

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
(UNAN-MANAGUA)
HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA**



Tesis Monográfica para Optar al Título de Especialista en Cirugía General

**Incidencia de complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica
en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Escuela Antonio
Lenin Fonseca, durante el 2015.**

Autor:

Dr. Jorge Daniel Domínguez Membreño

Residente de la Especialidad de Cirugía General

Tutor:

Dr. Adolfo Díaz Ruiz

Médico de Base - Especialista en Cirugía General

Managua Febrero 2016

DEDICATORIA

Dedicado principalmente a Dios por todas las bendiciones dadas durante estos 4 años de residencia en los cuales me permitió crecer mucho en carácter y conocimientos.

A mi madre Thelma Membreño quien a pesar de todas las dificultades existentes siempre me ha dado su apoyo e incondicional comprensión.

A mi novia Paula Rivas quien ha sabido entender días de ausencia brindándome siempre su apoyo, consejo y ternura para sobreponerme a las etapas más difíciles de mi formación.

A mis tíos quienes han sido parte activa de esta etapa y que han sabido ayudarme en la rutina diaria de trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi madre Thelma Membreño por su apoyo durante la elaboración de esta monografía, por su paciencia y comprensión en todo momento.

Agradezco a mi novia Paula Rivas por su compañía en la elaboración de esta monografía, así como de su invaluable ayuda y apoyo al momento de la recolección de los datos y el análisis de estos.

Agradezco a mi tutor Dr. Adolfo Díaz Ruiz por el apoyo brindado, por sus consejos para mejorar la calidad de esta tesis y su comprensión a pesar de no siempre cumplir con puntualidad mis deberes y compromisos.

Ha sido un camino difícil de recorrer pero con personas como ustedes dispuestos siempre a ayudar y a corregir errores he logrado finalizar esta importante etapa de mi preparación profesional.

Por todo su apoyo les estaré siempre agradecido.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
ÍNDICE.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES.....	8
JUTIFICACIÓN.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS.....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
MARCO TEÓRICO.....	14
Beneficios e inconvenientes de la cirugía laparoscópica.....	14
Indicaciones.....	15
Complicaciones.....	19
MATERIAL Y MÉTODO.....	24
Tipo de estudio.....	24
Área y período de estudio.....	24
Población y muestra.....	24
Población.....	24
Muestra.....	24
Criterios de selección.....	25
Criterios de inclusión:.....	25

Criterios de exclusión:.....	26
Técnicas y procedimientos para recolectar la información	26
Ficha de recolección de la información.....	26
Técnicas de procesamiento y análisis de la información.....	26
Creación de base de datos.....	26
Estadística descriptiva.....	26
Estadística inferencial.....	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS.....	38

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica (CL) se considera hoy día la técnica de referencia para el tratamiento definitivo de la colelitiasis, apoyada en la experiencia acumulada de los equipos quirúrgicos en este abordaje. Esto se explica por los beneficios conocidos que este abordaje quirúrgico conlleva: un postoperatorio más confortable para el paciente con una rápida recuperación del tránsito intestinal, una menor necesidad de analgesia postoperatoria y una mayor recuperación para llevar a cabo la deambulación y las tareas habituales, lo que acorta la estancia hospitalaria.

Diversas publicaciones sostienen un posible aumento de incidencia de lesiones de la vía biliar por el abordaje laparoscópico, en comparación con la vía abierta. Cuando sobreviene tal evento la naturaleza y las consecuencias de las lesiones en los conductos biliares después de la colecistectomía varían en un grado enorme, desde pequeña acumulación biliar operatoria con consecuencias clínicas leves o nulas, a estenosis de conductos hepáticos resistentes al tratamiento, que requieren incluso de trasplante hepático para el salvamento clínico.

La literatura internacional informa una tasa de lesiones del conducto biliar por colecistectomía laparoscópica de 0.6%, o sea, cerca del doble que en la colecistectomía abierta. La incidencia de lesiones del conducto biliar reportada por algunos estudios laparoscópicos es de 0-1%, esta variabilidad se debe, entre otras cosas, a diferencias en su definición, pues sólo incluyen lesiones severas o transección de los conductos biliares; las lesiones como estenosis debidas a isquemia no se reportan, también hay selección de pacientes (no se incluyen pacientes con colecistitis aguda). Las clínicas pequeñas reportan menor incidencia que centros de concentración. En un estudio de más de 114,000 colecistectomías

laparoscópicas, la incidencia de lesión del conducto mayor fue de 0.5% y fuga del lecho o del cístico de 0.38%.⁵ La mayor parte de las lesiones biliares se producen en personas jóvenes durante sus años productivos (mediana 40 años).

La incidencia de lesiones del árbol biliar durante la colecistectomía ha disminuido gradualmente gracias a la experiencia y capacitación quirúrgicas. Las lesiones del conducto biliar extrahepático son difíciles de manejar, independientemente de la etiología, y pueden dejar excesivas complicaciones mórbidas.

Es de vital importancia que contemos con información de nuestro medio hospitalario sobre la tasa de complicaciones. También es importante que conozcamos si los cirujanos ya entrenados realizan el procedimiento dentro de parámetros aceptados internacionalmente, aún más, si están realizando una supervisión y enseñanza adecuada a médicos en entrenamiento quirúrgico. Es necesario que tengamos una idea si una vez rebasada la curva de aprendizaje del procedimiento, la realización del mismo en un hospital de enseñanza como el nuestro es segura.

En este sentido el presente estudio pretende determinar la tasa de complicaciones y la frecuencia de los distintos tipos de complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, intervenidos en nuestro hospital durante el 2015.

ANTECEDENTES

Estudios internacionales

Olaya Pardo y colaboradores publicaron en el 2003 un meta-análisis, sobre los resultados de efectividad de la colecistectomía laparoscópica frente a la colecistectomía abierta. Se incluyeron 40 estudios publicados entre 1990 y 2003. Treinta y dos de los estudios seleccionados presentaron resultados de complicaciones como la proporción de pacientes complicados en relación con el total de pacientes intervenidos. El RR crudo, incluyendo todos los estudios, indica que el riesgo de complicaciones en la colecistectomía laparoscópica es significativamente menor que en el tratamiento alterno (RR = 0,58 IC95% 0,47 - 0,70)

Zamora publicó en el 2013 un estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo de 27 lesiones de la vía biliar ocurridas en 17 288 colecistectomías laparoscópicas realizadas en 6 hospitales universitarios. Se colectó el dato primario a través de un cuestionario de 13 puntos, aplicado a cada paciente lesionado, y común para todos los centros. Los autores encontraron que el porcentaje de lesiones de la vía biliar en esta serie fue bajo (0,15 %). En 59,2 %, el diagnóstico fue posoperatorio y casi el 63 % fueron graves lesiones tipo E de Strasberg. Se presentaron complicaciones mayores en 25,9 %.

Planells Roig y colaboradores publicaron en el 2013 un estudio donde describen la experiencia en colecistectomía laparoscópica ambulatoria en una cohorte de 1.600 casos consecutivos realizados en el Instituto de Cirugía y Aparato (CLA) Digestivo (ICAD) en la Clínica Quirón de Valencia durante el período 1997-2010. La mortalidad de la serie fue de 0,13%, 0,08 en el grupo de CLA y 0,5% en el grupo de CL con EON. El índice de reingresos fue de 2,1% en la serie global,

1,6% en los pacientes ambulatorios, 5,4% en los pacientes con EON y 4,2% en los pacientes ingresados.

En el trabajo multicéntrico publicado por Hepp y Ríos, que incluye un total de 35.014 colecistectomías laparoscópicas realizadas en 42 centros a lo largo del país, la morbilidad descrita en relación a lesiones de la vía biliar fue de un 0,23% para lesiones del hepatocolédoco y de un 0,33% si se incluyen las lesiones del cístico¹⁷, asociado además a un porcentaje de reoperaciones por causa biliar de un 0,53%.

Estudios en Nicaragua

Estrada y colaboradores publicaron en el 2012 un estudio realizado en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón de la Ciudad de Managua un estudio sobre complicaciones relacionadas a la colecistectomía laparoscópica y reportaron en una serie de 80 casos una tasa del 13%, con predominio de lesiones biliares (90%). Los autores reportaron diferencia por sexo y por grupo de edad, con mayor frecuencia en los varones mayores de 60 años.

Hernández y colaboradores publicaron en el 2014 un estudio realizado en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón en una serie de 380 pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica, donde el objetivo primario fue evaluar el dolor post operatorio, pero como parte de los resultados reportan una tasa de 16% de complicaciones menores.

Un estudio realizado en el Hospital Escuela Lenín Fonseca en pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica tuvo por objetivo evaluar la profilaxis antibiótica, sin embargo como parte de sus material de estudio reporta una tasa de complicaciones asociadas a la cirugía de 18.3%.

JUTIFICACIÓN

La colecistectomía laparoscópica desde sus inicios, y a pesar de sus ventajas reconocidas, no está exenta de complicaciones.

Por un lado están una serie de autores y experiencias que publican bajas tasas de complicaciones en comparación con otras alternativas, mientras que otros autores consideran que las complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica son incluso mayores que en el caso de la cirugía convencional.

En Nicaragua ya se cuenta con casi tres décadas de experiencia con cirugía laparoscópica y en el Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca se cuenta con aproximadamente 20 años de experiencia. A la fecha es poca la información sobre la determinación de la incidencia de complicaciones asociadas a este tipo de intervención. Existen estudios que abordan esta técnica pero con otros objetivos primarios.

En este contexto creemos que es de vital importancia estimar la incidencia y naturaleza de las lesiones en nuestro hospital. Es importante comprender el patrón de la casuística en nuestro hospital.

Por otro lado el reconocimiento temprano por el cirujano de estas complicaciones y su tratamiento precoz pueden mejorar los resultados y la evolución de los pacientes que necesiten ser reintervenidos posterior a este procedimiento. Mucho mejor aún es el reconocimiento de la complicación durante la cirugía, lo que permite su solución en ese momento, sin elevar la morbilidad y mortalidad. Esperamos que este estudio sea de utilidad para el servicio de cirugía y las autoridades hospitalarias y motive también a la comunidad académica a profundizar en esta temática.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál fue la incidencia de complicaciones y factores asociados, en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca durante el 2015?

