



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



**“LITIASIS BILIAR: COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS EN
PACIENTES ENTRE 20 A 40 AÑOS DE EDAD”**

**ESTUDIO A REALIZARSE EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON
PERIODO 2015 - 2016.**

AUTOR:

OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

TUTOR:

DRA. MARTHA BAQUERIZO

GUAYAQUIL – ECUADOR

2016 – 2017



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

**“LITIASIS BILIAR: COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS EN
PACIENTES ENTRE 20 A 40 AÑOS DE EDAD” ESTUDIO A REALIZARSE
EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015 - 2016.**

**TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL GRADO DE MEDICO**

AUTOR:

OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

TUTOR:

DRA. MARTHA BAQUERIZO

GUAYAQUIL – ECUADOR

2016 - 2017



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: LITIASIS BILIAR: COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS EN PACIENTES ENTRE 20 A 40 AÑOS DE EDAD ESTUDIO A REALIZARSE EN EL HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016

RESUMEN: LA LITIASIS BILIAR ES UNA ACUMULACIÓN DE CÁLCULOS EN EL INTERIOR DE LA VESÍCULA BILIAR QUE AFECTA SOBRE TODO A MUJERES OBESAS, MULTÍPARAS, O QUE HAN TOMADO LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA, AUNQUE TAMBIÉN SE ASOCIA A DIETAS RICAS EN GRASAS Y AZÚCARES Y POBRES EN FIBRA VEGETAL.

AUTOR/ ES:

OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

REVISORES: Dr. Lozada

TUTOR: DRA. MARTHA BAQUERIZO

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Medicina

FECHA DE PUBLICACIÓN:

Nº DE PÁGS:

ÁREAS TEMÁTICAS:

PALABRAS CLAVE: LITIASIS BILIAR COMPLICACIONES

Nº DE REGISTRO (en base de datos):

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI X

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono:
0996877919

E-mail: oswalcordoba@gmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre:
Universidad de Guayaquil, Escuela de Medicina

Teléfono: 042288126

E-mail: www.ug.edu.ec

Guayaquil 9 de Mayo del 2017

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **Dra. MARTHA BAQUERIZO** , tutor del trabajo de titulación “**LITIASIS BILIAR: COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS EN PACIENTES ENTRE 20 A 40 AÑOS DE EDAD**” ESTUDIO A REALIZAR EN **EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015 – 2016**, certifico que el presente trabajo de titulación elaborado por **OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL** con C.I. No. **1085278345** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MEDICO** , en la **Carrera de Ciencias Medicas Facultad de Medicina** , ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

Dra. MARTHA BAQUERIZO

TUTOR

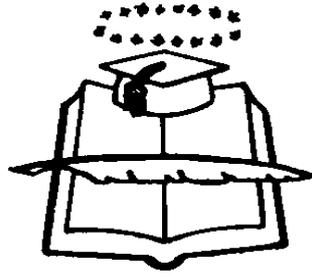
**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL con C.I 1085278345, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“LITIASIS BILIAR: COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS EN PACIENTES ENTRE 20 A 40 AÑOS DE EDAD” ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015 – 2016”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

C.I. 1085278345

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde al **SR.OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL**, ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de médico.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios y a la santísima virgen del Carmen, quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban día a día en este largo caminar , enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la humildad, la dignidad, ni desfallecer en el intento.

A mi familia, quienes por ellos soy lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanas por estar presentes y confiando en mis capacidades.

A mis demás familiares quien de una u otra manera estuvieron siempre pendientes de mí a pesar de la distancia que nos separa.

AGRADECIMIENTO

Yo agradezco primeramente a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida , a mis Padres quienes me dieron la vida , educación , apoyo y consejos , y que han dado todo el esfuerzo para que yo ahora este culminando esta etapa de mi vida y darles las gracias por apoyarme en todos los momentos difíciles de mi vida , ya que siempre han estado junto a mí y gracias a ellos soy lo que ahora soy y con el esfuerzo de ellos y mi esfuerzo ahora soy un profesional de la salud , y seré un gran orgullo y ejemplo para ellos y para todos los que confiaron en mí.

RESUMEN

La colelitiasis es una de las principales y más frecuentes entre las enfermedades digestivas en la actualidad, crónica, con mayor incidencia en edades avanzadas y mujeres. Su tratamiento (colecistectomía) es una de los actos quirúrgicos abdominales habituales llevado a cabo

La manifestación clínica inicial más frecuente de la enfermedad litiásica vesicular, ocurre cuando la contracción de la vesícula moviliza los cálculos o el barro biliar hacia el conducto cístico, produciendo su obstrucción transitoria. Generalmente, cuando la vesícula se relaja, la litiasis vuelve a caer en el interior de la vesícula, los síntomas aparecen durante la obstrucción del cístico y posteriormente ceden

En la mayoría de los pacientes cursa con dolor en el hipocondrio derecho o el epigastrio, es constante, de intensidad variable, puede irradiarse hacia la escápula derecha y asociar diaforesis, náuseas y vómitos. En ocasiones se desencadena una o dos horas después de una ingesta rica en grasas

La presente investigación cuantitativa, retrospectiva nos da a conocer que la colecistitis/colelitiasis es una patología frecuente en el sexo femenino con una edad promedio de 30 a 40 años.

Las complicaciones relacionadas entre ellas se encuentran la lesión de vía biliar aguda en las complicaciones a corto plazo, tales como bilioma, peritonitis biliar, sepsis, síndrome de disfunción orgánica múltiple, fistula biliar externa, colangitis, absceso hepático, y otros.

SUMMARY

Cholelithiasis is one of the most frequent and prevalent chronic digestive diseases, with a higher incidence in advanced ages and women. Its treatment (cholecystectomy) is one of the habitual abdominal surgical acts carried out

The most common clinical manifestation of vesicular lithiasis occurs when contraction of the gallbladder mobilizes gallstones or biliary mud into the cystic duct, causing its transient obstruction. Generally, when the gallbladder relaxes, the lithiasis falls back into the gallbladder, symptoms appear during cystic obstruction, and subsequently cystic

In most patients, the patient is suffering from pain in the right hypochondrium or the epigastrium. It is constant, of variable intensity, and can radiate to the right scapula and associate diaphoresis, nausea and vomiting. Occasionally it is triggered one to two hours after a high fat intake

The present quantitative, retrospective investigation reveals that cholecystitis / cholelithiasis is a frequent pathology in the female sex with an average age of 30 to 40 years.

Related complications include acute biliary tract injury in short-term complications such as bilioma, biliary peritonitis, sepsis, multiple organ dysfunction syndrome, external biliary fistula, cholangitis, hepatic abscess, and others.

Contenido

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	I
FICHA DE REGISTRO DE TESIS	I
ESCUELA DE MEDICINA	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN	VII
SUMARY	VIII
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	4
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	5
DETERMINACION DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
CAPITULO II	6
MARCO TEORICO.....	6
VESICULA BILIAR.....	6
CONDUCTO CISTICO	7
COLEDOCO	7
TRIÁNGULO HEPATOCÍSTICO DE CALOT	8
Fisiología:.....	8
Composición de la bilis:.....	9
Litiasis vesicular.....	10
Cálculos de colesterol:	10

Cálculos pigmentarios negros:	10
Cálculos pigmentarios marrones:.....	10
FACTORES DE RIESGO.....	10
La colelitiasis.....	11
CLÍNICA.....	12
Cólico biliar.....	12
Colecistitis Alitiásica	14
COLECISTITIS ENFITEMATOSA	14
COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA	15
VESÍCULA EN PORCELANA.....	15
COLECISTITIS CALCULOSA CRÓNICA.....	15
COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL.....	16
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.....	16
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.....	17
Ventajas.....	17
OTRAS VENTAJAS DERIVADAS DE LA TÉCNICA SON:.....	18
DESVENTAJAS	18
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS.....	18
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.....	19
COMPLICACIONES DE LAS HERIDAS	19
Infección:.....	20
COMPLICACIONES HEMORRAGIICAS:	21
CAUSAS DE CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A CONVENCIONAL	22
CAPITULO III	24
MATERIALES Y METODOS.....	24
METODOLOGIA.....	24
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	24
MUESTRA.....	25
La muestra dependerá del Universo	25
CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA MUESTRA	25
CRITERIOS DE INCLUSION:.....	25
CRITERIOS DE EXCLUSION:	26
VIABILIDAD.....	26

La litiasis biliar es una acumulación de cálculos en el interior de la vesícula biliar que afecta sobre todo a mujeres obesas, multíparas, o que han tomado la píldora anticonceptiva, aunque también se asocia a dietas ricas en grasas y azúcares y pobres en fibra vegetal.....	26
OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION	28
CONSIDERACIONES BIOETICAS.....	28
CAPITULO IV	29
RESULTADOS Y DISCUSION.....	29
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIONES	40
Bibliografía	42
Cálculos de colesterol:Son los más prevalentes, se componen en su mayoría de colesterol (51-99%) y hasta el 15% son radiopacos.....	43
Cálculos pigmentarios negros:	43
Cálculos pigmentarios marrones:.....	43
Colecistitis AlitiásicaEs la que no se forman dicho cálculos en el interior de la vesícula pero sí tiene lugar la inflamación de la misma (6 - 17%)	43
Cólico biliar: Es la manifestación clínica inicial más frecuente de la enfermedad litiásica biliar. Ocurre cuando la contracción de la vesícula moviliza los cálculos o el barro biliar hacia el conducto cístico, produciendo su obstrucción transitoria.....	43
Triángulo hepatocístico de calot : El triángulo hepatocístico está formado por el conducto cístico y la vesícula biliar abajo, el lóbulo derecho del hígado arriba y el conducto hepático común en la parte interna. Dentro de los confines del triángulo se encuentran varias estructuras que deben identificarse antes de ligarse o cortarse.....	44
Vesícula biliar: La vesícula biliar es un receptáculo musculo-membranoso, que mide aproximadamente de 8 a 10 cm de longitud, por 3,5 a 4 cm de diámetro. La vesícula se encuentra ubicada en la cara inferior del hígado por fuera del lóbulo cuadrado y en contacto con la pared abdominal.....	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. . FRECUENCIA DE LA LITIASIS BILIAR SEGÚN EL SEXO	29
Tabla 2. FRECUENCIA DE LA LITIASIS BILIAR SEGÚN EL GRUPO ETARIO	31
Tabla 3. FRECUENCIA DE LITIASIS BILIAR SEGÚN LA PROCEDENCIA	33
Tabla 4. FACTORES DE RIESGO DE LITIASIS BILIAR	35

Tabla 5. COMPLICACIONES POSTQUIRUGICAS.....	37
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. . FRECUENCIA DE LA LITIASIS BILIAR SEGÚN EL SEXO	30
Gráfico 2. FRECUENCIA DE LA LITIASIS BILIAR SEGÚN EL GRUPO ETARIO	32
Gráfico 3. FRECUENCIA DE LITIASIS BILIAR SEGÚN LA PROCEDENCIA	34
Gráfico 4. FACTORES DE RIESGO DE LITIASIS BILIAR	36
Gráfico 5. COMPLICACIONES POSTQUIRUGICAS.....	38

INTRODUCCION

Las enfermedades biliares ocupan un lugar importante entre todas las patologías quirúrgicas. Las enfermedades vesiculares son motivo de intervención quirúrgica frecuente y ocupan una de las primeras causas de morbilidad hospitalaria. En el ámbito quirúrgico, la litiasis vesicular continúa siendo una afección quirúrgica del que hacer diario del cirujano.

