



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**TÍTULO: INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST
COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE
SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A
DICIEMBRE DEL 2016**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA EL TÍTULO DE MÉDICO**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

SANDRA BEATRIZ SIG-TÚ BURGOS

NOMBRE DEL TUTOR:

DR. DARWIN GARCIA MACIAS

SAMBORONDÓN, SEPTIEMBRE, 2017.

OCTUBRE, 19 DEL 2016

SR. DR. PEDRO BARBERÁN TORRES.



**DECANO FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO.
SAMBORONDON.**

DE MIS CONSIDERACIONES:

YO SANDRA BEATRIZ SIG-TÚ BURGOS PORTADORA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD # 1205890161, ESTUDIANTE DE 6TO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA FACULTAD "ENRIQUE ORTEGA MOREIRA" DE CIENCIAS MÉDICAS CON CÓDIGO # 2009100184 ENTREGO A USTED LA FICHA TÉCNICA PARA LA PRESENTACIÓN DE MI TEMA PARA EL DESARROLLO DE MI TRABAJO DE TITULACIÓN CUYO TEMA ES: **"INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016"** EL CUAL TIENE COMO PROPÓSITO CONOCER LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POS COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS EN EL HGLPS EN EL TIEMPO QUE LLEVO COMO INTERNA DE ESTE PRESTIGIOSO HOSPITAL HE PODIDO DETERMINAR QUE ESTA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ES MUY FRECUENTE EL CUAL CON MI PROYECTO DE INVESTIGACIÓN QUIERO LLEGAR A CONOCER CUÁL ES Y DETERMINAR OTROS FACTORES QUE SE ASOCIEN A LA APARICIÓN DE ESTAS COMPLICACIONES.

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITO A USTED SE SIRVA DAR TRÁMITE A LA REVISIÓN DE MI FICHA TÉCNICA ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD ENRIQUE ORTEGA MOREIRA DE CIENCIAS MÉDICAS. EL TEMA A DESARROLLAR TIENE UNA ALTA IMPORTANCIA YA QUE NO EXISTE UN TEMA DE ESTUDIO EN EL HGLPS QUE DETERMINE ESTOS RESULTADOS.

DE USTED MUY ATENTAMENTE.

SANDRA SIG-TÚ BURGOS
C.I #.1205890161

OCTUBRE, 19 DEL 2016

SEÑOR DR. PEDRO BARBERÁN TORRES.
DECANO



PRESENTE.

DE MI CONSIDERACIÓN

YO: DR. **DARWIN GARCIA MACIAS**, PORTADOR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD N.- 2000057022, MÉDICO CIRUJANO DEL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA, ME COMPROMETO A SER EL TUTOR DE TESIS DE LA ALUMNA: **SANDRA BEATRIZ SIG-TÚ BURGOS** CON CI: 1205890161 Y CON CÓDIGO ESTUDIANTIL 2009100184, CON EL SIGUIENTE TEMA DE TESIS:

“INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016”

PRESENTADO POR LA ALUMNA EGRESADA DE LA CARRERA DE MEDICINA.

SEGURO DE CONTAR CON SU APROBACIÓN, ME SUSCRIBO AGRADECIÉNDOLE

ATENTAMENTE,

DR. DARWIN GARCIA MACIAS
CI: 2000057022
MEDICO CIRUJANO DEL HGLPS



Ministerio
de **Salud Pública**

GUAYAQUIL 19 DE OCTUBRE DEL 2016

DRA. YUMI FERNÁNDEZ

JEFE DE DOCENCIA
HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR

YO, **SIG-TÚ BURGOS SANDRA BEATRIZ** CON NUMERO DE CEDULA 1205890161 INTERNO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO, POR MEDIO DE LA PRESENTE RECIBA UN CORDIAL SALUDO, EL MOTIVO DE LA MISMA ES ACCEDER A LOS ARCHIVOS ESTADÍSTICOS TANTO DIGITALES COMO FÍSICOS PARA ASÍ PODER REALIZAR EL TRABAJO DE TITULACIÓN CON EL TÍTULO DE **“INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POS COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016”**

AGRADEZCO DE ANTEMANO SU ATENCIÓN BRINDADA A LA PRESENTE

ATENTAMENTE:

SANDRA SIG-TÚ BURGOS
C.I #.1205890161

CC. DOCENCIA

CC: ING. SUSANA GONZALES (ESTADÍSTICA)



Ministerio
de **Salud Pública**

HOJA DE APROBACION DEL TUTOR

SANTA ELENA, 20 JULIO 2017

YO: **DR. DARWIN GARCIA MACIAS** EN CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TEMA: **“INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016”** PRESENTADO POR LA EGRESADA: **SANDRA BEATRIZ SIG-TÚ BURGOS** DE LA CARRERA DE MEDICINA.

CERTIFICO QUE EL TRABAJO HA SIDO REVISADO DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y REÚNEN LOS CRITERIOS CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS DE UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ASÍ COMO LOS REQUISITOS Y MÉRITOS SUFICIENTES PARA SER SOMETIDO A LA EVALUACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR DESIGNADO POR EL H. CONSEJO DE FACULTAD “ENRIQUE ORTEGA MOREIRA” DE CIENCIAS MÉDICAS, ESCUELA DE MEDICINA, DE LA UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES “ESPÍRITU SANTO”.

EL TRABAJO FUE REALIZADO DURANTE EL PERIODO DE OCTUBRE DEL 2016 A JULIO 2017 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR.

DR. DARWIN GARCIA MACIAS
REG. MEDICO #2800057022



Samborondón, agosto 25 del 2017

Doctor:
PEDRO BARBERAN TORRES
DECANO
FACULTAD DE MEDICINA

Estimado Dr. Barberán:

Yo Darwin García Macías, comunico a usted, que he concluido con la TUTORIA realizada al estudiante SANDRA BEATRIZ SIG-TÚ BURGOS cuyo tema del trabajo de investigación es **“INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016”**.

Certifico que el trabajo ha sido realizado de acuerdo a los lineamientos establecidos y reúnen los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica, así como los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo de Facultad “Enrique Ortega Moreira “de Medicina, de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.

Atentamente.

DR. DARWIN GARCÍA MACÍAS
C.I # 2000057022
DOCENTE TUTOR
MÉDICO CIRUJANO DEL HGLPS



FACULTAD “ENRIQUE ORTEGA MOREIRA” DE CIENCIAS MÉDICAS

ESTE TRABAJO DE TITULACIÓN CUYA AUTORÍA CORRESPONDE A **SANDRA BEATRIZ SIG-TÚ BURGOS**, 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.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA

DEDICATORIA

DEDICO ESTE TRABAJO DE TITULACIÓN QUE REPRESENTA LA CULMINACIÓN DE MI FORMACIÓN DE MIS ESTUDIOS DE PRE-GRADO EN MEDICINA, EN PRIMERA INSTANCIA A DIOS QUIEN GUIÓ MIS PASOS EN EL PROCESO. A MI FAMILIA ENTERA, MI MADRE BEATRIZ BURGOS MAYORGA A MI PADRE ARTURO SIG-TÚ MELENDEZ, A MI HERMANO ARTURO SIG-TÚ BURGOS, QUIENES HAN SIDO MI SOPORTE Y SUPIERON DARME LA FORTALEZA NECESARIA Y EL APOYO INCONDICIONAL EN TODA MI CARRERA ESTUDIANTIL Y EN LOS MOMENTOS MAS DIFICILES PARA DARME LA FUERZA NECESARIA PARA CULMINAR MI CARRERA.

A TODAS LAS PERSONAS QUE SE HAN PUESTO EN MI CAMINO PARA DARME LA MANO DESINTERESADAMENTE. A CARLOS VILLACIS QUIEN HA SIDO MI SOPORTE Y HA SABIDO DARME FUERZA Y SOBRE TODO POR HABERME TENIDO LA PACIENCIA NECESARIA PARA REALIZAR EN EL TRANCURSO DE LA REALIZACION DE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACION Y EN TODO EL PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS. FINALMENTE, A TODOS LOS PACIENTES Y COLEGAS QUE CONOCÍ EN EL TRANCURSO DE ESTE AÑO DE INTERNADO, QUE ME HAN ENSENADO EL VALOR MÁS IMPORTANTE DE SER MÉDICO, QUE NO SE APRENDE EN UN LIBRO SINO MÁS BIEN EN LA GRATITUD QUE ELLOS TE BRINDAN. LO MÁS IMPORTANTE DE APRENDER EN ESTA CARRERA ES LA EMPATÍA HACIA EL DOLOR AJENO Y LA CONVICCIÓN QUE DEBE SENTIR TODO MEDICO Y SATISFACCION DE AYUDAR AL PROJIMO.

RECONOCIMIENTO

A LA UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO POR HABERME PREPARADO CON EXCELENCIA EN MI ETAPA ESTUDIANTIL Y OFRECERME TODO EL MATERIAL PARA CUMPLIR MIS OBJETIVOS Y SER UNA PROFESIONAL COMPLETA.

AL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR POR ABRIRME SUS PUERTAS Y PERMITIRME REALIZAR MI TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

A MI TUTOR, QUE DENTRO DE SUS RESPONSABILIDADES COMO MÉDICO ME OFRECIÓ SU PACIENCIA, SABIDURÍA Y COLABORACIÓN EN ESTE PROCESO.

INDICE GENERAL

CARTA DE PRESENTACION DE TEMA DE TESIS	II
CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR	III
CARTA DE APROBACION DEL HOSPITAL	IV
CERTIFICADO DEL TUTOR	V
COMITÉ DE TRIBUNAL CALIFICADOR	VI
AUTORIA	VII
DEDICATORIA	VIII
RECONOCIMIENTO	IX
ÍNDICE GENERAL	X
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I

Antecedentes	1
Descripción del problema	3
Justificación del problema	4
Objetivos generales y específicos	5
Hipótesis	6

CAPÍTULO II

Marco teórico	8
Epidemiología	8
Patogenia	9
Características clínicas	11
Factores de riesgos y protectores	12
Diagnostico	20
Tratamiento	27
Complicaciones	34
Variables	43

CAPÍTULO III

Diseño metodológico	44
Tipo de estudio	44
Área de estudio	44
Universo	44
Viabilidad	44
Unidad de análisis	44
Metodología	45
Criterios de Inclusión	45
Criterios de Exclusión	45
Técnicas e instrumentos	45
Instrumentos de recolección de datos	45
Procedimientos	45
Autorización	46
Apoyo institucional	46
Materiales	46
Aspectos legales	46
Confidencialidad, balance y riesgo	47

Obtención del consentimiento informado	47
Protección de la población vulnerable	48

CAPÍTULO IV

Análisis e interpretación de los resultados	50
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Paciente con diagnóstico de colecistitis	51
Tabla 2. Sexo de paciente con diagnóstico de colecistitis	53
Tabla 3. Grupo de edad de pacientes estudiados	55
Tabla 4. Paciente con complicaciones	57

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Complicaciones de colecistectomía	51
Cuadro 2. Pacientes con complicaciones por tipo de sutura	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Total, de pacientes con colecistitis	51
Gráfico 2. Prevalencia de sexo de colecistitis	53
Gráfico 3. Índice de edad de colecistitis	55
Gráfico 4. Índice de complicaciones de colecistitis	57
Gráfico 5. Complicaciones post-colecistectomía	58

CAPÍTULO V

Conclusión y recomendación	63
----------------------------	----

CAPITULO VI

Propuesta	65
-----------	----

Referencias Bibliográficas	66
----------------------------	----

ANEXOS

Carta para aprobación de tema de tesis	69
--	----

Carta de compromiso del tutor	70
-------------------------------	----

Certificado del tutor	71
-----------------------	----

Carta al hospital para acceder a medios estadísticos	72
--	----

Carta de revisión del anteproyecto por parte del tutor	73
--	----

Carta de revisión de tesis por parte del tutor	74
--	----

Control de asesoría de horas con el tutor para revisión de tesis	75
--	----

Hoja de consentimiento informado del HGLPS	78
--	----

Hoja de información al paciente	79
---------------------------------	----

Hoja de cirugía segura en quirófano	80
-------------------------------------	----

Diagrama de Gant	83
------------------	----

Control de plagio de tesis	85
----------------------------	----

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de titulación es determinar las incidencias y las complicaciones de colecistitis en pacientes de 20 a 60 años.

Estudio a realizar en el Hospital General Liborio Panchana, en el periodo 2014 – 2016.

Luego de consumar el presente trabajo de investigación, concluimos que el número total de pacientes con diagnóstico de colecistitis dentro del campo, espacio y edad fue de 302 casos confirmados. Que predomina más en el sexo femenino con un 59 % y en cuanto a la edad revisamos que el mayor grupo fue entre las edades de 30 a 34 años de edad.

De acuerdo a las complicaciones tenemos que el 29 % de los casos en estudio tuvieron algún tipo de complicación en la que entran los diferentes métodos de cirugías.

PALABRAS CLAVES: Colecistitis, complicaciones, incidencia

SUMMARY

The aim of this study is to determine titration incidents and complications of cholecystitis in patients 20 to 60 years.

Study carried out in the Hospital General Liborio Panchana, in the period 2014-2016.

After consummating the present investigation, we conclude that the total number of patients diagnosed with cholecystitis in the field, and space age was 302 confirmed cases. Which is more prevalent in females with 59% and in terms of age we reviewed that the largest group was between the ages of 30 to 34 years old.

According to the complications we have 29 % of the cases studied had some type of complication in entering the different methods of surgery.

KEYWORDS: cholecystitis, complications, incidence

INTRODUCCION

La colecistitis aguda es una patología muy frecuente a nivel mundial y más aún en países de Latinoamérica ya que la raza mestiza tiene una alta predisposición para desarrollar cálculos biliares siendo en mujeres más común que en hombres en una relación de (3/2) por razones de alimentación, índice de masa corporal, factores hormonales, el embarazo entre otros en cuanto la edad es más común en personas de edad media y adultos mayores de 60 años, en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor, existe una alta cifra de pacientes que acuden con dolor abdominal agudo siendo una de estas causas los cálculos en la vesícula biliar que lo cause, la colecistitis es una de las patologías que tiene una clínica muy común como el dolor abdominal que se manifiesta en epigastrio y que muchas veces se irradia a hipocondrio derecho, más náuseas y vómitos, y la fiebre elevada, aun así existen pacientes que tienen otro tipo de sintomatología o un comienzo más insidioso Siendo la clínica el método más explícito para el diagnóstico de las colecistitis aguda, la ecografía se la suma como el método de imagen que va de la mano con el examen físico en la que el primer hallazgo ecográfico es la presencia de cálculos en la vesícula biliar aunque existen muchos más métodos de diagnósticos en el HGLPS la ecografía es el método de elección para diagnosticar la colecistitis y a esto se le suma exámenes complementarios como biometría hemática, enzimas hepáticas, bilirrubina directa e indirecta, fosfatasa alcalina.

Hoy en día existen métodos más actualizados a nivel mundial de realizar una colecistectomía siendo principalmente por medio de laparoscopia, sin embargo La colecistectomía abierta es el tratamiento de elección para estos pacientes en el HGLPS, en la que al paciente

después de realizarse los exámenes diagnósticos se lo programa por consulta externa para realizarle la cirugía respectiva, este proyecto de investigación se basa principalmente en determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes pos colecistectomía, si existen factores determinantes que permitan el desarrollo de estas complicaciones y cuales son.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

Las enfermedades biliares ocupan un lugar importante entre todas las enfermedades 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 quehacer diario del cirujano. En el Ecuador exhiben una alta incidencia, particularmente en la región Costa. (1,2)

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. (1-4)

Es una de las intervenciones que con mayor frecuencia se practican en nuestros hospitales. A pesar de la experiencia y los adelantos científicos, en ocasiones se torna difícil y obliga a poner en juego todas las habilidades del cirujano que la realiza. Es uno de los procedimientos de tratamiento quirúrgico que ha resistido el embate centenario de los años. (3)

En la actualidad existen dos opciones quirúrgicas para el tratamiento de la litiasis vesicular sintomática, el procedimiento de colecistectomía convencional abierta y, desde hace casi un par de décadas, la colecistectomía laparoscópica. 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.