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer la incidencia de complicaciones y factores asociados, en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca durante el 2015.

Objetivos específicos

1. Identificar las características generales y los antecedentes patológicos de los pacientes en estudio.
2. Describir los factores relevantes relacionados con la patología actual y el procedimiento quirúrgico, en los pacientes en estudio.
3. Determinar la incidencia global de complicaciones transquirúrgicas y del postquirúrgico mediato, asociadas a la colecistectomía laparoscópica en los pacientes en estudio.
4. Determinar la incidencia por tipo específico de complicación asociada a la colecistectomía laparoscópica en los pacientes en estudio.
5. Explorar la presencia de potenciales determinantes de las complicaciones a asociada a la colecistectomía laparoscópica en los pacientes en estudio.

MARCO TEÓRICO

Beneficios e inconvenientes de la cirugía laparoscópica

En cualquier estudio comparativo entre la cirugía laparoscópica y la convencional, lo que se ha de demostrar es que mediante el abordaje laparoscópico existe una reducción del dolor postoperatorio, un reinicio temprano del peristaltismo, una menor estancia hospitalaria postoperatoria y una incorporación más rápida a la actividad normal del paciente. Pero no sólo deben tenerse en cuenta esos aspectos, ya que además no deben existir diferencias significativas con respecto a la morbilidad postoperatoria inmediata ni en la mortalidad asociada al procedimiento, debiendo ser por lo menos equivalentes.

El coste global del procedimiento laparoscópico podría ser inferior al convencional, aunque requiera de un utillaje tecnológico mucho más caro, ya sea por la torre de laparoscopia (que consta de monitor, cámara, fuente de luz, óptica e insuflador de CO₂), o bien por otros elementos necesarios para cualquier laparoscopia como son los trocares (inventariables o desechables) e instrumentos de corte, coagulación, agarre, etc., todos ellos específicos para realizar estas intervenciones, ya que al reducir el tiempo de hospitalización postoperatoria se consigue, en la mayoría de los casos, por lo menos compensar el gasto del quirófano.

Existen ya unas complicaciones propias del abordaje laparoscópico o, mejor dicho, relacionadas con estas técnicas, tanto para el tratamiento de enfermedades benignas como malignas, como son las hernias de los orificios de los trocares, las lesiones intestinales o de otros órganos que pasan inadvertidas durante la cirugía, y las complicaciones del neumoperitoneo .

Las alteraciones en la sensación táctil y la magnificación de la imagen, propias de la cirugía laparoscópica, pueden contribuir a la aparición de estas complicaciones. Y a la inversa, las técnicas laparoscópicas disminuyen la potencial formación de adherencias y, en consecuencia, reducen la posibilidad de oclusiones postoperatorias inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico abdominal.

Indicaciones

Técnicas admitidas como “patrón oro” (gold standard)

Básicamente son tres: la colecistectomía, las técnicas antirreflujo y la suprarrenalectomía.

– Las indicaciones de la colecistectomía laparoscópica han variado a medida que ha aumentado la experiencia de los equipos quirúrgicos. En un principio, la indicación de la colecistectomía laparoscópica se limitó a la litiasis vesicular sintomática no complicada. Actualmente, y de forma paralela a la mayor experiencia, aumentan las indicaciones a la colecistitis aguda en un estadio temprano y a la pancreatitis de origen biliar. Dada la benignidad del método, la colecistectomía laparoscópica puede ofrecerse a los pacientes con litiasis asintomática. En el caso de la coledocolitiasis diagnosticada pre o perioperatoriamente, hay distintas conductas a seguir, dependiendo de la experiencia del equipo quirúrgico en cirugía laparoscópica, pero la actitud más generalizada es la conversión a cirugía abierta o bien la realización de una CPRE postoperatoria.

– La cirugía del reflujo gastroesofágico (RGE) por vía laparoscópica: técnicas antirreflujo. El abordaje por laparoscopia simplifica el postoperatorio en estos

pacientes, ya que evita grandes incisiones abdominales y tracciones costales, mejora el dolor postoperatorio y permite reiniciar la ingestión a las 24-48 h de la intervención. Por otro lado, evita mantener la medicación para controlar la clínica y las complicaciones propias del RGE. Por todo ello debería aconsejarse esta cirugía a un mayor número de pacientes, intentando convencer al médico que trata la enfermedad o al gastroenterólogo, pues la eficacia del tratamiento medicamentoso con omeprazol ha disminuido las indicaciones de la cirugía antirreflujo al controlar los síntomas y las complicaciones, pero en la mayoría de los casos será de por vida.

– Adrenalectomía laparoscópica. Desde su descripción inicial en 1992, el uso de la laparoscopia para la adrenalectomía se ha expandido significativamente. Este procedimiento evita la incisión en el hemiabdomen superior o en la región lumbar con resección costal, es ablativo y no requiere de otras técnicas de reconstrucción, beneficiándose de la magnificación y claridad óptica del laparoscopio (regiones anatómicamente peligrosas y difíciles de exponer). Se realiza en la mayoría de los casos en enfermedades benignas e incluye piezas quirúrgicas pequeñas, de fácil extracción. Sin embargo, aún siguen existiendo contraindicaciones a la técnica. Así, los pacientes con carcinomas adrenales invasivos deberían ser sometidos a una cirugía abierta para la realización de una resección en bloque con el tejido circundante infiltrado.

Los tumores no funcionantes mayores de 6 cm tienen un alto riesgo de malignización, por lo que podría ser una contraindicación para la laparoscopia, aunque no existe consenso. Las indicaciones de la adrenalectomía por laparoscopia son hiperaldosteronismo (síndrome de Conn), hipercortisolismo (enfermedad y síndrome de Cushing), feocromocitoma, incidentaloma, algunos casos de síndrome adrenogenital de difícil control, metástasis suprarrenal

(linfoma, melanoma, neoplasia de pulmón, colon y recto, etc.) y angiomiolipoma suprarrenal, entre otros.

Otras técnicas laparoscópicas sin consenso adquirido

Son muchas las experiencias comunicadas en la bibliografía, pero la posibilidad de su realización por laparoscopia no es suficiente para validarlas como técnica de elección. Tal es el caso de la laparoscopia diagnóstica, que tiene un papel cada vez más importante en combinación con los métodos tradicionales de exploraciones diagnósticas.

La utilidad de la laparoscopia diagnóstica se hace cada vez más patente, siendo indicada en intervenciones electivas y urgentes. El uso de la laparoscopia de estadificación en la patología neoplásica ayuda fundamentalmente a determinar el tamaño de la lesión, si es única o múltiple, el grado de resecabilidad, la afección hepática o extrahepática. La realización de biopsias dirigidas confirma el diagnóstico definitivo, y el uso del ecolaparoscopio permite identificar lesiones intraparenquimatosas que no se han detectado en estudios previos (ecografía o tomografía axial computarizada [TAC]).

En cuanto a la laparoscopia diagnóstica en urgencias, está indicada en traumatismos abiertos o cerrados, dolor en la fosa ilíaca derecha (sospecha de apendicitis aguda frente a patología anexial), dolor abdominal difuso (úlcera perforada evolucionada, apendicitis del anciano, isquemias intestinales), hemorragias digestivas (divertículo de Meckel, tumores intestinales) y otras enfermedades

– La esplenectomía es un método de poderoso impacto en el tratamiento de determinadas enfermedades hematológicas, en las cuales se logra mejoría a largo plazo en un 70 a un 90% de los casos. La esplenectomía laparoscópica se encuentra en pleno desarrollo y puede convertirse en el método operatorio estándar para el tratamiento de alteraciones hematológicas especiales. Las indicaciones para la esplenectomía por laparoscopia son múltiples, y van desde las alteraciones hematológicas propias hasta el traumatismo esplénico.

– Si bien el uso de las técnicas laparoscópicas en la enfermedad colorrectal benigna se ha expandido en el curso de los últimos años, persiste la controversia acerca de la resección laparoscópica en casos de carcinoma colorrectal. En casos de neoplasia maligna, los actuales ensayos clínicos aleatorios que comparan la resección abierta con la laparoscópica deben esclarecer los interrogantes. La recurrencia en los sitios de acceso sigue siendo una preocupación principal en cuanto a la universalización de la resección laparoscópica en casos de carcinoma colorrectal.

Así pues, la colectomía laparoscópica puede realizarse con la misma seguridad que la cirugía convencional y siguiendo sus mismos criterios oncológicos, pero probablemente requiera un aprendizaje y una selección de los pacientes para una correcta aplicación de la técnica. En otras enfermedades, como las hernias de la región inguinal, eventraciones laparotómicas, cirugía de la obesidad, cirugía paliativa de tumores irresecables, abordajes laparoscópicos y toracoscópicos para el tratamiento del dolor, cirugía hepática, cirugía de las glándulas endocrinas (tiroides, paratiroides y páncreas endocrino), etc., que están en manos de los distintos expertos, son éstos quienes han de establecer las indicaciones siguiendo los objetivos principales de la cirugía laparoscópica. La evolución de la tecnología y la mayor experiencia del cirujano comportarán, en esta década, un gran

desarrollo de la cirugía laparoscópica y endocavitaria, debiendo estar muy atentos a los avances que se producen en el mundo de la robótica.

Complicaciones

Según estándares internacionales, la tasa total de complicaciones fluctúa entre 1.3 y 11.2% y se ha reportado mayor frecuencia de lesiones de las vías biliares mayores con la técnica laparoscópica llegando hasta 0.5% en comparación con la técnica convencional que es de 0.1 a 0.2%. Esto dependerá de acuerdo la curva de aprendizaje que tengan los cirujanos.

Complicaciones tempranas:

1) Barotrauma: Esta se puede presentar por hiperinsuflación, con el uso de insufladores no automáticos o que no tengan medidores de presión intraabdominal; pero aun con medidores existe la posibilidad de que dichas válvulas se obstruyan. Este puede ser evidente al observar que no hay desplazamiento del diafragma, y las máquinas de anestesia marcan presiones de insuflación elevadas; al no detectarse la primera manifestación puede ser la presencia de arritmias cardíacas que pueden ser mortales, puede encontrarse como manifestación tardía la absorción de CO₂ y trastornos en el equilibrio ácido básico.

