UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CARRERA DE MEDICO Y CIRUJANO

GREYSY CAROLA ORELLANA OROPIN

"COMPLICACIONES A CORTO Y LARGO PLAZO DE COLECISTECTOMÌAS ELECTIVAS"

ESTUDIO PROSPECTIVO DESCRIPTIVO SOBRE COMPLICACIONES A CORTO Y LARGO PLAZO DE COLECISTECTOMÌAS ELECTIVAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

FEBRERO-JUNIO 2007.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL DEL PROBLEMA

A.) ANTECEDENTES

Actualmente en los hospitales locales no se cuenta con ningún estudio realizado que describa las complicaciones tras la realización de una colecistectomía, independientemente de la técnica utilizada.
Sin embargo a nivel mundial destaca la existencia de artículos que aportan información sobre la presencia de complicaciones inmediatas y tardías de colecistectomías electivas.
En 1882, el cirujano alemán Karl Langenbuch, realizó la primer colecistectomía exitosa, este suceso muy importante y de gran trascendencia marca el comienzo del manejo satisfactorio de una enfermedad que actualmente sigue siendo uno de los principales trastornos de salud a nivel mundial.[2]
La colecistectomía a cielo abierto o "convencional" como es descrita por la mayoría de autores, ha sido realizada en prácticamente todos los países del mundo, siendo considerada por muchos años el "patrón de oro" en el tratamiento de las enfermedades de vía biliar.[2]
Son muchas las complicaciones que pueden presentarse posteriormente a cualquier procedimiento quirúrgico, siendo estas secundarias a muchas condiciones, entre las que destacan: mala técnica quirúrgica y mala dieta postoperatoria.
En el hospital Docente Miguel Enrriquez, Cuba, se realizó un estudio retrospectivo descriptivo con el objetivo de conocer la prevalencia de complicaciones tras las colecistectomías realizadas, en el período de 1998 a septiembre 2005. Las complicaciones mas frecuentes fueron la salida de lìquido por el drenaje durante mas de 48 horas, con características serohemáticas en el 12.5% y de tipo bilioso en el 5% de los pacientes.[25]
En el departamento de Cirugía General General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú, se diseñó un estudio retrospectivo descriptivo, para el cual se incluyó a todos los pacientes que habían sido sometidos a cirugía laparoscópica o convencional en forma electiva. Se encontraron 51 casos de cáncer de vesícula, confirmados por estudio de patología, lo cual representa el 0.99% del total de las colecistectomías.[26]
Actualmente el Hospital Nacional de Chiquimula, cuenta con los servicios de Intensivo, Pediatría, Gineco-obstetricia, Medicina interna y Cirugía. Este último subdividido en hombres y mujeres.
En el último año (2006) se dio egreso a 10,096 pacientes de los que 7,572 pacientes eran adultos, de estos, 66 pacientes egresaron del servicio de Cirugía luego de habérseles realizado el procedimiento de colecistectomía electiva, se indica que el procedimiento fue electivo porque todos los pacientes contaban con estudios preoperatorios y programación previa de la cirugía efectuada (departamento de estadística, Hospital Nacional de Chiquimula).

B.) JUSTIFICACION

El municipio de Chiquimula, cuenta con la población de 62,894 habitantes (censo nacional 2002), cuenta con un hospital nacional, ubicado en el centro de la cabecera municipal. Esta institución anualmente egresa alrededor de 11,000 pacientes, los últimos 3 años se dieron los siguientes egresos, sin importar el diagnóstico del mismo: año 2004: 10,820 pacientes, 2005: 10,798 y 2006: 10,096 pacientes. De estos egresos alrededor del 0.60 - 0.80%, egresaron con el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa, motivo por el cual se les sometió a colecistectomía convencional (departamento de estadística, Hospital Nacional de Chiquimula).

La colecistectomía es considerada por muchos autores como el "patrón de oro" en el tratamiento de las enfermedades de las vías biliares, ha sido efectuada por muchos cirujanos en todo el mundo. Este procedimiento quirúrgico como todos los procedimientos llevados a cabo en sala de operaciones, presenta complicaciones postoperatorias, independientemente de la técnica utilizada, sea esta convencional, es decir aquella llevada a cabo a través de una incisión abdominal (Kocher) o por medio del uso de la video laparoscopía[2], técnica que aún no se practica en el Hospital Nacional de Chiquimula por no contar con el equipo necesario.

Entre las complicaciones mas frecuentes secundarias a la realización de la colecistectomía convencional se encuentran: lesión del conducto biliar, hemorragia, infecciones, complicaciones respiratorias, desequilibrio hidroelectroítico, e íleo paralítico, presentándose estas generalmente en las primeras 48-72 horas luego de efectuado el procedimiento quirúrgico. [7, 8, 10,11]

También es importante mencionar complicaciones como: Pancreatitis aguda, ictericia postoperatoria, hepatitis sérica, litiasis residual, fístulas biliares, colecciones subfrénicas, entre otras, todas estas clasificadas como complicaciones tardías, por presentarse después de las 72 horas después de la cirugía, y que solo con un seguimiento postoperatorio adecuado podrán diagnosticarse y tratarse, sin embargo no todos los pacientes acuden a un seguimiento postoperatorio[7, 8, 10,11]. Se desconoce si todas las complicaciones anteriormente referidas se han hecho presentes en los pacientes postcolecistectomizados, egresados del hospital nacional de Chiquimula.

Está bien descrito en diversas referencias bibliográficas que la colecistectomía es el procedimiento estándar para el tratamiento de la patología de la vía biliar, sin embargo como también ya se ha indicado todo procedimiento quirúrgico tiene sus complicaciones, la colecistectomía abierta no es la excepción, las cuales pueden presentarse hasta 6 meses después de que el paciente haya sido colecistectomizado.

Las complicaciones de la colecistectomía pueden detectarse tempranamente y tratarse a través de un adecuado seguimiento postoperatorio, sin embargo está bien claro que no todos los pacientes postoperados acuden a su evaluación correspondiente, de allí que surge la interrogante: ¿Presentarían complicaciones los pacientes colecistectomizados en el Hospital Nacional de Chiquimula?

Por lo anteriormente mencionado se considera importante la realización de un estudio que reúna a todos los pacientes sometidos a colecistectomía

convencional, durante el año 2006, en quienes se pueda diagnosticar y describir las complicaciones secundarias a este procedimiento quirúrgico y a su vez registrar las mismas.

C.) DETERMINACION DEL PROBLEMA

a. DEFINICIÓN

La técnica quirúrgica, los antecedentes patológicos y los hábitos alimenticios influyen en la aparición de complicaciones postoperatorias.