(1-6)

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. De hecho, aproximadamente 25 % de las colecistectomías realizadas en Estados Unidos son abiertas. Por tal situación es importante conocer el procedimiento abierto. (7)

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. La evidencia actual justifica la técnica como parte del repertorio de los cirujanos y la decisión de cuál técnica realizar dependerá de la disponibilidad de recursos y del criterio del cirujano. (1,7)

Motivados por la alta incidencia de litiasis vesicular sintomática en nuestra consulta y la poca disponibilidad de cirugía laparoscópica ofertada por parte del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor , resultados obtenidos en la realización de la colecistectomía convencional abierta, como una opción para el tratamiento de la litiasis vesicular, se realizó esta investigación para describir los resultados obtenidos de complicaciones post colecistectomía convencional abierta, en el tratamiento de la litiasis vesicular.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Dado el alto índice de pacientes que acuden constantemente a la consulta nace la inquietud de investigación del tema descrito como **INCIDENCIAS DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMIA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS**. Estudio que se llevara a cabo en el hospital General Liborio Panchana Sotomayor en el periodo de diciembre del 2014 a diciembre del 2016.

Actualmente el hospital Liborio Panchana Sotomayor no cuenta con una investigación de este alcance que permita determinar el porcentaje de mortalidad ni morbilidad o si existen o no las complicaciones y cuáles de ellas son las más frecuentes que se desarrollen,

Existe un porcentaje entre el 6 y el 21% que representa las complicaciones siendo entre los más frecuentes las infecciones de las heridas, las cardiorrespiratorias, tromboembolicas, entre un 2 al 6% de los pacientes han re ingresado a los medios hospitalarios a causas de complicaciones post-colecistectomía como sangrado de la pared abdominal, peritonitis, fuga biliar, hemorragia digestiva, disfunción hepática e incluso una de las complicaciones de la incisión de Kocher es el dolor postoperatorio crónico o las parestesias por debajo de la cicatriz, aunque la tasa de mortalidad y morbilidad han disminuido a través de los años las complicaciones postquirúrgicas siguen siendo una causa de atención e incluso de reingreso de algunos pacientes en nuestro país en la que existen muchos factores asociados que predispongan a que unos pacientes se desarrollen de una manera más temprana o tardía complicaciones o incluso que en algunos evoluciones de manera satisfactoria y no presenten cualquier tipo de complicaciones.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La litiasis vesicular es una alteración patológica más frecuente en la que se desarrolla con un alto porcentaje en nuestro medio trayendo consigo complicaciones de manera amplia que se manifiestan de diferente manera en cada paciente.

En el Hospital Liborio Panchana Sotomayor la colecistectomía abierta es el medio de elección para el tratamiento de las litiasis vesiculares, en la que mi proyecto de investigación se basa principalmente en determinar cuál es la incidencia de complicaciones post colecistectomía en pacientes de 20 a 60 años de edad que han sido atendidos en el centro hospitalario en el periodo de diciembre del 2014 a diciembre del 2016, y junto a ello determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes y si con ello existen factores asociados que desencadenen esta enfermedad tales como la edad, el sexo, y grupo etario de mayor presentación en la población atendida en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor en la población de Santa Elena.

Con esta investigación el hospital contará con evidencia significativa que dé a conocer si existen complicaciones post colecistectomías en las que no solo médicos sino también internos de medicina se beneficiaran con la información de esta investigación en la que los resultados sean beneficiosos o no serán de gran utilidad para el conocimiento de ellos y no solo eso, sino también razón para mejorar la calidad de los usuarios que asisten a esta institución pública, permitirá aportar datos que servirán para crear protocolos, mejorar normas, incluso servir como base de datos para trabajos posteriores en beneficio de las pacientes que acuden a este centro hospitalario.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la incidencia de complicaciones post colecistectomía en pacientes de 20 a 60 años atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor en el periodo en el periodo de diciembre del 2014 a diciembre del 2016

OBJETIVO ESPECIFICO

1. Conocer el porcentaje de complicaciones post colecistectomía en el hospital Liborio Panchana Sotomayor.
2. Identificar el grupo etario de mayor frecuencia en complicaciones post colecistectomía.
3. Identificar que complicación post colecistectomía es la más frecuente en pacientes del Hospital Liborio Panchana Sotomayor.
4. Determinar si la infección del sitio quirúrgico es una complicación post colecistectomía.

HIPOTESIS

Las complicaciones post colecistectomías oscilan entre un 6 y 21% a nivel de la población mundial que ha sido intervenida en una colecistectomía, mi proyecto de investigación se basa principalmente en saber ¿Cuál es la incidencia de las complicaciones post colecistectomía en pacientes de 20 a 60 años atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor?

En base a las complicaciones son muy variadas en cada paciente siendo más frecuente el dolor post quirúrgico que se presenta luego de la intervención quirúrgica junto a esta están el sangrado de la pared abdominal, peritonitis, fuga biliar, hemorragia digestiva, disfunción hepática, e incluso mediante el procedimiento la lesión del colédoco en la que se puede solucionar inmediatamente, uno de los resultados con mayor importancia en esta investigación es ¿Cuáles son las complicaciones post colecistectomía de la población en estudio?.

El medio en una puerta de entrada para virus y bacterias en la que el paciente se encuentra susceptible a contraer infecciones entonces es importante determinar si ¿la infección del sitio quirúrgico la complicación más frecuente de colecistectomía? Y junto a ellos ¿Cuáles son los factores locales que predisponen a la aparición de estas complicaciones post colecistectomía?

Existen complicaciones inmediatas, mediatas y tardías de las colecistectomías en la me enfocaré en dar a conocer ¿Cuáles son las complicaciones tardías más frecuentes? Ya que la mayoría de los pacientes re ingresan a los centros de salud por complicaciones que se desarrollan luego de un periodo determinado.

Teniendo en cuenta que la población de santa Elena que acude al Hospital Liborio Pancha Sotomayor es muy diversa es importante tener en cuenta que existen factores riesgos no modificables donde es significativo

saber si ¿Existe un grupo etario en el que se presentes estas complicaciones con mayor frecuencia?

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Las urgencias relacionadas con los conductos biliares se deben principalmente a la obstrucción ocasionada por cálculos o “piedras” biliares (litiasis) en la vesícula y el conducto biliar. Las cuatro urgencias principales de los conductos biliares relacionados con cálculos son colelitiasis sintomática (cólico biliar o la presencia sintomática de cálculos), colecistitis (inflamación aguda de la vesícula biliar por obstrucción de su orificio de MEDICINA DE URGENCIAS PRIMER NIVEL DE ATENCION Colecistolitiasis 2 salida), pancreatitis por cálculos (obstrucción de la ampolla de Vater por cálculos, con reflujo de la bilis hacia el páncreas), y colangitis ascendente (inflamación retrógrada aguda de los conductos biliares ocasionada por obstrucción biliar completa). (1)

EPIDEMIOLOGIA

Su distribución mundial varía de manera notable, de ser casi desconocido o poco frecuente en los países orientales y africanos, en los países de occidente (industrializados) su prevalencia es del 10 %. (1)

En México la prevalencia global de litiasis biliar es del 14.3 %, ligeramente mayor a la observada en países desarrollados como Japón y Estados Unidos, pero inferior a Chile, que tiene la más alta incidencia de litiasis biliar en el mundo (cerca del 44 % de las mujeres y 25 % de los hombres mayores de 20 años de edad). (1)

Con la formación de cálculos de colesterol se relacionan factores de riesgo como edad avanzada, sexo femenino, multiparidad, obesidad, pérdida grave de peso, ayuno prolongado, fibrosis quística, síndrome de malabsorción intestinal, diversos medicamentos (en especial anticonceptivos orales y clofibrato) y tendencia familiar. Asimismo, el consumo excesivo de carbohidratos, las dietas de reducción bajas en

calorías y las ricas en grasas y colesterol facilitan la formación de bilis litogénica. (4)

PATOGENIA

Existen varios cambios macroscópicos que se producen en la colecistitis aguda que se caracteriza principalmente por edema más engrosamiento de la pared, distensión vesicular, con aumento de la vascularización e ingurgitación venosa. Se puede observar frecuentemente en los pacientes diabéticos, placas de necrosis en el fondo vesicular asociado a desprendimiento de la mucosa en la colecistitis gangrenosa. El examen del interior de la vesícula muestra distintas alteraciones de la mucosa, que van desde la congestión, la ulceración, la hemorragia, la necrosis y la perforación. Esto, desde el punto de vista evolutivo correspondería a distintas formas anatomoclínicas como la forma congestiva o catarral, la forma supurada o flegmonosa, la forma empiematosa o hidrópica, la forma hemorrágica y la gangrenosa. (1)

La microscopía muestra que en la mayoría de los casos (90%), el proceso agudo se produce sobre una colecistitis crónica alitiásica; existiendo una invasión intensa de leucocitos en todas las capas de la pared vesicular, acompañado de congestión vascular, formación de microabscesos intraparietales o necrosis gangrenosa. (1)

La patogenia de la colelitiasis sintomática incluye la migración de los cálculos que se encuentran en la vesícula hacia el conducto biliar, y la obstrucción final de éste. Cuando el cálculo queda alojado en el conducto cístico o en el conducto biliar común, produce presión intraluminal y distensión de víscera hueca que da lugar a dolor, náusea y vómito. (5)

Las contracciones fuertes y repetitivas de todo el sistema biliar pueden aliviar la obstrucción. En caso de que ésta persista, en particular en el conducto cístico o en el infundíbulo de la vesícula, puede desarrollarse colecistitis aguda. (5)

La reacción inflamatoria que provoca la colecistitis aguda se debe a una combinación de tres factores: mecánica, químicos e infecciosos. El factor mecánico produce un aumento de presión intraluminal y distensión de la víscera, que culmina en isquemia visceral. La inflamación química ocurre cuando se liberan diversos mediadores (lisolecitina, fosfolipasa A y prostglandinas) que producen lesiones directas a la mucosa. (2)

La contribución de agentes bacterianos a la reacción inflamatoria es variable y ocurre en 50 a 80 % de los pacientes con colecistitis aguda. Los patógenos bacterianos incluyen enterobacterias (70 %, en particular especies de *Escherichia coli* y *Klebsiella*), enterococos (15 %), bacteroides (10 %), especies de *Clostridium* (10 %), *Streptococcus* del grupo D y especies de *Staphylococcus*. (2)

El proceso inflamatorio puede progresar hasta la gangrena de la pared de la vesícula biliar, con perforación o sin ella. La vesícula biliar tiene la función de regular la cantidad de bilis y el momento en que pasa al duodeno para que pueda formarse una mezcla adecuada con el quimo y se facilite la digestión. Excepcionalmente, en virtud de su tamaño, los cálculos pequeños pueden desaparecer de modo espontáneo de la vesícula debido a que logran migrar hacia el colédoco y duodeno. (3)

La vesícula biliar tiene la función de regular la cantidad de bilis y el momento en que pasa al duodeno para que pueda formarse una mezcla adecuada con el quimo y se facilite la digestión. Excepcionalmente, en virtud de su tamaño, los cálculos pequeños pueden desaparecer de modo espontáneo de la vesícula debido a que logran migrar hacia el colédoco y duodeno. (3)

La contracción vesicular brusca provoca la impacción de cálculos a nivel del antro vesicular o del conducto cístico en un intento por expulsarlos, lo cual origina dolor de tipo visceral, transmitido por fibras simpáticas. (3)

Cuando los cálculos no logran ser arrojados fuera de la vesícula pueden impactarse repetidamente en el conducto cístico, causando cólico vesicular y obstrucción parcial o completa del cístico, que a su vez da lugar a la proliferación bacteriana en la bilis y a la inflamación de la pared vesicular. (3)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Los pacientes con cálculos biliares tienen diversas presentaciones. Estos pueden observarse incidentalmente en radiografías simples o por ultrasonografía en pacientes asintomáticos que se someten a evaluación para otros fines médicos. El cólico biliar, la manifestación más frecuente de colelitiasis, se caracteriza por dolor abdominal epigástrico o en el cuadrante superior derecho, que se irradia a la parte posterior del hombro derecho o a la espalda, y concurre con náusea y vómito. (6)

Los pacientes pueden tener antecedentes de episodios similares, y se observa incremento en la frecuencia e intensidad de las exacerbaciones en el pasado reciente. El dolor se produce de manera repentina entre 30 y 60 minutos después de la ingestión de alimentos, que puede ser normal, o abundante luego de un periodo de ayuno, o bien, comida que contenga grasa. El dolor varía de leve a grave y dura de 1 a 6 horas. (6)

Aunque el relacionado con cálculos 3 biliares en ocasiones es constante, a menudo se caracteriza por exacerbaciones intermitentes, seguidas de reducción del dolor sin alivio total, como implica el nombre de "cólico". Más tarde desaparece, en forma gradual o con rapidez. Los pacientes en ocasiones experimentan un dolor abdominal leve o incomodidad durante un lapso de uno a dos días, tras la resolución del ataque. (6)

Los antecedentes de escalofrío o fiebre sugieren la presencia de colecistitis, colangitis o pancreatitis. El examen físico demuestra

sensibilidad en el cuadrante superior derecho de grado leve, sin signos de irritación del peritoneo, así como disminución del volumen a causa de emesis prolongada. (6)

En general, la colecistitis aguda se inicia con un dolor semejante al cólico biliar, que persiste más allá de las 6 horas características. Se observan náusea, vómito y anorexia asociados; es común que el paciente haya experimentado fiebre o escalofrío. El paciente puede tener antecedentes de ataques similares en el pasado o cálculos documentados. Al avanzar el proceso inflamatorio, el dolor aumenta, y cambia de características y ubicación; de ser visceral (sordo y mal delimitado en la región media y superior del abdomen), pasa a ser parietal (penetrante y circunscrito al cuadrante superior derecho). (6)

El examen revela que el paciente se encuentra moderada o gravemente incómodo, con signos de toxicosis sistémica, que incluyen taquicardia y fiebre. El abdomen está sensible en el cuadrante superior derecho y en ocasiones hay signos de irritación peritoneal delimitada, distensión y sonidos intestinales hipoactivos.

La peritonitis generalizada, con rigidez, es poco frecuente y cuando se encuentra sugiere perforación. En ciertos casos se presenta el signo de Murphy, es decir, agravamiento del dolor o paro inspiratorio a la palpación subcostal profunda durante la inspiración. A menudo se observa disminución del volumen. La ictericia, que no es común, puede resultar evidente en pacientes con obstrucción biliar prolongada, inicio tardío de inflamación, o de hemólisis intravascular crónica. (6)

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

Existen tres factores de riesgo principales para el desarrollo de cálculos biliares. En primer lugar, la edad. A medida que avanza la edad, la bilis se vuelve más litogénica aumentando la prevalencia de cálculos. El sexo femenino (probablemente por influencia de los estrógenos) también

aumenta el riesgo. Finalmente, la obesidad que se asocia a un aumento en la producción y posterior eliminación de colesterol por las vías biliares. No es infrecuente, en este contexto, la aparición de un cólico biliar tras una dieta de adelgazamiento con pérdida acelerada de peso, debido a la eliminación masiva de colesterol por las vías biliares. (7)

› Factores de riesgo asociados a la formación de Cálculos de colesterol.

- Edad.
- Sexo femenino.
- Obesidad.
- Pérdida de peso rápida. 11
- Nutrición parenteral total.
- Embarazo.
- Multiparidad.
- Fármacos.
 - Estrógenos exógenos.
 - Anticonceptivos orales.
 - Clofibrato.
 - Octreótido.
 - Ceftriaxona.
- Hipertrigliceridemia o niveles bajos de HDL.
- Diabetes resistente a la insulina.
- Enfermedades del íleon terminal.
 - Enfermedad de Crohn.
- Lesiones en la médula espinal.
- Etnia (nativos americanos y escandinavos).

› Factores de riesgo asociados a la formación de cálculos de pigmentos negros.

- Anemia hemolítica crónica.
- Cirrosis hepática y pancreatitis.

La colecistitis aguda es una de las patologías muy frecuentes de consulta en los servicios de emergencia que se manifiestan principalmente por dolor abdominal agudo en epigastrio que muchas veces se irradia a hipocondrio derecho en hipocondrio derecho representando un 25% de todos los pacientes que acuden con dolor abdominal agudo ⁽¹⁾

Existen varios factores de riesgo que llevan a la aparición de colecistitis y posterior a una colecistectomía como:

Edad: la incidencia de la colecistitis aumenta con la edad, a partir de los 40 años de edad, pero algunas veces es común encontrar a personas jóvenes con colecistitis y en personas mayores de 60 años ya que el envejecimiento con lleva el deterioro de la motilidad de la vesícula para que esta lleve al vaciamiento precoz de la bilis.