2) Insuflación Extraperitoneal: Es una complicación menor que puede ser de gran magnitud, incomodar e incluso impedir la cirugía de no detectarse. Se evita con la correcta colocación de la aguja de Veress en la cavidad abdominal y

estando siempre atentos a la presión intraabdominal al inicio de la insuflación, ya que al aumentar rápidamente se deberá recolocar la aguja. Si el problema no se corrige al tercer intento se recomienda seguir con la técnica abierta.

3) Enfisema Subcutáneo: El enfisema subcutáneo ocurre por lo general cuando no penetra la punta de la aguja de Veress en la cavidad peritoneal antes de insuflar el gas. Esto puede ocasionar que se acumule este último en el tejido subcutáneo o entre la fascia y el peritoneo.

4) Embolia gaseosa: Es poco frecuente. Puede ocurrir al inicio de la operación, cuando se canaliza un vaso del epiplón, también cuando se tiene un lecho hepático sangrante y problemático con un seno venoso abierto y existe hiperinsuflación. Su tratamiento consiste en evacuar el neumoperitoneo, colocar al paciente en posición de Durant y extracción del CO₂ por medio de un catéter central en la aurícula derecha o en el ventrículo.

5) Lesiones con la aguja de Veress o con trocares: Estas suelen suceder durante la primera punción, ya que es el único procedimiento ciego para abordar la cavidad abdominal, se debe tener cuidado con la penetración de los instrumentos en caso de cirugías previas, ya que la posibilidad de vísceras adheridas a la pared, puede ocasionar lesión de las mismas. En pacientes delgados el paso rápido brusco puede ocasionar lesión de grandes vasos. La gravedad de la lesión depende del instrumento que las causa, por lo general las lesiones por aguja de Veress en una víscera, pueden ser no evidentes y se recomienda observación a menos que haya fuga, igual en los casos de lesión a estructuras vasculares, sólo se observa a menos que se evidencie hemorragia. En cambio cuando las lesiones son secundarias a la penetración de trocares la conversión para su reparación es la primera opción. Otra complicación poco mencionada que puede ocurrir durante la cirugía o al final es la posibilidad de dañar alguna asa o víscera maciza principalmente el

hígado, que puede producir hemorragia; o bien, atrapamiento o pellizcamiento del intestino a través del orificio de la pared abdominal al retirar los trocares o en el cierre del orificio umbilical.

6) Hemorragia: Esta puede ocurrir en cualquier momento de la cirugía, desde la insuflación hasta el retiro del último trocar. El sangrado producido por la aguja de Veress, por lo general se controla por si solo o por la acción de agentes vasopresores, y al lesionarse vasos del epiplón es preferible ligar o coagular. Otro tipo de sangrado puede ser ocasionado por desgarramiento o mala ligadura de la arteria cística o una de sus ramas, como también por lesión del hígado por excesiva tracción vesicular o agresión instrumental.

7) Fuga biliar: Esta se puede clasificar según su origen en: Del lecho vesicular, del conducto cístico y de los conductos extrahepáticos.

Cuando existe evidencia de fuga durante el procedimiento intraoperatorio, independientemente de su origen, debe buscarse, repararse y dejar dren, para favorecer una fístula biliar externa que cerrará en una a dos semanas a menos que exista obstrucción del colédoco distal.

Si en el postoperatorio no se produce drenaje se debe sospechar en algún problema, cuando exista dolor y resistencia en hipocondrio derecho o en forma difusa, con o sin fiebre. Cuando el cuadro sea más severo y evidente, se debe sospechar un origen en el cístico, ya sea porque la grapa se hubiese movilizado o por obstrucción distal de la vía biliar.

En lesiones de la vía biliar en el postoperatorio se actuara de acuerdo al tiempo de detección de la lesión. 8) Lesiones por energía: Estas se pueden ocasionar por el uso inadecuado del electrocauterio o el láser, estas lesiones pueden ser de toda índole, desde perforación de víscera hueca hasta sangrado y lesión de los

conductos; cuyas manifestaciones pueden ser transoperatorias u ocurrir 48 horas después de la cirugía, tiempo en que se desprende la escara.

Complicaciones tardías

1) Embolia Pulmonar: Esto se debe al aumento de la presión intraabdominal, que provoca éxtasis venoso y condicionar cierto grado de hipovolemia o baja restitución de líquido. Por lo que las medidas antitromboembólicas, están recomendadas en todos los casos.

2) Abscesos: Ocurre cuando se usa material no estéril o solo desinfectado, cuando se hace una cirugía limpia contaminada, cuando hay contaminación mayor de la cavidad, cuando la cirugía es cruenta o cuando se dejan detritus, coágulos, cálculos o exceso de líquido en la cavidad, que no se previene con la sola administración de antibióticos. La fiebre postoperatoria y el dolor persistente, puede hacer sospechar la presencia de absceso.

3) Eventración: Puede ocurrir principalmente cuando los accesos de la pared abdominal son mayores de un cm, y están localizados en la región umbilical. Por esta razón se recomienda el cierre de la fascia en esta zona.

4) Ictericia Post-quirúrgica: Durante un procedimiento quirúrgico, el hígado está sujeto a una combinación de factores que en grado variable pueden afectar la función hepática; esta disfunción puede manifestarse clínicamente desde un hiperbilirubinemia transitoria, hasta una insuficiencia hepática en grado superlativo, tal es el coma que en la inmensa mayoría de los casos es fatal. Para fines didácticos es posible dividir las ictericias postquirúrgicas en tres grupos: prehepáticas, hepatocelulares y posthepáticas, sin embargo en la gran mayoría de los casos no es posible precisar una explicación fisiopatológica única y la causa de

la disfunción hepática se atribuye a factores combinados, los cuales aún con los medios diagnósticos más sofisticados es imposible deslindar.

La lesión iatrogénica de las vías biliares en el curso de una operación puede pasar desapercibida y sucede generalmente en el curso de una colecistectomía laparoscópica con exploración de las vías biliares, pero es posible en cualquier operación abdominal alta.

El diagnóstico y tratamiento puede ser retardado en los grados mínimos de ictericia en un paciente con tubo en T son atribuidos erróneamente a colangitis, cirrosis u otra causa médica de ictericia postoperatoria.

5) Infección de herida operatoria: La infección de herida operatoria, en el sitio de extracción de la vesícula biliar, puede presentarse y en la mayoría de los casos se manifiesta después del alta y es de manejo simple. Los abscesos intraabdominales tardíos, su causa es multifactorial y se tratan con drenaje por punción y antibióticos.

Las manifestaciones de infección de herida operatoria aparecen generalmente entre el tercero y décimo días del postoperatorio, aunque con menos frecuencia pueden aparecer antes o después.

El tejido celular subcutáneo es el más frecuentemente comprometido. La manifestación más frecuente es la fiebre, puede haber aumento de dolor en la herida así como edema y eritema.

Prevenir la infección de la herida operatoria es uno de los aspectos más importantes en el cuidado del paciente, esto puede conseguirse reduciendo la contaminación, con técnica quirúrgica limpia y suave, sostén de las defensas del paciente y a veces antibióticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Área y período de estudio

El estudio se llevó a cabo en el servicio de cirugía del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. La recolección de la información se realizó en enero del 2016, y el período de evaluación fue de enero a diciembre del 2015.

Población y muestra

Población

Todos los pacientes a los que se les realizó colecistectomía laparoscópica durante el 2015.

Muestra

Determinación del tamaño de la muestra

Se llevó a cabo la determinación del tamaño de la muestra con el programa Power and Sample Size Calculator Versión 3.0, aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

N= Población 450 pacientes sometidos a Colelap

Z= 1.64 para un error alfa de 5% (0.05) (confianza del 90%)

e=Precisión o error máximo aceptado 5% (0.05)

p=proporción esperada (proporción esperada de complicaciones 15%)

n=muestra estimada – 106 casos

% ajustado de la muestra por posible pérdidas= 15%

Muestra a ser colectada 124.

Posterior a la revisión de los archivos Estadística del Hospital, del servicio de cirugía, se identificaron en el 2015 450 casos. Posteriormente se creó un listado con el número de los expedientes de los 450 casos y se introdujeron al programa SPSS 20.0 y se aplicó un algoritmo de selección aleatoria de 124 casos. Una vez determinado los casos a ser investigados se procedió a la revisión de los expediente, no teniéndose acceso solo a dos expediente, por lo que se obtuvo información de 122 casos. Este número es muy superior a la muestra necesaria de 106 casos, por lo que nuestra muestra es altamente representativa desde la perspectiva estadística.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

1. Todo paciente sometidos a Colelap en el Hospital Escuela Antonio Lenín Fonseca
2. Todo paciente de 18 años o más

3. Todo paciente que fue intervenido durante el período de estudio

Criterios de exclusión:

1. Que el expediente clínico no haya estado disponible.

Técnicas y procedimientos para recolectar la información

Ficha de recolección de la información

La ficha de recolección de la información estuvo conformada por incisos cerrados, los cuales incluyeron información acerca de los datos socio-demográficos (edad, sexo), antecedentes patológicos, factores relacionados con el procedimiento y complicaciones.

La fuente de recolección de la información fue secundaria, debido a que los datos se recopilaron de los expedientes clínicos de los pacientes del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 20.0 versión para Windows (SPSS 2011)

Estadística descriptiva

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas) se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas

(porcentajes). Los datos son mostrados en tablas de contingencia. Los datos son ilustrados usando gráficos de barra.

Estadística inferencial

A. Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado (X^2). Se consideró que una asociación o diferencia fue estadísticamente significativa, cuando el valor de p es <0.05 . Las pruebas estadísticas se llevaron a cabo a través del programa SPSS 20.0.