Aproximadamente el 95% de las enfermedades del tracto biliar están relacionadas con los cálculos biliares, entidad que clínicamente suele manifestarse mediante los llamados cólicos biliares

La organización mundial de la salud (OMS) considera que la litiasis biliar se presenta con mayor frecuencia en mayores de 40 años , tanto en hombres como en mujeres , siendo más frecuente el sexo femenino con una relación 2 a 1. En nuestros hospitales en Ecuador se otorgaron 218,490 consultas por colecistitis, ocupando el primer lugar como causa de consulta en cirugía general , siendo la colecistectomía la intervención quirúrgica que se realiza con más frecuencia en este mismo servicio , después de la cesárea la colecistectomía es la segunda intervención quirúrgica que con mayor frecuencia . En la actualidad existen dos opciones quirúrgicas para el tratamiento de la litiasis biliar, el procedimiento de colecistectomía convencional abierta y desde hace un par de décadas la colecistectomía laparoscopia

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 cosméticos aceptables.

Es evidente que la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en la mayoría de los casos. Sin embargo, 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 hospitalarios, sobre todo en hospitales rurales.

Del 1% al 3% de los pacientes con síntomas leves experimentan cada año complicaciones relacionadas con colelitiasis, al menos, el 6% al 8% precisan cada año una colecistectomía para controlar los síntomas de la litiasis vesicular. No obstante, a medida que se acentúa la magnitud de los síntomas imputables a la vesícula, crece también la probabilidad de que persistan o recidiven los síntomas o de que surjan complicaciones de la colelitiasis.

El espectro de complicaciones en la cirugía de cálculos biliares ha cambiado en comparación con el procedimiento abierto.

Las complicaciones relacionadas entre ellas se encuentran la lesión de vía biliar aguda en las complicaciones a corto plazo, tales como bilioma, peritonitis biliar, sepsis, síndrome de disfunción orgánica múltiple, fistula biliar externa, colangitis, absceso hepático, y otros. Hay q tomar en cuenta los factores, tales como personas de edad avanzada, sexo masculino, intervenciones quirúrgicas abdominales anteriores que pueden conllevar a una conversión de una colecistectomía laparoscópica a una cirugía tradicional.

El propósito de este trabajo es determinarlos pacientes que sufren de esta patológica como es la litiasis biliar y sus complicaciones post quirúrgicas en pacientes entre 20 a 40 años, que son sometidos a colecistectomía; estudio a que se realizó en el hospital Abel Gilbert Ponton en el periodo 2015-2016.

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, retrospectivo, descriptivo, de diseño no experimental, de corte transversal, siguiendo un método de observación indirecta y análisis correlacional.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente, del 10 al 15% de la población adulta en países desarrollados presenta litiasis biliar. En estos individuos, el riesgo anual de desarrollar complicaciones que requieren tratamiento quirúrgico, como colecistitis aguda, se estima entre 1-2%.

La colecistitis aguda representa un problema de salud serio a nivel mundial diagnosticándose cada año alrededor de 800 mil casos nuevos. La colecistitis aguda es la complicación más común de los cálculos biliares y una causa frecuente de urgencias abdominales, en especial en mujeres de edad madura y avanzada, casi el 20 % de las 500 000 Colectomías que se practican cada año en Estados Unidos es por colecistitis aguda.

La incidencia varía ampliamente en todo el mundo, en los Estados Unidos aproximadamente el 10% de la población tiene una colelitiasis documentada, siendo principalmente de colesterol.

Cuando se compararon la colectomía abierta (CA), la colectomía laparoscópica ofrece menor tasa de morbilidad (morbilidad: CA: 18,7% vs. CL: 4,8% ; mortalidad: CA: 4% vs. CL: 2,8%).

En América latina la incidencia es igualmente alta 11%. Diferentes estudios indican que tasa de conversión oscila entre el 0,8%. En Colombia, algunos estudios indican que la conversión se presenta entre el 0,8% y el 12%, sin embargo no existe información disponible sobre los factores que la predicen.

En Ecuador se han realizado varios estudios en los cuales explican que al realizar un estudio retrospectivo la conversión a colectomía convencional se da en una edad promedio de los pacientes con planificación de colectomía laparoscópica es de 41 a

71 años; el 68.7% corresponde al sexo femenino y el 31.3% al sexo masculino; el 61% vive en el área urbana y el 39% residen en el área rural; el 6.6% fueron convertidas a colecistectomía abierta o convencional durante el transoperatorio.

En el Hospital Abel Gilbert Pontón, acuden al servicio de consulta externa una gran cantidad de pacientes con sintomatología compatible con patología vesicular, la misma que en la mayoría de casos es tratada quirúrgicamente ya sea de forma abierta o por vía laparoscópica, hasta este momento no se han realizado investigaciones sensatas y absolutas de la colecistectomía laparoscópica por lo que se planteó la incógnita de porque existen complicaciones transoperatorias para la conversión de colecistectomía laparoscópica a convencional.

JUSTIFICACIÓN

Debido a que la litiasis vesicular es una alteración frecuente que puede no manifestarse clínicamente, cuando produce sintomatología lo más frecuente es la presencia de cólico biliar. Este síntoma es más frecuente mientras mayor sea el tiempo de espera para el tratamiento quirúrgico. La colelitiasis y la colecistitis aguda se encuentra entre las patologías abdominales más comunes entre la población adulta.

Se realiza esta investigación porque esta enfermedad conlleva un alto riesgo de intervención quirúrgica por lo que es importante su análisis, en especial de factores causales y predisponentes, para evitar la cirugía, la hospitalización, y los riesgos que conllevanambos; además de los costos implícitos ya sea para el paciente o para las entidades gubernamentales

En este trabajo se va a investigar las complicaciones post quirúrgicas en pacientes de 20 a 40 años que son sometidos a colecistectomía, en el Hospital Abel Gilbert Pontón en el periodo 2015-2016.

El fin de este trabajo es para poder ayudar posteriormente a la salud pública con el conocimiento de los factores de riesgo, factores predisponentes y desencadenantes de complicaciones de la colecistectomía, ya que, es un procedimiento sumamente frecuente en nuestra población.

La presente investigación es viable porque cursa con el apoyo de las autoridades y el departamento de docencia de la institución, el permiso correspondiente de la

universidad, acceso a las estadísticas del hospital, tiempo requerido para la ejecución de este trabajo y los recursos económicos del investigador.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Determinar todas las complicaciones que se presentan en las colecistectomía quirúrgicas abiertas y laparoscópicas en pacientes de 20 a 40 años en las cirugías realizadas, en el Hospital Abel Gilbert Pontón, período 2015-2016?

DETERMINACION DEL PROBLEMA

CAMPO: Salud publica

AREA: Epidemiológico clínico

ASPECTO: COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS

TEMA: LITIASIS BILIAR: COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS EN PACIENTES ENTRE 20 A 40 AÑOS DE EDAD.

LUGAR:HOSPITALABEL GILBERT PONTON

PERÍODO: 2015 -2016.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son las complicaciones postoperatorias que se presentan en los pacientes de 20 a 40 años, que son sometidos a colecistectomía abiertas o laparoscópica; estudio a que se realizó en el hospital Abel Gilbert Pontón en el periodo 2015-2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los principales factores de riesgo de los pacientes que fueron sometidos a colecistectomía independiente de la técnica quirúrgica, en el Hospital Abel Gilbert Pontón.
- Identificaren que sexo se presenta más frecuentemente complicaciones postoperatorias de una colecistectomía.
- Identificar cuáles son las principales complicaciones que presenta un paciente colecistectomizado.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

La primera colecistectomía fue practicada el 15 de julio de 1882 por el Dr. Cakl Johann August Langenbuch, en el pequeño hospital Lazarus Krankenhaus de Berlín, a través de una incisión en el cuadrante superior derecho. Por más de un siglo esta técnica fue la de elección para el tratamiento de la colelitiasis u otras afecciones vesiculares tributarias de tratamiento quirúrgico.(Jerusalén, 2014)

VESICULA BILIAR

La vesícula biliar es un receptáculo musculo-membranoso, que mide aproximadamente de 8 a 10 cm de longitud, por 3,5 a 4 cm de diámetro. La vesícula se encuentra ubicada en la cara inferior del hígado por fuera del lóbulo cuadrado y en contacto con la pared abdominal. Normalmente la vesícula almacena de 30-60 cc de bilis, siendo su capacidad máxima de 200 a 250 cc.(Simón, 2013)

Para su estudio la vesícula se divide en tres porciones:

Fondo: es redondeado, corresponde al borde anterior del hígado, este borde flota libremente por encima de la masa intestinal y está recubierto totalmente por peritoneo.(PINZON, 2013)

Cuerpo: posee dos caras; una superior en contacto con la fosilla cística a la cual se halla unido por tejido conjuntivo y vasos. La cara inferior es libre y convexa, recubierta por peritoneo.(PINZON, 2013)

Cuello: tiene una apariencia tortuosa e irregular, en su interior tiene válvulas que delimitan el bacinete vesicular; se continua con el conducto cístico. El cuello es libre no se adhiere al hígado, pero está suspendido por un meso peritoneal que contiene la arteria cística, la vena, los linfáticos, y los nervios de la vesícula. (PINZON, 2013)

La vesícula histológicamente, está constituida por musculo liso, musculo elástico, tejido fibroso y su luz esta revestida por epitelio columnar alto que contiene colesterol y lóbulos de grasa. El moco secretado hacia la vesícula biliar se origina en las glándulas

tubulares alveolares que contienen células globulares de la mucosa, los cuales revisten al infundíbulo y al cuello.(Chica, 2013)

Irrigación: está dada por la arteria cística, rama de la arteria hepática derecha, ésta se divide en una rama superficial que recorre la cara peritoneal de la vesícula y otra rama profunda que se encuentra entre la vesícula y la cara inferior del hígado. Hay que recordar que es una arteria terminal, por lo tanto, cualquier proceso inflamatorio que interrumpa el flujo hepático puede producir isquemia y necrosis de la vesícula.(Chica, 2013)

Las venas tanto superficiales como profundas drenan hacia la vena porta, mientras que los linfáticos desembocan en el ganglio cístico y en los ganglios del surco transversal.
Inervación: está dada por el simpático y por los nervios vagos.(Chica, 2013)