El sexo: predomina más en mujeres que en hombres (3/2) en las mujeres son más predominantes que desarrollen colecistitis, existen teorías del porque es más común desarrollar esta patología, principalmente por el proceso inicial en la formación de cálculos biliares como un cambio en la composición de la bilis, que pasa de solución insaturada a saturada, en donde los elementos sólidos precipitan causando un exceso de bilirrubina libre en la bilis (sobresaturación) o un cambio en la composición de este, este cambio en la cantidad de bilirrubina libre se explica de tres maneras: Aumento de la excreción hepática de bilirrubina libre, Deficiencia de factores solubilizadores de la bilirrubina libre, Desconjugación de la bilirrubina en la bilis. ⁽²⁾

Existen teorías en que determinan que existen procesos hormonales en las mujeres que conllevan a desarrollan este cambio en la composición de la bilis el riesgo se relaciona con el embarazo, la paridad,

el tratamiento con anticonceptivos y la terapia de reemplazo con estrógenos en la menopausia. Durante el embarazo, se forman 1-3% de lodo biliar representándose en más del 30% de las embarazadas. Los niveles elevados de estrógenos séricos activan la secreción de bilis sobresaturada de colesterol, y los elevados niveles de progesterona causan estasis vesicular. (2)

Embarazo: la motilidad de la vesícula biliar cambia desde el primer trimestre del embarazo favoreciendo a la estasis de la bilis, que lleva al aumento de la secreción hepática del colesterol especialmente en el ayuno y con esto lleva a la formación de una bilis sobresaturada con colesterol que procede a la aparición de cálculos biliares.

Está demostrado que el embarazo es un factor de riesgo independiente que lleva a la formación de cálculos biliares, pero está demostrado que tener litiasis biliar aumenta con la multiparidad.

Además, por razones que aún no están bien conocidas, la colestasis del embarazo se puede asociar a la aparición de cálculos. Un tercio de los cálculos diagnosticados en el postparto inmediato mediante la ecografía pueden desaparecer sin dar síntomas dentro de los primeros meses del puerperio. Este fenómeno puede explicarse por la disolución espontánea (debido a que disminuye la saturación biliar de colesterol) o por migración silenciosa de los cálculos al intestino. (2) (3)

La patogénesis de la colestasis intrahepática del embarazo es desconocida, pero algunas investigaciones lo relacionan con los efectos de los estrógenos. Siendo la principal alteración funcional la inhibición de la secreción de bilis canalicular que es una de las primeras fases de la secreción de la bilis entre los hepatocitos donde se secreta los solutos para la formación de la bilis como ácidos biliares, fosfatidilcolina, bilirrubina conjugada, xenobioticos mas agua, glucosa, calcio, aminoácidos urea entre otros. La secreción de colesterol biliar alterada, notoriamente potencia la hiperlipidemia causada por el embarazo. (2)

Se ha demostrado que durante el embarazo normal se incrementan más de 3 veces los niveles séricos de precursores del colesterol como escualeno, desmosterol y latosterol. (2)

Anticonceptivos orales y la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos: los niveles elevados o el uso prolongado de los anticonceptivos orales y los niveles de estrógenos llevan a la secreción de la bilis sobresaturada, principalmente y de mayor riesgo es mujeres mayores de 40 años que usan terapia sustitutiva hormonal con dosis mayores a 50 microgramos de estrógeno, y también incluye la administración exógena de estrógenos incrementa la frecuencia de colelitiasis y existen versiones que el uso de progesterona también constituye un factor litogénica ya que aumenta la saturación biliar de colesterol (2)

Obesidad: se determina que la obesidad es el principal factor de riesgo nutricional que lleva a la formación de cálculos en la vesícula biliar. La incidencia se asocia de forma paralela al incremento del índice de masa corporal. El 35% por ciento de las mujeres con IMC>32 presentan cálculos en la vesícula. Se ha demostrado que los obesos, sintetizan una mayor cantidad de colesterol en hígado, el cual se secreta en cantidades excesivas, lo que origina sobresaturación de la bilis. (2). Tener sobrepeso incrementa el colesterol en la bilis, reduce las sales biliares y reduce la contracción de la vesícula biliar. Todo esto puede provocar un riesgo incrementado de cálculos biliares. La actividad física es una parte importante de la pérdida y mantenimiento de peso

Pérdida rápida de peso: en las mujeres es más común que exista cambios notablemente variables en la perdida y ganancia de peso y este factor lleva a la aparición de los cálculos aproximadamente en un 25 % de los pacientes, ya sea por métodos quirúrgicos o con dietas hipocalóricas (2)

La ingesta de comidas altas en grasas sigue siendo uno de los principales factores de riesgo para la aparición de muchas enfermedades incluida también la coleditiasis, la mayoría de las personas llevan un mal régimen alimenticio en la ingesta de las comidas, y también dietas inadecuadas. Las dietas pobres en fibras y ricas en grasas llevan al aumento de colesterol en la sangre y con ello lleva al cambio en la consistencia de la bilis, también ingesta de comidas energéticas, alto consumo de azúcares, de colesterol, el consumo de alcohol por tiempos prolongados, sustancias que disminuyan el vaciamiento de la vesícula biliar.

La raza juega un papel importante, más frecuente en latinoamericanos y raza mestiza, rara en negros, es más frecuente la aparición de los cálculos en la vesícula biliar en comparación de personas de raza blanca.

Los intervenidos de intestino: resección del íleo distal y la ileítis (Enfermedad de Crohn) determinan un alto riesgo litogénica debido a la malabsorción de sales biliares que excede la capacidad de respuesta de la síntesis hepática, con reducción de su secreción, condicionando una bilis sobresaturada. (2)

Los factores con una correlación inversa para el desarrollo de cálculos en la vesícula biliar son:

El consumo de café, que presenta un menor riesgo de aparición de la enfermedad vesicular debido a los efectos antilitogénicos de algunos componentes del café, como son: estimular la liberación de colecistocinina, activar la contracción vesicular, inhibir la absorción de líquidos en la vesícula, disminuir la cristalización de colesterol en la bilis.

(2)

El elevado contenido de fibra en la dieta parece ser un factor protector para la presencia de cálculos. En mujeres vegetarianas; se

encontró una menor frecuencia de cálculos (11.5%) en comparación con mujeres que consumen una dieta de tipo occidental (24.6%) (2)

Anemia hemolítica crónica: Las anemias hemolíticas se caracterizan principalmente por presentar un aumento del número de reticulocitos, descenso de los niveles de haptoglobina, aumento de lactato-deshidrogenasa 1, e hiperbilirrubinemia aislada. (4), las ictericias que se dan por hiperbilirrubinemia se dan por dos tipos, las que son con predominio de bilirrubina indirecta (>80% de la bilirrubina total), y las que predomina la bilirrubina directa (>30% de la 2 bilirrubina total).

Las anemias hemolíticas conllevan una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto. se producen por causas diversas (membranopatías, enzimopatías, hemoglobinopatías), teniendo en cuenta una característica común que todas ellas cursan con una ictericia a expensas de la Bilirrubina Indirecta y que además cursan con pruebas de función hepática normales. Pero sin embargo en la anemia falciforme la hemólisis crónica origina un aumento de la conjugación de la bilirrubina indirecta dando lugar a la aparición de cálculos pigmentados de bilirrubina. Siendo por tanto una de las causas que puede generar en condiciones de cronicidad el desarrollo de una ictericia obstructiva por colelitiasis. (5)

COLELITIASIS ASINTOMÁTICA

En la mayoría de los pacientes (60-80%), la colelitiasis es asintomática y se diagnostica incidentalmente al indicar una ecografía por otros motivos. El riesgo medio anual de desarrollar síntomas es del 2% y la incidencia anual de complicaciones y cáncer de vesícula es 0,3% y 0,02% respectivamente. Por ello, no es necesario realizar colecistectomía profiláctica a todos los pacientes. Existen varias excepciones a esta recomendación. (7)

Pacientes con alto riesgo de desarrollar cáncer de vesícula:

- Existencia de pólipos vesiculares con crecimiento rápido o mayor de 1 cm.
- Vesícula en porcelana.
- Cálculo mayor de 3 cm. 12
- Mujer joven de origen amerindio.

› Pacientes con riesgo mayor de desarrollar síntomas:

- Joven con anemia drepanocítica. En estos pacientes las crisis de dolor abdominal podrían hacer difícil el diagnóstico diferencial con un cólico biliar o una colecistitis aguda. (7)

COLELITIASIS SINTOMÁTICA NO COMPLICADA: CÓLICO BILIAR SIMPLE.

Aproximadamente, el 65% de los pacientes sintomáticos presentarán recurrencia clínica en los dos primeros años con una incidencia anual de complicaciones del 1-2%. (8)

Clínica El único síntoma atribuible a la colelitiasis es el dolor biliar. Se produce por la obstrucción intermitente del conducto cístico por un cálculo y se manifiesta como un episodio de dolor visceral, localizado en el epigastrio-hipocondrio derecho. (8)

En un 50% de los casos el dolor irradia hacia el hombro derecho o la escápula, y se manifiesta como un dolor constante, que aumenta gradualmente durante 15 minutos-1 hora, se mantiene durante 1 hora o más y desaparece lentamente. (8)

Cuando el dolor se prolonga por un tiempo superior a 5-6 horas, debe sospecharse la posibilidad de una colecistitis aguda. A menudo se acompaña de diaforesis, náuseas, vómitos e inquietud. El gas, la distensión abdominal, la flatulencia y la dispepsia no están relacionados con los cálculos en sí mismos. (8)

Estos síntomas se encuentran con una frecuencia parecida en pacientes sin colelitiasis y, por tanto, no cabe esperar que la colecistectomía resuelva estos síntomas. La exploración física suele ser normal en el curso de un cólico biliar simple, mostrando únicamente ligera hipersensibilidad a la palpación en el hipocondrio derecho. (8)

DIAGNÓSTICO

Se elabora mediante la anamnesis completa y la exploración física integral del paciente. En pacientes con cólico biliar se llevan a cabo estudios adicionales para apoyar el diagnóstico y descartar otras causas de náuseas y dolor en la región superior del abdomen. Las radiografías simples del abdomen indican la presencia de cálculos sólo en 10 a 20 % de los casos. En su mayor parte son de colesterol, de modo que son radiolúcidos. (10)

Los cálculos pigmentados y mixtos, cuando contienen por lo menos 4 % d calcio en peso, son radiopacos. Las placas abdominales son más útiles para excluir otras causas de dolor. Se obtiene una placa torácica para descartar neumonía en el lóbulo inferior derecho o derrame pleural, que en ocasiones se encuentran en pacientes con pancreatitis. (10)

En la actualidad el estudio de elección para corroborar el diagnóstico es el ultrasonido de vesícula y vías biliares, que es un método no invasivo y proporciona una certeza diagnóstica del 97 %. Con este estudio se puede apreciar la forma y tamaño de la vesícula biliar y la presencia de “sombra acústica”, que indica la existencia de cálculos. (10)

El “lodo biliar” es un material que produce menos ecos y forma un estrato en la zona más declive de la vesícula, que se modifica con los cambios de posición, pero que no produce sombra acústica (esto lo diferencia de los cálculos vesiculares). Sonográficamente la pared

vesicular normal debe medir 3 mm o menos; una pared mayor de 3 mm indica un proceso agudo. (11)

El diagnóstico de la colelitiasis se inicia principalmente se da por el examen físico del paciente, la sintomatología y el examen físico cauteloso que nos proyecten al diagnóstico de la colelitiasis la palpación es un medio fundamental que nos dirige a que el paciente tiene una patología de la vesícula biliar que se dirige a principalmente a localizar La zona vesicular se encuentra al examen físico entre epigastrio y línea axilar media y estaría por debajo del reborde hepático. con el paciente en decúbito dorsal y el médico a la derecha, se coloca ambos pulgares en la zona vesicular con la palma de la mano izquierda apoyada en el reborde costal y la mano derecha sobre el abdomen. Manteniendo una ligera presión se hace inspirar al paciente incrementándose el dolor en caso positivo. Esta maniobra puede ser efectuada también colocando la mano en forma de gancho con la parte palmar de las últimas falanges en la zona vesicular. Por último, puede también realizarse con la mano derecha colocada por fuera del recto anterior, llegando con las falanges algo flexionadas a la zona vesicular. Cuando hay filtración o perforación vesicular, o abscesos, la semiología del dolor es diferente, extendiéndose el compromiso a zonas vecinas como flanco y fosa iliaca derecha, cuando hay escurrimiento biliar por el espacio parietocólico provocando un coleperitoneo. La palpación de una masa subcostal derecha puede ser debida a un empiema vesicular, flegmón de la zona, absceso por una perforación o un tumor especialmente en pacientes añosos (1)

La mayoría de los pacientes (en un 70%) que padecen de un cuadro de colecistitis aguda, tienen leucocitosis que varía de los 12000 a 15000 con predominio de neutrófilos. Cuando estos valores superan los 20.000 glóbulos blancos, se debe pensar en la existencia de perforación, colecistitis gangrenosa o colangitis. La eritrosedimentación suele estar acelerada. El laboratorio es también útil cuando existe compromiso de la

vía biliar o reacción pancreática. En el primer caso puede encontrarse aumento de la bilirrubina y fosfatasa alcalina siendo la litiasis coledociana la causa más frecuente. En el segundo caso puede observarse aumento de la amilasa sérica ⁽¹⁾

Ecografía:

La ecografía siendo la primera prueba de imagen que se realiza para determinar si el paciente presenta una patología hepatocelular o de los conductos biliares, ya que tiene una alta sensibilidad 95% y especificidad del 94 al 98% para detectar la dilatación de los conductos biliares intra y extra hepáticos. ⁽⁶⁾

El diagnóstico ecográfico de la litiasis vesicular lo da la presencia de ecos persistentes intraluminal en la que en casos de duda se pueden confirmar con los cambios de posición del paciente, existen medios en el cual se hace difícil determinar los cálculos por dificultad para visualizar cuando los cálculos principalmente son pequeños, o la vesícula es demasiado grande, cuando hay exceso de gas, el paciente es obeso y también cuando los cálculos están rodeados de líquido.

El procedimiento para obtener una imagen ecográfica está considerado como un método no invasivo y que no lleva riesgo alguno para el paciente

En los hallazgos ecográficos se puede observar la vesícula agrandada de tamaño por lo general la vesícula mide entre 5 a 7 cm de diámetro teniendo una capacidad de 33 a 35 cc y cuando esta se encuentra distendida el grosor de la pared vesicular igual o mayor de 4 mm, presencia de edema de la pared vesicular, litiasis intravesicular proyectada en el cuello, tamaño superior a 100 x 60 mm, líquido perivesicular, colédoco dilatado y bilis de estasis ⁽⁷⁾

Los conductos biliares intrahepáticos normales miden menos de 2mm o no más del 40% del diámetro del vaso portal al que acompañan.

La dilatación de la vía intrahepática se manifiesta ecográficamente como una imagen en forma de muchos tubos, que se ramifican con ángulos irregulares, adoptando a veces una configuración estrellada. En la imagen de doppler, la ausencia de señal de color nos ayudará a confirmar que estas imágenes tubulares intrahepáticas son conductos biliares y no estructuras vasculares. Con una buena técnica podremos establecer el nivel de la obstrucción en hasta el 92% de los pacientes y la causa en hasta el 71%. (8)

Radiografía:

La radiografía simple de abdomen no se lo considera como un hallazgo para determinar si el paciente dispone de cálculos en la vesícula ya que para que se visualice un cálculo este debe estar compuesto de calcio, es por esta razón que solo un porcentaje bajo de los cálculos biliares se muestran como opacidades visibles en la radiografía.

Colecistografía oral:

Fue una técnica introducida en el año 1924 por Graham y Col fue la primera técnica que visualizó la vesícula siendo el método más seguro para el diagnóstico de litiasis vesicular (6)

La técnica principalmente se basa en que el paciente ingiera una dieta libre de grasa 2 días antes de realizarse el examen, luego se administra 3 gramos de ácido iopanoico 14 a 16 horas antes del examen es muy común que algunos pacientes desarrollen diarrea, la sensibilidad del examen es muy alta siendo casi un 96 a 100% y el diagnóstico se basa principalmente en la visualización de los cálculos o la no visualización de la vesícula. (6)

La Colecistografía oral juega un papel fundamental en el diagnóstico de la colelitiasis donde también se puede evaluar la función vesicular, la permeabilidad del cístico y el número de cálculos.