B. Estimación del intervalo de confianza: Para las estimaciones relevantes se calculó su respectivo intervalo de confianza del 95% a través del siguiente procedimiento

El intervalo de confianza para estimar una proporción p , conocida una proporción muestral p_n de una muestra de tamaño n , a un nivel de confianza del $(1-\alpha) \cdot 100\%$ es:

$$\left(p_n - z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{p_n(1-p_n)}{n}}, p_n + z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{p_n(1-p_n)}{n}} \right)$$

RESULTADOS

Resultados del objetivo #1

En edad el 75% de los pacientes es menor de 47 años, siendo la edad mínima encontrada de 18 años y la edad máxima de 71 años con una media de 38 años. (Ver cuadro 1)

El 95% de los pacientes procede del área urbana y un 4.9% del área rural. (Ver cuadro 2)

Las pacientes de sexo femenino constituyeron el 82% de la muestra, el sexo masculino el 18%. (Ver cuadro 2)

En cuanto a la frecuencia de antecedentes patológicos los más frecuentes fueron hipertensión arterial (13%), pancreatitis (8%) y diabetes (7%). El 77% no reporta antecedentes patológicos. (Ver cuadro 9).

El 14.8% de los pacientes tenían antecedente de Cesárea y 6.6% de apendicectomía abierta, el 75.4% nunca había sido operado. No se encontró pacientes con antecedentes de cirugía en abdomen superior. (Ver cuadro 10)

Resultados del objetivo #2

En el 98.4% de los casos se trató de una cirugía electiva y en el 1.6% fue de urgencia. El riesgo anestésico más frecuente fue el ASA II con el 63.9%. (Ver cuadro 3).

El porcentaje de conversión a técnica abierta fue del 11.5% de los casos. (Ver cuadro 3). duración de 145 minutos. (Ver cuadro 7). La principal causa de conversión fue la dificultad para identificar la anatomía en el 50% de los casos, seguido de la presencia de adherencias en el 33.3%. (Ver cuadro 4)

El diagnóstico pre quirúrgico más frecuente fue la colecistitis crónica litiásica con el 72.1%, seguido de colelitiasis en el 26.2%. Con respecto al diagnóstico posquirúrgico colecistitis crónica se presentó en el 65.6% de los casos y la forma aguda se presentó en el 19.8%. En cuanto al diagnóstico por histopatología la colecistitis crónica se encontró en el 81.9% de los casos. (Ver cuadro 5)

El 82% de los pacientes recibió profilaxis antibiótica con cefazolina 2 grs IV durante la inducción anestésica. (Cuadro 6)

El tiempo promedio de duración de la colecistectomía laparoscópica fue de 54.8 minutos, siendo el procedimiento más rápido de 22 minutos y el de mayor. (Ver cuadro 7)

El promedio de estancia hospitalaria después de la cirugía fue de 1.9 días y la duración total de hospitalización de 4.8 días. (Ver cuadro 8)

Resultados del objetivo #3 y 4

Se encontró complicaciones en el 4.8% de los casos, siendo las complicaciones más frecuentes los vómitos persistentes y el dolor en hombro derecho, encontramos un caso de bilioma secundario a fuga del muñón cístico. (Cuadro 11).

Resultados del objetivo #5

Al comparar la frecuencia de complicaciones según algunas características relevantes se observó que no hubo diferencias significativas según sexo, grupo de edad, antecedente de cirugía, antecedente de pancreatitis y estado agudo ($p > 0.05$). Sin embargo según antecedente el antecedente de cirugía y el estado agudo de la patología biliar, se observó una diferencia no significativa pero se encontraba en el límite alto ($0.05 > p < 0.1$). (Ver cuadro 12)

DISCUSIÓN

La Colectomía Laparoscópica se ha impuesto de manera generalizada como la técnica de elección en el tratamiento de la colelitiasis sintomática. Esto se explica por los beneficios conocidos que este abordaje quirúrgico conlleva: un postoperatorio más confortable para el paciente con una rápida recuperación del tránsito intestinal, una menor necesidad de analgesia postoperatoria y una mayor recuperación para llevar a cabo la deambulación y las tareas habituales, lo que acorta la estancia hospitalaria. En nuestra serie también se confirman estos hechos, obteniéndose un tiempo de recuperación y estancia media postoperatoria comparable con otros estudios que presentan las mismas características.

El 98.4% de los casos de colectomía laparoscópica se realizó de manera programada y tan solo un 1.6% de los casos se realizaron de emergencia esto podría orientar a que aun no se considera el procedimiento laparoscópico como seguro y con más ventajas que la técnica abierta en los casos agudos, otra explicación válida es la falta de disponibilidad del equipo laparoscópico durante los turnos momento en el cual se presenta el mayor volumen de casos de urgencia.

Nuestro porcentaje de conversión se encuentra dentro del porcentaje aceptado en comparación con series internacionales las cuales describen conversión a técnica abierta hasta en el 20% de los casos. En nuestro medio el porcentaje de conversión fue del 11.5% siendo la principal causa la incapacidad de identificar la anatomía normal debido a marcada reacción inflamatoria a nivel del triángulo hepatocístico y ligamento hepatoduodenal.

El porcentaje de complicaciones observadas en nuestra serie es del 4.8%, comparable con otras series consultadas.

No hemos observado infecciones de herida, únicamente 1 caso (0.81%) de seroma en la herida umbilical. No encontramos ningún caso de lesión iatrógena de grandes vasos durante la colocación de trocares, probablemente porque la colocación de puertos se realiza bajo visión directa una vez introducida la óptica por el trocar umbilical. La extracción de trocares también la realizamos de este modo, sin haber observado ningún caso de hemorragia de pared abdominal que nos haya pasado desapercibida.

La incidencia de lesión de vía biliar principal durante la colecistectomía laparoscópica se encuentra comprendida entre un 0,2 y un 1%, según las series consultadas. En nuestro estudio encontramos un paciente con bilioma diagnosticado 12 días posterior a la cirugía electiva causado por fuga del muñón cístico siendo el motivo de consulta ictericia asociado a dolor abdominal, se re intervino vía laparoscópica realizando lavado y drenaje, colocación de drenaje activo además de administrársele antibióticos de amplio espectro, la evolución fue satisfactoria siendo egresada a los 5 días de la reintervención sin requerir nueva cirugía.

Las principales complicaciones a mediano y largo plazo de las colecistectomías laparoscópicas que probablemente no han sido evaluadas en este estudio es: estenosis de la vía biliar principalmente causados por quemaduras por electrocauterio y/o disección excesiva con daño a la irrigación coledociana; y coledocolitiasis residual o no detectada después de colecistectomía laparoscópica.

Podemos concluir afirmando que la colecistectomía laparoscópica es una técnica cómoda, con fácil aprendizaje y con beneficios postoperatorios para el paciente, pero con un potencial de lesión de vía biliar principal nada despreciable que conlleva asimismo una solución compleja en la mayoría de los casos.

En el Lenin Fonseca a pesar de ser hospital escuela de referencia nacional el equipo laparoscópico con que se cuenta es mínimamente básico, sin variedad de pinzas ni trocar e incluso con pinzas en mal estado lo que no permite realizar procedimientos laparoscópicos más complejos a pesar de contar con los recursos médicos entrenados para realizarlos.

CONCLUSIONES

El porcentaje de complicación de la Colectomía laparoscópica en el Hospital Lenin Fonseca fue del 4.8% encontrando fuerte asociación de estas en pacientes con cuadros agudos o antecedente de pancreatitis.

Las pacientes femeninas menores de 47 años constituyeron el mayor volumen de pacientes.

El porcentaje de conversión de la técnica laparoscópica a técnica abierta fue del 11.5%

La mayor parte de los casos fue realizada de forma electiva.

El promedio de estancia hospitalaria después de la cirugía fue de 1.9 días.

RECOMENDACIONES

A las autoridades de salud

- Recomendamos implementar estrategias para la mejorar la infraestructura y equipamiento del servicio para poder garantizar un programa de cirugía laparoscópica que cumpla con los estándares requeridos.

Recomendación al servicio de cirugía

- Recomendamos diseñar e implementar un programa de entrenamiento y un sistema de evaluación de la curva de aprendizaje y su impacto el comportamiento de las complicaciones relacionadas con la Colectectomía Laparoscópica.
- Recomendamos diseñar e implementar un sistema de monitoreo y vigilancia de las complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica, que sea capaz de captar al mayor porcentaje posible de complicaciones, especialmente con respecto a las complicaciones menores. Por ejemplo, se debe mejorar el seguimiento de las complicaciones por emergencia que no se registran en los expedientes clínicos, como el caso de infecciones del sitio quirúrgico o alguna otra complicación menor que no requiere hospitalización y el caso es atendido únicamente en emergencia, la hoja de consulta en emergencia no llega al expediente oficial del paciente y por tanto no se registra.

Recomendaciones al personal médico

- Se recomienda enfatizar y mejorar el registro de las medidas antropométricas y en especial la valoración nutricional a través del índice de masa corporal, ya que información de este tipo permitirá evaluar en futuros estudios el rol del estado nutricional y la ocurrencia de complicaciones. También se recomienda mejorar la infraestructura para evaluar antropometría, a nivel del servicio de cirugía.
- Por razones de investigación y evaluación de la curva de aprendizaje recomendamos evaluar la posibilidad de registrar si el procedimiento fue realizado por médico residente o médico especialista. En general las notas operatorias reflejan que el procedimiento fue realizado por médico de base, y dificulta evaluar la ocurrencia de complicaciones según la experiencia del cirujano.
- Por otro lado, también recomendamos registrar si hubo derrame de bilis o de litos. Durante la revisión se observó que solo en algunas notas operatorias mencionaban si hubo o no dicha complicación, no se registraron si hubo cálculos olvidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Svanvik, J. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *The European journal of surgery. Supplement. := Acta chirurgica. Supplement*, 16-17 (2000).
2. Svanvik, J. Results of laparoscopic compared with open cholecystectomy. *The European journal of surgery. Supplement. := Acta chirurgica. Supplement*, 12-15 (2000).
3. Hugh, T.B. New strategies to prevent laparoscopic bile duct injury--surgeons can learn from pilots. *Surgery* **132**, 826-835 (2002).
4. Hugh, T.B. Laparoscopic bile duct injury: some myths. *ANZ journal of surgery* **72**, 164-167 (2002).
5. Kitano, S., Matsumoto, T., Aramaki, M. & Kawano, K. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Journal of hepato-biliary-pancreatic surgery* **9**, 534-537 (2002).
6. Dagash, H., Chowdhury, M. & Pierro, A. When can I be proficient in laparoscopic surgery? A systematic review of the evidence. *Journal of pediatric surgery* **38**, 720-724 (2003).
7. Shamiyeh, A. & Wayand, W. Laparoscopic cholecystectomy: early and late complications and their treatment. *Langenbeck's archives of surgery / Deutsche Gesellschaft fur Chirurgie* **389**, 164-171 (2004).
8. Giger, U., *et al.* Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: indication, technique, risk and outcome. *Langenbeck's archives of surgery / Deutsche Gesellschaft fur Chirurgie* **390**, 373-380 (2005).
9. Boni, L., *et al.* Infective complications in laparoscopic surgery. *Surgical infections* **7 Suppl 2**, S109-111 (2006).
10. Osborne, D.A., Alexander, G., Boe, B. & Zervos, E.E. Laparoscopic cholecystectomy: past, present, and future. *Surgical technology international* **15**, 81-85 (2006).
11. Massoumi, H., Kiyici, N. & Herten, H. Bile leak after laparoscopic cholecystectomy. *Journal of clinical gastroenterology* **41**, 301-305 (2007).
12. Gogalniceanu, P., Purkayastha, S., Spalding, D. & Zacharakis, E. Chyle leak following laparoscopic cholecystectomy: a rare complication. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* **92**, W12-14 (2010).
13. Wu, Y.V. & Linehan, D.C. Bile duct injuries in the era of laparoscopic cholecystectomies. *The Surgical clinics of North America* **90**, 787-802 (2010).