CONDUCTO CISTICO

El conducto cístico tiene alrededor de 3 mm de diámetro y unos 2 a 4 cm de largo. Si los cirujanos no están prevenidos para un conducto corto es posible que penetren de manera inadvertida en el colédoco. El conducto cístico contiene pliegues de mucosa, con una orientación espiral, llamadas válvulas de Heister. La longitud del conducto cístico varía entre 1 cm y 4 cm y al unirse con el conducto hepático común suele formar un ángulo agudo.(Garcia, 2013)

COLEDOCO

El colédoco se extiende desde la confluencia entre los conductos cístico y hepático común hasta la parte inferior de la ampolla de Vater, lugar por donde desemboca en el duodeno. La longitud del colédoco varía entre 5 cm y 9 cm, dependiendo de su unión con el conducto cístico; el colédoco se divide en tres segmentos: supraduodenal, retroduodenal e intrapancreático. La porción distal del colédoco y el conducto pancreático se unen fuera de la pared duodenal para dar un conducto común corto o, por el contrario, no llegan a unirse sino que desembocan en el duodeno por dos orificios distintos. (Galindo, 2013)

El diámetro exterior normal de las tres primeras regiones del colédoco es variable, pero un conducto mayor de 8mm de diámetro definitivamente está aumentado, por consiguiente es patológico. La perfusión sanguínea de la vía biliar extrahepática se origina distalmente en las arterias gastroduodenal, retroduodenal y pancreaticoduodenal posterosuperior y proximalmente en las arterias hepática derecha y cística. Estas arterias irrigan el conducto colédoco y hepático común.(Chica, 2013)

TRIÁNGULO HEPATOCÍSTICO DE CALOT

El triángulo hepatocístico está formado por el conducto cístico y la vesícula biliar abajo, el lóbulo derecho del hígado arriba y el conducto hepático común en la parte interna. Dentro de los confines del triángulo se encuentran varias estructuras que deben identificarse antes de ligarse o cortarse. El triángulo hepatocístico incluye la arteria hepática derecha (y en ocasiones una arteria hepática derecha aberrante), la arteria Cística y a veces un conducto biliar aberrante accesorio(Palacios, 2013)

Fisiología:

La bilis es secretada por el hígado en cantidades de 600 y 1200 ml/dl; la misma que cumple las siguientes funciones:(Garcia, 2013)

- Permitir la digestión y absorción de las grasas, puesto que los ácidos biliares las emulsifican y convierten en partículas pequeñas que pueden ser degradadas por la lipasa, y ayudan al transporte y absorción de los productos finales de la digestión.
- Eliminar productos de desecho como la bilirrubina o el exceso de colesterol(Galindo, 2013)(Navarro-Santamaría, 2014)

La bilis es secretada en dos fases hepáticas:

La secretada por los hepatocitos que es rica en ácidos biliares y colesterol.Una secreción adicional de bilis de las células epiteliales que recubren los conductillos y conductos hepáticos, constituida por una solución acuosa de iones de sodio y bicarbonato.(Garcia, 2013)

La secreción hepática de bilis es estimulada principalmente por la secretina por estímulo de las células epiteliales de los conductos biliares que aumentan la secreción de agua y bicarbonato. Otro estímulo importante son los ácidos biliares sanguíneos. Luego, la bilis es conducida hacia el duodeno o almacenada en la vesícula, donde se concentra entre 5 y 20 veces, debida a la absorción de agua, sodio y cloro incrementado las concentraciones de colesterol, fosfolípidos, ácidos biliares y bilirrubina.(Garcia, 2013)

Composición de la bilis:

Colesterol: Es importante saber que su cantidad no está en relación con los niveles séricos. Se lo encuentra en forma libre, no esterificada(Castro-Torres, 2012)

Fosfolípidos biliares: están representados por lecitina, además, hay cantidades menores de lisolecitina (3%), fosfatidiletanolamina (1%). En vista de que se hidrolizan en el intestino no forman parte de la circulación enterohepática. (Castro-Torres, 2012)

Su excreción y síntesis están en relación directa con los ácidos biliares:

Ácidos biliares: Los principales son el cólico (trihidroxiado) y el quenodesoxicólico (dihidroxiado). A través de la acción bacteriana del colon se convierten en los ácidos secundarios queno y desoxicólico, los cuales participan en la circulación enterohepática alrededor de 6 a 10 veces al día, su mecanismo de regulación está probablemente mediado por un mecanismo de retroalimentación negativa.(Castro-Torres, 2013)

La contracción de la vesícula se realiza bajo control colinérgico y hormonal. El principal estímulo para el vaciamiento de la vesícula es la llegada de alimentos y grasa al duodeno, que genera contracciones vesiculares rítmicas al liberarse la colecistoquinina y la acetilcolina; además para que la bilis pase a la luz intestinal es necesaria la relajación simultánea del Esfínter de Oddi, el cual es estimulado por la colecistoquinina, las contracciones vesiculares y las ondas peristálticas del duodeno, siendo éste último el factor más importante(A, 2014)

Litiasis vesicular

La formación de depósitos sólidos en la vesícula o la vía biliar a consecuencia de alteraciones en la composición de la bilis y la motilidad de la vesícula se denomina litiasis vesicular. Los cálculos vesiculares pueden ser de tres tipos atendiendo a su composición: de colesterol, pigmentarios negros y pigmentarios marrones. (A, 2014)

Cálculos de colesterol:

Son los más prevalentes, se componen en su mayoría de colesterol (51-99%) y hasta el 15% son radiopacos. (Palacios, 2013)

Cálculos pigmentarios negros: Constituyen el 20-30% de las colelitiasis. Se componen principalmente de un pigmento de bilirrubina polimerizado, así como de carbonato y fosfato cálcico, por lo que su consistencia es dura. No contienen colesterol. El 60% son radiopacos, se asocian a condiciones de hemólisis crónica y a la cirrosis hepática. (Bermúdez, colelitiasis, 2014)

Cálculos pigmentarios marrones: Se forman generalmente en la vía biliar, en relación con estasis y sobreinfección de la bilis, generalmente son radiolúcidos y de consistencia blanda. Suelen ser intrahepáticos, especialmente cuando aparecen asociados a estenosis de la vía biliar como en la colangitis esclerosante primaria o en la enfermedad de Caroli. (Bermúdez, 2013)

FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo de formación de cálculos de colesterol incluyen:

- Sexo femenino
- Embarazo
- Tratamiento con altas dosis de estrógenos
- Edad
- Origen étnico (mayor prevalencia en los indios nativos americanos y una menor prevalencia en los estadounidenses negros, africanos y personas de China , Japón , India y Tailandia).
- Rasgos genéticos

- Obesidad
- Niveles de triglicéridos séricos elevados
- Bajos niveles de colesterol de alta densidad colesterol
- Pérdida rápida de peso
- Dieta alta en calorías
- Dieta rica en hidratos de carbono refinados
- Falta de actividad física
- Cirrosis
- Enfermedad de Crohn
- Estasis de la vesícula biliar (por ejemplo, como resultado de la gastrectomía o vagotomía anterior)
- Hemólisis e infecciones crónicas bacterianas o parasitarias se consideran los principales factores de riesgo para cálculos biliares y son causas prevenibles.(Bermúdez, colelitiasi, 2014)

La colelitiasis

Se define como la presencia de cálculos en la vesícula biliar. Generalmente es asintomática, y su diagnóstico suele ser incidental al realizar pruebas de imagen por otra indicación. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía abdominal, que muestra los cálculos como ecos fuertes con sombra posterior, y que se movilizan con los cambios posturales del paciente. No cursa con ningún tipo de alteración analítica, cuando aparecen síntomas, generalmente son leves (cólico biliar). En ocasiones los pacientes con colelitiasis presentan síntomas atípicos de patología biliar (flatulencia, pirosis, distensión abdominal). Estos síntomas no suelen tener relación con la presencia de colelitiasis.(Bermúdez, colelitiasi, 2014)

La manifestación clínica inicial más frecuente de la enfermedad litiásica vesicular, ocurre cuando la contracción de la vesícula moviliza los cálculos o el barro biliar hacia el conducto cístico, produciendo su obstrucción transitoria. Generalmente, cuando la vesícula se relaja, la litiasis vuelve a caer en el interior de la vesícula, los síntomas

aparecen durante la obstrucción del cístico y posteriormente ceden. (Castro-Torres, 2012)

En la mayoría de los pacientes cursa con dolor en el hipocondrio derecho o el epigastrio, es constante, de intensidad variable, puede irradiarse hacia la escápula derecha y asociar diaforesis, náuseas y vómitos. En ocasiones se desencadena una o dos horas después de una ingesta rica en grasas.No se presenta con datos de irritación peritoneal (signo de Murphy negativo)(Chica, 2013)

CLÍNICA

En la mayoría de los pacientes no originan síntomas (litiasis biliar asintomática).

Aunque a veces se atribuyen ciertos síntomas digestivos a los cálculos (náuseas, molestias abdominales, distensión del abdomen, por la ingesta de grasas “sientan mal”), esto se observa también en muchas personas sin cálculos, por lo que su relación con estos es muy dudosa. (Simón, clinica de litiasis vesicular, 2013)

Cuando se producen molestias típicas (litiasis biliar sintomática sin complicaciones), el síntoma fundamental es el cólico biliar. Es un dolor intenso, que comienza repentinamente, de varias horas de duración (no minutos), que no cambia de intensidad, en la parte alta de su abdomen hacia la derecha, que puede reflejarse en el hombro del mismo lado, a veces con náuseas y vómitos. Después pueden persistir algunas molestias durante un día o dos aproximadamente Es menos frecuente la presencia de otros síntomas (fiebre). En estos casos se deben sospechar complicaciones (litiasis biliar sintomática con complicaciones). Entre ellas, la más frecuente es la inflamación aguda de la vesícula (colecistitis). Otras son la obstrucción de la vía biliar por cálculos (coledocolitiasis), la infección de la bilis contenida en los conductos (colangitis) o la inflamación del páncreas (pancreatitis biliar aguda).(Navarro-Santamaría, 2014)

Cólico biliar

Es la manifestación clínica inicial más frecuente de la enfermedad litiásica biliar. Ocurre cuando la contracción de la vesícula moviliza los cálculos o el barro biliar hacia el conducto cístico, produciendo su obstrucción transitoria. Generalmente, cuando la

vesícula se relaja, la litiasis vuelve a caer en el interior de la vesícula. Los síntomas aparecen durante la obstrucción del cístico y posteriormente ceden. En la mayoría de los pacientes (59%) cursa como dolor en el hipocondrio derecho o el epigastrio. En un 24% el dolor puede ser torácico. (A, 2014)