Colangiografía intravenosa:

Es un examen que se desarrolló en la década de los 30 que aún se lo sigue usando para la evaluación de la coledocolitiasis, consiste en la inyección de un medio iodado de 10 a 15 minutos luego de 30 minutos se toman radiografías de forma sucesivas hasta alcanzar la opacificación de la vesícula y la máxima concentración de ella. (6)

Colangiografía Transhepática percutánea:

Se la determina como una radiografía de las vías biliares, los conductos que transportan la bilis desde el hígado hasta la vesícula biliar y el intestino delgado.

El examen se lo realiza con el paciente acostado donde se le aplicara un anestésico. Se introduce una aguja larga, delgada y flexible a través de la piel en el hígado. Donde se inyecta un medio de contraste, en las vías biliares. El medio de contraste ayuda a resaltar ciertas áreas, las cuales se pueden ver mejor. Se toman más radiografías a medida que el tinte fluye a través de las vías biliares hacia el intestino delgado. (9)

Una de las principales causas para realizarse este examen es para diagnosticar causas de bloqueo de las vías biliares, si las vías se encuentran dilatadas lo cual es indicativo de obstrucción que puede ser causada por cicatrización o cálculos en su interior, también puede indicar la presencia de cáncer en las vías biliares, páncreas, o en la vesícula biliar.

CEPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica):

La CEPRE es una intervención endoscópica y radiológica, utilizada para estudiar y, principalmente tratar, las enfermedades de los conductos biliares y del páncreas.

El colédoco que es el conducto principal que conduce la bilis al intestino, procedente de la vesícula biliar y del hígado y el conducto principal de Wirsung que lleva las secreciones del páncreas se unen en un mismo lugar para difundir en el duodeno (primera parte del intestino delgado) sus sustancias, que son necesarias para hacer la digestión. (10)

El objetivo de la CPRE es canular la papila y uno o los dos conductos (colédoco, Wirsung). Consiste en introducir en la papila un pequeño tubo plástico que puede ser un catéter o cánula. Para llegar hasta la zona de la papila se utiliza un endoscopio o sonda óptica flexible que se introduce por la boca. Habitualmente, se emplea un endoscopio especial para la CPRE llamado duodenoscopio. La canulación de la papila y del conducto (colédoco y Wirsung) es uno de los puntos más cruciales en la CPRE. (10)

En ocasiones, esta maniobra es muy compleja y, de hecho, la CPRE se considera como una de las intervenciones más difíciles de la Endoscopia Digestiva. Una vez canulada la papila se inyecta a través del catéter un contraste radiológico. De esta forma se proyectan los conductos que pueden observarse con radiografías fijas o bien de forma dinámica (fluoroscopia). Por lo tanto, la CPRE se realiza habitualmente en una sala provista de rayos X. Para que el paciente esté tranquilo durante la CPRE, pueden utilizarse distintos tipos de sedación: anestesia general, sedación profunda o sedación consciente. (10)

Riesgos y complicaciones de CPRE

la CPRE es uno de los procedimientos endoscópicos digestivos más complicados y, al mismo tiempo, es una de las formas menos invasivas y sencillas de tratar las obstrucciones y fístulas biliopancreáticas. Ante todo, debe comprenderse que es un procedimiento complejo y que en alrededor del 10% existen complicaciones. A veces la CPRE es fallida porque no consigue canularse adecuadamente la papila o el conducto deseado. Las complicaciones más frecuentes son la

pancreatitis aguda (por la manipulación de la papila), la hemorragia (por la esfinterotomía), la infección de la bilis (colangitis o colecistitis) y, en ocasiones, la perforación del intestino. (10)

Muchas de estas complicaciones pueden tratarse de forma conservadora o bien con algún tipo de endoscopia. No obstante, algunas complicaciones pueden ser lo suficientemente importantes como para requerir un tratamiento urgente, incluso una operación. Debe comprenderse, también, que antes de indicar una CPRE que el paciente esta consiente de los riesgos y las complicaciones que puede tener ya que es un método invasivo y como todos los métodos tienen sus consecuencias.

Imágenes con radionucleotópicos:

Es uno de los sistemas que se ha usado con buenos resultados la gammagrafía con radioisótopos, siendo algunos los métodos usados como el centellograma hepático con radiocoloides, la Colangiografía centellografía con ^{99m}Tc siendo la forma más amplia para visualizar el hígado, la vesícula, y los conductos biliares, centellograma con Galio, la tomografía computarizada con emisión de fotones. (10)

El principio metabólico de la prueba se basa en la absorción que tiene el medio por el sistema biliar luego de ser inyectado intravenosamente, y se considera que cuando no se visualiza la vesícula o cuando se ve parcialmente por mala concentración, puede existir un problema en el conducto cístico, como obstrucción parcial o total siendo el principal fundamento la medición de la excreción vesicular. (10)

Colangiografía con TC helicoidal

Mejor que la realización de una TAC de abdomen sin contraste, es la posibilidad de introducir medio de contraste en el colédoco,

aumentando significativamente la sensibilidad y especificidad del examen llegando al 93 y 100% respectivamente. Es preferible, por tanto, como examen a la ecotomografía abdominal y a la TAC convencional. (11)

Tomografía axial computarizada TAC y Resonancia Magnética de abdomen:

Si bien no es muy adecuada para la detección de cálculos no complicados, una TAC estándar es una prueba excelente para la detección de complicaciones como la formación de abscesos, la perforación de la vesícula biliar o el colédoco o una pancreatitis. (12)

TRATAMIENTO

Las personas con diagnóstico de colelitiasis sintomática no complicada no necesariamente requieren intervención quirúrgica inmediata. Los cuadros vesiculares dolorosos reaccionan al tratamiento médico en 75 a 90 % de los casos; la terapéutica debe incluir ayuno, sonda nasogástrica, cuidado del desequilibrio hidroelectrolítico y ácido básico, así como la administración de antiespasmódicos y antibióticos. (12)

El paciente con colelitiasis sintomática no complicada tiene varias opciones para tratamiento definitivo, incluida colecistectomía abierta o laparoscópica, tratamiento de disolución médica y litotripsia calculosa. Quirúrgico. - Los episodios recurrentes de dolor abdominal en los cuadrantes superiores son las indicaciones más frecuentes de colecistectomía, que es una de las operaciones más comunes, siendo sus ventajas que es una intervención segura, suprime los síntomas, evita la progresión de la enfermedad calculosa y, por tanto, sus complicaciones, y tiene una mortalidad menor del 1%. (12)

La colecistectomía puede practicarse por vía abierta o laparoscópica. En el caso de ésta última la recuperación es temprana y

evita el dolor secundario a la incisión habitual, además de tener mejores efectos cosméticos. (12)

Tratamiento médico. - El desarrollo de un tratamiento médico eficaz para la disolución farmacológica de cálculos de colesterol en la vesícula no ha sido posible aún, pero la investigación de la fisiopatología ha ayudado a enfocar mejor la cuestión, en especial el conocimiento de los factores determinantes de la solubilidad del colesterol en la bilis. (12)

Como el colesterol biliar puede precipitarse sólo cuando existe en exceso, en relación con las proporciones de otros lípidos biliares (ácidos biliares y lecitina), parecería lógico que si se enriquece la bilis con ácidos biliares se incrementaría la solubilidad micelar del colesterol. Pero también se infiere que haya un mecanismo de inhibición de la síntesis de colesterol. (12)

La disolución farmacológica sólo es posible en los cálculos de colesterol. Se ha demostrado que la cantidad de ácidos biliares se encuentra reducida en los pacientes con litiasis vesicular por cálculos de colesterol. Para expandir la poza y así disolver los cálculos se elaboraron estudios cuyas conclusiones comprueban la hipótesis. (12)

Paradójicamente los ácidos biliares no actúan porque aumente su cantidad, sino porque su administración induce una menor excreción de colesterol. El tratamiento con ácidos biliares tiene limitaciones, pues el grado de instauración biliar conseguido es bajo y la disolución es lenta. (12)

Existe una proporción de pacientes cuyo tratamiento es inútil y está por demostrarse si la disolución farmacológica evita la colecistectomía a largo plazo, puesto que los cálculos tienden a recidivar al interrumpir el tratamiento ya que habitualmente persisten las causas de su formación: bilis sobresaturada y tendencia a la precipitación del colesterol. (12)

Existen en el mercado dos sales biliares, el ácido quenodesoxicólico (AQDC) y el ácido ursodesoxicólico (AUDC). Estudios

de investigación clínica han demostrado la disolución de cálculos vesiculares de colesterol con instilación de metil-terbutil-éter; para esta técnica se requiere un catéter naso biliar guiado endoscópicamente o un catéter hepático percutáneo. (12)

Los efectos colaterales informados son cambios inflamatorios agudos a nivel de la mucosa vesicular, contacto con la mucosa duodenal que ocasiona irritación grave y absorción del fármaco que puede causar sedación. (12)

Litotripsia. - La litotripsia extracorpórea de los cálculos vesiculares utiliza ondas sónicas de alta amplitud que fragmentan los cálculos; sin embargo, es necesario un buen funcionamiento vesicular para eliminar los cálculos fragmentados a través del colédoco hacia el intestino y los fragmentos pueden producir síntomas si son mayores de 3 mm. Las ondas de choque pueden lesionar los tejidos blandos del pulmón y riñón y ocasionar hematuria macroscópica. (12)

El porcentaje de recurrencia es mayor del 11 % y los análisis costo beneficio indican que la litotripsia no reduce costos respecto del tratamiento quirúrgico. (12)

Las opciones terapéuticas en pacientes con cálculos biliares son principalmente 2, primero eliminar solamente los cálculos, o eliminar los cálculos y la vesícula simultáneamente.

Terapia de ácidos biliares:

El ácido ursodesoxicólico es una sustancia natural que se produce fisiológicamente en el hígado. Inicialmente utilizado para disolver cálculos biliares, actualmente se utiliza además en el tratamiento de la cirrosis biliar primaria y como terapia adyuvante diversos tipos de enfermedades colestásicas hepatobiliares.

Mecanismo de acción: el ácido ursodesoxicólico actúa en el hígado, la bilis y el intestino. Cuando se administra en dosis de unos 15 mg/día constituye aproximadamente el 15% de todos los ácidos biliares.

El ácido ursodesoxicólico reduce el contenido en colesterol de la bilis al reducir la síntesis hepática del colesterol y la reabsorción del mismo por el intestino.

Litotricia extracorpórea mediante ondas de choque (LEOC)

La Experiencia de Nuestro Centro en esta forma de Tratamiento, se remonta a 1992, siendo también pionero en la Comunidad Valenciana, Consiste en la fragmentación de los cálculos biliares mediante ondas de choque aplicadas desde el exterior. No precisa ingreso hospitalario. Una vez finalizado el tratamiento la piedra queda convertida en pequeños fragmentos que son sometidos complementariamente a disolución farmacológica, con el fin de evitar complicaciones en su eliminación a través de la vía biliar hasta su llegada al conducto intestinal (duodeno). Posteriormente son eliminados a través de las heces. (13)

El uso de las Ondas de Choque en las litiasis biliares es más restringido, quedando indicado en la actualidad para el tratamiento de litiasis residuales a nivel del conducto colédoco (coledocolitiasis), tras la cirugía biliar bien abierta o endoscópica (esfinterotomía y extracción del cálculo). Si el intento resulta infructuoso está indicada la Litotricia Extracorpórea. (13)

Tratamiento quirúrgico:

La mayoría de las colecistectomías se realizan por una colelitiasis sintomática o por complicaciones de los cálculos y más del 90% de estas operaciones se efectúan mediante laparoscopia. Casi todas las colecistectomías abiertas se producen cuando el cirujano pasa de la laparoscopia a la cirugía abierta y la causa más habitual de esta

conversión es la presencia de una inflamación profunda, que impide reconocer la anatomía del triángulo de Calot.

Los factores que llevan a que se realice una colecistectomía abierta principalmente son:

- Edad mayor a 60 años
- Peso mayor de 65 kg
- Presencia de colecistitis aguda
- Antecedentes de cirugía epigástrica.
- Antecedentes de cirugía epigástrica.
- Valores altos de hemoglobina glucosilada (entre los pacientes diabéticos)
- Cirujano poco experimentado

Si no se puede operar al paciente en los 2 o 3 días siguientes al inicio de la colecistitis aguda, lo mejor es tratar el episodio inicial de forma conservadora y efectuar una colecistectomía en el intervalo, unas 6 semanas más tarde, para que remita la reacción inflamatoria intensa.

Colecistectomía abierta:

Técnica:

La extirpación de la vesícula, sea laparoscópica o abierta, es una operación seria que requiere prestar una cuidadosa atención, así como considerar la posibilidad de encontrar anomalías anatómicas.

Para la colecistectomía se coloca al paciente en decúbito supino, pero a veces ayuda la introducción de una sábana doblada bajo la parte derecha de la espalda. La mayoría de las colecistectomías abiertas se realizan a través de una incisión subcostal derecha (Kocher) que se coloca unos dos traveses de dedo bajo el reborde costal derecho. Aun cuando el cirujano trate de efectuar una colecistectomía laparoscópica,

hay que platicarlas incisiones con trocar de forma que la mayoría de ellas puedan incorporarse a una incisión de Kocher en el supuesto de conversión. Tras la incisión de la fascia anterior, se dividen los músculos rectos y laterales (oblicuo externo e interno y transversos del abdomen) del lado derecho del abdomen, manteniendo la hemostasia con el electrocauterio. Se ligan los vasos prominentes de la pared abdominal, como las anastomosis entre los vasos epigástricos profundos y mamario interno, sobre todo cuando existe hipertensión portal. Se puede sujetar y dividir el ligamento redondo e incidir después parte del ligamento falciforme. Sin embargo, el ligamento redondo movilizado puede servir como pedículo vascularizado valioso para envolver una anastomosis o a lo largo de una línea de grapas durante operaciones como las resecciones de páncreas, en cuyo caso es preferible dividir el ligamento a la altura del ombligo. A veces, se opta por la incisión en la línea media si se van a realizar otras operaciones o si el paciente tiene un ángulo costal reducido. La incisión para media derecha (mayo).

El cirujano palpa e inspecciona el hígado y se deja que entre aire en el espacio subfrénico para que desplace inferiormente el hígado y esponja mejor su cara inferior. El colon, el intestino delgado y el estómago se retraen de forma traumática con almohadillas de laparotomía para exponer la vesícula biliar, el hilio hepático y el duodeno. Si es posible, se conectan pinzas hemostáticas a las lengüetas extracorporales de las almohadillas de laparotomía para evitar que se dejen inadvertidamente cuerpos extraños en el abdomen. Se inciden las adherencias para exponer la vesícula biliar en toda su longitud y se palpa cuidadosamente el órgano en busca de cálculos y masas. La inflamación grave puede remedar un tumor, por lo que las vesículas biliares duras y contraídas acaban finalmente abriéndose para evaluar las lesiones de la mucosa. El cirujano puede examinar el hilio hepático introduciendo un pulgar en el orificio de Winslow y utilizarlos dedos índice y corazón para palpar cálculos o tumores. No obstante, una inflamación intensa o la cirrosis con hipertensión portal pueden obliterar este orificio. La

identificación de un pulso en la cara lateral (derecha) del hilio hepático implica la presencia de una arteria hepática derecha reemplazada, variante que nace de la arteria mesentérica superior y se produce en el 20 al 25% de la población.

Hay que minimizar el escape de bilis a la cavidad peritoneal aplicando una pinza hemostática sobre el fondo cuando se retire el trocar. Para manipular el órgano se colocan unas pinzas hemostáticas más largas en el infundíbulo. La vesícula se puede movilizar desde el fondo hasta el hilio hepático (técnica retrógrada) o desde el hilio hasta el fondo (técnica anterógrada)

Si se utiliza la técnica anterógrada, se movilizará adecuadamente el cuello de la vesícula desde el hígado para exponer el triángulo de Calot, noción que La arteria cística reside en esta área, pero a veces se encuentran estructuras, como la arteria hepática propiamente dicha o su rama derecha, que adoptan una forma de «joroba de cremallera». De un tercio a la mitad de los pacientes muestran una anatomía del hilio, como la descrita en los tratados clásicos, por lo que hay que esperar alguna anomalía especial.

El conducto cístico y la arteria cística se dividen una vez reconocidos sus trayectos. Antes de dividir el conducto cístico, el cirujano deberá liberar cualquier cálculo desde el conducto cístico hacia la luz de la vesícula mediante una manipulación suave. El desplazamiento anterior del cuello de la vesícula facilita la amputación del órgano con relación al hígado.

