A		
	CASADO/A		
	CONVIVIENTE		
	SEPARADAO/A		
	DIVORCIADO/A		
	VIUDO/A		
II. VENTAJAS DE COLECISTECTOMIA			
	TIEMPO QUIRURGICO MENOR DE 2 HORAS		
	TIEMPO QUIRURGICO MAYOR DE 2 HORAS		
	SANGRADO TRANS OPERATORIO < A 150 ML		
	SANGRADO TRANS OPERATORIO > A 150 ML		
	ESTANCIA POST OPERATORIA < DE 2 DIAS		
	ESTANCIA POST OPERATORIA > DE 2 DIAS		
	CONDICIONES AL ALTA		
	CURADO/A		
	INCIERTO		
	MUERTO/A		
III. COMPLICACIONES DE COLECISTECTOMIA			
	FIEBRE POST OPERATORIA > DE 38°C		
	FIEBRE POST OPERATORIA < DE 38°C		
	INFECCION SUPERFICIAL DE SITIO OPERATORIA		

	INFECCION PROFUNDA DE SITIO OPERATORIA		
	LESION DE VIA BILIAR		
	LESION DE VISCERA HUECA		
	LESION DE GRANDES VASOS		
	ENFISEMA SUB CUTANEO		
	SANGRADO POST QUIRURGICO		
	ICTERICIA POST QUIRURGICA		
	NAUSEAS POST OPERATORIO		
	VOMITOS POST OPERATORIO		
	DOLOR POST OPERATORIO		
	IV. HALLAZGOS QUIRURGICOS		
	EDEMA VESICULAR		
	HIDRO COLECISTO		
	PIO COLECISTO		
	GANGREA		
	PLASTRON		
	PANCREATITIS BILIAR		
	OTROS		