El dolor es constante, de intensidad variable, puede irradiarse hacia la escápula derecha y asociar diaforesis, náuseas y vómitos. La ecografía es la técnica de elección, dada su amplia disponibilidad y nulo riesgo para el paciente. Presenta una sensibilidad del 84% y una especificidad del 99%. Aquellos pacientes con síntomas específicos de patología biliar (cólico biliar), pero en los que no se ha demostrado presencia de colelitiasis en la ecografía deben ser sometidos a otras pruebas diagnósticas más sensibles para la detección de cálculos de pequeño tamaño o barro biliar, como la ecoendoscopia (sensibilidad 96%, especificidad 86%) o el examen microscópico de la bilis (sensibilidad 67%, especificidad 91%) (Cordero., 2013)

El diagnóstico diferencial debe realizarse con la patología coronaria, péptica, esofágica y distintos cuadros funcionales como la dispepsia o el síndrome de intestino irritable. Es importante descartar colecistitis aguda mediante parámetros clínicos, analíticos y de imagen, como se discutirá más adelante. El tratamiento del cólico biliar comprende reposo intestinal y adecuada analgesia. Para ello se recomienda el empleo de AINE o meperidina.(Bermúdez, colelitiasi, 2014)

El tratamiento definitivo consiste en la realización de colecistectomía, ya que el riesgo de desarrollar síntomas recurrentes o complicaciones (por ejemplo, colecistitis o pancreatitis aguda) asciende al 70% a los dos años de la presentación inicial. Siempre que sea posible, se prefiere el abordaje laparoscópico a la laparotomía. Aunque no hay diferencias en cuanto a mortalidad y complicaciones, el abordaje laparoscópico disminuye la estancia hospitalaria y acorta el periodo de convalecencia. La tasa de complicaciones es del 5%, y éstas incluyen lesión de la vía biliar, fugas biliares, hemorragia e infección de la herida quirúrgica. (Gaitán, 2014)

La mortalidad del procedimiento está entre el 0 y el 0,3%. Se han propuesto distintos tratamientos médicos en formas leves de litiasis biliar en pacientes con alto riesgo quirúrgico o que rechacen la cirugía.(Cordero., 2013)

Colecistitis Alitiásica

La inmensa mayoría de las colecistitis agudas son litiásicas(83-94%), o lo que es lo mismo conformación de cálculos; sin embargo, existe una variante denominada COLECISTITIS ALITIÁSICA en la que no se forman dichos cálculos en el interior de la vesícula pero sí tiene lugar la inflamación de la misma (6 - 17%). Esta entidad se divide en 2 formas principales:(Castro-Torres I. G., 2013)

- Primaria o idiopática.
- Secundaria o postquirúrgica (sobre todo en cirugías de tipo cardíaco o vascular, por su relación con la isquemia arterial), politraumatizados, grandes quemados, sepsis severa, postparto, nutrición parenteral total prolongada, diabetes y ateromatosis.

El mecanismo fisiopatológico propuesto para la colecistitis alitiásica, considera un trastorno en el vaciamiento vesicular, que lleva a una estasis biliar, que ocasiona un proceso inflamatorio agudo y crónico, con incremento de la presión intravesicular, disminución de la perfusión arterial cística, y microinfartos

Su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico(Castro-Torres, 2012)

COLECISTITIS ENFITEMATOSA

Se trata de otra variante de la colecistitis producida por la infección de la bilis; proceso no raro puesto que en el 25% de los casos de colelitiasis aparece infección. El germen más frecuente que origina esta entidad es escherichia coli; sin embargo, en algunas ocasiones el agente etiológico es el clostridium perfringes, produciéndose entonces la colecistitis enfitematosa, que se caracteriza radiológicamente por la presencia de la vesícula llena de aire. Si se dejara evolucionar el cuadro sin tratarlo las probabilidades de desarrollar shock séptico serían altísimas; por lo tanto, su tratamiento será quirúrgico de urgencias. (Gaitán, 2014)

COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA

Se trata de una forma de colecistitis que, desde un punto de vista histológico, presenta una importante reacción xantogranulomatosa, consistente en el engrosamiento de la pared con un aspecto pseudotumoral; dicha entidad, como la anterior, aparece en casos de colecistitis crónicas y deberá establecerse el diagnóstico diferencial con el cáncer de vesícula (muchas veces resulta muy complicado y sólo se puede hacer a través de la propia pieza quirúrgica). (García, 2013)

VESÍCULA EN PORCELANA

Consiste en la inflamación crónica de la vesícula y la calcificación de su pared, lo que le dota de un aspecto nacarado; a la exploración es característico el signo de Courvoisier terrier positivo (distensión vesicular que permite su visualización o palpación a nivel del hipocondrio derecho), lo que constituye una indicación de colecistectomía, debido a la gran dificultad que se nos presenta a la hora de diferenciar entre dicha entidad y el cáncer de vesícula. La vesícula en porcelana presenta un elevado índice de degeneración maligna, hecho que reafirma la necesidad de su extirpación. (Jerusalén, 2014)

COLECISTITIS CALCULOSA CRÓNICA

Es la forma más frecuente de enfermedad litiásica biliar. Generalmente se desarrolla de forma insidiosa, pero puede ser consecuencia de episodios repetidos de colecistitis aguda. Consiste en una inflamación crónica de la pared de la vesícula. (Simón, LITIASIS BILIAR, 2013)

Los síntomas suelen ser leves e inespecíficos, entre los que destacan distensión abdominal y dolor sordo en hipocondrio derecho o epigastrio, ocasionalmente irradiado a la escápula derecha. Debe distinguirse de la patología péptica, hernia de hiato y trastornos funcionales como el síndrome de intestino irritable o la dispepsia. Puede existir signo de Murphy. Los estudios de laboratorio no muestran hallazgos relevantes. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía abdominal, aunque los hallazgos tienen poco valor: la vesícula es pequeña, con engrosamientos difusos o circunscritos de

la pared, con ecos fuertes en su interior .El tratamiento de elección es la colecistectomía en aquellos casos sintomáticos.(Simón, LITIASIS BILIAR, 2013)

COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL

La frecuencia en disminución de la colecistectomía Convencional en la práctica clínica se refleja, por supuesto, en una reducción en las posibilidades de entrenamiento. Sin embargo, el procedimiento sigue siendo el gold standard alternativo en la sala de operaciones, en relación con la seguridad y el éxito, particularmente en los casos complicados. (Dr. Gabriel Olvera Gómez, 2013)

Se señalan algunas situaciones en la que este procedimiento está indicado, ejemplo la obesidad mórbida, cirrosis, hipertensión portal, enfermedad pulmonar obstructiva grave, cirugía previa, embarazo, colecistitis grave, empiema vesicular, perforación vesicular, colangitis aguda, y sospecha de neoplasia vesicular.(Dr. Gabriel Olvera Gómez, 2013)

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

El término laparoscopía deriva de las raíces griegas lapara-abdomen-y skopein-examinar. La laparoscopía es una técnica quirúrgica que permite visualizar de forma directa las vísceras del abdomen sin hacer una gran incisión, se realiza llenando la cavidad peritoneal (habitualmente virtual) de gas para crear así un espacio que permita dicha función, a través de un instrumento llamado laparoscopio. (Dr. Gabriel Olvera Gómez, 2013)

El paciente que se va a someter a colecistectomía por medio laparoscópico debe ser evaluado totalmente, y en pacientes mayores de 40 años se sugiere una evaluación cardiopulmonar.(Dr. Gabriel Olvera Gómez, 2013)

La colecistectomía laparoscópica ha dado lugar a un cambio sin precedentes en el campo de la cirugía general, convirtiéndose desde 1992 en el “gold standard” para la extirpación de la vesícula. Las razones fundamentales de tal éxito se basan en su eficacia para tratar la litiasis vesicular.(Simón, clinica de litiasis vesicular, 2013)

La cirugía laparoscópica es totalmente dependiente de la tecnología; para llevarla a cabo son necesarias tres tecnologías íntimamente ligadas entre sí: óptica, electrónica e instrumental específico, una vez establecidas las vías de acceso a través de los trócares, el campo quirúrgico, el cirujano y su equipo están rodeados de cables, fibra óptica, cánulas de aspiración e irrigación, electrobisturí, sonda de ultrasonido, bisturí armónico, manejando instrumental muy delicado, fácilmente dañable y enfrentados a la torre donde está el monitor, el insuflador, la fuente de luz y la videograbadora. Con las técnicas laparoscópicas los cirujanos adquirieron habilidades y destrezas desconocidas en la cirugía clásica. Ahora operan a distancia, sin contacto manual con las vísceras(Dr. Gabriel Olvera Gómez, 2013)

Mediante este procedimiento se pretende la eliminación de los dolores cólicos, mejorar la tolerancia a los alimentos, evitar complicaciones como inflamación aguda de la vesícula biliar, del páncreas, o ictericia, que precisarían en muchas ocasiones una intervención urgente. (Martíne, 2013)

Al operarse por laparoscopia se pretende evitar una incisión mayor, y al realizarse incisiones más pequeñas se disminuye el riesgo de hernias postoperatorias. El dolor postoperatorio generalmente es más leve, la recuperación del tránsito intestinal suele ser más rápida, y el período de convalecencia postoperatorio es más corto y confortable.(Martíne, 2013)

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Ventajas

- Menos dolor postoperatorio
- Recuperación más rápida con estancia en el hospital más corta
- Retorno más rápido a su actividad habitual, laboral y física
- Heridas quirúrgicas más pequeñas.(PINZON, 2013)

OTRAS VENTAJAS DERIVADAS DE LA TÉCNICA SON:

- Dada la delicada y reducida manipulación de los tejidos el edema de los mismos, tras la cirugía, y las pérdidas de sangre son menores. Ello también influye en que la recuperación del funcionamiento del intestino (peristaltismo) es más rápida.
- Menor incidencia de complicaciones de las heridas (infecciones, hematomas, eventraciones)
- Se alteran menos los mecanismos de defensa (inmunidad) del paciente. (Dr. Gabriel Olvera Gómez, 2013)

DESVENTAJAS

- Imposibilidad de aplicar sentido del tacto fino
- El edema puede producir aumento de la luminosidad, dificultando la visión clara del campo operatorio.
- Gran dependencia de la tecnología, sobre todo de la electrónica.
- Efectos hemodinámicos y ventilatorios inherentes al uso del CO₂.(Jerusalén, 2014)

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

Las complicaciones que a menudo se deben al uso de equipo o instrumental inadecuado, o a deficiencias en la preparación médica, la habilidad técnica o la experiencia del grupo quirúrgico. (Sanzberro, 2014)

Entre las complicaciones que pueden surgir y provocar la conversión de la cirugía tenemos a las siguientes: las atribuibles al procedimiento laparoscópico: por el neumoperitoneo, por la insuflación abdominal, y por la electrocirugía. Las que guardan relación con la cirugía vesicular en sí y que por ello, se pueden presentar tanto en una colecistectomía laparoscópica como en cirugía abierta, las complicaciones exclusivas de la colecistectomía laparoscópica, complicaciones médicas y complicaciones atribuibles al procedimiento laparoscópico. (Bañuelos, 2014)