Hay que retraer cuidadosamente la vesícula sin generar demasiada tensión y disecar dentro del triángulo para no dañar el hilio hepático. La deformación en tienda de campaña del conducto biliar en su unión con el conducto cístico puede causar una rotura parcial de la pared lateral del conducto.

El cirujano debe evitar el uso de material de sutura no absorbible en el muñón del conducto cístico, en la línea de sutura de la coledocotomía y en la anastomosis bilioentérica. Las suturas de seda son claramente litogénica y pueden inducir una reacción inflamatoria crónica, incluso cuando se emplean como ligadura externa sobre el muñón del conducto cístico. El material sintético, como la poliglactina 910 (Vicryl), el polidioxano (PDS) o la poliglicaprona 25 (Monocryl), se absorbe y resulta eficaz en las operaciones sobre el árbol biliar.

Los drenajes se colocaban sistemáticamente durante la colecistectomía abierta hasta los años ochenta, momento en que empezó a criticarse su uso. En una comparación randomizada de drenajes cerrados de aspiración (p. ej., JacksonPratt) frente a drenajes pasivos (p. ej., Penrose) se halló que los primeros comportaban una tasa más baja de infección de la herida. Una vez finalizada la colecistectomía se cierran por separado las dos capas musculo aponeuróticas, salvo que estén unidas por el tejido cicatricial de una operación anterior (p.ej., PDS* II polidioxanona número 1). La primera intención es cerrar la piel, salvo que exista contaminación o suciedad, en cuyo caso será preferible el cierre primario diferido o secundario.

COMPLICACIONES

La colecistitis aguda secundaria al bloqueo del conducto cístico es resultado de litiasis vesicular en 97 % de los casos; la inflamación de la pared vesicular causa dolor abdominal grave, sobre todo en el hipocondrio derecho, y se acompaña de náusea, vómito, fiebre y leucocitosis; estos síntomas pueden desaparecer con tratamiento médico o progresar hacia peores complicaciones. ⁽¹³⁾

Este bloqueo provoca distensión vesicular, que, si se prolonga, la bilis acumulada y la reducción del flujo sanguíneo propician la colonización bacteriana, que con los otros dos factores (químicos y mecánicos) se conjuntan para provocar piocolecisto, que se distingue por

gangrena y necrosis de la pared vesicular, con perforación de la misma hacia la cavidad peritoneal. La coledocolitiasis ocurre al pasar un cálculo a través del cístico hacia el colédoco, sin alcanzar el duodeno, y al quedar alojado en la vía biliar; esto provoca éxtasis, dilatación del colédoco, dolor, síndrome icterico obstructivo, elevación de las bilirrubinas a expensas de la bilirrubina directa y elevación de la fosfatasa alcalina. (13)

La colangitis constituye una de las complicaciones más graves; se trata de una afección secundaria a coledocolitiasis, ya que es un proceso infeccioso de las vías biliares que puede originarse a partir de la vía hematogena o del tubo digestivo en forma de infección ascendente por la vía biliar. (13)

Intraoperatorias

Durante la práctica de una intervención sobre la vesícula o las vías biliares pueden producirse una serie de complicaciones durante la misma intervención, que en la mayoría de los casos van a ser reconocidas y tratadas durante el mismo acto quirúrgico. (14)

Hemorragia y lesión vascular. La hemorragia durante la intervención quirúrgica está ligada a problemas y dificultades técnicas y maniobras inapropiadas. Es evidente que en la mayoría de los casos el control de la hemorragia se realiza inmediatamente a la secuencia de su producción. Sin embargo, existen situaciones en las que por parte del enfermo (alteraciones de la coagulación, hipertensión portal), o por parte del cirujano (impericia e imprudencia), pueden darse circunstancias que obligan a ligaduras o suturas de arterias y venas importantes, o incluso a maniobras de taponamiento temporal. Obviamente, la cirugía de la vesícula y de las vías biliares está en el centro de muchas intervenciones hepatobiliopancreáticas, por lo que las posibilidades de producción de una hemorragia importante son relativamente frecuentes, por lo que todos los cirujanos debemos valorar nuestras posibilidades y experiencia quirúrgica y adaptarlas al necesario sentido común (14)

Lesión de la vía biliar. Sin duda, la complicación más frecuente se relaciona con la lesión del propio árbol biliar. Dicha situación se produce tanto en cirugía abierta como en cirugía laparoscópica y un porcentaje de los casos puede ser detectado durante el propio acto quirúrgico, permitiendo en esa situación la reparación de la lesión. Fundamentalmente existen dos tipos de lesión (14)

Aquellas situaciones en la que se secciona en mayor o menor medida el árbol biliar. En estos casos al quedar abierto el conducto biliar, suele producirse una bilirragia que puede alertar al cirujano de dicha lesión, permitiendo la corrección de la misma. Es importante la práctica de una Colangiografía intraoperatoria con objeto de poder identificar la morfología de la lesión. (14)

Existen otro tipo de lesiones producidas por ligaduras, suturas inadecuadas, quemaduras con el electrocauterio, o incluso lesiones isquémicas debidas a ligaduras vasculares, que no son percibidas por el cirujano y cuyas consecuencias en forma de complicación estenótica se producen en el período postoperatorio inmediato o tardío. (14)

Hemorragia postoperatoria. La hemorragia postoperatoria es una complicación muy poco frecuente pero responsable en la mayoría de los casos de una reintervención precoz. Habitualmente se produce tras una colecistectomía laboriosa o en pacientes con alteraciones de la coagulación, siendo los cirróticos los pacientes con mayor riesgo. (14)

Absceso subhepático y absceso subfrénico. Tras la práctica de la cirugía biliar, el lóbulo derecho del hígado ocupa toda la zona donde se ha desarrollado la intervención. Es frecuente que en el espacio entre el hígado y el mesocolon trasverso pueda acumularse una pequeña cantidad de líquido sero sanguinolento, teñido con bilis ocasionalmente. Esta acumulación de líquido raramente causa problema, (14)

Colostasis postoperatoria por la lesión de la vía biliar. Existe la posibilidad de una lesión del árbol biliar que haya pasado desapercibida durante la práctica de una colecistectomía o una exploración de vías biliares. En general, el tipo de lesión iatrogénica de las vías biliares se produce en la colecistectomía abierta en un porcentaje por debajo del 0,2%⁽¹⁴⁾

La pancreatitis postoperatoria está, en general, relacionada con maniobras traumáticas del conducto de Wirsung y de la papila tras esfinterotomías o esfinteroplastias. Obviamente, la existencia de cálculos no extraídos durante la intervención puede, asimismo, propiciar la aparición de un brote de pancreatitis (14)

Posoperatorias:

Dolor en el hipocondrio derecho. A pesar del excelente resultado que desde el punto de vista sintomático tiene la cirugía biliar, especialmente la colecistectomía por enfermedad litiásica, existen un pequeño porcentaje de pacientes que permanecen con ciertos síntomas a largo plazo en forma dolor en el hipocondrio derecho. Aunque algunas veces dichas molestias han sido atribuidas a la existencia de muñones císticos demasiado largos, se ha demostrado que existen problemas relacionados con neurinomas de amputación, que ha sido necesario reseca en la reintervención ⁽¹⁴⁾

Por el cierre de piel:

Una de las complicaciones que se puede ver en el cierre de heridas de colecistectomía es cuando la herida no cicatriza por unión primaria, se lleva a cabo un proceso de cicatrización más complicado y prolongado. La cicatrización por segunda intención es causada por infección, trauma excesivo, pérdida o aproximación imprecisa del tejido. En este caso, la herida puede dejarse abierta para permitir que cicatrice desde las capas profundas hacia la superficie exterior. Se forma tejido de granulación que

contiene miofibroblastos y cierra por contracción. El proceso de cicatrización es lento y habitualmente se forma tejido de granulación y cicatriz. Como resultado, puede ser necesario que el cirujano trate el excesivo tejido de granulación que puede protruir por el margen de la herida y evitar epitelización. (15)

Separación de la herida (dehiscencia) - La separación de la herida se presenta con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada o debilitada, pero puede ocurrir a cualquier edad. Parece afectar más a los pacientes de sexo masculino y ocurre con mayor frecuencia entre el quinto y el doceavo día después de la operación. (15)

COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis aguda (CA) es una entidad clínica caracterizada por la inflamación de la pared vesicular. Su mortalidad global está en torno al 10%, siendo mayor en las formas acalculosas, en pacientes con una edad igual o superior a los 75 años y en presencia de ciertas comorbilidades (diabetes, inmunodeprimidos...). Etiopatogenia La litiasis biliar es la causante del cuadro en el 90% de los pacientes. Dos factores determinan la progresión a CA: el grado y la duración de la obstrucción. Si la obstrucción del conducto cístico es parcial y de corta duración el paciente experimenta un cólico biliar. Si la obstrucción es completa y duradera se produce un aumento en la presión intravesicular que asociado a la irritación mucosa, la activación de la respuesta inflamatoria aguda y la disminución del flujo vascular de la pared, secundario a la distensión, conducen a la aparición de esta complicación. La infección de la bilis probablemente tiene un papel aditivo, pero secundario. (14)

CLÍNICA

El síntoma principal es el dolor abdominal agudo, constante, en HCD, de duración mayor de 5 horas, típicamente irradiado a espalda, y que se acompaña frecuentemente de náuseas, vómitos y fiebre que oscila entre 37,5 °C y 39 °C. (14)

En la exploración física destaca un área de hipersensibilidad en HCD y la palpación manual durante la inspiración profunda a ese nivel produce dolor y cese inspiratorio (signo de Murphy). En pacientes ancianos, especialmente si son diabéticos, el cuadro clínico puede no ser típico y no es inhabitual que el enfermo no manifieste dolor, por lo que es preciso un elevado índice de sospecha. (14)

En algunos de estos casos, la CA puede expresarse por las manifestaciones de una sepsis con hipotensión. Algunos signos, como inestabilidad hemodinámica, fiebre alta, acidosis metabólica o íleo indican mayor gravedad y obligan a considerar la presencia de una colecistitis gangrenosa o una perforación de la vesícula. (14)

Pruebas de laboratorio: En un paciente con CA, el laboratorio suele informar de la presencia de una leucocitosis con neutrofilia (puede observarse neutropenia en casos de sepsis grave) y un incremento de la proteína C reactiva (PCR). En algunos casos puede observarse un leve incremento de la actividad aminotransferasa y de los niveles de amilasa, habitualmente inferiores a 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN), y hasta en un 20% de casos, sobre todo en pacientes con CA grave, ictericia con niveles de bilirrubina inferiores a 4 mg/dl. Ello refleja la inflamación y edema de la vía biliar o a la compresión directa de la vía por la vesícula distendida. (14)

Sin embargo, concentraciones superiores deben hacer sospechar coledocolitiasis o síndrome de Mirizzi. Pruebas de imagen La técnica de elección es la ecografía abdominal y es suficiente para confirmar el

diagnóstico en la mayoría de los casos. Su sensibilidad y especificidad son del 88% y 80% respectivamente, y a pesar de que es una técnica operador dependiente, tiene un valor predictivo positivo del 92%. Una gammagrafía con derivados del ácido iminodiacético (HIDA) marcado con Tc puede ser de utilidad cuando existe duda diagnóstica a pesar de la exploración ecográfica. La TC abdominal sólo es necesaria si se sospechan complicaciones. (15)

Colecistitis aguda alitiásica Alrededor del 10% de las CA ocurren en ausencia de cálculos biliares. En la mayoría de las ocasiones sucede en pacientes en estado crítico, o bien asociada a diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal terminal o sida. La tasa de mortalidad está en torno al 30 %, debido, en gran medida, a su rápida evolución a gangrena y perforación. (15)

Dada la inespecificidad del cuadro clínico es preciso un alto grado de sospecha en pacientes en estado crítico, con hallazgos clínicos compatibles con sepsis o ictericia sin ninguna otra causa que lo justifique. Aunque la colecistectomía ha sido históricamente el tratamiento de elección, actualmente la colecistostomía percutánea se ha convertido en una alternativa eficaz y mínimamente invasiva, sobre todo en pacientes de alto riesgo quirúrgico. (15)

En el caso de no obtener una mejoría a las tres semanas de la colocación del drenaje, se debería reconsiderar el diagnóstico, y en caso de confirmación, realizar una colecistectomía de forma urgente. (15)

Colecistitis enfisematosa. - Es una entidad poco frecuente, con una mortalidad en torno al 15%. Es más prevalente en el sexo masculino y en pacientes con diabetes mellitus y enfermedad vascular periférica. La ecografía posee una sensibilidad y una especificidad menores que la radiografía simple o que la TC. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia son Clostridium y E. coli. La colecistectomía inmediata es el tratamiento de elección. Coledocolitiasis (CDL) (16)

Se define como la presencia de cálculos en los conductos biliares

ETIOPATOGENIA: Los cálculos de la vía biliar pueden provenir de la vesícula biliar o formarse en el conducto. En los países occidentales, el 95% de los pacientes con CDL tienen también colelitiasis. A la inversa, solo el 10- 15% de los pacientes con colelitiasis tienen una CDL concomitante. (16)

CLÍNICA: Aproximadamente el 10% de los pacientes con CDL permanecen asintomáticos durante años, pero las pruebas disponibles indican que su evolución natural no es tan benigna como en las colelitiasis asintomáticas. (16)

DIAGNÓSTICO: Pruebas de laboratorio Las alteraciones de laboratorio observadas en la CDL reflejan la dificultad para la excreción del flujo biliar y explican la elevación de los enzimas de colestasis (fosfatasa alcalina y GGT), presentes en el 94% y 91% de los pacientes, respectivamente. Cuando la obstrucción es parcial, los niveles de bilirrubina plasmática no están elevados (colestasis anictérica o disociada). (16)

No es infrecuente, sin embargo, encontrar elevaciones transitorias de la bilirrubina cuya magnitud suele ser proporcional al grado de obstrucción. No es inhabitual detectar niveles en torno a 2 y 5 mg/dl y generalmente no superiores a 12 mg/dl. Los “picos” transitorios de aminotransferasas o amilasa indican paso del cálculo del colédoco al duodeno. (16)

Pruebas de imagen. - La obstrucción de la vía biliar produce dilatación que se puede detectar mediante pruebas de imagen. Sin embargo, hay que tener en cuenta, que en pacientes que han tenido ataques recurrentes de colangitis o en aquellos en quienes la obstrucción es poco intensa o intermitente, el conducto puede no aparecer dilatado.

(16)

Ecografía abdominal: El examen con ultrasonidos es la prueba de elección para iniciar la investigación de un paciente con sospecha de CDL, aunque sólo llegan a visualizarse en el 50% de los casos. Sin embargo, su sensibilidad para detectar la dilatación del colédoco (superior a 6 mm en pacientes con vesícula y a 8 mm en colecistectomizados) es de un 75% aproximadamente. TC abdominal La TC convencional tiene mayor sensibilidad en la detección de la CDL que la ecografía (70-90%) pero su disponibilidad es menor y comporta mayor coste y radiación para el paciente. (16)

Ecoendoscopia y colangiorresonancia: Ambas tienen una sensibilidad y especificidad para detectar CDL comparables con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Su principal inconveniente es que carecen de posibilidades terapéuticas. CPRE Hoy en día, es considerada el patrón oro para el diagnóstico y tratamiento de la CDL y tiene una sensibilidad y especificidad del 95% aproximadamente. Sin embargo, la posibilidad de causar iatrogenia explica que cuando la probabilidad de CDL es baja, deban realizarse primero otros estudios menos invasivos. (16)

Colangiografía Transhepática percutánea: Se trata de una prueba en desuso, limitada a situaciones especiales. Se realiza principalmente cuando la CPRE no está disponible o no ha tenido éxito técnicamente, aunque actualmente se utiliza la ecoendoscopia para facilitar la exploración. (16)

TRATAMIENTO: La coledocolitiasis se asocia a una elevada tasa de complicaciones graves, incluso en pacientes asintomáticos por lo que se recomienda realizar tratamiento en casi todos los casos. (16)

Existen varias opciones terapéuticas que incluyen el tratamiento de disolución, las técnicas de intervención radiológicas y endoscópicas y la cirugía. La estrategia más adecuada dependerá de muchos factores: presentación clínica, comorbilidad del paciente, experiencia de los

especialistas, técnicas disponibles. CPRE terapéutica Generalmente es el tratamiento de elección. La esfinterotomía es el tratamiento que más se emplea en la CLD y tiene éxito en más del 90% de los casos. Consiste en la sección del esfínter biliar de la papila y el infundíbulo papilar. (16)

Una vez abierto, los cálculos pueden salir de forma espontánea, o bien se extraen mediante cestas de alambre o un balón de oclusión. La CPRE terapéutica presenta una tasa de mortalidad inferior al 1% y una tasa de complicaciones del 5-10%, que incluyen hemorragia digestiva, pancreatitis, colangitis y perforación retroduodenal. Su aplicación está limitada en pacientes con divertículos duodenales, en pacientes con coledocoyeyunostomía en Y de Roux, en gastrectomizados con reconstrucción tipo Billroth II y cuando existen cálculos de gran tamaño (mayores de 2 cm). (15)

VARIABLES

Variable Independiente: Colecistitis

Variable dependiente: complicaciones e incidencia

Variable Interviniente:

- Factores desencadenantes específicos
- Síntomas predominantes
- Exámenes de imagen y laboratorio realizados.
- Porcentaje de casos según procedencia.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO METODOLÓGICO

El proceso de investigación está orientado a la búsqueda de los factores de la incidencia de las complicaciones post colecistectomía en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor.