b. ALCANCES Y LIMITES

i. Ámbito geográfico: El presente estudio se realizará en el departamento de Chiquimula, este limita al norte con el municipio de Zacapa, al sur con los municipios de San José la Arada y San Jacinto; al este con los municipios Jocotán, San Juan Ermita y San Jacinto, y al Oeste con los municipios San Diego, Cabañas y Zacapa. Su extensión territorial es de 372 kilómetros cuadrados. La ciudad cabecera se encuentra a una altura de 423.86 m.s.n.m. Su clima es tropical seco. Actualmente la cabecera departamental está dividida en seis zonas, (formadas cada una por barrios), aldeas y caseríos.[27]

ii. Ámbito institucional: Chiquimula carecía aún por el año 1872 de un centro especial para la atención de los enfermos, en ese tiempo los atendían en una sala provisional que se había instalado en el convento de El Calvario. El Hospital de Chiquimula se remonta al siglo XIX, fue en 1873, siendo Alcalde Municipal el General Pío Porta, que se aprovechó de una visita del Presidente de la República, Justo Rufino Barrios, para plantearle la dramática situación que vivían los chiquimultecos. La Construcción del Hospital fue terminado hasta el año de 1888 cuando era Jefe Político y Comandante de Armas el General Juan Conde, y fue el primer director de dicho centro asistencial el General Conde, a quien asesoraba una junta, el cargo lo sirvió sin cobrar sueldo alguno, ya que era millonario. Siendo Presidente el General Manuel Arana Osorio, se mandó a construir el Hospital Modular, donde funciona hasta la fecha, dejado el edificio antiguo, para dar paso a cuatro instituciones, Club Sacachispas, Policia Nacional Civil, Piscina Olimpica y FUNDABIEM. Hospital modular de Chiquimula, institución en la que se realizará el presente estudio.[27]

iii. Ámbito personal: El estudio incluirá a todos los pacientes sexo femenino y masculino, mayores de 18 años egresados del servicio de Cirugía a quienes se les haya realizado colecistectomía electiva en el año 2006.

iv. Ámbito temporal: El presente estudio se inicia en el mes de Enero 2007 finalizándose en el mes de Junio 2007.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

COLECISTECTOMIA Y SUS COMPLICACIONES

PERSPECTIVA HISTORICA

A John Stough Bobb, de Indianápolis se le acredita el haber realizado la operación en las vías biliares. En 1867, Bobb realizó una cirugía exploradora en una mujer de 32 años de edad con una gran masa abdominal y descubrió una hidropesía masiva de la vesícula biliar. Bobb, realizó una colecistotomía, extrajo los cálculos biliares y suturó para cerrar la vesícula biliar. A Carl Langenbuch, de Berlín se le acredita el haber llevado a cabo la primera colecistectomía en 1882. Langenbuch realizó la primera colecistectomía en un varón de 43 años de edad con antecedentes de cólico biliar de 16 años de duración. Su paciente sobrevivió la cirugía y fue dado de alta del hospital ocho semanas después de la intervención.[1]

El tratamiento operatorio de la obstrucción biliar extrahepática también evolucionó con rapidez a finales del siglo XIX. La primera anastomosis bilioentérica fue realizada por Alexander Von Winiwarter (un discípulo de Teodoro Billroth) en Lieja en 1880.[1]

Monastryski fue el primero en realizar una derivación paliativa de las vías biliares (colecistoyeyunostomía) para obstrucción biliar neoplásica en un paciente con cáncer periampollar en 1887. La coledocotomía y la extracción de cálculos se realizó por primera vez en 1889.

Ludwing Curvoiser informó sobre sus primeros 10 casos de colecistoyeyunostomía en 1890; tuvo una tasa de mortalidad operatoria de 20% y recomendó su uso en vez de la colecistostomía para los casos de obstrucción del colédoco.[1]

En el siglo XX se desarrollaron diversas modalidades diagnósticas y no operatorias que han refinad el tratamiento de los pacientes con enfermedades de las vías biliares. El diagnóstico de los cálculos biliares mejoró considerablemente con la colecistografía oral en 1924. En el decenio de 1950 se desarrollaron la gammagrafía de la vesícula y la colangiografía endoscópica y transhepática, permitiendo las imágenes no operatorias de las vías biliares.

En fechas mas recientes, la ultrasonografía, la tomografía computarizada y las imágenes por resonancia magnética han mejorado ampliamente la capacidad para obtener imágenes de las vías biliares.[1]

INDICACIONES Y TECNICA QUIRURGICA

La colecistectomía es la operación gastrointestinal más común que se lleva a cabo en Estados Unidos. Desde el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica, el número de colecistectomías realizadas en dicho país ha aumentado desde cerca de 500,000 por año hasta 700,000 por año. La mayor parte de estos procedimientos puede completarse con seguridad empleando la técnica laparoscópica. Casi todos los trastornos que en un principio se consideraban contraindicaciones relativas en las primeras fases de la experiencia laparoscópica ya no se consideran obligación para una colecistectomía abierta. La coagulopatía no controlada es una de las pocas contraindicaciones actuales para la colecistectomía laparoscópica. Además los pacientes con neumopatía obstructiva

crónica grave o insuficiencia cardiaca congestiva pueden no tolerar el neumoperitoneo que se requiere para llevar a cabo la operación laparoscópica. En la actualidad, la principal contraindicación para efectuar una colecistectomía laparoscópica es la incapacidad para identificar con claridad todas las estructuras anatómicas. Un criterio liberal para convertir el procedimiento en una operación abierta cuando no se pueden definir claramente estructuras anatómicas importantes representa un buen criterio quirúrgico más que una complicación. La tasa de conversión para la colecistectomía laparoscópica programada es cercana a 5%, en tanto que la tasa de conversión en circunstancias de urgencia para una colecistitis aguda puede ser de hasta 30%.[1, 14, 15, 25]

La dificultad técnica de la colecistectomía laparoscópica aumenta en varias situaciones críticas. La colecistectomía laparoscópica puede realizarse con seguridad en la colecistitis aguda pese a una tasa de conversión más alta y un tiempo de operación mayor que en situaciones programadas. La obesidad patológica, que en un tiempo se consideró una contraindicación relativa para el acceso laparoscópico, no se acompaña de una mayor tasa de conversión. Los trocares e instrumentos más largos y el aumento en la presión intraabdominal son de utilidad en estos pacientes. La cirugía previa en la parte superior del abdomen aumenta la dificultad de la colecistectomía laparoscópica o impide su uso. Sin adherencias que pueden disecarse por vía laparoscópica, lo que permite con seguridad en individuos cirróticos, si bien se han notado dificultades para retraer el hígado firme y mayor hemorragia por colaterales.[13]

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

En los enfermos sometidos a colecistectomía laparoscópica, la preparación y la colocación de los campos quirúrgicos son similares a los realizados en la colecistectomía abierta. La conversión a una operación abierta se discute con el paciente, lo que incluye la autorización para la operación, la cual es necesaria hasta en 5% de los enfermos que se someten a colecistectomía programada y hasta en 30% de los que se someten a colecistectomía laparoscópica con colecistitis aguda. Se insertan un catéter de Foley y una sonda orogástrica para evitar la lesión inadvertida y mejorar la exposición.

La cirugía laparoscópica requiere de un espacio para la visualización y la manipulación de instrumentos y este espacio suele crearse estableciendo un neumoperitoneo con dióxido de carbono. Con la técnica abierta se efectúa una incisión pequeña por encima de la cicatriz umbilical hacia la cavidad peritoneal. Se inserta una cánula especial de punta roma (Hasson) con una camisa justa para la aplicación de gas en la cavidad peritoneal y se fija a la aponeurosis. Esta técnica suele emplearse después de alguna operación abdominal previa y evita lesiones con el trocar las cuales son raras, pero potencialmente letales. En la técnica cerrada se inserta una aguja de insuflación hueca especial (de Veress) con una camisa cortante de retracción hacia la cavidad peritoneal a través de una incisión supraumbilical; esta se utiliza para la insuflación.[4, 7]