Las complicaciones que se presentan en esta modalidad quirúrgica son por lesiones de la vía biliar y por sangrado. Lesiones de la vía biliar, al aumentar la experiencia del procedimiento laparoscópico, el porcentaje de lesiones de la vía biliar ha disminuido, al

grado de ser hoy día similar al informado en la cirugía abierta, sin embargo, la curva de aprendizaje provoca que aumente el número de lesiones a la vía biliar al inicio de esta curva. Por sangrado, se trata de una complicación importante, porque a menudo determina la necesidad de reintervención quirúrgica, con incremento de la morbimortalidad del paciente. Se estima que se presenta en 0.3 a 0.5% y en la mayor parte de los casos su origen es el lecho hepático o la arteria cística.(Roj, 2014)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

COMPLICACIONES DE LAS HERIDAS

Estas posibles complicaciones están referidas a: dehiscencia de la herida, dolor de la herida, acumulación de suero, hemorragia, senos de las líneas de sutura, infección de la herida, cicatrices hipertróficas, queloides, eventraciones.(Roj, 2014)

- **Hemorragia de Herida Operatoria:** Más frecuentemente en pacientes hipertensos o con defectos de coagulación. El hematoma de las heridas es casi siempre resultado de hemorragia controlable por medios quirúrgicos; se debe reabrir la herida, identificar los vasos sangrantes y ligarlos. En ocasiones, es consecuencia de una hemostasia no muy prolija. (Roj, 2014)

- **Acumulación de suero:** Es frecuente en heridas que tienen un gran espacio muerto como las de las mastectomías o la de los pacientes obesos. Se las trata mediante la aspiración, o si es voluminosa, mediante una herida por transfixión en el punto más declive aplicando luego un dren con un apósito de compresión.(Sanzberro, 2014)

- **Dehiscencia de la Herida:** En la mayoría de casos de dehiscencia, se encuentra que los puntos han desgarrado el tejido. Posiblemente el error más frecuente que condiciona una dehiscencia sea el tensionar demasiado los puntos que van a estrangular los bordes suturados comprometiendo la circulación en esta zona, asimismo los puntos flojos o mal anudados, demasiados puntos, toma de muy poco tejido o material de sutura inapropiado, son otras causas de dehiscencia.(Roj, 2014)

- **Senos de las líneas de sutura:** Cuando el material de sutura no absorbible se

infecta, se forma el llamado granuloma a cuerpo extraño, que se abre camino hacia la superficie y después de formar una pequeña tumoración fluctuante, drena material mucopurulento, estableciéndose de esa manera seno o senos en cuyo fondo se encuentra el material de sutura referido, que a veces es expulsado espontáneamente pero que la mayor parte de veces, requiere la introducción de una pinza de punta fina para explorar y extirparlo.(Galindo, 2013)

Infección: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 además edema y eritema en la zona afecta. Prevenir la infección reduciendo la contaminación, con técnica quirúrgica limpia y suave, sostén de las defensas del paciente y antibióticos.(Galindo, 2013)

Infecciones en Cirugía: Se denomina infecciones quirúrgicas a todas aquellas que se originan por gérmenes bacterianos y/o por los hongos como consecuencia de un acto quirúrgico, presentándose la patología infecciosa en el periodo inmediato o mediato a la intervención.(Dr. Gabriel Olvera Gómez, 2013)

La infección quirúrgica puede originarse en una cirugía séptica o en una cirugía aséptica. Puede ser endoinfección o exoinfección, monobacteriana o polibacteriana, toxigena, micótica o mixta.Se denomina endoinfección quirúrgica a la sepsis focal o general producida a raíz de una cirugía séptica o aséptica, por invasión de los agentes correspondientes a las cepas saprófitas que pueblan la encrucijada aerodigestiva, enterocolónica o vía genitourinaria baja, y que adquieren patogenicidad por el acto quirúrgico o ciertas terapéuticas o modificaciones del terreno o estados clínicos especiales, llegando a producir cuadros sépticos mono o polibacterianos o micopatías localizadas o generalizadas.(Roj, 2014)

Se denomina exoinfección quirúrgica a la sepsis focal y/o general producida a raíz de un acto quirúrgico en un medio quirúrgico, por invasión del o de los gérmenes que rodean al enfermo en su hábitat y que alcanzan al huésped por diferentes vías, sean aerógenas, digestivas, por inoculación o por contacto íntimo. Las infecciones postquirúrgicas se

sintetizan en tres síndromes: infeccioso focal, infeccioso general y bacteriano sin sepsis.(Sanzberro, 2014)

Síndrome infeccioso focal: Se produce cuando una asociación de gérmenes bacterianos, cocos grampositivos o gramnegativos o bien colonias monobacterianas: estreptococos, estafilococos, piociánicos, aerobacter, proteus, etc. desencadenan la supuración de la herida operatoria. A esto se puede agregar las micopatías como simple asociación, o asociación más infección micótica: cándidas, aspergilus o mucor. La etiología de la infección del lecho quirúrgico tiene relación, en la mayoría de los casos con el tipo de intervención y órgano o sistema afectado.(Roj, 2014)

Cicatrices Hipertróficas y queloides: Estas complicaciones pueden presentarse en heridas quirúrgicas o traumáticas, con más frecuencia en pacientes con piel oscura y en la mitad superior del tórax.(Martíne, 2013)

Eventración

La Eventración puede deberse a un punto flojo o a uno que está demasiado apretado y ha estrangulado y cortado el tejido que engloba la infección o a una dehiscencia.(Martíne, 2013)

La reparación de estas eventraciones debe llevarse a cabo después de los seis meses por lo menos, la reparación temprana lleva a la reaparición del problema. Debe evitarse suturar los tejidos sometidos a mucha tensión teniendo entonces que recurrir incluso a las incisiones relajantes. (Martíne, 2013)

COMPLICACIONES HEMORRAGICAS:Ocurren en el postoperatorio inmediato, cursan muchas veces en forma catastrófica llevando al shock hipovolémico lo que lleva a una reintervención inmediata. Las anomalías de la hemostasia deben ser identificadas en el preoperatorio. La causa más común de hemorragia intra o postoperatoria en un paciente con historia clínica y examen físico negativos, además de pruebas de laboratorio normales, es la falla en la ligadura de vasos sanguíneos seccionados.(Sanzberro, 2014)

Problemas Anestésicos: Las complicaciones de la Anestesia se manifiestan de distintas formas durante el periodo perioperatorio y pueden variar desde relativamente menores hasta poner en peligro la vida del paciente.(Romero, 2013)

Embolia Gaseosa Venosa: cuando sucede en forma inesperada es muy peligrosa. Se tienen efectos generalizados en el sistema cardiopulmonar. (Romero, 2013)

CAUSAS DE CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A CONVENCIONAL

Son múltiples y de diferente orden, que podrían hacer prever en cuáles pacientes se van a presentar dificultades al practicar una colecistectomía; los más conocidos son: sexo masculino, adulto mayor (edad superior a 65 años), obesidad, diabetes mellitus, colecistitis aguda y cirugía abdominal previa. (Romero, 2013)

Otros no menos importantes, son: la historia prolongada de enfermedad vesicular, leucocitosis y los signos sistémicos de sepsis; además, hallazgos ecográficos de pared vesicular engrosada, líquido perivesicular, vesícula calcificada o con escleroatrofia, cálculos grandes o compactados en la bolsa de Hartmann y dilatación de la vía biliar.(Sanzberro, 2014)

La conversión a cirugía abierta se ha clasificado en dos tipos: conversión forzada u obligada, por daño colateral a un órgano vecino, hemorragia incontrolable o lesión de la vía biliar. Conversión electiva o programada por falta de progresión en la cirugía y disección difícil y riesgosa con prolongación del tiempo quirúrgico. Esta última, a su vez, tiene tres categorías: por inflamación, por adherencias no inflamatorias o por alteraciones anatómicas. Asimismo, hay algunos factores que inciden en el porcentaje de conversión; el más importante y determinante de ellos es la experiencia del cirujano. En este porcentaje de conversión también inciden la técnica quirúrgica para disecar el confluente cístico-vesicular (técnica infundibular o visión crítica de seguridad) y la práctica u omisión de una colangiografía intraoperatoria). (Dr. Gabriel Olvera Gómez, 2013)

Otros factores son el tiempo de duración de los síntomas y el tiempo de espera para practicar la cirugía.(Romero, 2013)

La colecistectomía abierta (en su modalidad de mini laparotomía) puede ser una alternativa eficaz para el manejo de la colelitiasis sintomática y una opción no menospreciada para resolver dicho problema de salud, donde las instituciones no cuentan con la infraestructura necesaria para realizar procedimientos laparoscópicos. (Romero, 2013)

La colecistectomía laparoscópica es un método seguro y efectivo en cerca del 85% de los pacientes con colecistitis aguda, dada la experiencia creciente de los cirujanos a nivel mundial, el mejoramiento de la curva de aprendizaje y el acelerado avance tecnológico del instrumental video-laparoscópico. (Dr. Gabriel Olvera Gómez, 2013)

Durante más de 100 años el tratamiento estándar para la enfermedad litiásica vesicular fue la extracción de la vesícula por medio del procedimiento abierto, lo que contribuyó a salvar muchas vidas y a mejorar las condiciones de numerosos de pacientes por ser una enfermedad de alta prevalencia mundial. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico ha evolucionado y disminuido la tasa de complicaciones, las molestias posoperatorias y los requerimientos de estancia hospitalaria y días de recuperación, entre otros. (Romero, 2013)

Es así como en Alemania en 1985, se introdujo la técnica laparoscópica, que se difundió rápidamente desde 1989, y ha sido objeto de varios estudios que analizan los resultados en términos de efectividad, frente al método tradicional, la colecistectomía abierta. Su uso se ha generalizado en el ámbito mundial, demostrando ventajas clínicas tales como la reducción en la morbilidad y mortalidad.(Dr. Gabriel Olvera Gómez, 2013)

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

METODOLOGIA

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, retrospectivo, descriptivo, de diseño no experimental, de corte transversal, siguiendo un método de observación indirecta y análisis correlacional.

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

Guayaquil está ubicado en la parte sur de la provincia del Guayas. La ciudad de Guayaquil es su cabecera cantonal y está situada entre los 2°3' y 2°17' de latitud sur; y los 79°59' y 79°49' de longitud oeste. Según datos proporcionados por El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) la ciudad de Guayaquil es la más poblada del país con 2'291.158 habitantes.

El Hospital lleva el nombre del Dr. Abel Gilbert Pontón, médico reconocido por su gran pasión hacia su profesión. Demostró una marcada sensibilidad por el sufrimiento del pueblo, de aquí parte su frase célebre: “Mis manos no me pertenecen: son del pobre cuando las necesita y del rico cuando las paga”. Desde muy joven fundó la Clínica Guayaquil, y se dedicó a ofrecer servicios de salud a todo paciente que lo necesitara.