TIPO DE ESTUDIO

Investigación no experimental de tipo Observacional Descriptivo Retrospectivo.

AREA DE ESTUDIO

El proyecto de investigación se desarrollará en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor.

UNIVERSO

Se pretende realizar el estudio de investigación tomando a todas las pacientes registradas por el Hospital.

VIABILIDAD

Contando con el apoyo manifiesto de las autoridades del hospital, el soporte incondicional del tutor esta investigación es posible para beneficios futuros.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Pacientes atendidos con los criterios de investigación en las variables de correlación entorno al tema.

METODOLOGIA

Se trata de un tipo de estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes que cursaron por todas las áreas del hospital y que cumplen con la patología en tiempo y espacio establecido.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No se consideran pacientes que fueron registradas fuera del periodo de estudio.
- Pacientes que no tuvieron un diagnóstico confirmado
- Pacientes con sospecha de colecistitis sin diagnóstico previo.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TÉCNICA

Se realizará la recolección de datos a partir de los consolidados mensuales de estadísticas del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor.

INSTRUMENTOS

Consolidados mensuales

PROCEDIMIENTOS

Se procede a la investigación remota dentro del margen y tiempo establecido.

AUTORIZACIÓN

Presentación del anteproyecto y autorización del mismo para ejecutar las fases de la investigación.

Se solicita la autorización Institucional.

APOYO INSTITUCIONAL:

Dirección de estadísticas del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor

MATERIALES

Libros, folletos, cuaderno, esferos, computador, Internet, consolidados mensuales.

ASPECTOS LEGALES

El Hospital Liborio Panchana Sotomayor cuenta con procesos legales por parte del establecimiento de salud que proporciona que el paciente obtenga toda la información detallada de su cuadro clínico, todo método diagnóstico a realizarse, y más que todo con toda la sinceridad por parte del médico acerca del veredicto de su cuadro clínico con el objetivo que el paciente se mantenga informado constantemente en todo el proceso de internación. Es por ello que se le hace firmar hoja de consentimiento informado al paciente, la hoja de información del paciente que es todo lo que se le ha informado al paciente y sus familiares sobre los procesos a realizarse antes de que el paciente pase a quirófano, se lo prepara con medidas de asepsia, se le da seguridad de una cirugía segura y que como toda cirugía tiene sus complicaciones, e incluso antes del procedimiento quirúrgico el anestesiólogo y la enfermera de quirófano presente le da información al paciente acerca de sus identidades y todo el procedimiento que se le valla a realizar por parte de qué tipo de anestesia los efectos secundarios y toda complicación que podría tener para que el

paciente se mantenga informado y que el hospital se encuentre cumpliendo todos los márgenes legales.

CONFIDENCIALIDAD, BALANCE Y RIESGO

Todos los pacientes que son atendidos en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor tiene un proceso y se les garantiza proceso de confidencialidad proceso por el cual se les indica y se les garantiza atención de calidad desde que ingresa al hospital hasta el proceso de alta, todo proceso relacionado con el paciente desde la parte quirúrgica hasta la estadía del paciente en el área cumple este proceso por parte del servicio de cirugía, médicos, enfermeras e internos de las áreas respectivas, en cuanto al riesgo beneficio el médico cirujano es el encargado de proporcionarle la información al paciente sobre proceso que comprende la parte quirúrgica hasta el proceso de recuperación y que como toda cirugía segura tiene complicaciones, se le proporciona información del procedimiento a realizarse, el motivo por el cual se lo realiza, todo paciente tiene que firmar una hoja de consentimiento informado el cual también es firmada por el testigo o en cuanto a menores de edad por parte del representante legal.

El Hospital Liborio Panchana Sotomayor no cuenta con método de laparoscopia por lo que se le indica al paciente que el método para realizarse la colecistectomía es por medio de la cirugía abierta, y se les indica las complicaciones que pueden llegar a tener, ya sea por la manipulación, ya que existe mayor riesgo de infección.

OBTENCION DE L CONSENTIMIENTO INFORMADO

En cuanto a la obtención del consentimiento informado, desde el ingreso del paciente al hospital se toma medidas de seguridad, se proporciona al paciente medidas de seguridad e información de todo procedimiento a realizarse, por parte del médico encargado del paciente,

y todo médico que proporcione información acerca del cuadro clínico del paciente o diagnóstico, las encargadas de enfermería también proporcionan información al paciente sobre todo procedimiento a realizarse, obtención de muestras para exámenes en la cual tienen que tener contacto con el paciente, todo esto seguido que los pacientes deben firmar el consentimiento informado para poder realizarse todo método de para llegar al diagnóstico y tratamiento de la patología y el cuadro clínico.

PROTECCION DE POBLACION VULNERABLE

La seguridad del paciente es el componente fundamental de la atención de salud con la finalidad de reducir la probabilidad de eventos adversos resultante de la exposición al proceso de atención en el Hospital Liborio Panchana Sotomayor por parte del Ministerio de Salud Pública cuenta con el programa de protección de población vulnerable contra enfermedades, proporcionándole al paciente cualquier método de seguridad y protección contra factores de riesgo, o algún riesgo que cause daño al paciente ya sea eventos adversos que es un accidente inesperado que está relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al paciente, un evento centinela como un evento adverso que conduce a la muerte o pérdida importante de alguna función motora, fisiológica, sensitiva o fisiológica por parte de los servicios de salud , cuasi evento como una situación que podía haber causado un accidente, lesión o enfermedad en el paciente pero que no ocurrió ya sea por azar o por intervención oportuna.

La Finalidad de todas la capacitaciones que ofrece el Ministerio de Salud Pública es proporcionar servicios de calidad en buen ambiente medico con buenas infraestructuras para el cuidado continuo del paciente, facilitar el monitoreo constante, y vigilancia del paciente para prevenir riesgos de caídas, riesgo de contraer enfermedades nosocomiales, proporcionarle cuidados de su enfermedad mientras se encuentre en el hospital, con curaciones diarias, medicina continua, médicos

especializados y exámenes complementarios para un mejor manejo de su cuadro clínico. Es por ello que le Ministerio de Salud Pública se encarga de proporcionar charlas actualizadas y constantes al personal médico, personal administrativo, personal de enfermería para así actualizar los conocimientos con la finalidad de una mejor atención y cuidados de calidad al paciente.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

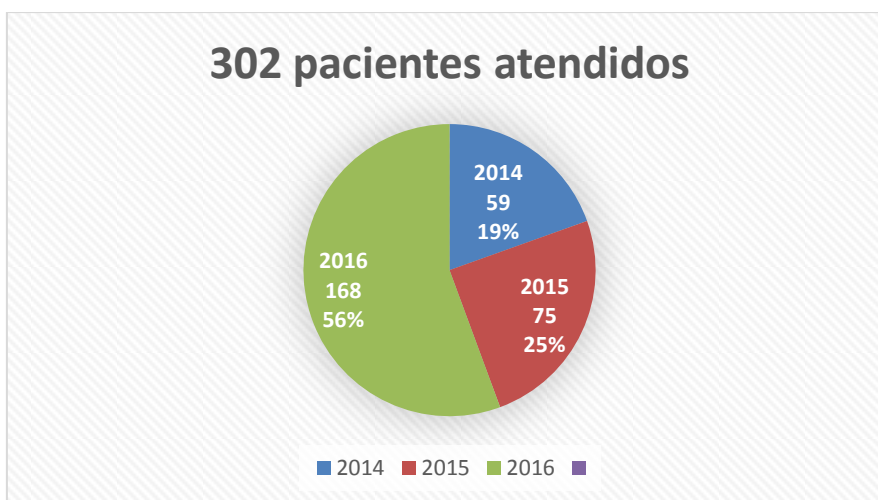
La investigación realizada esta basada en la información contenida de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados y egresados del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, periodo 2014 – 2016, la misma que será tabulada en formato Excel y se complementará con cuadros y gráficos, para cada una de las variables en el margen de investigación.

Se aplicarán las normas establecidas en todos sus sentidos con las variables y criterios que ya fueron revisados y analizados para la elaboración del presente trabajo de investigación.

GRAFICO 1. TABLA 1.

TOTAL, DE PACIENTES ATENDIDOS CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR

Se confirma el número de pacientes atendidos con diagnóstico de colecistitis durante el periodo 2014 - 2016 en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, considerando solo a aquellos pacientes a los cuales se les asigno un número de identificación clínica ya sea de ingreso o de consulta externa.



AÑO	PACIENTES	PORCENTAJE
2014	59	19%
2015	75	25%
2016	168	56%
TOTAL	302	100%

Tabla 1:
Fuente HGLPS
Elaborado por: Sandra Sig-Tú

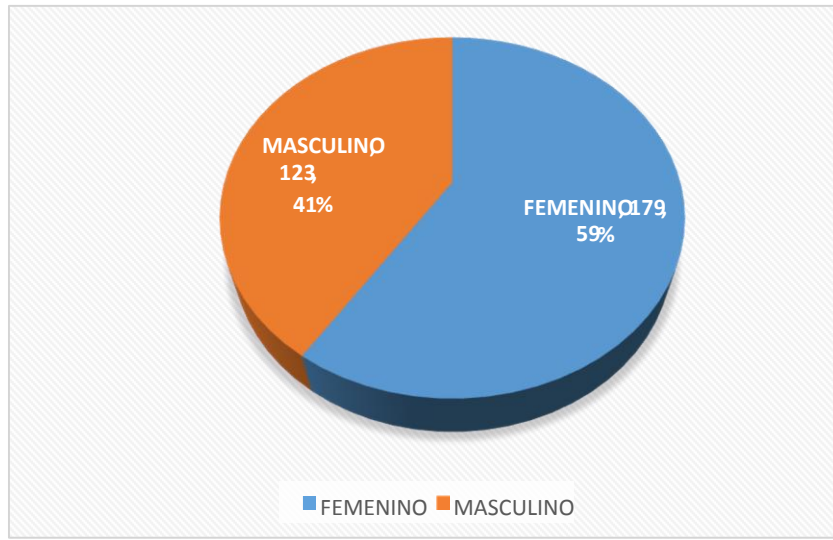
SINTESIS.

Luego de revisar los datos estadísticos y en cadenas con Excel confirmamos el número total de pacientes que fueron diagnosticados con colecistitis durante el periodo 2014 – 2016 en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor. Y tenemos un número de 302 casos, siendo mayor en el 2016 con un 56% en referencia al 2015 y al 2014.

GRAFICO 2. TABLA 2.

EN BASE A LA TABLA 1 Y TOMANDO COMO REFERENCIA EL NUMERO DE PACIENTES EN ESTUDIO, DESGLOSAMOS DE ACUERDO AL SEXO CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS EN EL CAMPO Y PERIODO DE ESTUDIO.

DE ACUERDO AL SEXO



SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	179	59%
MASCULINO	123	41%
TOTAL	302	100%

Tabla 2:
Fuente HGLPS
 Elaborado por: Sandra Sig- Tú

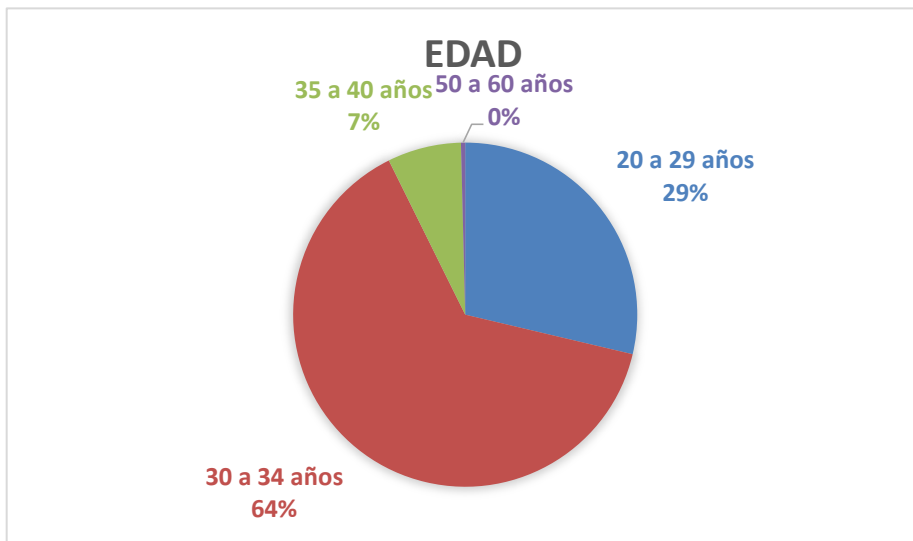
SINTESIS

De acuerdo al número total de pacientes diagnosticados con colecistitis los dividimos por sexo y confirmamos que con mayor frecuencia está el sexo femenino con un 59% en comparación con el sexo masculino con un 41%

Esta diferencia se podría explicar por cuanto la literatura refiere que el mayor porcentaje de pacientes con colelitiasis/colecistitis es del sexo femenino por ser este uno de los factores de riesgo para la formación de cálculos, además se menciona que es debido a cambios mediados por hormonas en la función motora de la vesícula y el metabolismo de los lípidos biliares.

GRAFICO 3. TABLA 3

BASANDONOS AL NUMERO TOTAL DE PACIENTES EN ESTUDIO DE 20 A 60 AÑOS, Y LOS DIVIDIMOS DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD EN EL CAMPO Y PERIODO DE ESTUDIO.



EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
20 A 29	87	29%
30 A 34	194	64%
35 A 40	21	7%
50 A 60	0	0%
TOTAL	302	100%

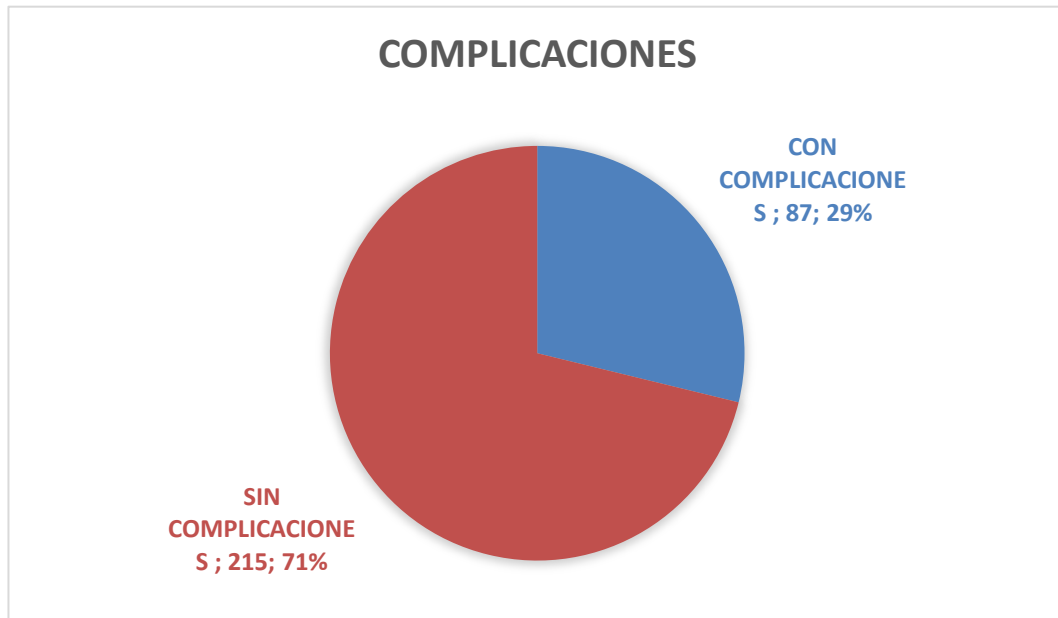
Tabla 3: Fuente
HGLPS
 Elaborado por: Sandra
 Sig- Tú

SINTESIS

Luego de revisar los datos estadísticos confirmamos que de acuerdo al grupo de edad con más alto índice fueron los de 30 a 34 años con un 64%, seguido de 20 a 29 años de edad con el 29%, y de 35 a 40 años con el 7% de los casos en estudio.