Una vez que se ha establecido el neumoperitoneo adecuado, se inserta un trocar de 10 mm a través de la incisión supraumbilical. Después se inserta el laparoscopio con una videocámara adherida a través del trocar umbilical y se lleva a cabo la exploración de la cavidad peritoneal. Se dispone de laparoscopios de

vista anterógrada (0º) y angulada (30º). Tanto con la técnica abierta como con la cerrada, se insertan trocares adicionales bajo visión directa. La mayoría de los cirujanos utiliza un segundo trocar de 10 mm colocado en la región subxifoidea y dos trocares adicionales de 5 mm colocados en la porción subcostal en el cuadrante superior derecho de la línea mesoclavicular y axilar anterior. También se dispone de cámaras de 5 mm e instrumentos de 3 milímetros.
Los dos trocares mas pequeños se utilizan para sujetar la vesícula biliar y colocarla en la posición ideal para realizar una colecistectomía anterógrada. Se emplea el trocar lateral para retraer la vesícula biliar en sentido cefálico, elevando el borde inferior del hígado, para exponer la vesícula biliar y el cístico. La cánula medial de 5 mm se utiliza para sujetar el infundíbulo de la vesícula biliar y retraerlo hacia un lado con objeto de exponer el triángulo de Calot. Esta maniobra corta mediante disección roma cualquier adherencia entre el epiplón o el duodeno y la vesícula biliar. La unión de la vesícula y el cístico se identifica al dividir el peritoneo del cuello de la vesícula y retirar cualquier tejido que rodee al mismo, así como la parte proximal del cístico. Una vez que se identifica el cístico se lleva a cabo una colangiografía transoperatoria colocando una grapa hemostática en la parte proximal en el conducto cístico, dividiendo la superficie anterior del conducto e introduciendo un catéter para colangiografía en el conducto cístico. Una vez que se realiza la colangiografía, se colocan dos grapas en la parte distal del conducto cístico y este se divide. Un conducto cístico de gran tamaño requiere de la colocación de una ligadura de asa preanudada que permita un cierre seguro.
El siguiente paso es identificar y dividir la arteria cística. Esta suele encontrarse siguiendo un trayecto paralelo y por detrás del cístico. Una vez que se identifica y se aísla la arteria y se divide esta. Después que se controla la arteria y cualquiera de sus ramas, se diseca la vesícula biliar para extraerla de la fosa vesicular mediante el empleo de un gancho o un cauterio de espátula. Se ejerce tensión sobre el peritoneo que cubre la vesícula biliar utilizando dos pinzas de sujeción y se dividen el peritoneo y la adventicia entre la vesícula biliar y el hígado con el cauterio. Justo antes de que se extirpe la vesícula biliar y se la separe del hígado, se examina cuidadosamente el campo operatorio para asegurarse de la hemostasia y se confirma que se colocaron adecuadamente las grapas en el conducto cístico y en la arteria. Después se diseca la vesícula biliar para separarla del hígado; por lo general se retira a través del trocar umbilical. En ocasiones es necesario agrandar el orificio aponeurótico y la incisión en la piel para retirar la vesícula biliar y los cálculos que contiene. Si la vesícula se perforó durante la disección o si presenta inflamación aguda o gangrena, se le puede colocar en una bolsa de plástico de recuperación del espécimen para retirarla de la cavidad peritoneal.[7]

COLECISTECTOMIA ABIERTA

La colecistectomía abierta puede realizarse a través de una incisión en la línea media superior o de una subcostal derecha (Kocher). La identificación y división del conducto cístico y la arteria cística al principio limitan la hemorragia de la vesícula biliar para lo que resta de la disección. Con tracción lateral sobre el cuello de la vesícula biliar se divide el peritoneo superpuesto al triángulo de Calot y se identifica y liga el conducto cístico. En este momentose realiza la colangiografía si

está indicada. Después se liga el conducto cístico tanto en la parte proximal como en la distal y se le divide. Asimismo, se liga la arteria cística y se le divide después de seguirla cuidadosamente hasta la vesícula biliar. Cuando la anatomía no se puede identificar claramente, se diseca la vesícula biliar desde el fondo hacia abajo hacia el cuello vesicular, facilitando la identificación de la anatomía ductal y vascular. Se diseca la vesícula biliar y se extrae del lecho vesicular dividiendo el peritoneo superpuesto mediante cauterio. En este momento se lleva a cabo una colangiografía a través del cístico. Raras veces se encuentra un pequeño conducto que entra en la vesícula biliar desde el hígado, el cual debe ligarse. Se coloca un dren de succión cerrada cuando hay duda sobre la seguridad del cierre en el cístico (p. ej., como en el caso de una colecistitis gangrenosa). [4]

COMPLICACIONES DE COLECISTECTOMIA

Las complicaciones postoperatorias de la cirugía de las vías biliares se clasifican en inmediatas y tardías. Las inmediatas son aquellas cuyos síntomas se presentan en las primeras 48-72 horas del período postoperatorio.[18, 20]

Entre las complicaciones *inmediatas* se encuentran:

- Peritonitis biliar.
- Hemorragias.
- Pancreatitis aguda.
- Ictericia.
- Ligadura de la arteria hepática.
- Hemobilia.
- Dehiscencia de la sutura en las derivaciones biliointestinales.

Entre las complicaciones *tardías* pueden citarse:

- Iatrogénicas: como estenosis cicatrizal del colédoco.
- Por enfermedad no diagnosticada.
    - Cálculo residual del colédoco.
    - Papilitis u oditis.
- Por técnica defectuosa:
    - Vesícula remanente.
- Otras causas:
    - Complicaciones relacionadas con los drenajes.
    - Ictero postoperatorio tardío.
    - Colangitis supurada aguda obstructiva.
    - Colangitis secundaria esclerosante.
    - Fístula biliar.
    - Colecciones subfreénicas.
        - Suprahepáticas.
        - Infrahepáticas.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Complicaciones inmediatas.

Peritonitis Biliar: Su diagnóstico se hace mediante el antecedente de operación y como principal síntoma y signo: la salida de bilis por el drenaje. Puede acudirse a un Hemograma completo, punción abdominal, USG abdominal, TAC y Resonancia

magnética para confirmar diagnóstico. Esta complicación puede ser secundaria a: Dehiscencia del muñón cístico, Bilirragia por punción del colédoco, Falsa vía en el transcurso de las exploraciones del colédoco al tratar de pasar los exploradores, Sección de la vía biliar principal, Bilirragia por conductillo aberrante.
Ya confirmado el diagnóstico el tratamiento varía en consideración de la causa de la peritonitis.[3]
Hemorragias: Su diagnóstico se establece ante la presencia del antecedente de operación, agregado a los síntomas y signos: shock, anemia, salida de sangre por el drenaje, hematoma de la herida. Obtener valores de hemoglobina y hematocrito del paciente es de gran valor, además la punción abdominal y el ultrasonido abdominal confirman el diagnóstico.
El tratamiento ideal sería la realización de Video laparoscopía y/o Laparotomía. En los pacientes con deslizamiento de la ligadura de la arteria cística: ligadura urgente del vaso sangrante es el tratamiento de elección. Si hay hemorragia del lecho hepático se debe tratar como una herida hepática.[6, 7]
Ligadura y sección del colédoco: Su diagnóstico se establece ante la presencia del propio ictero obstructivo.[9]
Ligadura de la arteria hepática: (por lo general de la rama derecha). Su diagnóstico se establece ante la aparición de shock precoz y coma hepático. Si se sospecha que existe esta lesión, se deben usar antibióticos.[12]
Hemobilia: Generalmente se presenta en aquel paciente que presenta antecedentes de trauma y cirugía hepática, anémico, lo cual puede ser secundario a salida de sangre por la sonda T, melena o hematemesis. Los estudios a solicitarse para confirmar diagnóstico son: Hemoglobina y Hematocrito, estudio radiológico y endoscópico de estómago y duodeno en los pacientes con hematemesis o melena con el propósito de descartar otras enfermedades, Ultrasonido abdominal, TAC simple y contrastada, Angiografía hepática con fase venosa.
El tratamiento se facilita si existe una coledocostomía con sonda en T, que permite hacer, a través de ella, lavados con solución salina isotónica, para eliminar los coágulos.[15]

- Arteriografía y embolización del vaso sangrante.
- A veces es necesario realizar resecciones segmentarias o lobectomías hepáticas.

Dehiscencia de la sututa en las derivaciones biliointestinales: Además de existir el antecedente de cirugía previa, este paciente presenta síntomas y signos de peritonitis. Se pueden incluir los siguientes exámenes para confirmar diagnóstico: Hemograma, Radiografía de abdomen simple, en posiciones vertical y horizontal, Punción abdominal, Ultrasonido Abdominal, TAC. El tratamiento consiste en intervenir urgentemente, se aspira bien la cavidad abdominal y practica yeyunostomía, se debe dejar drenaje. También puede realizarse reanastomosis.[15]
Complicaciones tardías
Iatrogénicas; estenosis cicatrizal del colédoco: Su diagnóstico se basa en la existencia o ausencia de ictero. Si existe ictero, se hará el diagnóstico de ictero

obstructivo. Si no hay ictero, se tomarán en cuenta los antecedentes de operación (síntomas y signos): dolor, crisis de colangitis.
La colangiografía percutánea transhepática, la CPRE, la colangiorresonancia y la TAC se consideran muy importantes en la confirmación del diagnóstico.
Para el tratamiento se establecen las siguientes alternativas: Reparación de las vías biliares con sutura término-terminal o cierre transversal, dejando sonda en T por encima o por debajo de la sutura. Derivación biliodigestiva supraestenótica. Los tratamientos de dilatación con balón y stents antes de la cirugía pueden realizarse sobre todo en los primeros 6 meses.[17]
Por enfermedad no diagnosticada: cálculo residual del hepatocolédoco, papilitis y oditis son las principales causa.[17, 19]
Técnica defectuosa: Vesícula remanente: su diagnóstico se establece ante la existencia del antecedente quirúrgico, además de síntomas y signos análogos a los de litiasis vesicular. El tratamiento consiste en resecar el remanente vesicular. Descartar afección del esfínter de Oddi.[22]
Otras causas: Aquí se incluyen las complicaciones relacionadas con el drenaje. Estas son excepcionales, pero entre ellas se pueden citar las siguientes:

- Deslizamiento del drenaje en la cavidad abdominal.
- Complicaciones relacionadas con la sonda en T de Kehr: Estas complicaciones son de 3 tipos: obstrucción, retención y dislocación. En caso de *Obstrucción*, la cual se sospecha por la ausencia de salida de bilis. Su tratamiento consiste en realizar irrigaciones periódicas. Si la obstrucción persistiera, se hará extracción de la sonda. En caso de *Retención*, será imposible retirar la sonda, de ser así, se practicará laparotomía y liberación. Si se trata de *Dislocación* será clara la salida de bilis alrededor de la sonda. Si la dislocación es parcial, se debe movilizar la sonda 3 cm y mantenerla como drenaje. Si la sonda está totalmente fuera del colédoco, se debe mantener como drenaje. Si existe peritonitis biliar se hará intervención quirúrgica urgente.[19]

Ictero postoperatorio: De aparición precoz, puede ser secundario a Hemólisis postransfusional o a Ligadura del colédoco. El diagnóstico se establece por un ictero obstructivo, de aparición precoz.

Si el ictero se presenta tardíamente puede considerarse como posibles diagnósticos: Hepatitis sérica o Litiasis residual.[21]

Colangitis aguda supurada obstructiva: Se establece ante la presencia de *dolor* en el hipocondrio derecho, *fiebre* de 39º - 40º, escalofríos, *ictericia* (ligera o moderada), defensa muscular en el hipocondrio derecho y signos de irritación peritoneal. (Tríada de Charcot). Los signos de obnubilación y shock se encuentran en gran número de pacientes.
Exámenes de diagnóstico: Hemograma y Bilirrubinemia, Hemocultivo, CPRE, Ultrasonido abdominal, TAC, Colangio Resonancia.

El tratamiento quirúrgico debería realizarse previo al shock, el cual consiste en la descompresión de las vías biliares por sonda en T o por coledocostomía, toma de muestra para Gram, cultivo y antibiograma y lavado de las vías biliares con solución de antibióticos. Además se debe iniciar antibioticoterapia contra gérmenes gramnegativos. La enfermedad base se resolverá con posterioridad al episodio agudo.[23, 15]

Fístulas biliares:

- **Internas:** estas por lo regular son asintomáticas, aunque pueden manifestar síntomas de colangitis e ictericia. La radiografías de abdomen simple, Colon por enema, CPRE, Colangiorresonancia, ayudan a establecer el diagnóstico. El tratamiento se impondrá de acuerdo con el tipo de fístula que se presente.
- **Externas:** a la inspección se ve la salida de bilis por el orificio de drenaje o por la incisión operatoria. Los exámenes de diagnóstico a realizarse varían en presencia o ausencia de ictero. En pacientes sin ictero: CPRE. En pacientes con ictero: Colangiografía percutánea transhepática y fistulografía.
- **Tratamiento:** si no se resuelve espontáneamente antes de las 4 semanas, será siempre quirúrgico. La intervención dependerá del tipo de la fístula y del estado general del paciente. Se debe investigar siempre la permeabilidad de la vía biliar extrahepática. La colocación de stents biliares por vía de la CPRE, puede evitar la cirugía.[22]

CAPITULO III
MARCO METODOLOGICO

A.) OBJETIVOS

GENERAL:

Diagnosticar y describir la existencia de complicaciones secundarias de colecistectomías electivas, realizadas en el Hospital Modular de Chiquimula, durante el año 2006.

ESPECIFICOS:

1. Determinar la edad, sexo, ocupación y lugar de residencia de los pacientes colecistectomizados.
2. Determinar el diagnóstico previo a la colecistectomía.
3. Determinar la existencia de antecedentes patológicos previo a la cirugía realizada.
4. Describir los hábitos alimenticios de los pacientes, luego de la cirugía.
5. Identificar en que momento (en las primeras 72 horas o después de las 72 horas) se presentó la complicación secundaria a la colecistectomía efectuada.
6. Describir cual fue la complicación mas frecuente secundaria al procedimiento quirúrgico.
7. Determinar si el paciente acudió a evaluación clínica postoperatoria.
8. Indicar si el paciente cuenta con estudio patológico de la vesícula biliar extraída en la cirugía.

B.) VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO TEORICO	NATURALIZA DE VARIABLE	MEDICION DE VARIABLE
Edad.	Tiempo cronológico de vida.	Cuantitativa discreta.	Por encuesta.
Sexo.	Identidad que corresponde a un individuo, siendo este masculino o femenino.	Cualitativa.	Por encuesta.
Residencia.	Lugar en el que vive una persona.	Cualitativa.	Por encuesta.
Ocupación.	Actividad a la que se dedica una persona.	Cualitativa.	Por encuesta.
Antecedentes patológicos.	Enfermedades, cirugías, traumas físicos, alergias presentadas previas a la colecistectomía.	Cualitativa.	Por encuesta.
Colecistectomía.	Procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae la vesícula biliar.	Cualitativa.	Por encuesta.
Diagnóstico previo.	Patología presentada en un paciente antes de ser intervenido quirúrgicamente.	Cualitativa.	Por historia, examen físico y USG.
Complicación postoperatoria	Procedimiento que presenta un paciente luego de ser intervenido quirúrgicamente.	Cualitativa.	Por encuesta.
Momento de presentación de la complicación.	Espacio temporal en que se presenta la complicación, el cual puede ser en las primeras 72 horas después de la cirugía o luego	Cuantitativa discreta.	Por encuesta.

	de estas.		
Hábitos alimenticios.	Tipo de dieta que el paciente consume.	Cualitativa.	Por encuesta.
Estudio patológico.	Análisis citológico de la vesícula extraída en el procedimiento quirúrgico.	Cualitativa.	Por encuesta.