Al finalizar la década del 60, atendiendo la necesidad de los servicios de salud de una población vulnerable, comienza la construcción y equipamiento de un nuevo Hospital en el corazón de Guayaquil, en la parroquia Febres Cordero.

Así nace el Hospital Guayaquil, fundado el 7 de octubre de 1973 en el Suburbio de esta ciudad por el Señor General de División Guillermo Rodríguez Lara, Presidente de la República, y el Ministro de Salud, Dr. Raúl Maldonado Mejía, quienes nombraron como Director Hospitalario al Dr. Eduardo Iglesias Espinel.

Actualmente, es un hospital de alta complejidad del Ministerio de Salud Pública, de referencia a nivel nacional, destinado a brindar atención ambulatoria, hospitalización, recuperación y rehabilitación de la salud a poblaciones vulnerables de la región Costa.

Posee una amplia cartera de servicios, con personal sanitario especializado en brindar una atención de calidad y calidez, garantizando la gratuidad de todos los servicios, medicamentos e insumos.

PERIODO DE INVESTIGACION

01 de Enero del 2015 hasta el 01 de Diciembre del 2016.

RECURSOS HUMANOS

Investigador: Oswal Jhoan Cordoba Carvajal

Tutor:Dra. Martha Baquerizo

RECURSOS MATERIALES

- Computadora
- Papel bond A4
- Historias clínicas
- Impresora y tinta
- Carpetas
- Anillados
- Internet

UNIVERSO

Pacientes de 20-40 años, que se les realizó colecistectomía por cualquiera de sus técnicas quirúrgicas en el HOSPITAL ABEL GLBERT PONTON EN EL PERIODO 2015 -2016.

MUESTRA

La muestra dependerá del Universo.

CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Edad:20-40
- Cualquier sexo

- Historia clínica completa
- Que se hayan sometido a colecistectomía abierta y laparoscópica

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todos los que no cumplan con los criterios de inclusión.

VIABILIDAD

La presente investigación es viable porque cursa con el apoyo de las autoridades y el departamento de docencia de la institución, el permiso correspondiente de la universidad, acceso a las estadísticas del hospital, tiempo requerido para la ejecución de este trabajo y los recursos económicos del investigador.

Variables	Definición De las Variables	Indicadores	Fuente
Variable independiente : Litiasis biliar Factores de Riesgo en pacientes de 20-40 años.	La litiasis biliar es una acumulación de cálculos en el interior de la vesícula biliar que afecta sobre todo a mujeres obesas, multíparas, o que han tomado la píldora anticonceptiva, aunque también se asocia a dietas ricas en grasas y azúcares y pobres en fibra vegetal	<ul style="list-style-type: none"> •Sexo femenino •Embarazo •Tratamiento con altas dosis de estrógenos •Edad •Obesidad •Niveles de triglicéridos séricos elevados •Bajos niveles de colesterol HDL •Pérdida rápida de peso •Dieta alta en calorías •Dieta rica en hidratos de carbono refinados •Falta de actividad física •Cirrosis 	Historia clínica

		<ul style="list-style-type: none"> •Enfermedad de Crohn •Estasis de la vesícula biliar (por ejemplo , como resultado de la gastrectomía o vagotomía anterior) •Hemólisis e infecciones crónicas bacterianas o parasitarias. 	
V . Dependientes COMPLICACIONESPOST QUIRURGICAS	Las complicaciones que a menudo se deben al uso de equipo o instrumental inadecuado, o a deficiencias en la preparación médica, la habilidad técnica o la experiencia del grupo quirúrgico.	<p>TRANSOPERATORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - LAPAROSCÓPICA: neumoperitoneo, por la insuflación abdominal, y por la electrocirugía. Lesiones de la vía biliar y por sangrado - CONVENCIONAL: Lesión de la vía biliar y sangrado. <p>POSTOPERATORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - complicaciones de las heridas <p>Dehiscencia de la herida, dolor de la herida, acumulación de suero, hemorragia, senos de las líneas de sutura, infección de la herida, cicatrices hipertróficas, queloides, eventraciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - complicaciones hemorrágicas - problemas con la anestecia 	Historia clínica

--	--	--	--

OPERACIONALIZACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Para el siguiente trabajo los instrumentos a utilizar serán las historias clínicas de los pacientes, se hizo uso de una ficha recolectora de datos que contiene los datos de filiación, información que se analizara posteriormente para correlacionar las variables en estudio.

CONSIDERACIONES BIOETICAS

La realización de este trabajo está acorde a las normas rectoras de investigación clínica a nivel internacional emanadas en la declaración de Helsinki y nacional de acuerdo a la resolución 1480 (2011).

- No habrá manipulación ni contacto directo con pacientes.
- Se respetará la confidencialidad.
- Se considera un estudio sin riesgo por ser de tipo retrospectivo, observacional indirecto.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

RESULTADOS

Se expone el análisis e interpretación de los resultados obtenidos para determinar los objetivos específicos en relación con las variables estudiadas por si solas o entre sí, resaltándose los aspectos de mayor importancia los cuales fueron registrados en cuadros y gráficos.

Tabla 1. . FRECUENCIA DE LA LITIASIS BILIAR SEGÚN EL SEXO

	Casos	Porcentajes
Hombres	41	20 %
Mujeres	168	80%
Total	209	100%

Tabla 1 y Gráfico 1

Fuente: Historias clínicas del **HOSPITALABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016**

Elaborado: **OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL**

Gráfico 1. . FRECUENCIA DE LA LITIASIS BILIAR SEGÚN EL SEXO

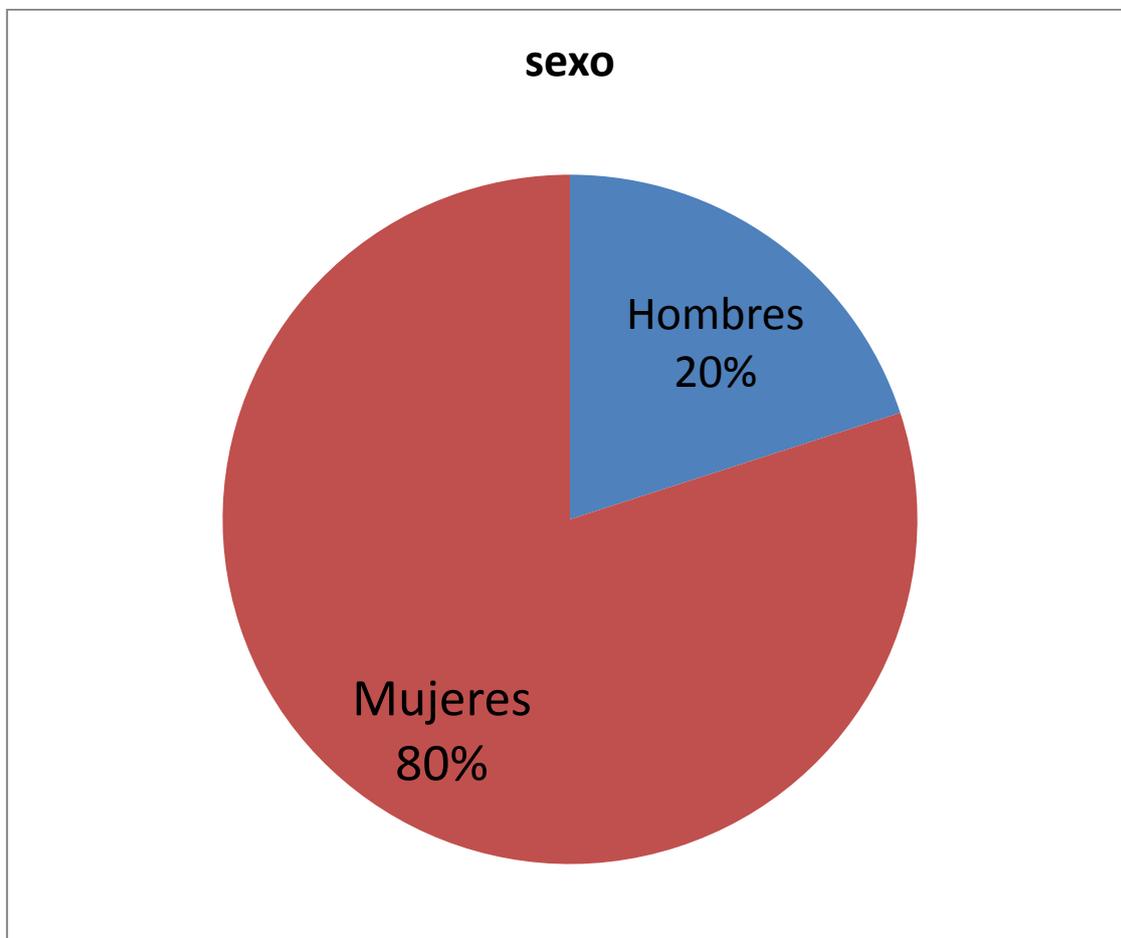


Tabla 1 y Gráfico 1

Fuente: Historias clínicas del HOSPITAL DE GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016

Elaborado: OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

En la tabla 1 y el grafico 1 Se evidencia que el 80% de los pacientes en este trabajo fueron mujeres y 20% hombres. Siendo el sexo femenino quienes sufren con mayor frecuencia de litiasis biliar.

Tabla 2. FRECUENCIA DE LA LITIASIS BILIAR SEGÚN EL GRUPO ETARIO

	CASOS	PORCENTAJE
20 - 30 AÑOS	79	38 %
31 – 40 AÑOS	130	62 %
TOTAL	209	100%

Tabla 2 y Gráfico 2

Fuente: Historias clínicas del HOSPITAL DE GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016

Elaborado: OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

Gráfico 2. FRECUENCIA DE LA LITIASIS BILIAR SEGÚN EL GRUPO ETARIO

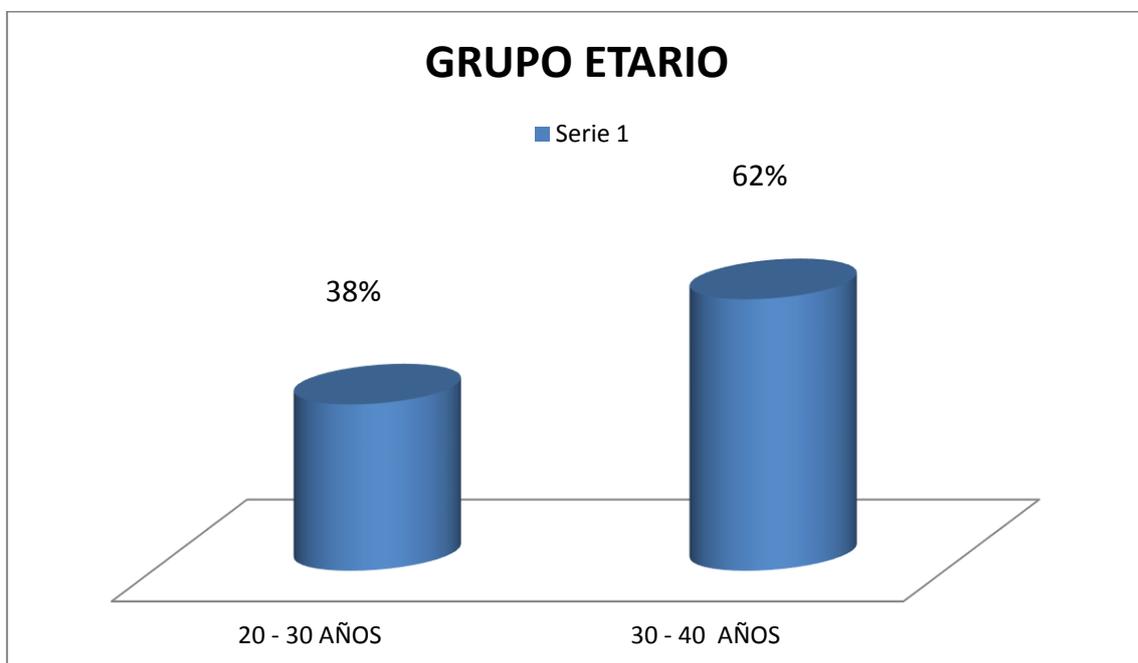


Tabla 2 y Gráfico 2

Fuente: Historias clínicas del HOSPITAL DE GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016

Elaborado: OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

En la tabla 2 y el gráfico 2 se hace evidente que las pacientes de más de 30 años sufren con mayor frecuencia de litiasis biliar, ya que, el 62% de los pacientes del estudio estuvieron entre 30 a 40 años.

Tabla 3. FRECUENCIA DE LITIASIS BILIAR SEGÚN LA PROCEDENCIA

	CASOS	PORCENTAJE
ZONA URBANA	128	61 %
ZONA RURAL	81	39 %
TOTAL	209	100 %

Tabla 3 y Gráfico 3

Fuente: Historias clínicas del HOSPITAL DE GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016

Elaborado: OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

Gráfico 3. FRECUENCIA DE LITIASIS BILIAR SEGÚN LA PROCEDENCIA

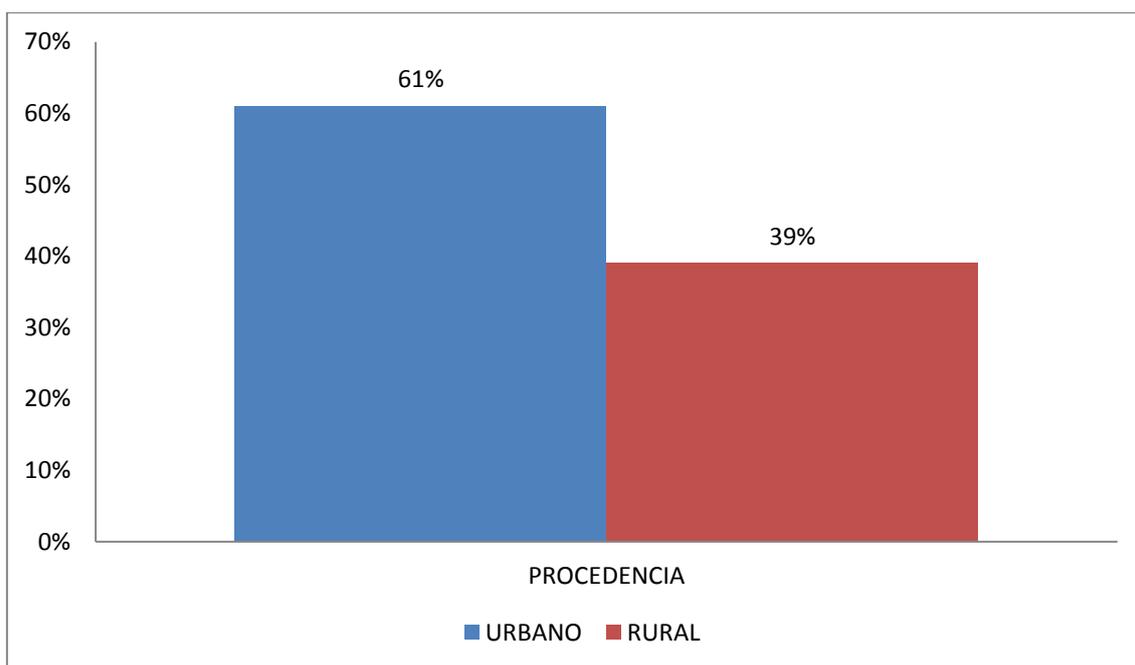


Tabla 3 y Gráfico 3

Fuente: Historias clínicas del HOSPITAL DE GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016

Elaborado: OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

De los 209 pacientes del estudio, 61% de los mismos provenían de zona urbana y un 39% de zona rural.

Tabla 4. FACTORES DE RIESGO DE LITIASIS BILIAR

	CASOS	PORCENTAJE
INGESTA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	32	15%
ANTECEDENTES DE FAMILIARES DE PRIMERA LINEA CON LITIASIS BILIAR	63	30%
ALTERACION EN EL INDICE DE MASA CORPORAL	79	38%
DIABETES MELLITUS	35	17%
TOTAL	209	100%

Tabla 4 y Gráfico 4

Fuente: Historias clínicas del HOSPITAL DE GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016

Elaborado: OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

Gráfico 4. FACTORES DE RIESGO DE LITIASIS BILIAR

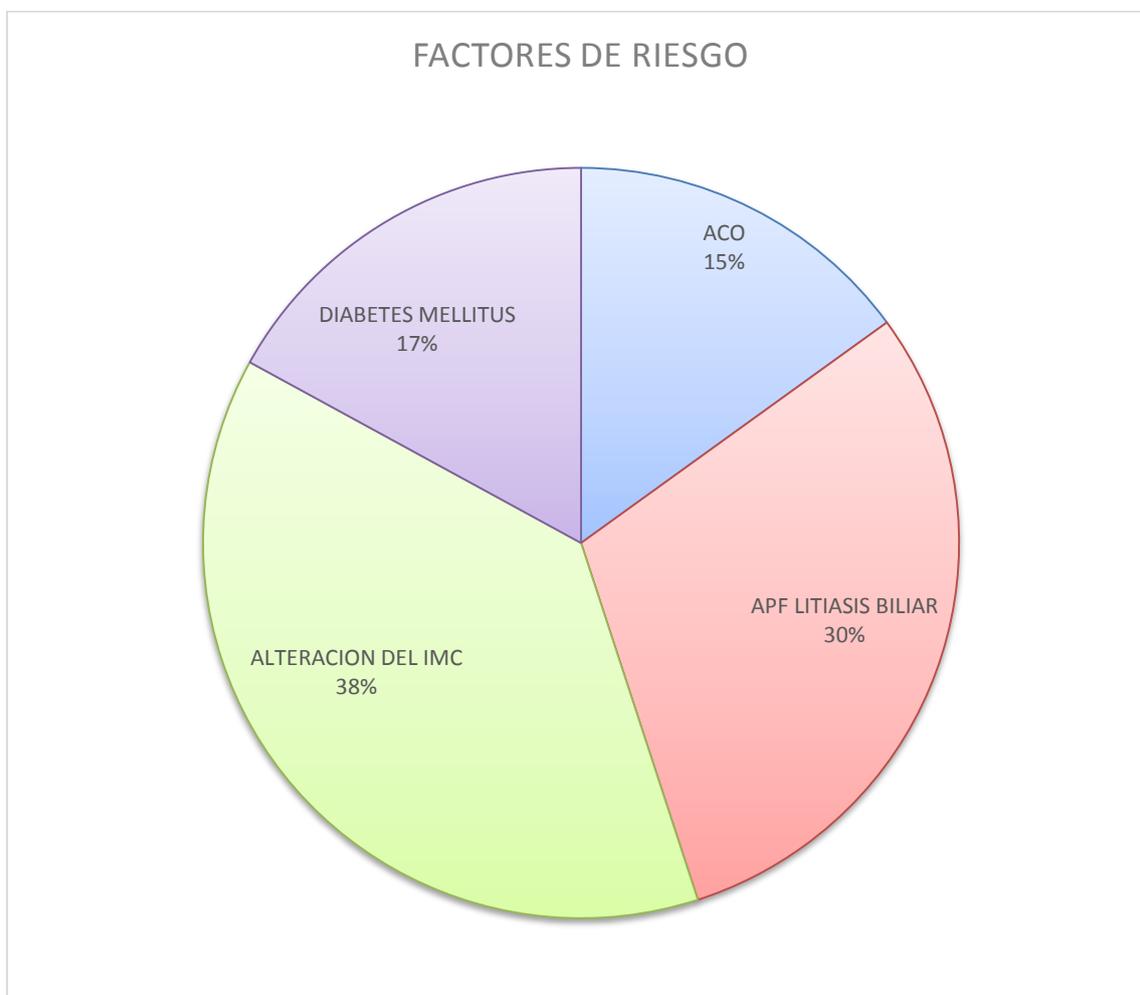


Tabla 4 y Gráfico 4

Fuente: Historias clínicas del HOSPITAL DE GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016

Elaborado: OSWAL JHOAN CORDOBA CARVAJAL

En esta tabla y gráfico se observa que existen factores de riesgo para padecer de litiasis biliar, de los 209 pacientes, 38% tenían como factor de riesgo más importante algún tipo de alteración de su índice de masa corporal, 30% tenían familiares de primera línea que tuvieron litiasis biliar, 17% sufría además diabetes mellitus y 15% ingería habitualmente anticonceptivos orales.

Tabla 5. COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJE
NINGUNA	185	90 %
INFECCION DE LA HERIDA	10	4.8 %
HEMATOMA DE PARED	5	2.2 %
HEMOPERITONEO	3	1.2 %
ARRITMIA	2	1 %
LESION DE VISCERA HUECA	2	0.8 %
TOTAL	209	100%

Tabla 5 y Gráfico 5

Fuente: Historias clínicas del HOSPITAL DE GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016

Elaborado: OSWALD JHOAN CORDOBA CARVAJAL

Gráfico 5. COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS



Tabla 5 y Gráfico 5

Fuente: Historias clínicas del HOSPITAL DE GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON PERIODO 2015-2016

Elaborado: OSWALD JHOAN CORDOBA CARVAJAL

En la tabla 5 y el gráfico 5 se evidencia que en la mayoría de los casos no ocurrió ninguna complicación postoperatoria de la colecistectomía.

La más frecuente complicación fue la infección de la herida 4,8%, aunque no sea habitual. El hematoma de pared 2,2%, hemoperitoneo 1,2% y las más inusuales la lesión de víscera hueca 0,8%

DISCUSIÓN

La colelitiasis se define como la presencia de cálculos en la vesícula biliar. Generalmente es asintomática, y su diagnóstico suele ser incidental al realizar pruebas de imagen por otra indicación. La manifestación clínica inicial más frecuente de la enfermedad litiásica vesicular, ocurre cuando la contracción de la vesícula moviliza los cálculos o el barro biliar hacia el conducto cístico, produciendo su obstrucción transitoria. Generalmente, cuando la vesícula se relaja, la litiasis vuelve a caer en el interior de la vesícula, los síntomas aparecen durante la obstrucción del cístico y posteriormente ceden.

Se evidencia que el 80% de los pacientes en este trabajo fueron mujeres y 20% hombres. Siendo el sexo femenino quienes sufren con mayor frecuencia de litiasis biliar. En Estados Unidos, Chile y Venezuela se realizaron estudios similares e igualmente las mujeres fueron el sexo más afecto representando el 67%, 80% y 82% respectivamente.

Los pacientes de más de 30 años sufren con mayor frecuencia de litiasis biliar, ya que, el 62% de los pacientes del estudio estuvieron entre 30 a 40 años. En EEUU, se acentúa más la prevalencia de la litiasis biliar en mujeres mayores de 40 años, 55% de las pacientes tenían edades comprendidas entre 40-50 años.

De los 209 pacientes del estudio, 61% de los mismos provenían de zona urbana y un 39% de zona rural. 38% tenían como factor de riesgo más importante algún tipo de alteración de su índice de masa corporal, 30% tenían familiares de primera línea que tuvieron litiasis biliar, 17% sufría además diabetes mellitus y 15% ingería habitualmente anticonceptivos orales. Estudios en EEUU y Chile evidencian que el factor de riesgo más importante son alteraciones en su hábito alimenticio (50%), la dislipidemia (35%) y el consumo de anticonceptivos orales (15%).

En el estudio, el 90% de los pacientes no presentaron ningún tipo de complicación postoperatoria. La más frecuente complicación fue la infección de la herida 4,8%, aunque no sea habitual. El hematoma de pared 2,2%, hemoperitoneo 1, 2% y las más inusual la lesión de víscera hueca 0,8%. En Brazil, las complicaciones más frecuentes posteriores a colecistectomía son la infección de herida (6%) y hematoma de pared (2%).

CONCLUSIONES

- Los principales factores de riesgo para padecer litiasis biliar son la alteración del índice de masa corporal, la ingesta de anticonceptivos, la diabetes mellitus y antecedentes patológicos familiares sobre litiasis biliar, los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo. Situaciones que son muy comunes en el diario vivir de nuestra población, por ello día a día aumenta el número de pacientes que tienen litiasis biliar.
- El sexo más predispuesto a padecer de litiasis biliar son las mujeres, no sólo en nuestro país sino a nivel mundial es el sexo femenino quienes sufren con mayor frecuencia de litiasis biliar. En este estudio, las pacientes de más de 30 años padecen más comúnmente de litiasis biliar, siendo los 62% pacientes de entre 30-40 años.
- La mayor parte de los pacientes que se atendieron por litiasis biliar provenían en 61% de zonas urbanas, lo que da a pensar que probablemente se vea relacionada con la ingesta rica en grasas y carbohidratos, nada saludable, que hay en las ciudades.
- La mayor parte de los pacientes no presenta ninguna complicación postoperatoria, ya que, en líneas generales se trata de una cirugía sencilla, con buen pronóstico y recuperación favorable; aun así existen situaciones en las que se complica el cuadro y la recuperación lleva más tiempo de lo habitual; en este estudio las complicaciones fueron muy pocas pero las más frecuentes que se registraron son: infección de la herida, el hematoma de pared, el hemoperitoneo y la más inusual la lesión de víscera hueca.

RECOMENDACIONES

PREVENIR:

Mejorar los hábitos alimenticios para de esta manera mantener en parámetros normales el índice de masa corporal, no padecer de diabetes mellitus ni sufrir dislipidemias, ya que, todos estos constituyen factores de riesgo para la litiasis biliar.

Mejorar los recursos de nuestras casas de salud, para que cuenten con implementos necesarios tanto para realizar diagnósticos asertivos, tratamiento quirúrgico de actualidad que disminuya la tasa de complicaciones y medicamentos eficientes para complementar en la convalecencia del paciente colecistectomizado.

CAPACITAR:

Fomentar la capacitación de las personas sobre un correcto estilo de vida, evitando el sedentarismo, correcta alimentación y nutrición y reconocer cuales son los factores de riesgo para padecer de litiasis biliar, más aun si existen antecedentes patológicos familiares de la misma.

Capacitar a nuestros cirujanos para que desarrollen nuevas técnicas o mejoren las técnicas ya establecidas para a su vez asegurar una recuperación favorable del paciente, disminuyan las complicaciones que pongan en riesgo la calidad de vida del paciente o aumenten la morbimortalidad de los mismos.

Instruir al personal de salud para formar un protocolo terapéutico integral que asegure la pronta recuperación del paciente brindándole mejores cuidados y guías para una recuperación exitosa sin complicaciones.

INVESTIGAR:

Mejorar la recolección de datos de los pacientes colecistectomizados, para poderles realizar un correcto seguimiento y así evitar complicaciones en los mismos. Investigar avances de otros países para aprender de técnicas y protocolos que aseguren el éxito quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- A, A. L. (2014). colelitiasis. *cirugia general de argentina*, 3 - 19.
- Bañuelos, M. R. (2014). COMPLICACIONES AGUDAS DE LA LITIASIS BILIAR. *Digestivas y Quirurgicas*, 2- 19.
- Bermúdez, I. B. (2013). fisiologia de calculos biliares. *revista argentina*, 55 - 83.
- Bermúdez, I. B. (2014). colelitiasi. *revista colombiana medicina* , 11 - 49.
- Castro-Torres. (2012). caracterisitcas de litiasi biliar. *revista colombiana*, 160 - 178.
- Castro-Torres, I. G. (2013). Fisiopatología de cálculos biliares de colesterol:. *revista biomedica*, 88- 103.
- Chica, D. M. (2013). colelitiasis. *revista colombiana medicina*, 11 - 49.
- Cordero., D. F. (2013). colico biliar . *revista argentina*, 1 - 25.
- Dr. Gabriel Olvera Gómez. (2013). Criterios de conversión de cirugía laparoscópica a cirugía. *revista mexicana*, 134 - 149.
- Gaitán, J. A. (2014). enfermedad litiasica. *revista colombiana scielo*, 188-208.
- Galindo, D. A. (2013). colelitiasis . *ervista colombiana medicina* , 11 - 50.
- Garcia, D. F. (2013). clinica de litiasis biliar. *scielo*, 42-56.
- Jerusalén, C. (2014). CALCULOS BILIARES Y SUS COMPLICACIONES. *ELSIVER* , 667 - 682.
- Martíne, V. M. (2013). complicaciones de la litiasis biliar . *revista medicine*, 82- 97.
- Navarro-Santamaría. (2014). colelitiasis _ colecistitis. *revista chilena*, 24 - 47.
- Palacios, D. J. (2013). litiaisis vesicular. *revista argentina*, 23-46.
- PINZON, D. A. (2013). litias biliar. *resvista chilena*, 25 - 58.
- Roj, R. S. (2014). COMPLICACIONES AGUDAS DE LA LITIASIS BILIAR:.. *digestiva quirurgica*, 2 - 19.
- Romero, D. J. (2013). Criterios de conversión de cirugía laparoscópica a cirugía. *asociacion mexicana*, 134 - 148.
- Sanzberro, F. J. (2014). COMPLICACIONES AGUDAS DE LA LITIASIS BILIAR:.. *digestiva quirurgicas*. , 2 - 19.
- Simón, M. Á. (2013). clinica de litiasis vesicular. *revista de ciencias medicas*, 5 - 19.
- Simón, M. Á. (2013). LITIASIS BILIAR. *ELSEVIER*, 685- 702.

GLOSARIO

Anticonceptivos Orales: es un medicamento anticonceptivo que se toma por vía oral con el propósito de evitar el embarazo. La anticoncepción hormonal utiliza sustancias similares a los estrógenos y progestágenos.

Cálculos de colesterol: Son los más prevalentes, se componen en su mayoría de colesterol (51-99%) y hasta el 15% son radiopacos.

Cálculos pigmentarios negros: Constituyen el 20-30% de las colelitiasis. Se componen principalmente de un pigmento de bilirrubina polimerizado, así como de carbonato y fosfato cálcico, por lo que su consistencia es dura. No contienen colesterol. El 60% son radiopacos, se asocian a condiciones de hemólisis crónica y a la cirrosis hepática.

Cálculos pigmentarios marrones: Se forman generalmente en la vía biliar, en relación con estasis y sobreinfección de la bilis, generalmente son radiolúcidos y de consistencia blanda. Suelen ser intrahepáticos, especialmente cuando aparecen asociados a estenosis de la vía biliar como en la colangitis esclerosante primaria o en la enfermedad de Caroli.

Colecistitis Alitiásica Es la que no se forman dicho cálculos en el interior de la vesícula pero sí tiene lugar la inflamación de la misma (6 - 17%)

Colecistectomía: Operación quirúrgica que consiste en la extirpación de la vesícula biliar.

Cólico biliar: Es la manifestación clínica inicial más frecuente de la enfermedad litiásica biliar. Ocurre cuando la contracción de la vesícula moviliza los cálculos o el barro biliar hacia el conducto cístico, produciendo su obstrucción transitoria.

Complicaciones: es una dificultad añadida que surge en el proceso de consecución de una meta determinada. Una complicación muestra una complejidad que requiere de una atención especial para poder ser resuelta.

Diabetes mellitus: La diabetes mellitus tipo 2 es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre) en el contexto de resistencia a la insulina y falta relativa de insulina; en contraste con la diabetes mellitus tipo 1, en la que hay una falta absoluta de insulina debido a la destrucción de los islotes pancreáticos.

Dislipidemias: es la alteración de los niveles de lípidos en la sangre. Los lípidos son un conjunto de moléculas que circulan en la sangre, dentro de las que se encuentran el colesterol total, el colesterol LDL, el colesterol HDL y los triglicéridos.

Factores de Riesgo: es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Índice de masa corporal: es un sencillo índice sobre la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2).

Litiasis Biliar: es una acumulación de cálculos en el interior de la vesícula biliar que afecta sobre todo a mujeres obesas, multíparas, o que han tomado la píldora anticonceptiva, aunque también se asocia a dietas ricas en grasas y azúcares y pobres en fibra vegetal.

Triángulo hepatocístico de calot : El triángulo hepatocístico está formado por el conducto cístico y la vesícula biliar abajo, el lóbulo derecho del hígado arriba y el conducto hepático común en la parte interna. Dentro de los confines del triángulo se encuentran varias estructuras que deben identificarse antes de ligarse o cortarse.

Vesícula biliar: La vesícula biliar es un receptáculo musculo-membranoso, que mide aproximadamente de 8 a 10 cm de longitud, por 3,5 a 4 cm de diámetro. La vesícula se encuentra ubicada en la cara inferior del hígado por fuera del lóbulo cuadrado y en contacto con la pared abdominal.