GRAFICO 4. TABLA 4

**CONFIRMAMOS EL NUMERO DE PACIENTES QUE
DESARROLLARON**



CASOS	PACIENTES	PORCENTAJE
SIN COMPLICACIONES	215	71%
COMPLICACIONES	87	29%

Tabla 4: Fuente
HGLPS
Elaborado por:
Sandra Sig- Tú

SINTESIS

Confirmamos el número y porcentaje de pacientes que desarrollaron complicaciones, y tenemos que el 71% de los casos no presentaron complicaciones, y el 29% de los pacientes presentaron complicaciones, y de estas complicaciones se encuentran las cirugías por diferentes métodos.

GRAFICO 5. CUADRO 5

Dentro de las complicaciones post quirúrgicas encontramos que en su mayor parte con un 71.19% los pacientes no presentaron ninguna clase de complicación hasta el momento que fueron dados de alta; entre las complicaciones encontradas tenemos Lesión de víscera hueca 2.98% y hemoperitoneo en 2.32%, Infección de herida 22.52%, en 0.99% se presentó Hematoma de pared.

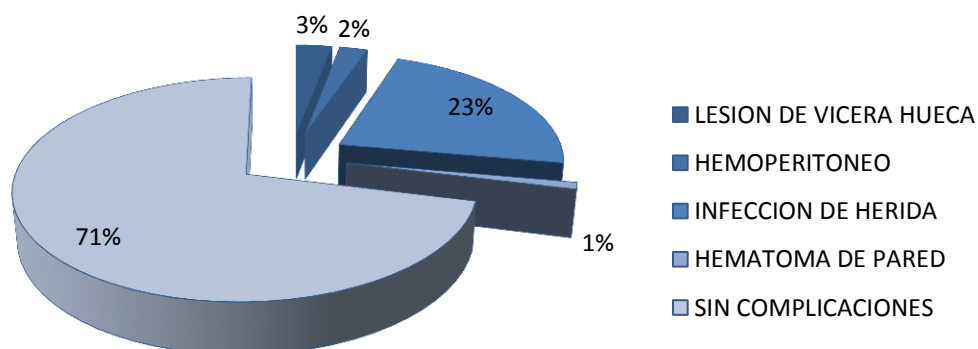
COMPLICACIONES	PACIENTES	PORCENTAJE
LESION DE VICERA HUECA	9	2.98
HEMOPERITONEO	7	2.32
INFECCION DE HERIDA	68	22.52
HEMATOMA DE PARED	3	0.99
SIN COMPLICACIONES	215	71.19
TOTAL	302	100

Tabla 5: Fuente HGLPS

Elaborado por: Sandra

Sig- Tú

COMPLICACIONES POST-COLECISTECTOMIA



CUADRO 2

Dentro de los 302 pacientes que fueron operados por colecistitis, 215 pacientes se efectuó el cierre de la piel con puntos de sutura colchonero y suizo independientemente de la edad, la raza, el sexo y el índice de masa corporal demostrando que estas poblaciones de paciente no presentaron ninguna complicación posquirúrgica al

momento de la cicatrización de la herida, a diferencia que en 87 pacientes se efectuó el cierre de piel con sutura intradérmica el cual 67 pacientes no demostraron ninguna complicación al momento de la cicatrización con la diferencia que estos pacientes tenían un índice de masa corporal dentro de los parámetros normales, los 20 pacientes restantes a los que se les efectuó colecistectomía demostraron complicación en la sutura de la herida ya que estas cerraron por segunda intención lo que tenían en común estos pacientes es que tenían un índice masa corporal aumentado más un tejido adiposo por encima de los parámetros normales, de los 20 pacientes a 7 pacientes se les tuvo que efectuar una nueva sutura con de

tipo colchonero para que cierre con más firmeza y tenga una mejor tensión la sutura y así evitar complicaciones a futuro.

SUTURAS	PACIENTES	PORCENTAJE
SIN COMPLICACIONES EN LA SUTURA	67	77.01
CON COMPLICACIONES EN LA SUTURA	20	22.9
TOTAL	87	100 %
<i>Tabla 6: Fuente HGLPS</i> Elaborado por: Sandra Sig-Tú		

DISCUSION

Entre el año 2015 y 2016 en el HGLPS se demostró que existe un alto porcentaje de pacientes que acuden por emergencia con dolor abdominal agudo, de estos pacientes se pudo demostrar en este proyecto de tesis que 302 pacientes ingresaron con diagnóstico de colecistitis aguda por ecografía el cual se los programo para colecistectomía, en el HGLPS la colecistectomía abierta es el método elección para el tratamiento de la colecistitis siendo uno de los métodos más usados a nivel de Latinoamérica, con este proyecto de investigación consiste en determinar las complicaciones posquirúrgicas de colecistectomía el cual se pudo demostrar que de los 302 pacientes atendidos y tratados en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, el 59% de los pacientes eran de sexo femenino y el 41% de sexo masculino, el cual queda claro que la prevalencia en cuanto el sexo es más común encontrar colecistitis en mujeres que en hombres, el cual tiene cierto grado de certeza ya que en las mujeres es más común por el cambio hormonal natural del cuerpo humano que hace que la bilis e forme más espesa de lo normal, independiente del sexo se comprobó que la edad media para la aparición de colecistitis es entre los 30 y 34 años de edad en el Hospital General Liborio Pancha Sotomayor.

De los 302 pacientes diagnosticados con colecistitis el cual se les desarrollo colecistectomías, 215 pacientes no presentaron ninguna complicación posquirúrgica posterior a la realización de este procedimiento, en cambio 87 pacientes si desarrollaron complicaciones post-quirúrgicas que fue el 29% el cual se representa por tipo de complicación siendo las frecuente la infección de herida en 22.52% que fue por mala asepsia, por índice masa corporal del paciente, por una inadecuada dieta del paciente el cual promueve a la mala cicatrización del sitio de la herida, otra muy común en estos pacientes es que los paciente no siguieron un debido control ya que no mantuvieron un buen reposo, en segundo lugar está la lesión de visera hueca en un 2.98%, en tercer lugar

el hemoperitoneo en un 2.32% que se da principalmente por que no se ligan los vasos con el electro bisturí y se cierra la herida dejando algún vaso sangrando, y en último lugar hematoma de pared en un 0.99% por el exceso de grasa corporal en los pacientes.

Otra de las complicaciones que se presentó en estos pacientes fue por el tipo de sutura que se desarrolló el cual es dependiente de cada cirujano que la realice, está demostrado que la sutura es un pilar fundamental para la cicatrización de la herida de los 302 pacientes que fue el total de los pacientes a los que se les realizó colecistectomías 215 no presentaron ninguna complicación ya que a estos se les realizó el cierre de piel con colchonero y suizo que es un tipo de sutura que brinda más firmeza y tensión a la sutura, en cambio 87 pacientes que se les desarrolló sutura intradérmica no desarrollaron complicaciones ya que tuvieron en común que eran pacientes de contextura delgada con poco tejido adiposo el cual la cicatrización de la herida es más rápida y limpia dejando a la luz ninguna, está comprobado que este tipo de sutura está indicado en pacientes de contextura delegada y que tiene poco tejido adiposo y más aún en personas que se realizan por primera una cirugía dependientemente de los factores antes mencionados,

De estos 87 pacientes hubieron 20 pacientes que si desarrollaron complicaciones posquirúrgica en el cierre de herida, ya que en estos pacientes la herida cerro por segunda intención, lo que tenían en común estos pacientes es que tenían un índice masa corporal aumentado más un tejido adiposo por encima de los parámetros normales, de los 20 pacientes a 7 pacientes se les tuvo que efectuar una nueva sutura con de tipo colchonero para que cierre con más firmeza y tenga una mejor tensión la sutura y así evitar complicaciones a futuro.

CAPITULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

Luego de consumir el presente trabajo de investigación, concluimos que el número total de pacientes con diagnóstico de colecistitis dentro del campo, espacio y edad fue de 302 casos confirmados.

Que predomina más en el sexo femenino con un 59 % y en cuanto a la edad revisamos que el mayor grupo fue entre las edades de 30 a 34 años de edad.

De acuerdo a las complicaciones tenemos que el 71% de los casos en estudio tuvieron algún tipo de complicación en la que entran los diferentes métodos de cirugías.

RECOMENDACIONES

- Continuar investigaciones sobre los factores de riesgo para colecistitis en nuestro medio para mejorar la atención médica y en base a estos prevenir las complicaciones que pueden terminar en cirugía.
- Que el personal de salud que está frente a este problema de salud pública, y de sus complicaciones, tenga mejor conocimiento de los factores de riesgo más importantes dentro del grupo en cuanto a la edad y sexo que mayor frecuencia presentan colecistitis.

- Que el nivel de educación en salud aumente especialmente en áreas rurales por medio de un trabajo en equipo por parte del personal de salud y así fomentar la información mediante un plan educacional.

CAPITULO VI.

PROPUESTA

- Reforzar la información sobre colecistitis, sus complicaciones y los factores de riesgo que desencadenan esta patología.
- Seguimiento exhaustivo a aquellos pacientes que ya tuvieron algún antecedente anterior con el fin de evitar complicaciones.
- Incentivar sobre la alimentación y la importancia del ejercicio físico ya que el sedentarismo cumple con un importante factor de riesgo a la igual que la obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velázquez Mendoza JD, Villagrán Murillo FJ, González Ojeda A. Colectomía por minilaparotomía versus laparoscópica. Resultados de un ensayo clínico controlado. *Cir Cir.* 2012 ; 80 (2): 115-21.
2. López Espinosa G, Zavalza González JF, Paipilla Monrroy O, Lee Rojo S. Colectomías laparoscópicas realizadas en Unidad de Cirugía Ambulatoria. *Cir Gen.* 2011 ; 33 (2): 104-10.
3. Simón Rodríguez L, Sánchez Portela C, Acosta González L, Sosa Hernández R. Costes: colectomía laparoscópica frente a colectomía convencional. *Rev Cubana Cir [revista en Internet].* 2006 [cited 23 Feb 2014] ; 45 (3-4): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300005.
- 4.
5. Ibañez L, Escalona A, Devaud N, Montero P, Ramírez E, Pimentel F, et al. Colectomía laparoscópica: Experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Cir [revista en Internet].* 2007 [cited 23 Feb 2014] ; 59 (1): [aprox. 11p]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0718-40262007000100004.
6. Castillo Angulo Lizzeth D. Complicaciones posquirúrgicas de colectomía laparoscópica versus colectomía abierta en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeralda que comprende enero de 2009 a enero de 2010 [Tesis de Grado previo a la obtención del Título de Médico Cirujano]. Manta: ULEAM; 2011. [cited 23 Ene 2014] Available from: <http://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/26000/1186/1/T-ULEAM-16-0056.pdf>.
7. Arroyo González C, Martínez Ordaz JL, Blanco Benavides R. Morbilidad y mortalidad operatoria posterior a colectomía abierta en pacientes con y sin sobrepeso. *Cirugía y Cirujanos.* 2008 ; 76 (5): 391-4.

8. AMARAPURKAR DN, AMARAPURKAR AD. Extrahepatic manifestations of viral hepatitis. *Ann Hepatol* 2012;1(4):192-5.
9. BASAR O, KISACIK B, BOZDOGAN E, YOLCU OF, ERTUGRUL I, KOKLU S. An unusual cause of acalculous cholecystitis during pregnancy: hepatitis A virus. *Dig Dis Sci* 2013;50:1532.

10. VAIDYA P, KADAM C. Hepatitis A: an unusual presentation. *Indian Pediatr* 2012; 40:910-1.

11. OZARAS R, MERT A, YILMAZ MH, CELIK AD, TABAK F, BILIR M, et al. Acute viral cholecystitis due to hepatitis A virus infection. *J Clin Gastroenterol.* 2013; 37:79-81.

12. SOUZA LJ, BRAGA LC, ROCHANDE S, TAVARES RR. Acute acalculous cholecystitis in a teenager with hepatitis a virus infection: a case report. *Braz J Infect Dis* 2011; 13(1):74-6.

13. MELERO FERRER JL, ORTUÑO CORTÉS J, NEVÁREZ HEREDIA A. Acute acalculous cholecystitis associated with acute hepatitis A virus infection. *Gastroenterol Hepatol* 2011; 31(7):433-5.

14. KOFF RS. Immunologically mediated extra hepatic manifestations of viral hepatitis. In: Krawitt EL, Wisner RH Eds. *Autoimmune liver diseases*. New York: Raven press, 2013: 233-245.

15. LISNEY, AA. La hepatitis infecciosa en Leicestershire: Una encuesta de 1062 casos. *Actas R Soc Med* 2012; 37: 165. 32

16. JOSHI, RA, PROBSTERIN, JG, BLUMENTHAL, HT. A survey of experiences with three hundred clinical and one hundred and eight autopsy cases of acute pancreatitis. *Am Surg* 2012; 23: 24.

17. MISHRA A, SAIGAL S, SARIN SK. Acute pancreatitis associated with viral hepatitis: a report of six cases with review of literature. *Am J Gastroenterology* 2011; 94 (8): 2292-5.
18. GARTY BZ, KANNER D, DANON YL. Pancreatitis associated with hepatitis A viral infection. *J Pediatr* 2010; 127: 669
19. DAVIS TV, KEEFFE EB. Acute pancreatitis associated with acute hepatitis A. *Am J Gastroenterol* 2011 Nov; 87(11):1648-50.
20. PRUNET B, PONS F, PONS S, D'ARANDA E, LACROIX G. Fatal fulminant viral hepatitis A complicated by acute pancreatitis. *Med Mal Infect* 2010; 40(12):721-3.
21. TSUI CY, BURCH GE, HARB JM. Pancreatitis in mice infected with Coxsackie virus B1. *Arch Pathol* 2011;93: 379-89
22. BASARANOGLU M, BALCI NC, KLOR HU. Gallbladder sludge and acute pancreatitis induced by acute hepatitis A. *Pancreatology* 2011; 6(1-2):141-4.
23. CARRILHO FJ, MENDES CLEMENTE C, SILVA LC. Epidemiology of hepatitis A and E virus infection in Brazil. *Gastroenterol Hepatol* 2012; 28:118-25.

ANEXOS:



GUAYAQUIL 19 DE OCTUBRE DEL 2016

SR. DR. PEDRO BARBERÁN TORRES.

**DECANO FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO.
SAMBORONDON.**

DE MIS CONSIDERACIONES:

YO SANDRA BEATRIZ SIG-TÚ BURGOS PORTADORA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD # 1205890161, ESTUDIANTE DE 6TO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA FACULTAD "ENRIQUE ORTEGA MOREIRA" DE CIENCIAS MÉDICAS CON CÓDIGO # 2009100184 ENTREGO A USTED LA FICHA TÉCNICA PARA LA PRESENTACIÓN DE MI TEMA PARA EL DESARROLLO DE MI TRABAJO DE TITULACIÓN CUYO TEMA ES: **"INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016"** EL CUAL TIENE COMO PROPÓSITO CONOCER LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POS COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS EN EL HGLPS EN EL TIEMPO QUE LLEVO COMO INTERNA DE ESTE PRESTIGIOSO HOSPITAL HE PODIDO DETERMINAR QUE ESTA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ES MUY FRECUENTE EL CUAL CON MI PROYECTO DE INVESTIGACIÓN QUIERO LLEGAR A CONOCER CUÁL ES Y DETERMINAR OTROS FACTORES QUE SE ASOCIEN A LA APARICIÓN DE ESTAS COMPLICACIONES.