14. Nordin, A., Gronroos, J.M. & Makisalo, H. Treatment of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy. *Scandinavian journal of surgery : SJS : official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society* **100**, 42-48 (2011).
15. Hall, T.C., Dennison, A.R., Bilku, D.K., Metcalfe, M.S. & Garcea, G. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *Archives of surgery (Chicago, Ill. : 1960)* **147**, 657-666 (2012).
16. Gotzky, K., Landwehr, P. & Jahne, J. [Epidemiology and clinical presentation of acute cholecystitis]. *Der Chirurg; Zeitschrift fur alle Gebiete der operativen Medizin* **84**, 179-184 (2013).
17. Reibetanz, J., Germer, C.T. & Krajinovic, K. Single-port cholecystectomy in obese patients: our experience and a review of the literature. *Surgery today* **43**, 255-259 (2013).
18. Sundbom, M. Laparoscopic revolution in bariatric surgery. *World journal of gastroenterology* **20**, 15135-15143 (2014).

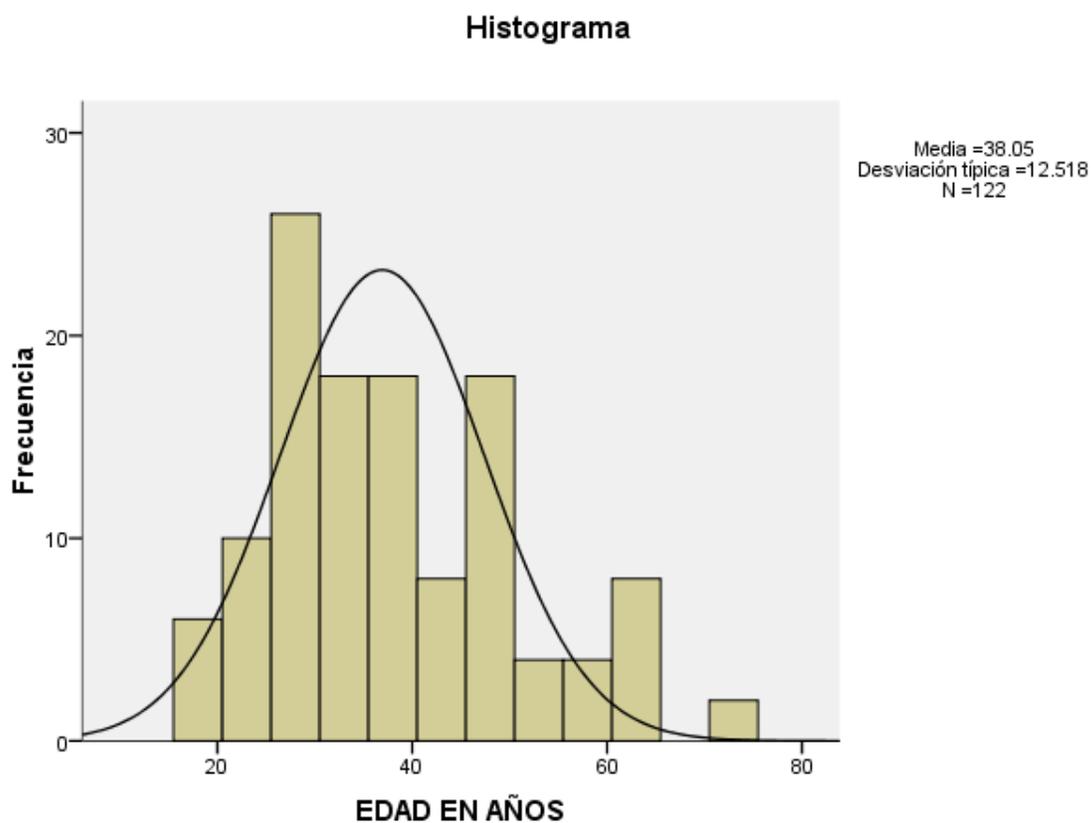
ANEXOS

CUADRO #1: DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD EN EL GRUPO DE PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.

EDAD EN AÑOS		
N		122
Media		38.0
Error t \acute{u} p. de la media		1.1
Mediana		36.0
Desv. t \acute{u} p.		12.5
M \acute{u} nimo		18.0
M \acute{a} ximo		71.0
Percentiles	25	28.0
	50	36.0
	75	47.3

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #1: DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD EN EL GRUPO DE PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



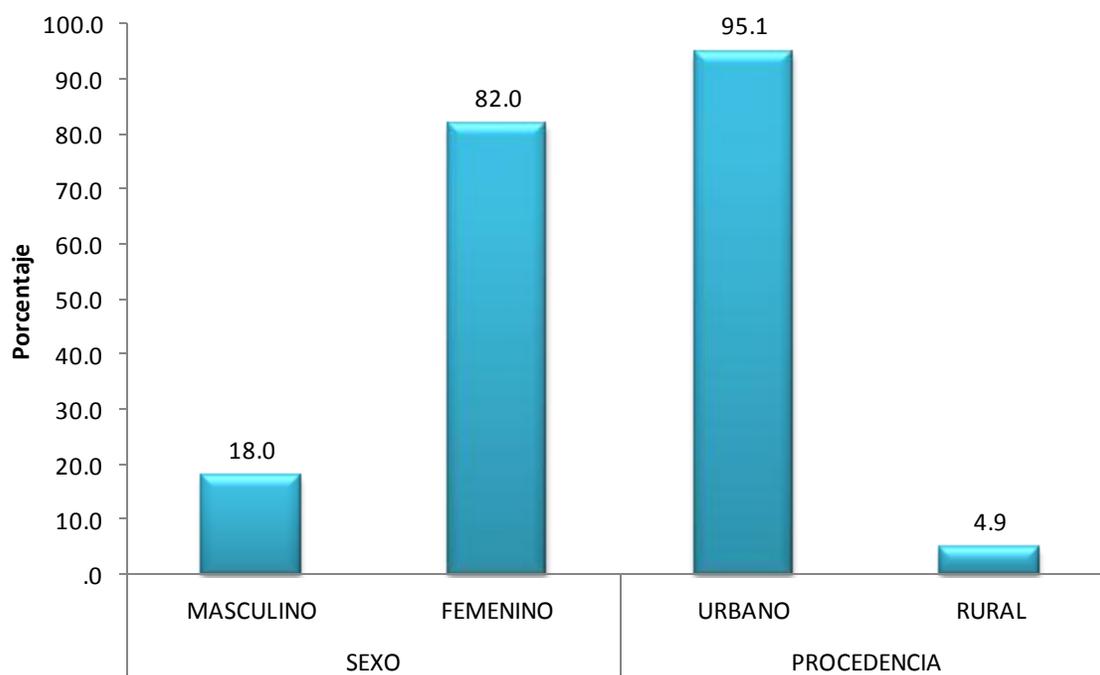
FUENTE: CUADRO 1

CUADRO #2: DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y PROCEDENCIA DE
 PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA
 LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN
 FONSECA, 2015.

		Frecuencia	Porcentaje
SEXO	MASCULINO	22	18.0
	FEMENINO	100	82.0
	Total	122	100.0
PROCEDENCIA	URBANO	116	95.1
	RURAL	6	4.9
	Total	122	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #2: DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD EN EL GRUPO DE PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



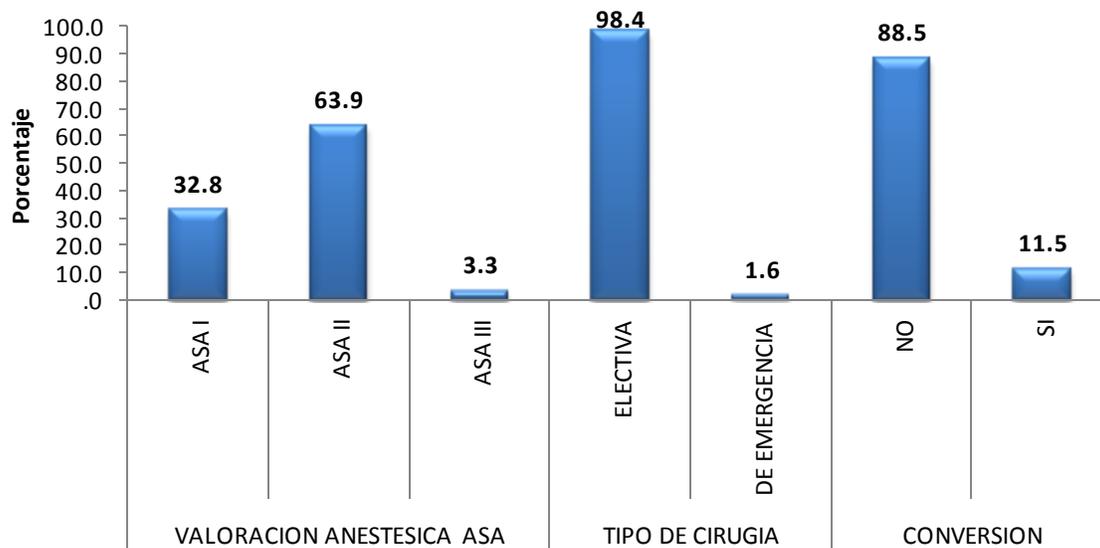
FUENTE: CUADRO 2

CUADRO #3: FACTORES RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA EN EL GRUPO DE PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.