C.) ESTADISTICAS

a. Población y muestra:

Se incluirán en el estudio todos los pacientes, sexo masculino y femenino a quienes se les haya realizado colecistectomía electiva, ingresados al servicio de cirugía, del hospital modular de Chiquimula, durante el año 2006.

D.) ANALISIS DE INFORMACIÓN

Se presentará y se analizará la información de la siguiente manera: todas las variables cuantitativas se ordenarán en series de frecuencias agrupadas en intervalos, se presentarán gráficamente en diagramas de líneas y se analizarán mediante medidas de tendencia central. Las variables cualitativas se presentarán en cuadros (distribución de frecuencias), se presentarán gráficamente por diagrama de barras y se analizarán mediante porcentajes.

E.) INSTRUMENTOS

Para obtener los resultados del presente estudio se procederá a obtener información en boleta de recolección de datos, y se utilizarán instrumentos de evaluación física como lo son: termómetro, esfigmomanómetro, estetoscopio, metro, pesa. Además laboratorios como lo son hematología, bilirrubinas, transaminasas y ultrasonido en aquellos pacientes en quienes por historia y evaluación física se considere necesarios.

CAPITULO IV

MARCO OPERATIVO

A.) TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Por medio de la revisión del expediente F4 del servicio de estadísticas del hospital modular de Chiquimula, se obtendrán los números de registro de los pacientes que fueron colecistectomizados el año pasado (2006), luego se solicitaran los expedientes seleccionados, de los que se obtendrán datos generales del paciente como lo son: Nombre completo, edad, sexo, dirección y número de teléfono, datos que serán de mucha utilidad para localizar a los pacientes a incluirse en el estudio. Posteriormente se realizará una visita domiciliaria a cada uno de los pacientes donde además de explicárseles los objetivos del estudio, se les encuestará mediante la boleta previamente diseñada y validada, además se realizará historia clínica, se evaluará físicamente en busca de complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico.

B.) TRABAJO DE CAMPO

En la residencia del paciente, se encuestará mediante la boleta ya impresa, posteriormente, previo consentimiento del paciente se le evaluará físicamente, haciendo uso de instrumentos para examen clínico, como lo son: metro, termómetro, estetoscopio, esfigmomanómetro. Todos los datos se registrarán en una boleta especial para examen físico la cual se adjuntará a la encuesta del paciente.

C.) PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Todas las variables serán procesadas por medio del programa de Microsoft Acces. Se elaborará una base de datos, de la que se extraerán todos los datos necesarios para la realización de los cuadros y gráficas.

D.) PROYECTO PILOTO

La boleta será validada mediante la encuesta de pacientes colecistectomizados del servicio de Cirugía del Hospital Modular de Chiquimula, con el objetivo de determinar la existencia errores en la boleta diseñada para el estudio.

A.) CONTROL:

COMPLICACIONES A CORTO Y LARGO PLAZO DE COLECISTECTOMÍAS ELECTIVAS

ACTIVIDAD		FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
Selección	P																				
del problema	R																				
	E																				
Solicitud y	P																				
aprobación del problema.	R																				
	E																				
Elaboración del protocolo	P																				
y marco teorico.	R																				
	E																				
1o. Revisión.	P																				
	R																				
	E																				
Elaboración de Marco	P																				
Administrativo y																					
Operativo.	R																				
	E																				
2o. Revisión	P																				
	R																				
	E																				
Trabajo de campo.	P																				
	R																				
	E																				
Tabulación y	P																				
análisis de resultados.	R																				
	E																				
Preparación del informe final.	P																				
	R																				
	E																				
Presentación final.	P																				
	R																				
	E																				

CAPITULO V

MARCO ADMINISTRATIVO

A.) RECURSOS

a. RECURSOS HUMANOS:

- Responsable de la investigación: Greysy Orellana.
- Un consultor
- Un supervisor
- Un investigador

b. RECURSOS MATERIALES

i. MATERIALES Y SUMINISTROS:

- Papel de escritorio
- Productos de papel
- Libros y revistas
- Útiles de oficina
- Instrumentos: estetoscopio, esfigmomanómetro, termómetro.

ii. MOBILIARIO Y EQUIPO:

- Equipo de reproducción
- Mobiliario y equipo de oficina
- Equipo audiovisual
- Vehículo

BIBLIOGRAFÍA

1. Adamsen S. Hansen OH, Funch-Jensen P, et al: Bile duct injury during laparoscopic Cholecystectomy: A prospective nationwide series. J Am. Coll Surg 184:571, 1997.
2. Ahrendt SA, Pitt HA: A history of the bilioenteric anastomosis. Arch Surg 125: 1493, 1990.
3. Albaret P, Chevalier JM, Cronier P, Enon B, Moreau O, Pillet J. A propos des canaux hépatiques directement abouchés dans la voie biliaire accessoire. Annales de Chirurgie. 1981; 35:88–92.
4. Cameron JC: Atlas of suergery. Vol 1. Philadelphia, BC Decker, 1990.
5. Couinaud C, Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales. Paris: Masson; 1957.
6. Couinaud C. Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales. Vol 1. Paris: Masson; 1957. pp. 47-52.
7. Curer MJ, Zucker KA: Laproscopie surgery of the biliary tract and 4th ed. Philadelphia, WB Saunders, 1996.
8. Fernández Zulueta A. Litiasis Biliar. Colecistectomía laparoscópica. En: Ruiz J, Torres y cols. Cirugía Endoscópica. Fundamentos y aplicaciones. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000. pp. 165-176.
9. Foster JH, Wayson EE. Surgical significance of aberrant bile ducts. Am J Surg. 1962; 104:14–19.
10. Holme JB, Skarderud F, Ahlburg P, Funch-Jensen PM. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. Experience with the first 300 operations. Ugeskr Laeger. 2005; 13;167(24):2638-40.
11. Kaffes AJ, Hourigan L, De Luca N, Byth K, Williams SJ, Bourke MJ. Impact of endoscopic intervention in 100 patients with suspected postcholecystectomy bile leak. Gastrointest Endosc. 2005; 61(2):269-75.
12. Kitami M. Heterogeneity of subvesical ducts or the ducts of Luschka: a study using drip-infusion cholangiography-computed tomography in patients and cadaver specimens. World J Surg. 2005; 29(2): 217-23.
13. Kiviluoto T, Siren J, Luukonnen P, et al: Randomized trial of laparoscopic versus open cholecystitis Lancet 351: 321, 1998.
14. Lo CM, Liu CL, Fan ST, et al: Prospective randomyzed Study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute colecistitis. Ann Surg 227: 461, 1998.
15. Nichitailo ME, Ogorodnik PV, Shcherbina SI, Beliaev VV. Prophylaxis and treatment of intraabdominal purulent complications after performance of laparoscopic cholecystectomy using interventions with ultrasonographic control. Klin Khir. 2005; (2):13-6.
16. Palade R, Vasile D, Voiculescu D. Laparoscopic cholecystectomy of cirrhotic patients. Chirurgia. 2003; 98(3):203-7.

17. Ramia JM, Muffak K, Mansilla A, Villar J, Garrote D, Ferron JA. Postlaparoscopic cholecystectomy bile leak secondary to an accessory duct of Luschka. JSLS. 2005; 9(2):216-7.
18. Sabiston David C. Sistema biliar. Colecistitis crónica y coledocolitiasis. Patogenia de las litiasis vesiculares. En: Textbook of Surgery, Biological Basis of Modern Surgical Practice. 16 Ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2001. p. 34.
19. Sandha GS, Bourke MJ, Haber GB, Kortan PP. Endoscopic therapy for bile leak based on a new classification: results in 207 patients. Gastrointest Endosc. 2004;60(4):567-74.
20. Shamiyeh A, Wayand W. Laparoscopic cholecystectomy: early and late complications and their treatment. Langenbecks Arch Surg. 2004; 389(3):164-71.
21. Sharif K, de Ville de Goyet J. Bile duct of Luschka leading to bile leak after cholecystectomy--revisiting the biliary anatomy. J Pediatr Surg. 2003; 38(11):E21-3.
22. Shen BY, Li HW, Chen M, Zheng MH, Zang L, Jiang SM, *et al*. Color Doppler ultrasonographic assessment of the risk of injury to major branch of the middle hepatic vein during laparoscopic cholecystectomy. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2003; 2(1):126-30.
23. Van der Linden W, Kempi V, Gedda S. A radionuclide study on the infectiveness of drainage after elective cholecystectomy. Ann Surg. 1981; 193:155–160.
24. Wu JS, Dunnengan DL, Luttmann DR, et al: The evolution and maturation of laparoscopic Cholecystectomy in an academic practice. J. Am Coll Sur 186:554, 1998.
25. Dr. Ricardo Almeida Varela 1998-2005. Complicaciones tras colecistectomía en el Hospital Docente "Miguel Enrriquez (1998-2005). Consultado 2 de Abril 2007. Disponible en www.ecimed@infomed.sld.cu.
26. Guillermo Almenara 2002. Diagnóstico insospechado de cáncer de vesícula biliar en cirugía electiva en Hospital Arzobispo Loayza (200-2002), consultado 2 de Abril 2007.Disponible en: www.sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/Data/Tesis/salud/Arones.
27. Inforpress. Servicio de información municipal (SIM) Edición No. 141. Consultado 2 de Abril, 2007. Disponible en: www.infopressca.com/municipal/

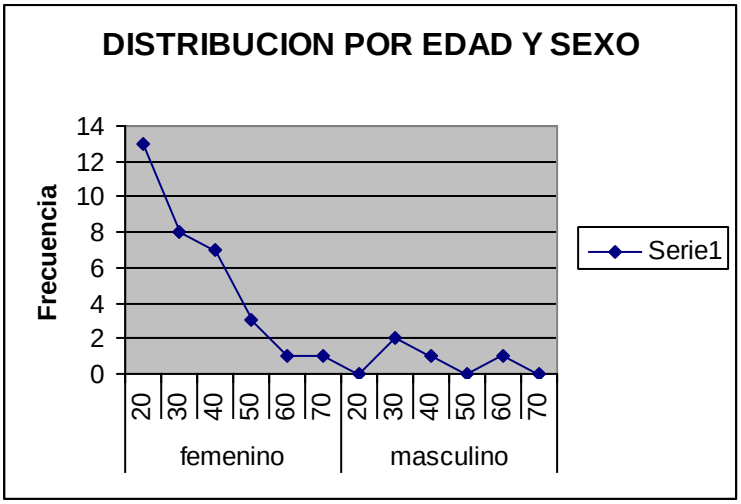
RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD DE LA POBLACION EN ESTUDIO

Pacientes colecistectomizados en el Hospital nacional de Chiquimula, durante el año 2006.

SEXO	EDAD (en años)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	20 a 29	13	35%
	30 a 39	8	22%
	40 a 49	7	19%
	50 a 59	3	8%
	60 a 69	1	3%
	70 a 79	1	3%
Masculino	20 a 29	0	0%
	30 a 39	2	5%
	40 a 49	1	3%
	50 a 59	0	0%
	60 a 69	1	3%
	70 a 79	0	0%
TOTAL		37	100%

Cuadro 1. Fuente: Boleta de Encuesta.



Fuente: Cuadro 1

Durante el año 2006 se colecistectomizaron a 44 pacientes, de los cuales 7 pacientes no pudieron localizarse de ninguna manera, por lo que se incluirán únicamente a 37 pacientes que fueron encuestados y evaluados físicamente.
De los 37 pacientes incluidos en el estudio, 33 pacientes son de sexo femenino, representando el 89% de la población.
Y el 35% de la población, representado por la frecuencia de 13 pacientes se encuentra en la edad comprendida entre 20 a 29 años.

DISTRIBUCION SEGÚN PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Pacientes colecistectomizados en el Hospital nacional de Chiquimula, durante el año 2006.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Camotán	2	5%
Chiquimula (col, barrios y aldeas)	18	49%
Esquipulas	4	11%
Jalapa	2	5%
Jocotán	3	8%
Jutiapa	2	5%
Olopa, Chiquimula	1	3%
Quezaltepeque, Chiquimula	1	3%
San Esteban, Chiquimula	2	5%
San Jose la arada, Chiquimula	2	5%
TOTAL	37	100%

Cuadro 2. Fuente: Boleta de Encuesta.

Este cuadro muestra a la población distribuida según lugar de procedencia, indicando que el 49% de la población son procedentes de la Ciudad de Chiquimula (cabecera departamental), incluyendo colonias y barrios de la misma.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACION DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Pacientes colecistectomizados en el Hospital nacional de Chiquimula, durante el año 2006.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	30	81%
Agricultor	6	16%
Estudiante	1	3%
Total	37	100%

Cuadro 3. Fuente: Boleta de Encuesta.

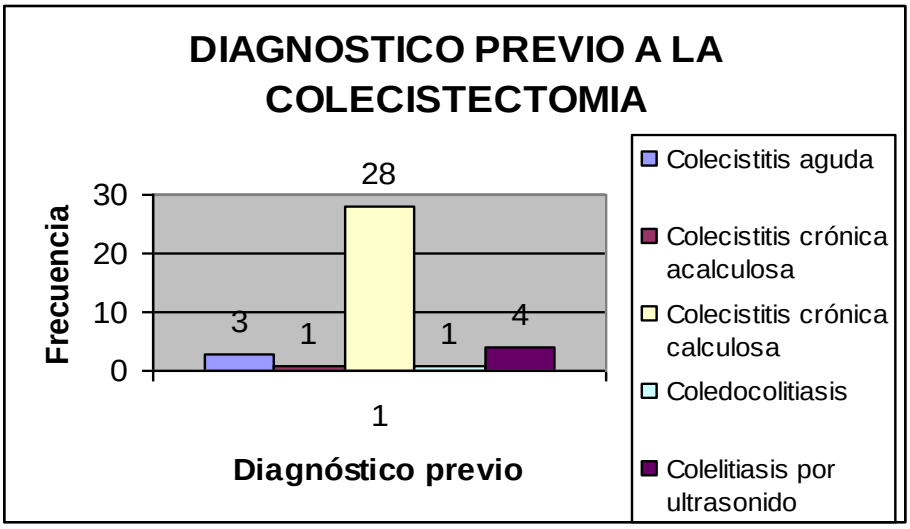
Este cuadro muestra la población de estudio distribuida según ocupación. El 81% de la población, representado por una frecuencia de 30 pacientes son amas de casa.

DIAGNOSTICO PREVIO A LA COLECISTECTOMÍA

Diagnostico previo a la colecistectomía	Frecuencia	Porcentaje

Colecistitis aguda	3	8%
Colecistitis crónica acalculosa	1	3%
Colecistitis crónica calculosa	28	76%
OTROS		
Coledocolitiasis	1	3%
Colelitiasis por ultrasonido	4	11%
TOTAL	37	100%

Cuadro 4. Fuente: Expediente clínico de paciente y boleta de Encuesta.



Fuente: Cuadro 4

De los pacientes colecistectomizados, 28 pacientes tenían la patología de colecistitis crónica calculosa como diagnóstico previo a la cirugía, representando el 76% de la población, seguido por orden de frecuencia por: Colelitiasis por ultrasonido, colecistitis aguda, colecistitis crónica acalculosa y coledocolitiasis.
Observación: Todos los pacientes incluidos en el estudio son pacientes operados electivamente, es decir que todos cuentan con estudios preoperatorios, incluyéndose en estos la realización de USG de vías biliares.

COMPLICACIONES A CORTO, LARGO PLAZO Y DE LA HERIDA OPERATORIA

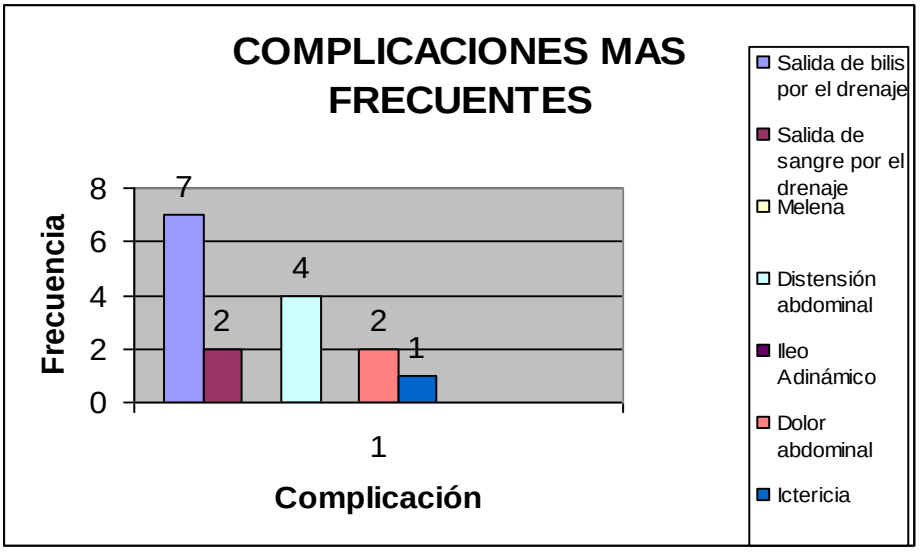
Pacientes colecistectomizados en el Hospital nacional de Chiquimula, durante el añó 2006.

Clasificación para estudio *	Complicacion mas frecuente	FRECUENCIA		TOTAL
		A		
		A.1	A.2	
Comp. a corto plazo	Salida de bilis por el drenaje	7		37
	Salida de sangre por el drenaje	2		
	Melena			
	Hematemesis			
	Distensión abdominal	3		
	Ileo Adinámico			
	Ninguna	**25**		
Comp. a largo plazo	Dolor abdominal		2	37
	Ictericia		1	
	Distensión abdominal		1	
	Diarrea			
	Ninguna		**33**	
Comp. de la herida operatoria	Queloides		0	37
	Seromas		0	
	Infección		0	
	Ninguna		**37**	

Cuadro 5. Fuente: Boleta de Encuesta y expediente clínico.

* Clasificación a usarse en el presente estudio para la referencia de las complicaciones post-operatorias.
A: Momento en que se presentó la complicación.
A.1: La complicación se hizo presente en las primeras 72 horas del post-operatorio.
A.2: La complicación se hizo presente después de las primeras 72 horas del post-operatorio del paciente.

Este cuadro muestra la cantidad de pacientes que presentaron complicaciones post-operatorias, mostrando una frecuencia de 16 pacientes. (43% de la población estudiada). De estos, 11 pacientes presentaron complicaciones a corto plazo, representando el 69% de los pacientes que presentaron complicaciones y 4 pacientes presentaron complicaciones a largo plazo (26% de la población que presentó complicaciones).
Entre las complicaciones a corto plazo mas frecuentes, por orden de frecuencia se encuentran: salida de bilis por el drenaje, distensión abdominal y salida de sangre por el drenaje; y entre las complicaciones a largo plazo mas frecuentes se encuentran: dolor abdominal, ictericia y distensión abdominal post-prandial. De los 37 pacientes estudiados, 21 pacientes no presentaron ningún tipo de complicación.



Fuente: cuadro 5

En esta gráfica se incluyen las complicaciones mas frecuentes encontradas en el grupo de pacientes estudiados, indicando que la complicación mas frecuente referida por los pacientes es la salida de bilis por el drenaje colocado en la cirugía y retirado en la mayoría de los pacientes 48 horas después de su colocación.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

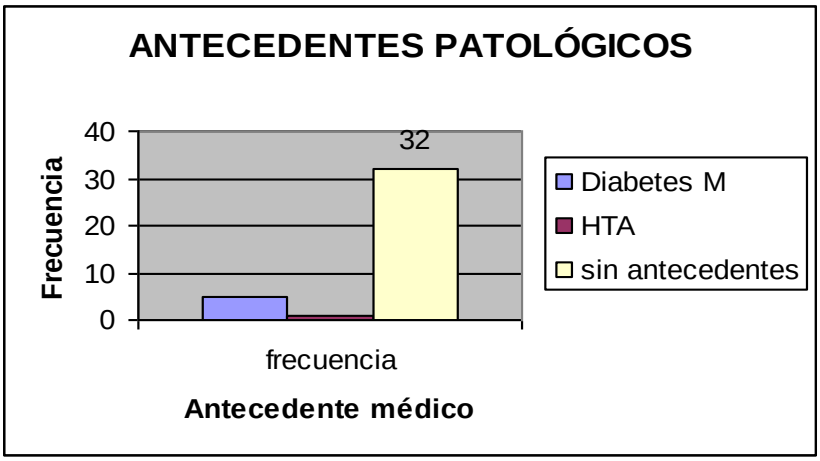
Pacientes colecistectomizados en el Hospital nacional de Chiquimula, durante el año 2006.

	Pacte. CON complicaciones					Pacte. SIN complicaciones				
	1. ANTECEDENTES PATOLOGICOS				SIN ANTECEDENTE	2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS				SIN ANTECEDENTE
	A	B	C	D		A	B	C	D	
Frecuencia	3				13	2				19
Porcentaje										
TOTAL	3				13	2				19
	3				13	2				19
	16					21				

Cuadro 6. Fuente: Boleta de encuesta.

1: Antecedentes patológicos referidos por el grupo de pacientes que **si** presentó complicaciones post-operatorias.
A: Antecedentes patológicos médicos.
B: Antecedentes patológicos quirúrgicos.
C: Antecedentes patológicos alérgicos.
2: Antecedentes patológicos referidos por el grupo de pacientes que **no** presentó complicaciones post-operatorias.

En este cuadro se separa la población estudiada en dos grupos: pacientes que presentaron complicaciones y pacientes que no presentaron complicaciones post-operatorias. De los 16 pacientes (100%) que presentaron complicaciones, 3 pacientes (5%) refirieron al menos un antecedente patológico medico, DM referido por los 3 pacientes e HTA por uno de ellos. El resto de pacientes no refirió ningún antecedente patológico (95%). De los 21 pacientes sin complicaciones post-operatorias, 2 pacientes (10%) presentaron antecedentes médicos y 19 pacientes (90%) no presentaron ningún tipo antecedente.



Fuente: Cuadro 6

Esta gráfica muestra la población estudiada e indica: que de los 37 pacientes estudiados, 32 pacientes (85% de la población) no refirieron ningún antecedente patológico y 5 pacientes (15%) si presentaban al menos un antecedente médico.

HABITOS ALIMENTICIOS DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

Pacientes colecistectomizados en el Hospital nacional de Chiquimula, durante el año 2006.

	PACIENTES **CON** COMPLICACIONES						PACIENTES **SIN** COMPLICACIONES						Total de pactes.
	TIPO DE DIETA						TIPO DE DIETA						
	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	
FRECUENCIA		2		1		13				1		20	37
PORCENTAJE		5%		3%		35%				3%		54%	100%

Cuadro 7. Fuente: Boleta de encuesta.
A: Dieta sin sal (hiposódica).
B: Dieta de diabético.
C: Dieta abundante en grasa.
D: Dieta sin grasa.
E: Otro tipo de dieta
F: Ninguna dieta en especial.

En este cuadro se separa la población en dos grupos: pacientes con complicaciones post-operatorias y pacientes sin complicaciones post-operatorias. En el primer grupo (pacientes con complicaciones post-operatorias) solamente 3 pacientes (8%) tienen una dieta específica (2 pacientes ingieren dieta de diabético (5%) y 1 paciente dieta hiposódica (1%)). El resto de pacientes que presentó complicaciones no tiene ninguna dieta en especial.

INDICE DE MASA CORPORAL
DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

Pacientes colecistectomizados en el Hospital nacional de Chiquimula, durante el año 2006.

	PACIENTES **CON** COMPLICACIONES (N=16)	PACIENTES **SIN** COMPLICACIONES (N=21)
IMC	FRECUENCIA	FRECUENCIA
< 16		
16-17		
17-18.5		
15.5-25	2	5
25-30	5	3
30-35	7	12
35-40	1	1
>40		
TOTAL	15*	21

Cuadro 8. Fuente: sección de examen físico, boleta de encuesta.

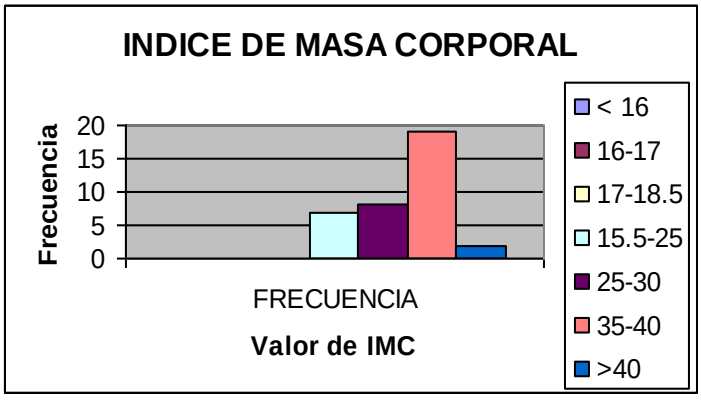
* 16 pacientes presentaron complicaciones, sin embargo en el total de la columna aparecen 15, porque 1 de los pacientes que presentó complicaciones falleció, por lo que no pudo determinarse el índice de masa corporal, por ser un dato obtenido únicamente por examen físico.

Este cuadro muestra el índice de masa corporal obtenido por medio del examen físico de los pacientes estudiados. Basados en la clasificación del IMC según la OMS, solamente 2 pacientes que presentaron complicaciones (5% de la población en estudio) presentan un IMC normal y el resto entre sobrepeso y obesidad premórbida (ver tabla de IMC/OMS).

Índice de masa corporal / OMS

VALORES	CLASIFICACION
< 16	Criterio de ingreso
16-17	Infrapeso
17-18.5	Bajo peso
18.5-25	Peso normal
25-30	Sobrepeso
30-35	Sobreabundancia crónica
35-40	Obesidad premórbida
>40	Obesidad mórbida

Fuente: Organización Mundial de la Salud - O.M.S. 1998.



Fuente: Cuadro 8

PACIENTES QUE ACUDIERON A SEGUIMIENTO POST-OPERATORIO

Pacientes colecistectomizados en el Hospital nacional de Chiquimula, durante el año 2006.

PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS				
Acudió a seguimiento post-operatorio (N=26)				NO Acudió a seguimiento post-operatorio (N= 11)
A	B	C	D	
23	2	1		11
37 (total de pacientes)				

Cuadro 9. Fuente: boleta de encuesta.

A: Se le informó que todo estaba bien.
B: se le solicitaron laboratorios.
C: se le pidió ultrasonido.
D: otras conductas.

El presente cuadro muestra que 26 pacientes acudieron a seguimiento post-operatorio (70%). De estos a 23 pacientes se les informó que todo estaba bien, a 2 pacientes se le solicitaron laboratorios y a 1 paciente se le solicitó ultrasonido de vías biliares. 11 pacientes no acudieron a seguimiento post-operatorio.

PACIENTES QUE CUENTAN CON ESTUDIO PATOLOGIDO DE LA PIEZA OPERATORIA (Vesícula biliar)

Pacientes colecistectomizados en el Hospital nacional de Chiquimula, durante el año 2006.

	PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS	
	Cuentan con estudio patológico	NO cuentan con estudio patológico
Frecuencia	2	35
Porcentaje	5%	95%
Total		
	37 (total de pacientes)	

Cuadro 10. Fuente: boleta de encuesta.

De todos los pacientes colecistectomizados únicamente 2 pacientes cuentan con estudio patológico de la vía biliar extraída en la cirugía, representando el 5% de la población y el 95% no cuenta con estudio patológico.

CONCLUSIONES

El Hospital nacional de Chiquimula, ingresa anualmente alrededor de 10,000 pacientes a los distintos servicios con que cuenta, de estos 1,000 pacientes ingresan al servicio de cirugía para la realización de un procedimiento quirúrgico electivo.

El año pasado (2006) se realizaron 44 colecistectomías convencionales "electivas", todas estas realizadas por los Cirujanos especialistas que laboran en esta institución.

Se obtuvo los expedientes de los 44 pacientes en el servicio de Estadística del hospital, para obtener datos de los pacientes que ayudaran a la localización de los mismos (nombre completo, dirección y teléfono). Posteriormente se procedió a llamar vía telefónica a los números que se encontraban en los expedientes de algunos pacientes, se les informó sobre la realización del estudio y la importancia de su colaboración, además se les pidió el consentimiento para que se les buscara en su residencia, se les encuestara y evaluara físicamente; todos estuvieron de acuerdo. A los pacientes que no contaban con número telefónico se les buscó directamente, sin previo aviso.

De los 44 pacientes colecistectomizados, 7 no se encontraron por las siguientes razones: migración a otras ciudades y mala dirección registrada en el expediente clínico. Por lo que la población a estudiarse se redujo a 37 pacientes. De estos solamente se entrevistó y evaluó físicamente a 36 pacientes ya que el paciente bajo el registro número 14,366 falleció 15 días después de una reintervención quirúrgica por encontrarse un calculo residual y fuga de la vía biliar (información obtenida por medio de necropsia verbal a la hija del paciente fallecido) una semana después de la colecistectomía, indicando que el paciente era diabético, quien se encontraba compensado en