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITO A USTED SE SIRVA DAR TRÁMITE A LA REVISIÓN DE MI FICHA TÉCNICA ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD ENRIQUE ORTEGA MOREIRA DE CIENCIAS MÉDICAS. EL TEMA A DESARROLLAR TIENE UNA ALTA IMPORTANCIA YA QUE NO EXISTE UN TEMA DE ESTUDIO EN EL HGLPS QUE DETERMINE ESTOS RESULTADOS.

DE USTED MUY ATENTAMENTE.

SANDRA SIG-TÚ BURGOS
C.I.#.1205890161



Ministerio
de **Salud Pública**

CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

GUAYAQUIL 19 DE OCTUBRE DEL 2016

SEÑOR
DR. PEDRO BARBERÁN TORRES.
DECANO

PRESENTE.

DE MI CONSIDERACIÓN

YO: DR. **DARWIN GARCIA MACIAS**, PORTADOR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD N.- 2000057022, MÉDICO CIRUJANO DEL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA, ME COMPROMETO A SER EL TUTOR DE TESIS DE LA ALUMNA: **SANDRA BEATRIZ SIG-TÚ BURGOS** CON CI: 1205890161 Y CON CÓDIGO ESTUDIANTIL 2009100184, CON EL SIGUIENTE TEMA DE TESIS:

“INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016”

PRESENTADO POR LA ALUMNA EGRESADA DE LA CARRERA DE MEDICINA.

SEGURO DE CONTAR CON SU APROBACIÓN, ME SUSCRIBO AGRADECIÉNDOLE

ATENTAMENTE,

Hospital General Dr. Liborio Panchana S.
Darwin García Macías
MÉDICO ESPECIALISTA
EN CIRUGÍA GENERAL
REGISTRO No. 2800057022

DR. DARWIN GARCIA MACIAS
Ci: 2000057022
MEDICO CIRUJANO DEL HGLPS



Ministerio
de **Salud Pública**

CERTIFICADO DEL TUTOR

YO: **DR. DARWIN GARCIA MACIAS** EN CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TEMA:

“INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016”

PRESENTADO POR LA EGRESADA: **SANDRA BEATRIZ SIG-TÚ BURGOS** DE LA CARRERA DE MEDICINA.

CERTIFICO QUE EL TRABAJO HA SIDO REVISADO DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y REÚNEN LOS CRITERIOS CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS DE UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, ASÍ COMO LOS REQUISITOS Y MÉRITOS SUFICIENTES PARA SER SOMETIDO A LA EVALUACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR DESIGNADO POR EL H. CONSEJO DE FACULTAD “ENRIQUE ORTEGA MOREIRA” DE CIENCIAS MÉDICAS, ESCUELA DE MEDICINA, DE LA UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES “ESPIRITU SANTO”.

EL TRABAJO FUE REALIZADO DURANTE EL PERÍODO DE OCTUBRE DEL 2016 A JULIO DEL 2017 EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

Hospital General "Dr. Liberio Panchana S.
Darwin García Macías
MÉDICO ESPECIALISTA
EN CIRUGÍA GENERAL
REGISTRO No. 2800057022

DR. DARWIN GARCIA MACIAS
Ci: 2000057022
MEDICO CIRUJANO DEL HGLPS

GUAYAQUIL 19 DE OCTUBRE DEL 2016


DRA. YUMI FERNÁNDEZ

JEFE DE DOCENCIA
HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR

YO, **SIG-TÚ BURGOS SANDRA BEATRIZ** CON NUMERO DE CEDULA 1205890161 INTERNO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO, POR MEDIO DE LA PRESENTE RECIBA UN CORDIAL SALUDO, EL MOTIVO DE LA MISMA ES ACCEDER A LOS ARCHIVOS ESTADÍSTICOS TANTO DIGITALES COMO FÍSICOS PARA ASÍ PODER REALIZAR EL TRABAJO DE TITULACIÓN CON EL TÍTULO DE "INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016"

AGRADEZCO DE ANTEMANO SU ATENCIÓN BRINDADA A LA PRESENTE

ATENTAMENTE:



SANDRA SIG-TÚ BURGOS
C.I #.1205890161

CC. DOCENCIA

CC: ING. SUSANA GONZALES (ESTADÍSTICA)

Santa Elena 15 de julio del 2017

Sr.

Doctor

Pedro Barberan Torres

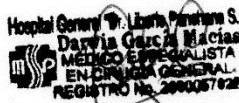
Decano de la facultad de ciencias medicas

Universidad Espíritu Santo

Presente. _

Yo, Dr. Darwin García Macías en calidad de tutor de trabajo de grado de la Srta. Sandra Beatriz Sig-Tú Burgos estudiante de 6to año de la carrera de medicina con código estudiantil 2009100184, certifico que se ha procedido a la revisión de los contenidos teóricos, diseño metodológico, ortografía, redacción y referencias bibliográficas, del anteproyecto de trabajo de grado, tema **"INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016"** previo a la obtención de título médico.

Certifico esto para fines permitentes.



DR. DARWIN GARCIA MACIAS
CI: 2000057022
MEDICO CIRUJANO DEL HGLPS

Sr.
Doctor
Pedro Barberan Torres
Decano de la facultad de ciencias medicas
Universidad Espíritu Santo
Presente. =

Yo, Dr. Darwin García Macías en calidad de tutor certifico que se ha procedido en calidad de tutor a la revisión de los contenidos teóricos, diseño metodológico, ortografía, redacción y referencias bibliográficas, del protocolo de tesis **"INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016.** Realizado por la estudiante Sandra Beatriz Sig-Tú Burgos estudiante con código estudiantil 2009100184.

Considero que es un poderoso aporte para el campo de la medicina por lo que solicito muy comedidamente a la comisión de asesoría de trabajos de investigación que permita el trámite respectivo de inscripción del protocolo en los registros establecidos por la comisión.

Hospital General Dr. Liborio Panchana S.
Darwin García Macías
MEDICO ESPECIALISTA
EN CIRUJIA GENERAL
REGISTRO No. 2000057022

DR. DARWIN GARCIA MACIAS
CI: 2000057022
MEDICO CIRUJANO DEL HGLPS



UNIVERSIDAD ESPÍRITU SANTO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA: MEDICINA
CONTROL DE ASESORIA DE LOS TUTORES AL TRABAJO DE TITULACION

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: SANDRA SIG-TÚ BURGOS

NOMBRE DEL TUTOR: DARWIN GARCIA MACIAS

TRABAJO DE TITULACION: INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL
2014 A DICIEMBRE DEL 2016

TIPO DE TRABAJO DE TITULACION: Independiente

Aplicativo

FECHA (DD/MM/AA)	LUGAR	HORA INICIO	HORA FINAL	TEMAS TRATADOS	OBSERVACIONES	FIRMA EGRESADO	FIRMA TUTOR
18/01/17	HGLPS	14:25	16:00	MODIFICACION DEL MARCO TEORICO DE TESIS		Sandra sig-tú	Darwin Garcia
22/02/17	HGLPS	15:00	16:00	CONTROL DE BIBLIOGRAFIAS		Sandra sig-tú	Darwin Garcia
28/02/17	HGLPS	15:16	17:00	MODIFICACION DE MARCO TEORICO		Sandra sig-tú	Darwin Garcia
7/03/17	HGLPS	16:00	17:30	MODIFICACION DEL MARCO TEORICO		Sandra sig-tú	Darwin Garcia
15/03/17	HGLPS	16:30	17:30	MODIFICACION DEL MARCO TEORICO		Sandra sig-tú	Darwin Garcia

12/04/17	HGLPS	14:00	17:00	RESULTADOS DEL PROYECTO DE TESIS	VERIFICACION DE NUMERO DE PACIENTES	Sandra hq h	Olivia Quere
4/05/17	HGLPS	16:30	18:00	RESULTADOS PROYECTO DE TESIS	METODOS DE EXCLUSION DE PACIENTES NO INGRESAN EN EL PROTOCOLO	Sandra hq h	Olivia Quere
12/05/17	HGLPS	16:30	18:30	RESULTADOS PROYECTO DE TESIS	VERIFICACION DE ESTADIA DE PACIENTES EN SALA DE HOSPITALIZACION	Sandra hq h	Olivia Quere
16/05/17	HGLPS	16:30	18:00	RESULTADOS DE PROYECTO DE TESIS	VERIFICACION DE MATERIAL DE SUTURA E INSICION	Sandra hq h	Olivia Quere
23/05/17	HGLPS	16:30	18:00	RESULTADOS DE PROYECTO DE TESIS	VERIFICAR SI PACIENTES PRESENTARON COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS	Sandra hq h	Olivia Quere
7/06/17	HGLPS	16:30	18:30	RESULTADOS DE PROYECTO DE TESIS	VERIFICAR PACIENTES QUE PRESENTARON DRENES POSTERIOR A COLECISTECTOMIA	Sandra hq h	Olivia Quere
27/06/17	HGLPS	16:00	19:00	REALIZACION DE TABLAS DE INCIDENCIA		Sandra hq h	Olivia Quere
10/07/17	HGLPS	16:30	19:30	COMPLEMENTARIOS DEL PROYECTO DE TESIS		Sandra hq h	Olivia Quere
11/07/17	HGLPS	16:00	17:30	MODIFICACION DE DEDICATORIA, CONCLUSIONES		Sandra hq h	Olivia Quere

Dr. Darwin García Macías
MEDICO ESPECIALISTA
EN CIRUGIA GENERAL

14/07/17	HGLPS	16:00	18:30	ARREGLOS FINALES DE PROYECTO DE TESIS	<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>
----------	-------	-------	-------	---------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

FIRMA TUTOR:

[Handwritten Signature]
Dr. Darwin García Macías
MEDICO ESPECIALISTA
EN CIRUGIA GENERAL

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	UNIDAD OPERATIVA HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR	COD. UD	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
			PROVINCIA SANTA ELENA	CANTÓN SANTA ELENA	PEDRÓN SANTA ELENA		

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	EDAD	EDAD	FECHA	HORA

1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO

DECLARO QUE NINGUN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA

AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTO, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CLÍNICOS PROPUESTOS Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE

AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ÓRGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO

AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE

ÓRGANOS DONADOS	NOMBRE DE LOS RECEPTORES

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA

AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADAVER DEL FALLECIDO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR		PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA		
			SANTA ELENA	SANTA ELENA	SANTA ELENA		

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARA EN EL AMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD

1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO				
PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				
PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTO PROPUUESTO			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA				
PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTO PROPUUESTO			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE		FIRMA DEL PACIENTE
A. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACIDORAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD.		
B. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD.		
C. CONSENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD.		
D. CONSENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA.		
E. HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS.		
F. HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO.		
G. EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIRSIDA).		
H. HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.		
I. DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y VERDADERA SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.		

5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL				
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGUN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CEDELA DE CIUDADANÍA	FIRMA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Versión: 1
 Código: DNCSS-MSP-003
 Fecha: 01/08/2016

establecimiento de salud : _____ b. Unicódigo : _____ c. Fecha: _____
 nombre del paciente : _____ e. Edad : _____
 n° de Historia Clínica única: _____ g. N° Quirófano : _____
 procedimiento : _____

ENTRADA (Antes de la inducción de la anestesia)	PAUSA QUIRÚRGICA (Antes de la incisión cutánea)	SALIDA (Antes de que el paciente salga del quirófano)
<p>paciente ha confirmado:</p> <p>Identidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Procedimiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Consentimiento verbal y escrito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Delimitación del sitio quirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico</p> <p>Equipo de intubación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Equipo de aspiración de la vía aérea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sistema de ventilación</p> <p>Oxígeno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fármacos inhalados <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Medicación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Esfigmomanómetro colocado en el paciente y funcionando</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Capnógrafo colocado y funcionando</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Tiene el paciente alergias conocidas</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuáles _____</p> <p>Vía aérea difícil/riesgo de aspiración</p> <p><input type="checkbox"/> SI, y hay instrumental y equipos disponibles</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)</p> <p><input type="checkbox"/> SI, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> SI</p> <p><input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> NO APLICA</p>	<p>Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:</p> <p>Identidad del paciente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Procedimiento (lateralidad) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Previsión de eventos críticos</p> <p>El cirujano expresa:</p> <p>Duración del procedimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Pérdida prevista de sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El anestesiólogo expresa algún problema específico</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:</p> <p>Esterilidad (con resultado de Indicadores e integradores químicos internos y externos) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Recuento INICIAL de material blanco e Instrumental quirúrgico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p> <p>Dispone de imágenes diagnósticas esenciales Para el procedimiento quirúrgico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/></p>	<p>El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:</p> <p>El recuento FINAL de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) este completo:</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Hubo necesidad de empaquetar al paciente</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Registre el número de compresas _____</p> <p>Nombre del procedimiento realizado _____</p> <p>Clasificación de la herida</p> <p>Limpia <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/></p> <p>Limpia-contaminada <input type="checkbox"/> Sucia <input type="checkbox"/></p> <p>Toma de muestras</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha)</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Identifique el tipo de muestra a enviar</p> <p>Citoquímico <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cultivos <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Anatomopatológico <input type="checkbox"/> N° _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Otros: _____</p> <p>Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Cuáles: _____</p> <p>El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente.</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
<p>Firma y sello</p> <p>Nombre completo de la persona responsable de la lista de verificación</p>	<p>Firma y sello</p> <p>Nombre del cirujano</p>	<p>Firma y sello</p> <p>Nombre completo del anestesiólogo</p>

Guayaquil 19 de octubre del 2016

Dra. Yummy Fernández Vélez

Jefe de docencia

Hospital general Liborio Panchana Sotomayor

Yo, Sig-Tú Burgos Sandra Beatriz con número de cedula 1205890161 interno de medicina de la Universidad de especialidades espíritu santo, por medio de la presente reciba un cordial saludo, el motivo de la misma es acceder a los archivos estadísticos tanto digitales como físicos para así poder realizar el trabajo de titulación con el título de "Incidencia de complicaciones pos colecistectomía en pacientes de 20 a 60 años atendidos en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor en el periodo de diciembre del 2014 a diciembre del 2016"


Agradezco de antemano su atención brindada a la presente

Atentamente

Sandra hg +VB
Sandra Sig-Tú Burgos

1205890161

*Admissiones
Por favor de facilidades para
recibir información o la interna
para acceder archivos estadísticos
para su trabajo de titulación
19-October-2016.
14:00.
*[Signature]**

 Hospital General
"Dr. Liborio Panchana Sotomayor"

RECIBIDO

Recibe *En Quince*
Fecha *19-Oct-2016* Hora *14:00*

CROMOGRAMA DE ACTIVIDADES “DIAGRAMA DE GANT”

NOMBRE: SANDRA BEATRIZ SIG-TÙ BURGOS

TUTOR: DR. DARWIN GARCIA MACIAS

TEMA: INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POST COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES DE 20 A 60 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA EN EL PERIODO DE DICIEMBRE DEL 2014 A DICIEMBRE DEL 2016”.

	2016							2017								
ACTIVIDADES	JUNIO	JUL	AGOST	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	ENERO	FEB.	MAR.	ABRIL.	MAYO	JUNO	JUL	AGO	SEP
SELECCIÓN DE TEMA DE TESIS	■	■														
SOLICITUD PARA APROBACION DEL TEMA DE TESIS		■														
CURSO SOBRE METODOLOGIA DE TESIS “UEES”			■													
ELABORACION DEL ANTEPROYECTO				■	■	■	■									
ENTREGA PARA APROBACION DE ANTEPROYECTO								■								
REVISION DE ANTEPROYECTO POR DOCENTE								■	■							
AJUSTES DEL ANTEPROYECTO POR ESTUDIANTES										■						

ETAPA PARA CAMBIOS TUTOR, TEMA																
ENTREGA DE DOCUMENTOS FINALES DEL ANTEPROYECTO																
ELABORACION DEL MARCO TEORICO																
CONTROL DE BIBLIOGRAFIAS																
MODIFICACION DEL MARCO TEORICO																
TABULACION DE RESULTADOS DEL PROYECTO																
TABLAS DE INCIDENCIA																
COMPLEMENTARIOS																
DEDICATORIA, CONCLUSIONES, GLOSARIO, AJUSTES FINALES																
ENTREGA DEL BORRADOR FINAL																
REVISION DE TESIS POR DOCENTES																
ENTREGA DE TESIS FINAL Y ARTICULO CIENTIFICO																
ENTREGA DE																

DOCUMENTOS FINALES 48 HORAS PREVIO A SUSTENTACION																	
SUSTENTACION DE TESIS FINAL																	