		Frecuencia	Porcentaje
VALORACION ANESTESICA ASA	ASA I	40	32.8
	ASA II	78	63.9
	ASA III	4	3.3
	Total	122	100.0
TIPO DE CIRUGIA	ELECTIVA	120	98.4
	DE EMERGENCIA	2	1.6
	Total	122	100.0
CONVERSION	NO	108	88.5
	SI	14	11.5
	Total	122	100.0

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #3: FACTORES RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA EN EL GRUPO DE PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



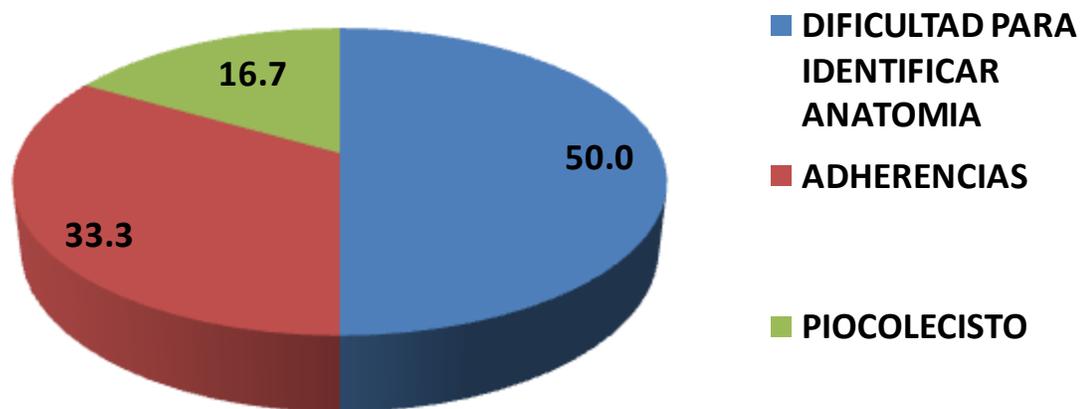
FUENTE: CUADRO 3

**CUADRO #4: CAUSAS DE CONVERSION EN EL GRUPO DE
PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA
LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN
FONSECA, 2015.**

	n	% sobre el total	% sobre conversiones
DIFICULTAD PARA IDENTIFICAR ANATOMIA	6	4.9	50.0
ADHERENCIAS	4	3.3	33.3
PIOCOLECISTO	2	1.6	16.7
Total	12	9.8	100.0
Total	12	100.0	1016.7

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #4: CAUSAS DE CONVERSION EN EL GRUPO DE PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



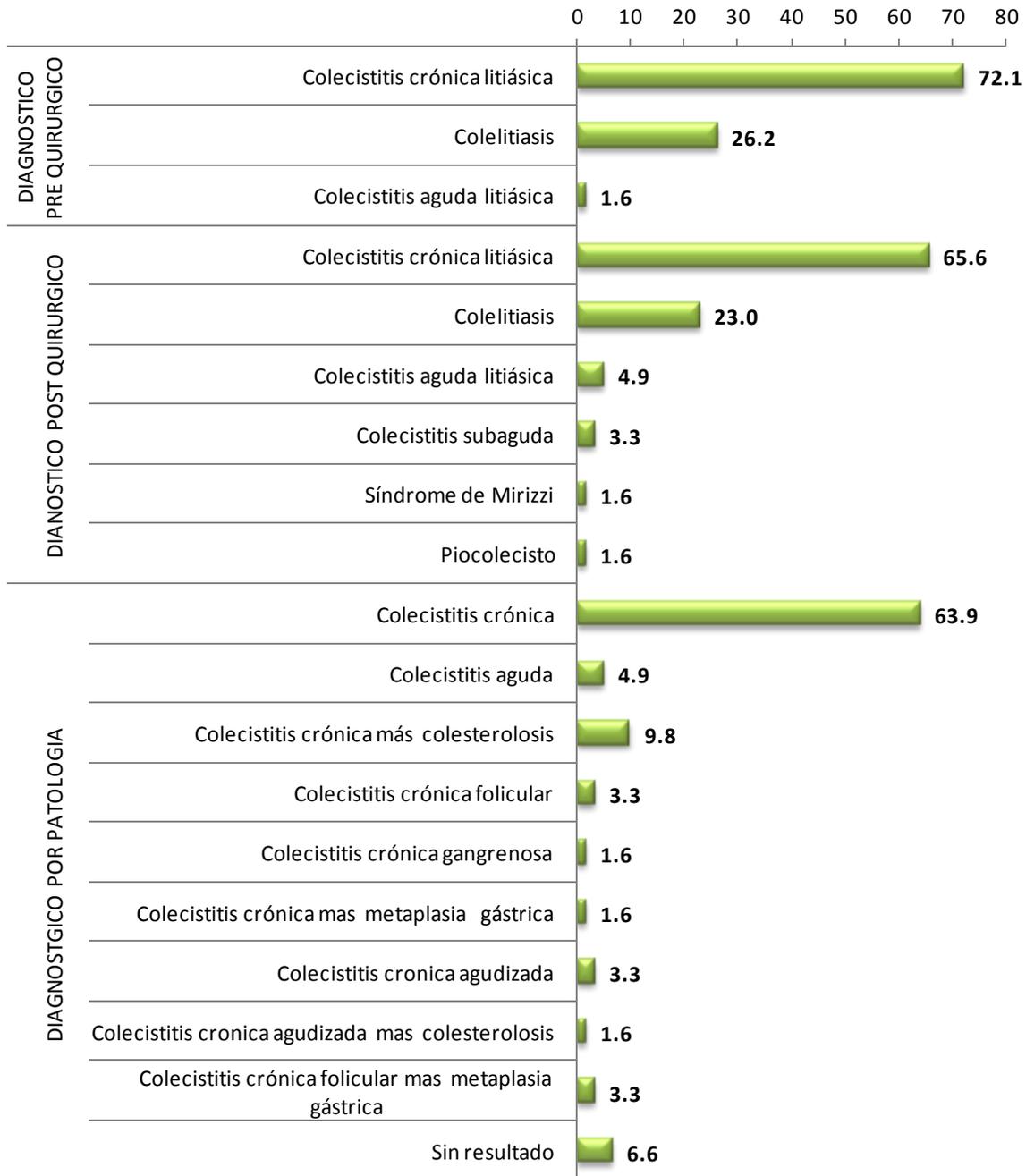
FUENTE: CUADRO 4

CUADRO #5: DIAGNÓSTICOS PREQUIRÚRGICO, POSTQUIRURGICO Y POR PATOLOGÍA, EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.

		Frecuencia	Porcentaje
DIAGNOSTICO PRE QUIRURGICO	Colecistitis crónica litiásica	88	72.1
	Colelitiasis	32	26.2
	Colecistitis aguda litiásica	2	1.6
DIANOSTICO POST QUIRURGICO	Colecistitis crónica litiásica	80	65.6
	Colelitiasis	28	23.0
	Colecistitis aguda litiásica	6	4.9
	Colecistitis subaguda	4	3.3
	Síndrome de Mirizzi	2	1.6
	Piocolocisto	2	1.6
DIAGNOSTGICO POR PATOLOGIA	Colecistitis crónica	78	63.9
	Colecistitis aguda	6	4.9
	Colecistitis crónica más colesterolosis	12	9.8
	Colecistitis crónica folicular	4	3.3
	Colecistitis crónica gangrenosa	2	1.6
	Colecistitis crónica más metaplasia gástrica	2	1.6
	Colecistitis crónica agudizada	4	3.3
	Colecistitis crónica agudizada más colesterolosis	2	1.6
	Colecistitis crónica folicular más metaplasia gástrica	4	3.3
	Sin resultado	8	6.6

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRÁFICO #5: DIAGNÓSTICOS PREQUIRÚRGICO, POSTQUIRÚRGICO Y POR PATOLOGÍA, EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



FUENTE: CUADRO #4.

CUADRO #6: PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.

		Frecuencia	Porcentaje
PROFILAXIS ANTIBIOTICA	NO	22	18
	SI	100	82
	Total	122	100

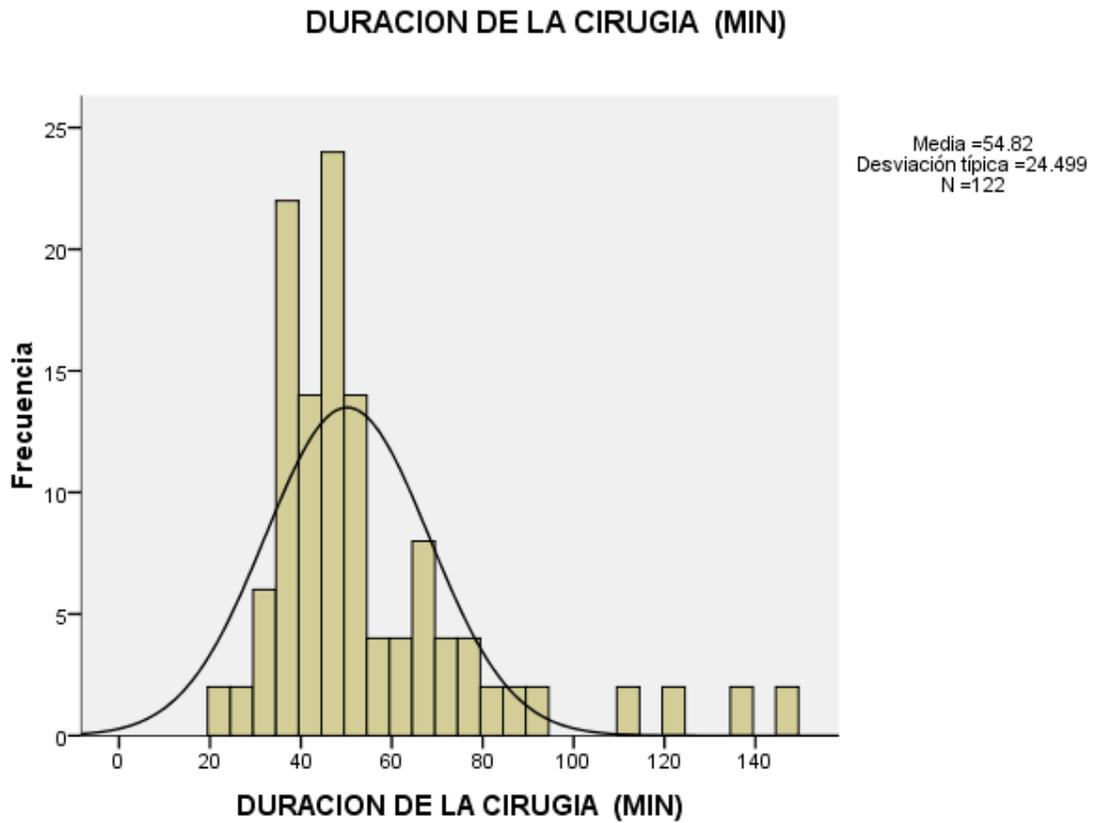
FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

CUADRO #7: DURACIÓN DE LA CIRUGÍA EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.

		DURACION DE LA CIRUGIA (MIN)
N		122
Media		54.8
Error tít. de la media		2.2
Mediana		47.0
Desv. tít.		24.5
Mínimo		22.0
Máximo		145.0
Percentiles	25	39.0
	50	47.0
	75	61.3

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRAFICO #7 DURACIÓN DE LA CIRUGÍA EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



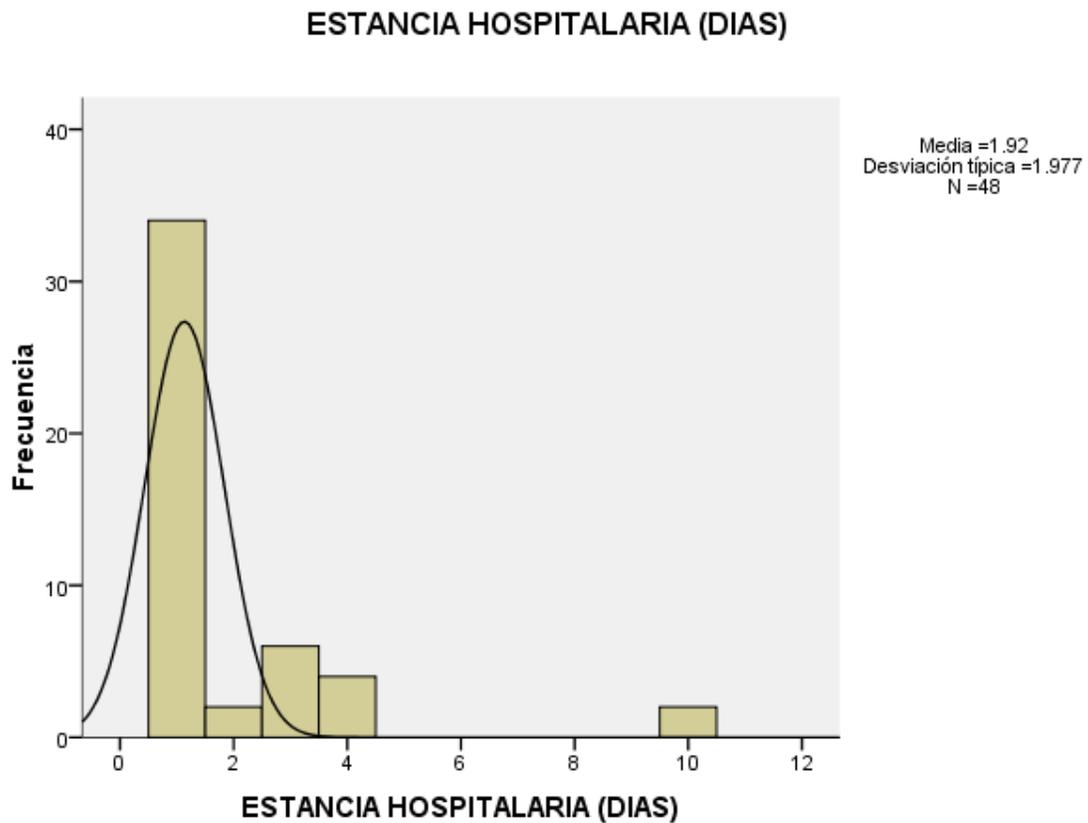
FUENTE: CUADRO 7.

CUADRO #8: ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.

		ESTANCIA HOSPITALARIA (DIAS)	ESTANCIA HOSPITALARIA TOTAL (DIAS)
N	HOSPITALIZADOS	48	52
	AMBULATORIOS	74	70
	Media	1.9	4.8
	Error típ. de la media	.3	.7
	Mediana	1.0	2.5
	Desv. típ.	2.0	5.0
	Mínimo	1.0	1.0
	Máximo	10.0	20.0
Percentiles	25	1.0	1.0
	50	1.0	2.5
	75	2.8	7.0

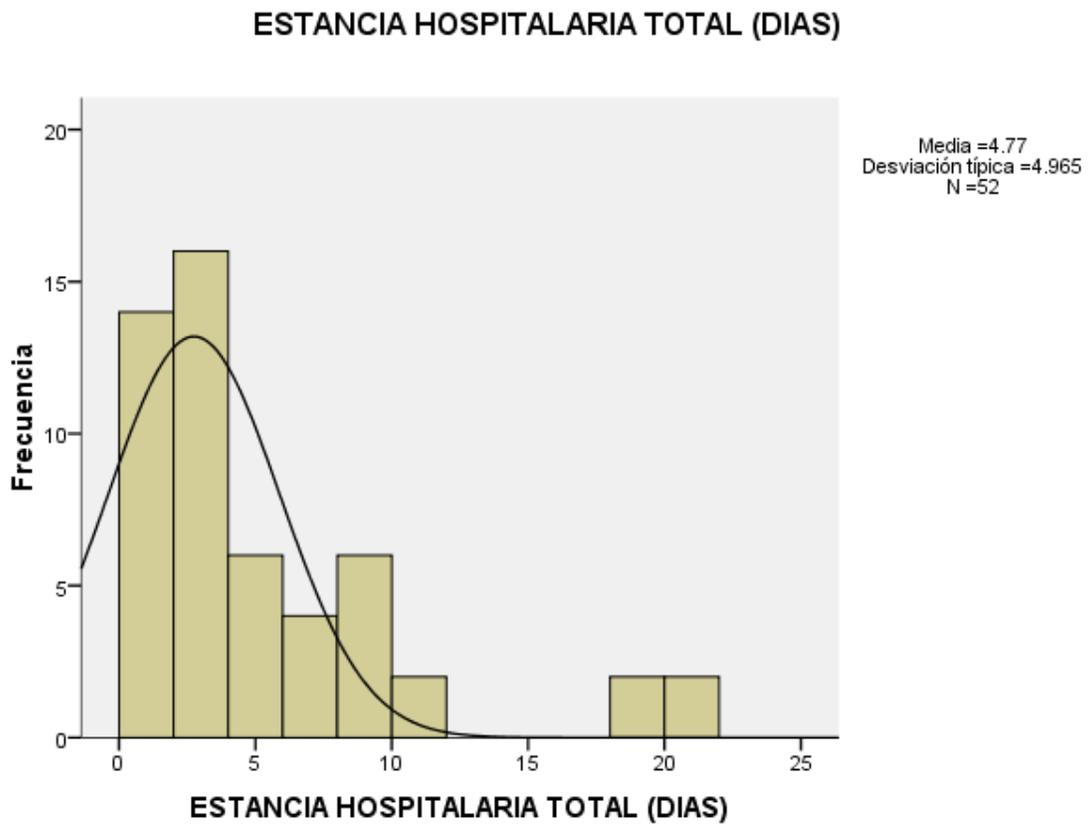
FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRAFICO #8: ESTANCIA HOSPITALARIA POSTQUIRURGICA EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



FUENTE: CUADRO 8.

GRAFICO #9: ESTANCIA HOSPITALARIA TOTAL EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



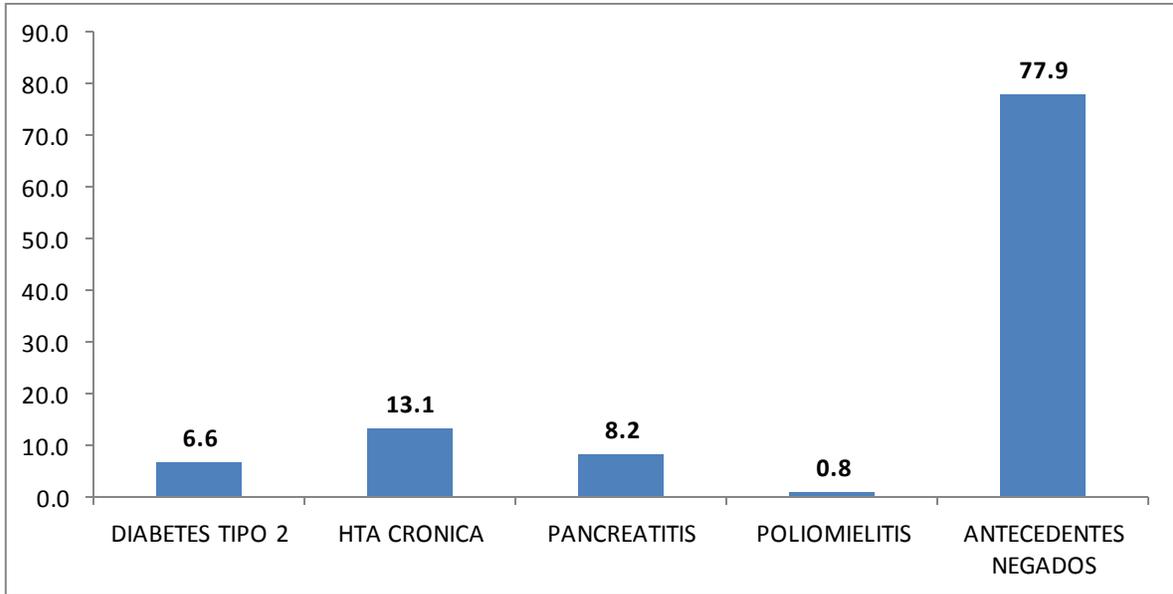
FUENTE: CUADRO #8.

**CUADRO #9: ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES EN
PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA
LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN
FONSECA, 2015.**

		n	%
APP	DIABETES TIPO 2	8	6.6
	HTA CRONICA	16	13.1
	PANCREATITIS	10	8.2
	POLIOMIELITIS	1	0.8
	ANTECEDENTES NEGADOS	95	77.9

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRAFICO #10: ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



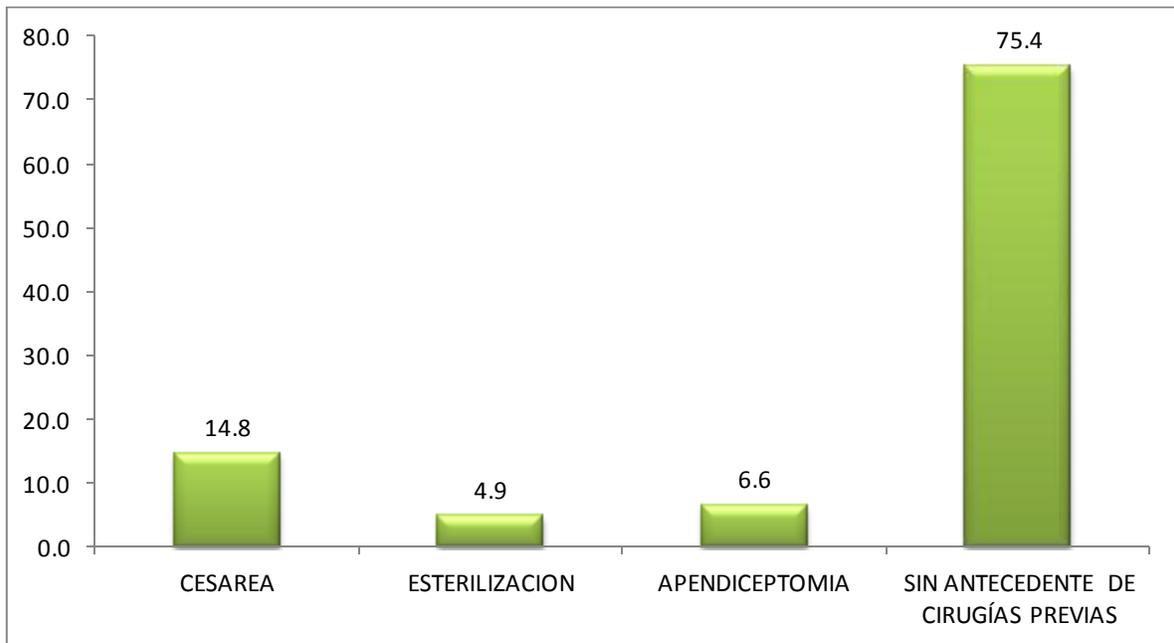
FUENTE: CUADRO 9

CUADRO #10: ANTECEDENTES QUIRURGICOS EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.

		n	%
CIRUGIAS PREVIAS	CESAREA	18	14.8
	ESTERILIZACION	6	4.9
	APENDICECTOMIA	8	6.6
	SIN ANTECEDENTE DE CIRUGÍAS PREVIAS	92	75.4

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRAFICO #11: ANTECEDENTES QUIRURGICOS EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



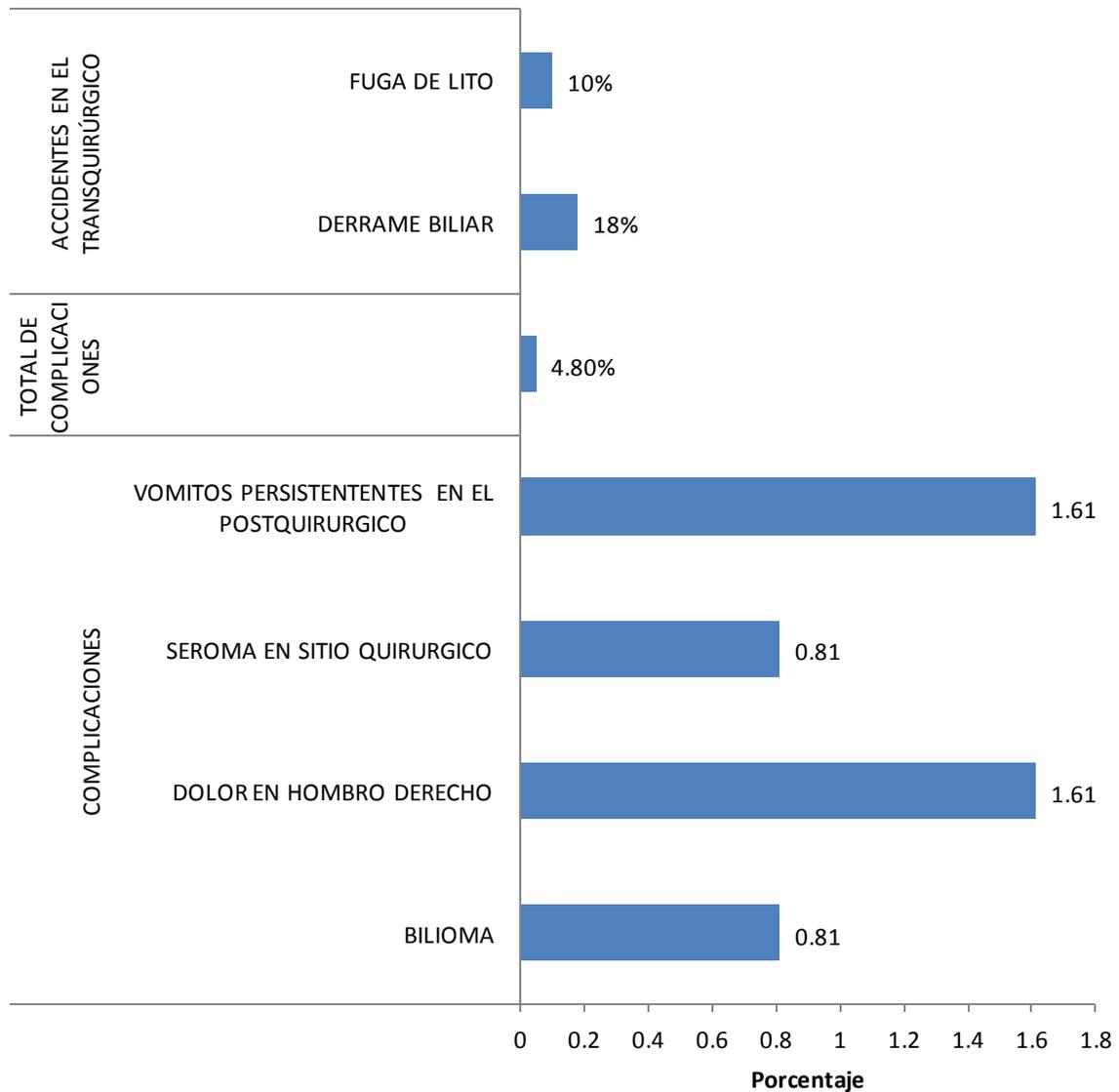
FUENTE: CUADRO 10

**CUADRO #11|: COMPLICACIONES EN PACIENTES INTERVENIDO
POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL
ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.**

		n	%
COMPLICACIONES	BILIOMA	1	0.81
	DOLOR EN HOMBRO DERECHO	2	1.61
	SEROMA EN SITIO QUIRURGICO	1	0.81
	VOMITOS PERSISTENTENTES EN EL POSTQUIRURGICO	2	1.61
TOTAL DE COMPLICACIONES		6	4.8%
ACCIDENTES EN EL TRANSQUIRÚRGICO	DERRAME BILIAR	22	18%
	FUGA DE LITO	12	10%

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

GRAFICO #12: COMPLICACIONES EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.



FUENTE: CUADRO 11

CUADRO #12: ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES EN PACIENTES INTERVENIDO POR COLECISTECTOMÍA LAPARÓSCOPICA EN EL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENÍN FONSECA, 2015.

			COMPLICACIONES				Total		Pruebas de chi-cuadrado		
			NO		SI				Valor	gl	p
			n	%	n	%	n	%			
GRUPO DE EDAD	MENOR DE 50 AÑOS	82	80.4%	20	19.6%	102	100.0%	.002 ^a	1	.968	
	50 ANOS O MÁS	16	80.0%	4	20.0%	20	100.0%				
Total		98	80.3%	24	19.7%	122	100.0%				
SEXO	MASCULINO	18	81.8%	4	18.2%	22	100.0%	.038 ^a	1	.846	
	FEMENINO	80	80.0%	20	20.0%	100	100.0%				
Total		98	80.3%	24	19.7%	122	100.0%				
PANCREATITIS	NO	88	78.6%	24	21.4%	112	100.0%	2.668 ^a	1	.102	
	SI	10	100.0%	0	.0%	10	100.0%				
Total		98	80.3%	24	19.7%	122	100.0%				
ANTECEDENTE DE CIRUGIA	NO	82	83.7%	16	16.3%	98	100.0%	3.529 ^a	1	.060	
	SI	16	66.7%	8	33.3%	24	100.0%				
Total		98	80.3%	24	19.7%	122	100.0%				
CUADRO AGUDO	NO	86	78.2%	24	21.8%	110	100.0%	3.259 ^a	1	.071	
	SI	12	100.0%	0	.0%	12	100.0%				
Total		98	80.3%	24	19.7%	122	100.0%				

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO