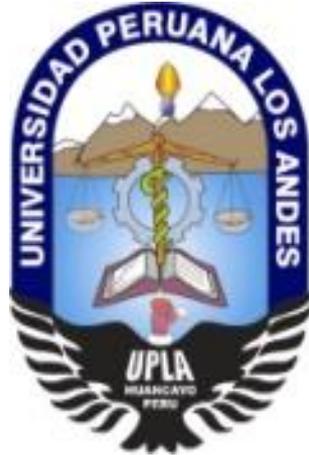


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



PREVALENCIA DE COMPLICACIONES
POSTOPERATORIAS POR COLECISTECTOMÍA
CONVENCIONAL EN EL HRDCQDAC-MINSA-
HUANCAYO, AÑO 2017.

PARA OPTAR EL TITULO DE: MEDICO CIRUJANO

AUTOR : Bach. BRAÑEZ BALTAZAR, Carlos Vicente

ASESOR : Dr. BASTIDAS PARRAGA Gustavo

LINEA DE INVESTIGACION INSTITUCIONAL: SALUD Y
GESTIÓN DE LA SALUD.

LINEA DE INVESTIGACION DE LA ESCUELA PROFESIONAL
DE MEDICINA HUMANA: PATOLOGIA MEDICO-QUIRUGICA.

FECHA DE INICIO Y CULMINACION DE INVESTIGACION:
ENE-JUN2017.

HUANCAYO – PERÚ
MARZO- 2019

DEDICATORIA

A mi Madre y Padre, porque son mis máximos orgullos, sus esfuerzos y apoyo incondicional fue mi mejor ejemplo y su amor ilimitado mi mayor aliento.

A mi novia por darme su amor incondicional e infinito, apoyo y enseñanzas, ser mi orgullo de ser médico.

A mis hermanos, por sus gran amor que me tienen hacia mí, pero por sobre todo por creer en mi hasta el día de hoy.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a cada uno de los maestros, quienes con su experiencia, tiempo, dedicación y conocimientos enriquecieron mi formación.

De manera particular agradezco al personal de salud y los pacientes que con su participación me permitieron realizar el presente trabajo, el cual contribuirá a conocer la presente tesis.

Y agradecimiento al Dr. Gustavo Bastidas Parraga, por confiar en este trabajo, por su dedicación y disposición de asesorarme, y quien se convirtió en una fuente de admiración y ejemplo a seguir.

PRESENTACIÓN

El presente Investigación de Tesis sobre PREVALENCIA DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL EN EL HRDCQDAC-MINSA-HUANCAYO, que tiene como fin la determinación la investigación descriptiva en razón a la prevalencia de las complicaciones post operatorias.

La Colecistectomía convencional, como manejo quirúrgico en pacientes con Coleciscistitis aguda y/o crónica, se va reduciendo en su empleo como primera opción de resolución del problema, por lo que se ve con más frecuencia Complicaciones Post operatorias a diferencia de la COLELAP, dentro del presente estudio enmarcaremos las complicaciones postoperatorias presentes en el grupo de estudio por recopilación de datos de los pacientes por colecistectomía realizadas en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la ciudad de Huancayo.

La colecistectomía convencional o cirugía abierta es una de las alternativas ente el manejo eficaz para el tratamiento quirúrgico en la terapéutica de la colelitiasis sintomática a pesar de las nuevas actualizaciones en el manejo quirúrgico de esta, se continúa con este manejo por su experiencia y destreza de los especialistas siendo una opción en una situación de emergencia. Las evidencias en la actualidad de muestra y justifica que la técnica de colecistectomía convencional como parte de la compilación de los especialistas en cirugía abdominal y la decisión

de cuál técnica realizar dependerá de la disponibilidad de recursos administrativos y del criterio del cirujano. ¹

La Colelitiasis o cálculos en la vesícula biliar, se conoce e identificó que hace más de 2 000 años, como una enfermedad recurrente, y que durante el transcurso de los tiempos se hacía más característica por su inexacto tratamiento y su elevada alta tasa de morbimortalidad. ⁴

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
PRESENTACIÓN.....	iv
CONTENIDO DE TABLAS	x
CONTENIDO DE IMÁGENES	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPITULO I	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	14
1.2. Delimitación del problema.....	16
1.3. Formulación del problema	17
1.3.1. Problema general.....	17
1.3.2. Problema Específico.	17
1.4. Justificación.	17
1.4.1. Social.....	17
1.4.2. Teórica	18
1.4.3. Metodológica	19
1.5. Objetivos	19
1.5.1. Objetivo General	19

1.5.2. Objetivo Especifico.....	19
CAPITULO II	21
MARCO TEÓRICO.	21
2.1 Antecedentes (internacionales y nacionales)	21
2.2 Bases teóricas.....	26
2.3. Marco conceptual.....	46
CAPITULO III	49
HIPÓTESIS	49
3.1. Hipótesis general.....	49
3.2. Hipótesis específica.	49
3.3. Variables	49
CAPITULO IV	51
METODOLOGIA	51
4.1. Método de investigación	51
4.2. Tipo de investigación	51
4.3. Nivel de investigación.....	51
4.4. Diseño de investigación	51
4.5. Población y muestra.....	51
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	52
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	53
4.8. Aspectos éticos de la investigación.....	53

CAPITULO V	54
5.1. Descripción de resultados.	54
5.2. Contrastación de hipótesis.	56
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	62
ANEXOS	68
ANEXO 1	69
Matriz de consistencia.....	69
ANEXO 2	71
Matriz de Operacionalizacion de variables	71
ANEXO 3	72
Matriz de Operacionalizacion de instrumento	72
ANEXO 4	73
Instrumento de investigación y constancia de aplicación	73
ANEXO 5	74
Validación de instrumento: confiabilidad	74
ANEXO 6	76
La data de procesamiento de datos	76
ANEXO 7	80

Paneux fotogrfico de aplicaci3n de instrumento	80
---	----

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1: Complicaciones post operatorias en pacientes operados por colecistectomía convencional según edad en el HRDCQ MINSA Huancayo 2017	55
Tabla 2: Complicaciones post operatorias en pacientes operados por colecistectomía convencional según sexo en el HRDCQ MINSA Huancayo 2017	55
Tabla 3: Complicaciones post operatorias en pacientes operados por colecistectomía convencional según Clasificación Clavien Dindo en el HRDCQ MINSA Huancayo 2017	56

CONTENIDO DE IMÁGENES

Figura 1: Clasificación Clavien Dindo.	45
---	----

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de complicaciones postoperatorias por Colectomía convencional en el HRDCQDAC-MINSA-Huancayo, en periodo Enero a Junio del 2017.

Materiales y métodos: Tuvo un diseño no experimental y transversal donde se consideran casos a los pacientes que presentaban complicaciones postoperatorias tras colectomía convencional, recopilando datos a través de las fichas de recolección, de las historias clínicas de los pacientes que se le realizó colectomía convencional en el HRDCQ-DAC-Huancayo; posteriormente determinando de forma cuantitativa la prevalencia según edad, sexo y clasificación Clavien Dindo.

Resultados: La prevalencia de complicaciones postoperatorias fue 35.2%, que según la edad la mayor prevalencia fue entre 20 a 36 años de edad con 36.8%, asimismo se determinó que la prevalencia según el género fue de 40.0% en el sexo femenino, además se determinó según la clasificación Clavien Dindo mayor prevalencia en el grado I con un porcentaje de 22.2%.

Conclusiones: La prevalencia de complicaciones post operatorias por colectomía convencional en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” – Huancayo fue de 35.2%, que según el orden de frecuencia fueron: náuseas-vómitos, dolor abd., fiebre-ITU y dehiscencia de HO.

Palabras claves: Colectomía convencional, complicaciones postoperatorias, prevalencia, clasificación Clavien Dindo.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of postoperative complications by conventional Cholecystectomy in the HRDCQDAC-MINSA-Huancayo, from January to June 2017.

Materials and methods: It had a non-experimental and transversal design where cases are presented to patients who present postoperative complications after conventional cholecystectomy, through the clinical records of patients who undergo conventional cholecystectomy in the HRDCQ-DAC -Huancayo; Determine the quantitative form according to prevalence according to age, sex and classification. Clavien Dindo.

Results: The prevalence of postoperative complications was 35.2%, which according to age, the highest prevalence was between 20 to 36 years of age with 36.8%, it was also determined that the prevalence according to gender was 40.0% in females, in addition it was determined according to The Clavien Dindo classification has a higher prevalence in grade I with a percentage of 22.2%.

Conclusions: The prevalence of post-operative complications due to conventional cholecystectomy at the "Daniel Alcides Carrión" Regional Clinical and Surgical Teaching Hospital - Huancayo was 35.2%, which according to the order of frequency were: nausea-vomiting, abd. pain, fever-ITU and HO dehiscence.

Key words: conventional cholecystectomy, postoperative complications, prevalence, classification Clavien Dindo.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Descripción de la realidad problemática.

La Colelitiasis o cálculos en la vesícula biliar, se conoce e identificó hace más de 2 000 años, como una enfermedad recurrente, y que durante el transcurso de los tiempos se hacía más característica por su inexacto tratamiento y su elevada alta tasa de morbilidad, por lo que el manejo solo abarcaba en recomendar y aconsejar a los pacientes que se colocaran de posición decúbito ventral a fin de la perspectiva de que se le formara una fístula colecistocutánea siendo utilizada como drenaje de la vesícula en forma espontánea.⁴

La primera colecistectomía se debe a John Bobs, un cirujano indio, a finales del siglo XIX. Además ya en el año de 1882, en Alemania, se realizó una de las primeras colecistectomías por el Dr. Karl Langenbuc teniendo éxito en todo el proceso de la cirugía, y con el reconocimiento y la forma de practica de las colecistectomías se empezó a realizar desde entonces las colecistectomías y con marcados resultados que hasta la actualidad se cuenta y

evolucionando la Cirugía abdominal y una que ellas es la colecistectomía laparoscópica que revolucionó el manejo y tratamiento disminuyendo en la mejora del paciente eliminando el dolor posoperatorio en cuestión de horas a días, siendo la estancia hospitalaria corta. ⁴

El manejo en la actualidad son de dos métodos invasivo y mínimamente invasivo como métodos quirúrgicos para el manejo de la colelitiasis sintomática, entre ella la colecistectomía convencional y que fueron siendo realizadas hace unos 20 años. ¹

Según las últimas guías de actualización el manejo por la colecistectomía Laparoscópica se ha convertido en el Gold estándar, por lo que se evidencia sus altas ventajas en comparación al procedimiento convencional abierto, además visto en su rápida recuperación posquirúrgica, disminución en el transcurso de horas a días del dolor posoperatorio, así como de corta estancia hospitalaria, y su reincorporación temprana a las actividades cotidianas. ¹

A pesar de los beneficios que se encuentran enmarcados sobre la Colecistectomía Laparoscópica según las últimas Guías del Manejo de la Colecistitis Aguda Calculosa, se continua realizando la el Manejo Quirúrgico de Colecistectomía Convencional a Cirugía Abierta realizado por Hospital Regional docente clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, motivo por el cual es el interés de investigación sobre las prevalencia complicaciones post operatorias por colecistectomía convencional, dentro de la Región de Junín.

El Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, dentro de su campo de especialidades cuenta con el servicio de Cirugía General, y dentro de las cirugías abdominales que se tiene una gran demanda, viene a ser en referencia a la atención quirúrgica de Colectectomía convencional a cirugía abierta, como una de las primeras causas de atención en los servicios de Cirugía general.

El presente estudio de investigación se encuentra enmarcado a brindar el conocimiento sobre la prevalencia de complicaciones por colectectomía Convencional que se presentaron en el periodo Enero a Junio del 2017, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de la ciudad de Huancayo.

1.2. Delimitación del problema.

1.2.1 Delimitación temporal

La investigación se desarrolló entre los meses de Enero a Junio del 2017.

1.2.2 Delimitación espacial.

La investigación se realizó en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión”.

1.2.3 Delimitación Conceptual

Los conceptos que se trataron están vinculados a la prevalencia de las complicaciones post operatorias en pacientes intervenidos por colectectomía convencional así como los factores atribuibles.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general.

¿Cuál es la prevalencia de complicaciones postoperatorias por colecistectomía convencional en el HRDCQDAC-MINSA-Huancayo, periodo Enero a Junio del 2017?

1.3.2. Problema Específico.

- ¿Cuál es la Prevalencia de las complicaciones post operatorias según la edad, por colecistectomía Convencional?
- ¿Cuál es la Prevalencia de las complicaciones post operatorias según el género, por colecistectomía Convencional?
- ¿Cuál es la Prevalencia de las complicaciones post operatorias según la Clasificación Clavien - Dindo, por colecistectomía Convencional?

1.4. Justificación.

1.4.1. Social

La Colecistectomía Convencional (CC), como manejo asociado a una sociedad de estatus económico media a bajo se vienen dando con una frecuencia mayor, por ende una creciente complicaciones asociadas a este manejo quirúrgico, por lo que el presente estudio enmarcara la prevalencia de dichas complicaciones y asociarlas a sus factores atribuibles, facilitando la información a fin de priorizar la prevalencia para su manejo más efectivo y rápido así como también con herramienta de prevalencia, beneficiando al personal de salud así como a la

sociedad.

1.4.2. Teórica

La Colecistectomía Convencional (CC) es considerada actualmente como una de las alternativas del manejo de la colelitiasis, apoyada en la experiencia acumulada del especialista en Cirugía general con apoyo de los equipos quirúrgicos en este abordaje invasivo. Además, se debe tener en cuenta que el método de elección como tratamiento quirúrgico de litiasis vesicular es la colecistectomía Laparoscópica (CL) por sus grandes beneficios en el paciente, su recuperación post operatoria y pasando al segundo plano la Colecistectomía Convencional siendo un método alternativo, Por ende, las complicaciones post operatorio persistirán y estarán presentes con mayor frecuencia en la colecistectomía convencional a comparación de la colecistectomía laparoscópica.

Dentro de las complicaciones post operatorias que se puedan presentar parten desde complicaciones en la pared abdominal, gastrointestinales, urinarias, respiratorias, etc.

El aporte de esta investigación estará determinado por la prevalencia de las complicaciones post operatorios de los pacientes con manejo quirúrgico de Colecistectomía Convencional realizada dentro del Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo, lo que

permitirán la incorporación de nuevos conocimientos en el sector salud, aportando sobre la prevalencia de las complicaciones post operatorias, que traerá como consigo mejoras en favor a nuevos manejos en el cuidado post operatorios los mismos que traducirá en la reducción de la morbi-mortalidad, incidiendo directamente en la mejora de calidad de vida de la población del Región Junín como la población del país.

1.4.3. Metodológica

Se empleará el trabajo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, para lo cual se hará uso la recolección de datos y así poder realizar esta investigación.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar la Prevalencia de Complicaciones Postoperatorias por Colectomía Convencional en el HRDCQDAC-MINSA-Huancayo, en periodo Enero a Junio del 2017.

1.5.2. Objetivo Específico.

- Determinar la Prevalencia de las Complicaciones Post Operatorias según la edad, por Colectomía Convencional, durante el periodo enero – Junio 2017.
- Determinar la Prevalencia de las Complicaciones Post Operatorias según el género, por Colectomía Convencional, durante el periodo enero – Junio 2017.

- Determinar la prevalencia de las complicaciones postoperatorias por Colecistectomía Convencional según la Clasificación Clavien-Dindo, dentro de la región Junín - Perú.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1 Antecedentes (internacionales y nacionales)

2.1.1 Antecedentes a nivel Internacional:

En un estudio de investigación del Departamento de Cirugía, Instituto de Ciencias Médicas de Peshawar – Pakistán, sobre las Complicaciones peroperatorias y postoperatorias por Colectomía abierta en un periodo de enero del 2011 a diciembre del 2012, con una muestra de 100 casos se obtuvo como resultado que hubo 92 (92%) hembras y 8 (8%) fueron hombres con relación 11.5: 1. La edad media de edad fue de 43.32 ± 11.98 años con un rango de 20 a 70.

Entre las complicaciones se evidencio: la dificultad en la identificación anatómica (10%). En los procedimientos: la lesión vascular (6%), la lesión del conducto biliar (2%), la caída de cálculos en la cavidad peritoneal (2%), y perforación de VB (2%). Complicaciones postoperatorias, 1er día: salida de bilis en el drenaje en el 6% y fiebre en el 4% de los casos, mayor

al tercer día: la infección de la herida (6%), la colección sub hepática (4%) y la infección torácica (4%). Media de días de hospitalización de 68 horas.

En un resultado la colecistectomía abierta se asocia a mínima cantidad de complicaciones postoperatorias.²²

En un estudio de las Complicaciones post operatorias por colecistectomía en pacientes geriátricos, se tiene una muestra entre enero del 2005 al diciembre de 2010, un estudio transversal a los expedientes clínicos de pacientes > 60 años, del Servicio de Cirugía General, en una población geriátrica divididos en dos grupos: (*Grupo I*: pacientes de 60 a 69 años y

Grupo II: pacientes > 70 años).

Con un resultado que de 285 expedientes, el 51.6% son pertenecientes al grupo I. La distribución por sexo mostró que 65.2 % era del sexo femenino, ($p = 0.91$). El 75.8 % (IC 95 % = 69.8 a 81.1) de la población tuvo enfermedades concomitantes como HTA (38.5 %, IC 95 % = 32.3 a 45), seguida de la DM2 (19 %, IC 95 % = 14.2 a 24.6).

Hubo complicaciones post operatorias inmediatas; 18.1 % correspondió a fuga biliar y fueron más frecuentes en el grupo II comparado con el grupo I ($p = 0.3$). La atelectasia fue la más frecuente (22 %) y el grupo I ocupó e comparado con el grupo II (13.6 *adversus* 9 %, $p = 0.5$). del mismo modo se observó más complicaciones en las cirugías de emergencia a diferencia de las electivas (36.8 *adversus* 11.8 %, $p = 0.002$).

Como conclusión, se evidencio que la edad no debería ser obstáculo para Colecistectomías en pacientes geriátricos. Y que manejo quirúrgico se debería preferir por forma electiva y que posponer la cirugía podría conllevar al deterioro de las condiciones del paciente, aumenta el riesgo y la frecuencia de complicaciones.²³

En un estudio de investigación sobre Tratamiento profiláctico de la emesis posquirúrgica con granisetron en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria, se estudió un grupo de 40 mujeres que se le realizo COLELAP en el Centro de Cirugía Ambulatoria del Hospital de Especialidades Dr. Alberto Pisanty – España., que la edad promedio fue de 29.6 años, y una vez finalizado la colecistectomía se evaluaron náusea y vómito pos anestesia a los 0, 60, 120 y 180 minutos mediante la escala visual análoga.

Como resultado se evidencio que ninguna paciente del grupo I refirió náusea o vómito en todos los tiempos evaluados; por otro lado, 5% de las pacientes del grupo II por lo que ingresaron a la sala de recuperación, mientras que a los 60 minutos 65% (n=13) presentaron náusea leve y 5% (1 paciente) náusea moderada., a los 120 minutos 30% de las pacientes (n=6) Manifestaron náusea leve pero en la evaluación realizada a los 180 minutos sólo 10% (n=2) tuvo náusea leve. Y como conclusión que el granisetron es eficaz como manejo profiláctico de la emesis post operatorias en pacientes sometidas a COLELAP.²⁴

2.1.2 Antecedentes a nivel Nacional:

En un estudio de investigación sobre los factores de riesgo en la conversión de COLELAP a colecistectomía convencional en el Hospital Nacional Hipólito Únanue en el año 2015., se realizó un estudio transversal, analítico. Casos y Controles con un periodo de abril del 2015 a septiembre de 2015 seleccionando a pacientes con colecistectomías laparoscópicas evaluando los factores de riesgo como, sangrado de lecho hepático, inflamación aguda y tiempo operatorio, con el evento quirúrgico. Y se tuvo como resultados que de un total de 90 casos (divididos en 2 grupos de 45 pacientes). Los FR con significación fueron la hemorragia de lecho hepático, la inflamación aguda y el tiempo operatorio. Y conclusión se evidencio que por la incidencia elevada de colecistitis crónica calculosa en pacientes del sexo femenino, y que el grupo demográfico el valor más significativo de la conversión de una COLELAP a Colecistectomía convencional.²⁵

En un estudio de investigación sobre Colecistectomía Convencional en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 – 2011, de una muestra de 52 pacientes debidamente clasificados se tuvo como resultado que las edades oscilaron entre los 75 a 92 años con una media de 81,45 años y el 59,62% del total fueron mujeres. La clasificación ASA II fue la más frecuente (80,77%), dentro de las

comorbilidades las cardiacas son las predominantes (46,15%) y la complicación postoperatoria de grado II la más común (7,69%) de estos adultos mayores. Finalmente el lapso operatorio y días de hospitalización fueron 74,9 minutos y 4,3 días respectivamente.¹⁸

En un estudio sobre la Infección del sitio quirúrgico: comparación de dos técnicas quirúrgicas realizado por la Revista Médica Heredia. Lima – Perú, se tuvo como muestra de 62 casos de COLELAP y 95 casos de colecistectomías convencionales que como resultado que 77,42% fueron COLELAP y 74, % fueron mujeres. La frecuencia de ISQ con laparotomía fue 11,29% y con laparoscopia 4,21%, ($p=0,089$). En el grupo de laparotomía, la hospitalización en el servicio A tuvo RR: 10,498, IC: 1,178 - 99,52, ($p=0,035$). En el grupo de laparoscopia la obesidad tuvo RR: 22,591, IC: 1,316 - 387,835, ($p= 0,082$), la estancia postoperatoria mayor a 4 días tuvo RR: 29,201, IC: 1,217- 700,51, ($p= 0,037$). Y como conclusión La diferencia en la frecuencia de ISQ en ambos grupos no fue significativa. Los factores asociados con ISQ en laparotomía fue la hospitalización en el servicio “A” y en la laparoscopia fue la obesidad y la estancia postoperatoria mayor a 4 días.²⁶

2.1.3 Antecedentes a nivel Local:

En un estudio de Investigación Local sobre los factores de riesgo asociado a la conversión de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del hospital nacional ESSALUD "Ramiro Prialé Prialé"

Huancayo 2012-2014., se tuvo como muestra 921 pacientes operados por COLELAP de los cuales 31 terminaron en conversión, y se tuvo como resultado que la incidencia de conversión fue de 3.36%. La causa mayor es la presencia de adherencias y la dificultad para identificar la anatomía (45, 16%). Y dentro de los FR fueron los antecedentes de cirugía abdominal ($p= 0,020$; $OR=3,491$), la colecistopatía aguda ($p: 0,004$; $OR=6,741$) y el engrosamiento de la pared de la VB $>4\text{mm}$ ($p\text{-valor-}0,000$; $OR= 7,576$).

Por lo que concluye que los factores de riesgo más significativos para la conversión son cirugía abdominal previa, enfermedad vesicular aguda y el grosor de la pared vesicular igual o mayor a 4mm.²⁷

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Generalidades

2.2.1.1 Prevalencia:

La prevalencia se define como el número de individuos que, en relación con la población total, padecen una enfermedad determinada en un momento específico. Debido a que un individuo sólo puede encontrarse sano o enfermo con respecto a cualquier enfermedad, la prevalencia representa la probabilidad de que un individuo sea un caso de dicha enfermedad en un momento específico.²⁸

La prevalencia cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado. Su cálculo se estima mediante la expresión²⁹.

$$P = \frac{\text{Nº de casos con la enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de población en ese momento}}$$

2.2.1.2 Complicaciones Post Operatorias

Aquella eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento post quirúrgico con una respuesta local o sistémica que pueda retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida. Las complicaciones que aparecen después de una intervención quirúrgica representan un reto para los médicos, ya que en ocasiones son impredecibles, se establecen de forma relativamente súbita y pueden evolucionar con rapidez hacia la muerte. Muchos de los pacientes con estas características requieren admisión en las unidades de cuidados intensivos (UCI) para un mejor control y manejo de los desórdenes fisiopatológicos agudos³⁰.

2.2.1.3. Colecistectomía Convencional

Procedimiento quirúrgico como método de tratamiento de colecistitis aguda. En líneas generales, está indicado realizar la intervención de modo temprano en los casos en que sea posible, aunque algunos trabajos indican que, con una buena cobertura

antibiótica, algunos pacientes pueden intervenir de forma segura hasta pasadas 72 horas desde el inicio del cuadro.¹⁷

2.2.1.4. Colecistopatías

Las Colecistopatías forman parte muy importante entre todas las patologías con requerimiento quirúrgico. Razón de ser atribuible a una intervención quirúrgica con mayor demanda y siendo una de las primeras causas de morbimortalidad dentro de los nosocomios.¹

La enfermedad de los cálculos biliares es frecuente: > 700.000 colecistectomías y costos de \$ 6.5 billones anualmente en los Estados Unidos. La carga de la enfermedad es epidémica en los latino americanos (60 a 70%).²

2.2.2 Vesícula biliar

2.2.2.1 Embriología de la Vesícula Biliar.

El hígado, la vesícula biliar y las vías biliares se originan a partir de una evaginación ventral, el divertículo hepático, en la parte distal del intestino primitivo anterior, al comienzo de la cuarta semana.³

La parte caudal pequeña del divertículo hepático se convierte en la vesícula biliar, y el tallo del divertículo se convertirá en el conducto cístico. Además el tallo del divertículo conectara el conducto hepático y conducto cístico hacia el duodeno que posteriormente se convertirá en el colédoco.

La bilis alcanza al duodeno a través del colédoco después de la 13ava semana y meconio adquiera una coloración verde oscuro.³

2.2.2.2 Anatomía de la Vesícula Biliar.

La vesicular biliar localizada en la parte antero inferior del hígado entre la confluencia de los dos lóbulos hepáticos entre los segmentos IVb y V. En mitad de los casos se ubican a nivel del noveno cartílago costal.

La forma que presenta es como de una pera, y en un adulto mide 10 cm de longitud aprox., 3 a 5 cm de ancho con una pared de 1 a 2 mm. Con un volumen es de 40 a 65 ml, hasta 100 ml. Cubierto por un tejido conjuntivo (cápsula de Glisson).⁵

Vía Biliar Extrahepática

Se dispone de un conducto cístico, hepático derecho, hepático izquierdo y hepático común y el colédoco.

Los ductus intrahepáticos se acoplan para crear los conductos hepáticos derecho e izquierdo y su longitud varía de 5 a 20 mm, y un radio de 1.5 a 2 mm. El canal hepático común mide de 3 a 4 cm. El Acoplamiento viene a ser en un 94% por fuera del hígado, siendo común a 1 cm de éste; El conducto cístico emerge en el infundíbulo y finaliza al formarse con el conducto hepático común, en donde se origina el conducto colédoco, además el conducto cístico mide entre 1 a 4 mm de diámetro.⁵

2.2.2.3 Histología de la Vesícula Biliar.

La vesícula biliar está compuesta de mucosa epitelial y mucosa de lámina propia, músculo liso, tejido conjuntivo (subserosa o adventicia) y serosa.

La mucosa forma parte de un epitelio columnar simple con citoplasma apical. En la desembocadura de la vesícula presenta glándulas de moco de forma túbulo alveolar, que se visualizan en mayor proporción en la colecistitis litiásica.⁵

La lámina propia contiene escasos linfocitos T, células plasmáticas y macrófagos, además de fibras nerviosas, vasos sanguíneos y linfáticos. La capa muscular forma parte de una capa de células mal definidas y el tejido conjuntivo contiene fibras fibro elásticas y adipocitos, además de nervios, vasos y ganglios.⁵

2.2.2.4 Fisiología de la Vesícula Biliar.

El flujo de bilis a través del sistema biliar son dependiente hormonal, fase digestiva y respuesta funcional de la VB y del esfínter de Oddi. La bilis está constituida por sales biliares, pigmentos biliares y otras soluciones electrolíticas alcalinas. El Vesícula biliar, secreta cerca de 500 ml de contenido biliar al día. Los glucurónidos de los pigmentos biliares, bilirrubina y biliverdina, son los componentes que dan color amarillento a la bilis.⁵

Las sales biliares (sodio y potasio) de los ácidos biliares conjugados de lisina o taurina; se forman a partir de colesterol.

En el vaciamiento de la VB, el 20 a 30% se da en el periodo inter digestivo. Se propone una hipótesis de que el vaciamiento de VB disminuye el riesgo de litogénesis. La colecistocinina (CCK) produce la contracción de la VB y la relajación del esfínter de Oddi. El esfínter de Oddi funciona actúa como resistencia, que limita el flujo biliar durante el periodo interdigestivo. El control complejo neurohormonal (nervios simpáticos, parasimpáticos y entéricos). El polipéptido intestinal vasoactivo y ON son papel en la relajación del esfínter de Oddi. ⁵

2.2.3 Colelitiasis

2.2.3.1 Concepto.

La litiasis en la vesícula biliar (LV) es una patología crónica que se ubica entre las más recurrentes del aparato digestivo, y su manejo (colecistectomía). ⁶

La formación de concreciones sólidas en la vesícula o la vía biliar a consecuencia de alteraciones en la composición de la bilis y la motilidad de la vesícula se denomina litiasis biliar. La litiasis biliar es la responsable de la mayor parte de la patología asociada a la vesícula y a la vía biliar, si bien la mayoría de las veces su presencia no causa síntomas y su diagnóstico es accidental. Cuando aparecen síntomas derivados de la presencia de litiasis está indicada la realización de una colecistectomía. La prevalencia de enfermedad litiásica biliar en el

mundo occidental oscila entre el 5 y el 15%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. ⁷

Los factores de riesgo inmodificables como el género femenino, la edad, la genética, y los modificables como la obesidad, la dieta, la hiperlipidemia, la pérdida acelerada de peso, etc. Asimismo existe cierta asociación de factores que incrementan el riesgo como medicamentos utilizados en los tratamientos; por ejemplo los fibratos (disminuye el colesterol y triglicéridos), el género femenino y F.R como la edad, el IMC, la pérdida drástica y peso corporal y la multiparidad. ⁸

2.2.3.2 Epidemiología.

En Estados Unidos, se calcula que el 10%-15% de la población adulta padece de colelitiasis, y que cada año, se reporta un total de 800 000 casos nuevos y en países sudamericanos como Argentina y Chile con tasas similares a las de Estados Unidos, siendo Chile uno de los países sudamericano que presenta una de las mayores prevalencia más alta de colecistoparías de origen calculosa en el mundo: cerca de 44% de las mujeres y 25% de los hombres mayores de 20 años de edad y Bolivia como países de alta incidencia, (15,7%); seguidos de México con 14.3%, siendo en los hombres 8,5% y en las mujeres 20,5%. En España se han publicado estudios que la sitúan en un 9,7%. En Japón, Alemania y otros países centroeuropeos es de 7%. En Cuba se encuentra entre las 3 primeras causas de intervenciones quirúrgicas electivas. ⁶

2.2.3.3 Etiología.

Los litiasis Vesiculares pueden ser descritas en tres tipos según su por lo que se encuentran compuestas. ⁷

- Cálculos de colesterol:

Se componen de colesterol (50-98%) y radio opaco un 15%.

Componentes determinantes en la formación de cálculos de colesterol

Estructura alterada de la bilis. Un exceso de colesterol o sales biliares o fosfolípidos como resultado cristales de colesterol que luego se formaran barro y litiasis. Por ende cualquier situación que altere la circulación entero hepática, condicionará una bilis más litogénica. ⁷

Dismotilidad vesicular. La menor contractilidad de la vesícula, así como la nutrición parenteral prolongada o niveles de estrógenos (gestación, ACO, etc.) se relacionan con la presencia de colelitiasis. ⁷

- **Cálculos pigmentarios negros:**

La composición es de 25-35% de las colecistopatías. Formadas por un pigmento de bilirrubina polimerizado (CaCO_3 y CaPO_4), de consistencia es dura. El 60% son radio opacos. Asociadas a clínica de hemólisis crónica y en la cirrosis hepática un 30% de los cuales presentan colelitiasis, (Child-Pugh C). ⁷

- **Cálculos pigmentarios marrones:**

En su composición formados por bilirrubinato cálcico, palmitato cálcico, estearato y colesterol (<30%). Dada por la estasis y sobreinfección de la bilis. En su mayoría radio lúcidos y blandas.⁷

2.2.3.4 Fisiopatología.

La formación de los cálculos biliares está dada por la alteración en su de la homeostasis entre el colesterol biliar causada por la disminución de la composición de las sales biliares y fosfolípidos, y una elevación de colesterol. La sobresaturación de la bilis con la mucina, llegan a precipitarse en cristales de colesterol monohidratado que, por aglomeración, da origen a los cálculos litiasicos de mayor tamaño.⁹

La fisiopatología compleja de la Colecistopatías, se encuentran inmersas en varios ambientales, las estrategias de diagnóstico tratamiento y prevención de la litiasis vesicular. Los principales factores de riesgo de la colecistitis vienen a ser la edad del paciente, el sexo femenino, factor genético, la gestación, el parto, obesidad, DM, cirrosis hepática, alcoholismo crónico, antecedentes quirúrgicos gástricos y resecciones del íleo distal y la ileitis.⁹

2.2.3.5 Cuadro Clínico.

Puede ser asintomática, se presenta como hallazgo incidental en autopsias. Los casos sintomáticos se caracterizan por un cólico biliar, el cual según la literatura no es exactamente un cólico sino un dolor continuo:¹⁰

- Cólico biliar simple- por hipertensión en vesícula.
- En epigastrio o hipocondrio derecho.
- Irradia al dorso, se acompaña de náuseas y vómitos.
- Se alivia con antiespasmódicos.
- Febrícula, dolor a la palpación.
- Intolerancia a grasas, eructos, regurgitación postprandial, halitosis.
- Fiebre, ictericia.
- Signo de Murphy: Se le pide al paciente que inspire y se le palpa el hipocondrio derecho. Si se le entrecorta la respiración, el signo es positivo. ¹⁰

2.2.3.6 Examen Físico.

Dolor vesicular:

Las maniobras de palpación de la VB tienen como finalidad ver su sensibilidad y dimensión. La VB con aumento de volumen se puede palpar como una masa piriforme, de superficie lisa, elástica. Si la VB esta inflamada tiene mayor sensibilidad a la presión. Se explora con la maniobra de Pron apretando cuidadosamente con ambos pulgares por debajo del reborde costal, durante la respiración del paciente siendo positiva si se interrumpe bruscamente la maniobra. ¹⁰

El signo de Murphy está dada por el cese de la inspiración provocada por el presión a nivel del reborde costal derecho, borde de la vesícula inflamada. ¹⁰

Se le indica al paciente, que se recueste en posición de decúbito dorsal, que inspire profundamente instantes que el evaluador realiza una presión debajo del nivel del reborde costal inferior derecho.

La interrupción refleja de la inspiración significa que el signo de Murphy es positivo, específico, no sensible. ¹¹

La Ecografía de Hemiabdomen superior a aportado un apoyo en el diagnostico en pacientes con dolor abdominal a nivel de Hipocondrio derecho. ¹⁰

El signo de Murphy por ecografía abdominal apoya inmensamente en el diagnóstico de colecistitis aguda que también ayuda en la maniobra resultando “suspensión de la inspiración” por lo que la vesícula biliar se puede guiar en la maniobra de palpación por Ecografía abdominal y luego verifica que corresponda al punto de hiperestesia máxima. ¹⁰

2.2.3.7 Diagnostico.

Clínica:

El curso de la patología biliar generalmente es de evolución brusca y el síntoma más frecuente es el dolor (50-90%), siendo visceral, sordo, profundo, persistente, en hipocondrio derecho. Los otros síntomas son

la ictericia (15-55%) y un síndrome tóxico (5-75%). la presencia de una masa palpable en hipocondrio derecho. ¹¹

La ictericia se considera indicador de extensión e infiltración de la vía biliar, siendo una de las características principales de colecistopatías. ¹¹

Laboratorio:

Los marcadores séricos del Antígeno Carcino Embrionario (CEA) y CA 19.9 con la finalidad de estudios cribados potenciales en relación a las colecistopatías de la Vesícula Biliar. ¹¹

Los niveles de CEA > 4 ng/ml tiene un 95% de especificidad en el diagnóstico CVB (Sens: 50%). La cuantificación de valores de CA19-9 >20 U/ml (Sens: 79,4% y Esp: 79,2%). ¹¹

Diagnóstico por imagen:

La ecografía abdominal es el método de imagen diagnóstica inicial visualizando la dilatación de los conductos biliares (una dilatación >6 mm de diámetro hasta 75%), una masa voluminosa que ocupa el lecho vesicular (50%) o bien una masa polipoidea (30 a 50%), los cálculos dentro del conducto biliar común. Sin embargo, la ausencia de dilatación ductal no excluye la patología biliar.^{5, 11}

La Ultrasonografía tiene una mayor sensibilidad para detectar dilatación del conducto biliar, además la presencia de lesiones neoplásicas hepáticas o lesión a nivel parenquimatoso dentro de los segmentos IVb y V. ^{11,12}

La tomografía axial computarizada (TAC) es uno de los métodos con mayor sensibilidad. Una revisión reciente de Kumar y Aggarwal revelo que la TAC ocupaba una masa en casi toda la luz de la VB (42%), una masa polipoidea (26%) y un engrosamiento difuso en el 6% de los pacientes.¹²

La Tomografía tiene una gran utilidad, pero una sensibilidad baja para los calculos vesiculares dentro del conducto biliar común.⁵

En la clinica de los pacientes con baja sospecha diagnostica, se recuppre a otro metos diagnostiucos como la colangiografía por resonancia magnética nuclear o ecografia endoscópica que tiene una mayor precision diagnostica adicionales. demostrado tener sensibilidad y especificidad similar en el diagnóstico de la coledocolitiasis.⁵

La colangiografía por resonancia magnética nuclear o ecografia endoscópica se basa principalmente en la disponibilidad y capacidad del paciente para tolerar uno u otro estudio. La Ecografia endoscópica a pesar de ser positivo no ofrece una gran ventaja. La CPRE es considerada como gold estándar en el tratamiento de los colecistopatias biliar y de sus conductos.⁵

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) indicada en confirmación diagnóstica histopatológica para evidenciar masas vesiculares. La citología de la VB es uno de los métodos usados para evitar la agresión directa al tumor y la posible diseminación.¹¹

Diagnóstico de SOSPECHA:

- Presencia de 1 signo de A (Murphy y/o dolor en HCD) + 1 signo de B (Fiebre, PCR elevado o leucocitosis).

Diagnóstico DEFINITIVO:

- Presencia de 1 signo de A (Murphy y/o dolor en HCD) + 1 signo de B (Fiebre, PCR elevado o leucocitosis) + 1 signo C(hallazgos ecográficos)

2.2.3.8 Criterios de Gravedad.

Según la gravedad se clasifica en los siguientes:

Grado I: Colecistitis aguda LEVE

Ausencia de criterios grado II y III.

Grado II: Colecistitis aguda MODERADA

Leucocitosis >18000, masa palpable en hipocondrio derecho, sintomatología mayor a 72 hrs y signos de inflamación

Grado III: colecistitis aguda SEVERA:

Presencia de falla orgánica o sistémica.

Establecemos dos clasificaciones distintas. Una tomada de la Tokyo Guidelines 2013 (TG13), de carácter práctico, y una “clásica”, de carácter anatomopatológico.¹³

2.2.3.9 Tratamiento.

- Colectomía simple:

Ha demostrado que es una intervención quirúrgica para el alivio curativo en la mayoría de los carcinomas de origen mucosos y musculares, con una supervivencia sobre 90% a cinco años.¹⁴

- La colecistectomía laparoscópica (CL):

Es una de las intervenciones de elección en pacientes colelitíasicos no complicados por su menor incidencia de complicaciones y menor tiempo en su procedimiento. La CL tiene menor mortalidad que la cirugía abierta (0.1% v 0.5) y un mayor riesgo de lesión de vía biliar (0.2-0.4% v 0.1% para la cirugía abierta). Las ventajas de la CL han demostrado: menos dolor, acortamiento de la estadía hospitalaria, más rápida reincorporación a la actividad cotidiana del paciente, además de menos riesgos de complicaciones (hernia incisional, íleo mecánico por bridas)¹⁴

2.2.4.0 Profilaxis Antibiótica.

La administración de antibióticos en forma de profilaxis preoperatoria es la principal utilización de dichos fármacos. Cabe mencionar que el uso constante e indiscriminado de la Antibioticoterapia dará como un resultado de resistencia ATB y hepatotoxicidad.¹⁶

Su baja frecuencia en las colecistopatías, y su indicación de Profiláctica en Colecistectomía continúa en la práctica en un 79% de los pacientes colecistectomizados. A pesar de ello continúa en el 1% la

PA administrada en el preoperatorio, mientras que en el 63% de los casos, se indica en el postoperatorio que ameriten el uso de estas en el curso de la Colectomía.¹⁵

Los pacientes candidatos a Colectomía con procedimiento quirúrgico corresponde a cirugía limpia contaminada y que la contaminación intraoperatoria (>30%) secundaria a la rotura de la vesícula biliar^{15, 16}.

2.2.4.1 Manejo Quirúrgico.

- Colectomía:

La cirugía se considera el tratamiento definitivo en los casos de colecistitis aguda. En líneas generales, está indicado realizar la intervención de modo temprano en los casos en que sea posible, aunque algunos trabajos indican que, con una buena cobertura antibiótica, algunos pacientes pueden intervenir de forma segura hasta pasadas 72 horas desde el inicio del cuadro.¹⁷

Las ventajas de una cirugía temprana en pacientes con colecistitis aguda son muchas e incluyen una menor morbilidad peri operatoria, menor estancia hospitalaria, menor tasa de complicaciones biliares, la menor conversión de cirugía laparoscópica a convencional.

La intervención temprana debe ser de primera elección en aquellos pacientes con riesgo quirúrgico y anestésico bajo o intermedio, así como en aquellos en los que se sospeche una colecistitis gangrenosa o

perforación de la pared. En pacientes de alto riesgo que no presenten estas complicaciones puede plantearse diferir la cirugía o realizar drenajes no quirúrgicos previamente.¹⁷

- Técnica quirúrgica:

La colecistectomía laparoscópica es la técnica de elección. Comparada con la cirugía abierta presenta múltiples ventajas: reduce el dolor posoperatorio, requiere estancias hospitalarias menores, la convalecencia es menor y el paciente puede reincorporarse a su actividad cotidiana antes, y la mayor demanda de pacientes lo prefieren por su estilo estético. No obstante, la tasa de complicaciones mayores de la Colelap, en especial las biliares, sigue siendo alta, y la decisión en lo que a la elección de técnica se refiere debe basarse en la experiencia del cirujano.¹⁷

- Colecistectomía Convencional:

La colecistectomía laparoscópica es el manejo quirúrgico en pacientes sin complicaciones y de mayor elección. Sin embargo, la colecistectomía convencional a cirugía abierta se continúa practicando, los especialistas se basan a su experiencia partiendo de la necesidad de esta cirugía en pacientes con bajos recursos económicos y a la falta de equipos para cirugía laparoscópica en varios centros hospitalarios, como los Hospitales rurales. Se conoce que un 25% de las

colecistectomías realizadas en Estados Unidos son cirugías convencionales.¹

Como actualmente sigue en práctica en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides en el Servicio de Cirugía General.

La colecistectomía convencional es una de las alternativas con gran eficacia y efectividad en el manejo quirúrgico de las colelitiasis sintomáticas, siendo de mayor frecuencia en las instituciones que no cuentan con la materiales y equipos necesarios en el procedimiento laparoscópico. Además la evidencia actual justifica la técnica en varias índoles como la necesidad por complicación de la colelitiasis o a falta de recursos administrativos y en pacientes con bajos recursos económicos y todo basándose en la calidad y experiencia de los especialistas en Cirugía General.¹

2.2.4.2 Complicaciones Post operatorias.

Las complicaciones Post operatorias en personas mayores de edad quienes se le realizo una cirugía por colecistectomía convencional no solo tuvieron mayor tasa de incidencia en complicaciones, sino por las comorbilidades presentes en ella. Además se tiene que reconocer que las altas tasas de conversiones a cirugías convencionales en pacientes mayores, puede ser resultado a ataques sucesivos que van deformando la anatomía del triángulo de Calot.¹⁸

En un estudio por la Sociedad de Gastroenterología del Perú, sobre las complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 – 2011, se tomó los datos del total de 56 historias clínicas, se presentaron complicaciones postoperatorias en 10 (19,23%) pacientes.

La complicación con mayor frecuencia fue el grado II según la clasificación de Clavien por lo que se tuvo 4 (7,69%) pacientes, dentro de los cuales se tuvo crisis hipertensivas y un episodio de bradicardia. Además se obtuvo que las complicaciones de grado IVa se tuvo 3 (5,76%) pacientes, en los que se observó 2 sepsis severa y uno con insuficiencia respiratoria; además todos ingresaron a UCI.¹⁸

El grupo de varones se presentó 14,28% de complicaciones postoperatorias y en el caso de las mujeres fue 22,58%.

Además en los pacientes intervenidos de emergencia se obtuvo 5 (22,72%) con complicaciones postoperatorias y además se obtuvo 5 (16,66%) pacientes intervenidos.¹⁸

En un estudio se observa la incidencia en pacientes intervenidos por HH complicada (19,2%), nos parece adecuada en relación a estudios previos de hepatopatías complicada, respecto de lo cual se han publicado cifras entre 27,8 y 55,0%^{26,28-30}; aplicando la propuesta de Clavien - Dindo es mayoritariamente baja (sólo 30% de los casos fue de resorte quirúrgico y por ende, requirieron una re-operación).²¹

Grado	Definición
I	Cualquier desviación del curso postoperatorio normal sin la necesidad de tratamiento farmacológico o intervenciones quirúrgica, endoscópica y radiológica
II	Requerimiento de tratamiento farmacológico con drogas distintas de las permitidas para las complicaciones de grado I; incluye transfusiones de sangre
III	Requerimiento de intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica
IIIa	Sin anestesia general
IIIb	Bajo anestesia general
IV	Complicación con riesgo de vida que requiere manejo en terapia intensiva
IVa	Disfunción simple de órgano (incluyendo diálisis)
IVb	Disfunción múltiple de órganos
V	Muerte del paciente

Figura 1: Clasificación Clavien Dindo.

Fuente: Joseph M, Phillips MR, Farrell TM, Rupp. (2012). Clasificación Clavien Dindo de las complicaciones quirúrgicas. [Imagen], Recuperado: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=76925>

En una investigación realizada en el Hospital general “Gaudencio González Garza” de un total de 546 expedientes encontrados consecutivamente aleatoriamente de un total de 787 colecistectomías.¹⁹

En una Investigación realizada por la Revista del Hospital Cayetano Heredia, sobre Infección del sitio quirúrgico: comparación de dos técnicas quirúrgicas, diferentes en pacientes colecistectomizados.²⁰

La Infección del Sitio Operatorio (ISO) viene a ser una de las mayores causas con mayor incidencia dentro de las infecciones intrahospitalarias, y ocupando el 2do puesto en la mayoría de las investigaciones sobre infecciones hospitalarias, después de las infecciones del tracto urinario y superando a la IRAs y a la sepsis.²⁰

La prevalencia de las ISO están asociadas a muchos factores de riesgo, una de ellas es en pacientes mayores de 60 años, la desnutrición, IMC >30, la inmunosupresión, tiempo operatorio prolongado, el tiempo de evolución pre y post operatoria y al uso del drenaje penrose.²⁰

La tasa de prevalencia de las ISO fueron de 6% (10/157). En el grupo de la COLELAP dieron como resultado 11.30% (7/62).²⁰

En conclusión, da como resultado de la investigación que el grupo de hospitalización del Servicio de Cirugía A fue tuvo una asociación entre la ISO y la COLELAP. Además cabe indicar que la obesidad y tiempo postoperatorio >4 días fueron los factores relacionados a las ISO en la COLELAP.

2.3. Marco conceptual.

- ✓ Prevalencia: La prevalencia se define como el número de individuos que, en relación con la población total, padecen una enfermedad determinada en un momento específico.²⁹
- ✓ Colecistitis: Es el proceso inflamatorio de la vesícula biliar causado más frecuente por el proceso obstructivo del cálculo vesicular a nivel de bacinete, generando todo un proceso de reacción inflamatoria de la pared vesicular y desencadenando el cuadro clínico de dolor a nivel de hipocondrio derecho, ictericia y fiebre, por lo que muchas veces requiere del manejo médico y en algunos casos quirúrgico.
- ✓ Colectomía Convencional: Es el procedimiento Quirúrgico con indicaciones en pacientes con colecistitis aguda, que tiene como finalidad

la extracción parcial o total de la vesícula biliar, y que tiene como característica más frecuente la incisión tipo Kocher o subcostal derecha sé que ubica a nivel de hipocondrio derecho.

- ✓ Complicación Postquirúrgica: Las complicaciones después de la intervención quirúrgica, que son asociadas frecuentemente según la gravedad de la enfermedad, y en otros casos la técnica quirúrgica intraoperatoria, y enfermedades que compliquen el estado del paciente.
- ✓ Edad: Años que tiene una persona., en muchos casos la edad influye en el estado y recuperación del paciente después del de la intervención quirúrgica.
- ✓ Género: Referido al sexo masculino o femenino., se tiene que tener en cuenta en la presente investigación por lo su frecuencia y prevalencia de las complicaciones post operatorias.
- ✓ Lugar de procedencia: sitio donde vive una persona
- ✓ Factores clínicos: Son las situaciones o causas asociadas a la enfermedad de un paciente antes del transcurso de la enfermedad.
- ✓ Tiempo de evolución: Horas, días, semanas o meses en los que transcurre una enfermedad antes de recibir tratamiento.
- ✓ Signos: Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables que presenta un paciente.
- ✓ Síntomas: Referencia subjetiva que da un enfermo acerca del malestar que la padece según su enfermedad.
- ✓ Diagnóstico de colecistitis: basado en guías internacionales (TG13) y praxis del médico cirujano tratante.

- ✓ Patologías asociadas: enfermedades o dolencias que se involucran con la patología a tratar.
- ✓ Tipos de colecistitis según su diagnóstico: en el presente estudio se clasifica en 4 tipos: 1. Colecistitis aguda., 2. Colecistitis crónica., 3. Pólipo vesicular., y 4. Cáncer vesicular.
- ✓ Tipo de Cirugía de la Colecistitis: Se opta por las más frecuentes y con gran porcentaje de recuperación, las cuales son: Cirugía convencional y Cirugía Laparoscópica.
- ✓ Duración de cirugía: Tiempo que transcurre durante la realización de un acto quirúrgico.
- ✓ Antibiótico Profiláctico: Medicamentos de gran espectro antibiótico que tiene como finalidad la mejor recuperación del paciente y prevención de complicaciones post operatorias.
- ✓ Clasificación Clavien Dindo: sistema de clasificación de complicaciones post operatorias.

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general.

No aplica por ser estudio descriptivo.

3.2. Hipótesis específica.

No aplica por ser estudio descriptivo.

3.3. Variables

3.3.1. Variable Dependientes

Complicaciones Post operatorias por Colectomía Convencional.

Variables

- ✓ Complicaciones post operatorias según género en los pacientes que se realizó colectomía convencional en el año 2017.
- ✓ Complicaciones post operatorias según el rango de edad de los pacientes que se realizó colectomía convencional en el año 2017.

- ✓ Clasificación Clavien - Dindo como intervalo cuantitativo en los casos de complicaciones post operatorias.
- ✓ Complicaciones Post Quirúrgicas: procesos multifactorial que agravan la salud del paciente después de una cirugía.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1. Método de investigación

El Método es descriptivo de corte transversal permitiendo presentar los hallazgos tal y como se obtuvo en un espacio y tiempo determinado.

4.2. Tipo de investigación

El estudio fue de tipo cuantitativo.

4.3. Nivel de investigación

El estudio fue de nivel descriptivo.

4.4. Diseño de investigación

El presente diseño de investigación es no experimental y transversal.

4.5. Población y muestra.

El estudio se llevó a cabo con toma de datos de Historias Clínicas de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por Colectomía Convencional en el Hospital Docente Regional Daniel Alcides Carrión-

Huancayo – Perú en el periodo de enero a Junio del 2017 con una población de 54 pacientes.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico postquirúrgico de Colectomía Convencional.
- Pacientes colecistectomizados, en el periodo de Enero a Junio 2017, en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” - Huancayo.
- Pacientes con Historias Clínicas con datos completos y legibles.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con diagnósticos postquirúrgicos diferentes a Colectomía Convencional.
- Historias clínicas incompletas e ilegibles.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La información se obtuvo con el apoyo del departamento de estadística del Hospital Docente Regional Daniel Alcides Carrión, donde utilice un instrumento de recolección de datos de historias clínicas,

Además se realizó instrumento de validación del instrumento de recolección de datos (Anexos)

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos mediante un Formato Único de Trámite presentado al Hospital Daniel Alcides Carrión, dirigido al Director y al departamento de estadística con la finalidad de otorgar la autorización y el permiso respectivo.

Asimismo se entregó la Carta de Presentación formulada por la Universidad Peruana los Andes a solicitud del investigador, a fin de tener la autorización para la recopilación de datos y realizar la investigación dentro del Hospital Daniel Alcides Carrión, por lo que se elaboró el cronograma de recolección de datos, de historias clínicas del mes de Enero a Junio del año 2017 en pacientes por Colectomía Convencional considerando una duración de 10 – 15 minutos por cada instrumento.

El presente estudio se realiza con tabulación de datos según la tabla de recolección, la Técnica se basa en una hoja de recopilación de datos de Historias Clínicas y el análisis se realiza según el programa estadístico de SPSS 23, con resultados gráficos y porcentuales.

4.8. Aspectos éticos de la investigación.

Para implementar el estudio se consideró conveniente contar con la autorización del Hospital Docente Regional Daniel Alcides Carrión, autoridades competentes del departamento de estadística.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados.

Población estudiada estuvo constituida por 54 unidades de análisis. Esta población presento una media de edad de 47 ± 19 años y estuvo constituida en un 74.1% por mujeres, realizada en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Huancayo en el periodo de Enero a Junio del 2017.

La prevalencia de complicaciones post operatorias en el periodo de estudio fue de 35.2%, que según el orden de frecuencia fueron: nauseas-vómitos, dolor abdominal, fiebre y dehiscencia de herida operatoria.

Tabla 1

Complicaciones post operatorias en pacientes operados por colecistectomía convencional según edad en el HRDCQ MINSa Huancayo 2017.

Edad	Complicaciones				Total
	Presente		Ausente		
20 - 36 años	7	(36.8)	12	(63.2)	19
37 – 53 años	5	(33.3)	10	(66.7)	15
54 – 70 años	3	(25.0)	9	(75.0)	12
71 – 88 años	4	(50.0)	4	(50.0)	8
Total	19	(100.0)	35	(100.0)	54

Fuente: Base de datos.

En la Tabla N° 1 se puede apreciar que las complicaciones post operatorias según edad se dieron en mayor porcentaje en el intervalo de edad de 20 a 36 años que de un total de 19 historias clínicas tuvo presente la complicación Post operatoria en 7 pacientes (36.8%).

Tabla 2

Complicaciones post operatorias en pacientes operados por colecistectomía convencional según sexo en el HRDCQ MINSa Huancayo 2017.

Sexo	Complicaciones				Total
	Presente		Ausente		
Femenino	16	(40.0)	24	(60.0)	40
Masculino	3	(21.4)	11	(78.6)	14
Total	19	(100.0)	35	(100.0)	54

Fuente: Base de datos.

En la Tabla N° 2 se puede apreciar que las complicaciones post operatorias según el sexo se dio en mayor porcentaje en el género femenino con un total de 16 (40%) de casos.

Tabla 3

Complicaciones post operatorias en pacientes operados por colecistectomía convencional según Clasificación Clavien Dindo en el HRDCQ MINSA Huancayo 2017.

Grado de complicación	Complicaciones		Total
	Presente		
No Complicación	35	(64.8)	35
Grado I	12	(22.2)	12
Grado II	5	(9.3)	5
Grado III	2	(3.7)	2
Grado IV	0	(0.0)	0
Grado V	0	(0.0)	0
Total	54	(100.0)	54

Fuente: Base de datos.

En la Tabla N° 3 se puede apreciar que las complicaciones post operatorias según el grado de complicaciones basadas en la clasificación Clavien – Dindo se puede apreciar que el del Grado I tuvo mayor índice con un total de 12 historias clínicas con un 22.2%, en los que se encuentra el dolor abdominal (6) y nauseas-vómitos (6), a diferencia que del grado II que estuvo presente la fiebre asociado afecciones urinarias, respiratorias y otros (5) y en el grado III estuvo presente la dehiscencia de herida operatoria (2).

5.2. Contrastación de hipótesis.

No se aplica por ser un Estudio de Investigación Descriptiva.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Actualmente, la colecistectomía Convencional es un procedimiento quirúrgico en cuadros agudos de colecistitis. Sin embargo a pesar de los avances tecnológicos y actualizaciones en el manejo y mejora de calidad de atención en salud persiste la prevalencia de Complicaciones Post Operatorias lo que condiciona a un tema de interés médico y social.

En el presente estudio de investigación realizado en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión – Hyo., sobre las complicaciones post operatorias en pacientes que se le realizo colecistectomía convencional durante el mes de enero a junio del 2017, se evidencio que de una muestra de 54 pacientes un porcentaje de 35.2% presentaron complicaciones post operatorias. Este resultado es semejante al estudio de investigación de Tapia³⁴ con una prevalencia de 27.57% esta semejanza se podrían explicar a razón de que ambas investigaciones tuvieron el mismo característica sociodemográfica y condición hospitalaria de nivel regional, asimismo se asemeja al estudio de Castro³⁷ con una prevalencia de 46.3% que a pesar de ser de países diferentes tuvieron semejanza en la condición hospitalaria, a diferencia de del estudio de Aguirre³⁵ que solo tuvo una prevalencia de 20.0% que se podría explicar por tener diferente nivel del hospital y diferentes criterios de clasificación de complicaciones postoperatorias.

Además el estudio demostró que los pacientes entre las edades de 20 a 36 años de edad que se colecistectomía convencional presento un mayor porcentaje de 36.8%; dicho resultado que es diferente al estudio de investigación realizado por Castro-Lopez³⁶ que demostró que los mayores de 40 años (44.9 – 92.21) presentaron mayor

complicaciones con un porcentaje de 73.33% que se podría explicar porque todas sus intervenciones operatorias fueron electivas a diferencia de la presente investigación que fue en su mayoría de emergencia, del mismo modo otro estudio de Castro³⁷ evidencio que hubo mayor prevalencia en pacientes entre 61 a 70 años de edad con un porcentaje de 73.7% que se podría explicar por su rango de edad (35 a 89 años) en determinada por la investigación diferentes a la nuestra.

Asimismo en el presente estudio se evaluó que la prevalencia con respecto al género de los pacientes y se evidencio que hubo mayor prevalencia en el sexo femenino con un porcentaje de 40.0%; este resultado se asemeja al estudio realizado por Castro³⁷ que demostró que hubo mayor prevalencia en el sexo femenino con un 55.5% dicho resultado puede explicarse porque ambos estudios sus mayores ingresos fueron por emergencia que probablemente conllevo a un menor estudio minucioso en el preoperatorio, y del mismo modo el estudio realizado por Castro-Lopez³⁶ que tuvo un mayor porcentaje en el sexo femenino de 93.33% que se podría explicar ya que la mayoría de las colecistectomías convencionales fueron electivas y por tener diferente criterio de clasificación de complicaciones postoperatorias.

Además el presente estudio de investigación descriptiva mostro que según la clasificación Clavien Dindo, hubo una mayor prevalencia en las complicaciones post operatorias de Grado I (Cualquier desviación del curso normal postoperatorio sin la necesidad de tratamiento farmacológico o Intervenciones quirúrgicas, endoscópicas y radiológicas) con un porcentaje de 22.2% (12 pacientes del total de la muestra N=54), que se asemeja al estudio de investigación realizado por Tapia³⁴ donde concluye que tuvo 12.7% de complicaciones similares a las del grado I según

Clavien Dindo, que se explica a razón de tener las mismas características sociodemográficas, a diferencia de otro estudio realizado por Aguirre³⁵ que concluyo que se tuvo solo un 10.0% de complicaciones similares a las del grado I, dicho resultado se podría diferenciar la mayor demanda de especialistas a diferencia de nuestro estudio de investigación.

CONCLUSIONES

1. Se concluye que la Prevalencia de las Complicaciones Post operatorias por Colectomía Convencional fue de 35.2%, que según el orden de frecuencia fueron: náuseas-vómitos, dolor abdominal, fiebre-ITU y dehiscencia de herida operatoria.
2. Se determinó que la prevalencia de Complicaciones Post operatorias por Colectomía Convencional, según la edad fue entre los 20 a 36 años de edad con un porcentaje de 36.8%.
3. Se concluye que según el género, las complicaciones post operatorias se dieron mayor en el sexo femenino con un porcentaje de 40.0%
4. Se concluyó que la prevalencia de las complicaciones post operatorias por colectomía convencional según clasificación Clavien Dindo fue la de Primer Grado con un porcentaje 22.2%.

RECOMENDACIONES

- a. Realizar una evaluación y manejo pre quirúrgico en un tiempo optimo a los pacientes que posteriormente requieran colecistectomía abierta, además de la según el presente estudio se evidencia que una gran prevalencia de las complicaciones post operatorias son los pacientes jóvenes de 20 a 36 años de edad, por lo que se podría presumir que el manejo quirúrgico por los residentes en cirugía general debe de tener una mayor capacitación, instrucción y adiestramiento en manejo quirúrgicos a fin de evitar dichas complicaciones post operatorias.
- b. Se recomienda que se debe realizar una adecuada evaluación preoperatoria en el sexo femenino toda vez que en el presente estudio y otros mencionan la gran prevalencia de complicaciones post operatorias por colecistectomías abiertas.
- c. Se recomienda que se debería establecer una categorización de las complicaciones post operatorias por colecistectomía convencional, ya que en la presente investigación se evidencia una gran prevalencia de 35.2%.
- d. Se recomienda más estudios sobre las complicaciones post operatorias en el ámbito quirúrgico, a fin de evitar en aumento de la prevalencia, toda vez que es causal de más días de estancia hospitalaria y del mismo modo más días de recuperación para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Estepa JL, Santana T, Estepa JC. Colectomía convencional en el manejo quirúrgico de la colelitiasis. *Medisur (Cuba)*. 2014; 13(1): 1-8.
2. Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder stone disease. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. Elsevier (Canada).2006; 20(6):981-996.
3. Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. Embriología clínica. 9 ed. España: Elsevier; 2013.
4. Morales JL, Tratado de Cirugía General. 2 ed. México: El Manual Moderno; 2008.
5. Perez E, Abdo JM, Bernal F, Kershenobich D. Gastroenterología. Mexico: Mc Graw Hill; 2012.
6. Almora CL, Arteaga Y, Plaza T, Prieto Y, Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. *Rev. Ciencias Médicas (Cuba)*. 2012; 16(1); 200-214.
7. Tejedor M, Albillos A. Enfermedad litiásica biliar. *Medicine (España)*. 2012; 11(8):481-488.
8. Alva SM, Chacaltana DK, Huarcaya S. Litiasis vesicular en pacientes colecistectomizados Hospital San Jose de Chinchá, *Rev méd panacea (Perú)*. 2014; 4(2): 36-39.
9. Castillo C, Salazar FS, Mondéjar MD. Fisiopatología y Factores de Riesgo de la Litiasis Vesicular, *Ciencias de la Salud (Peru)*. 2016; 3(2): 160-165.

10. Motta GA, Uscanga MC. Puntos clínicos de Murphy, Mc Burney y Giordano: Valor actual y su correlación con la ultrasonografía. *An Radiol (México)*. 2002; 1(2):409-416.
11. Ramírez CP, Suárez MA, Santoyo J, Fernández JL, Jiménez M, Pérez JA, Bondía JA, De la fuente A. Actualización del diagnóstico y el tratamiento del cáncer de vesícula biliar. *Cir Esp (España)*. 2002;71(2):102-111.
12. Flores-Cortés M, Ramírez-Duque N. Vía Clínica de Colecistitis Aguda [En Línea]. Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud; 2015 [accesado 13 Jun 2017]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/via-clinica-colecistitis-aguda-2016.pdf>.
13. Gomi H, Solomki JS, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Yoshida M, et al. Tokyo Guidelines Revision Committee. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *Hepatobiliary Pancreat Sci* 2013; (20):60–70.
14. Ministerio de Salud. Colectomía Preventiva en adultos de 35 a 49: Guías Clínicas AUGE 1ra ed. Chile: Minsal, 2014.
15. Claros N, Manterola C, Vial M, Sanhueza A. Efectividad de la profilaxis antibiótica en el curso de la colectomía laparoscópica electiva. *Rev. Chilena de Cirugía (Chile)*. 2007; 59(5): 353-359.
16. Cuschieri A, Dubois F. The European Experience with Laparoscopic Cholecystectomy. PubMed.gov [En Línea]. March 91 [accesado 18 Jun

2017]. 161(1): Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1825763>.

17. Pereñíguez A, Egea J, Carballo F. Protocolo terapéutico del cólico biliar y la colecistitis aguda. *Medicine (España)*. 2016;12(8):467-71.
18. Bocanegra RR, Córdova ME. Colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 – 2011. *Rev Gastroenterol (Perú)*. 2013; 33(2):113-120.
19. Ramírez FJ, Jiménez G, Arenas J. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en adultos. *Medigraphic (Mexico)*. 2006; 28(2): 2-6.
20. Fuertes L, Samalvides F, Camacho VP, Herrera P, Echevarria J. Infección del sitio quirúrgico: comparación de dos técnicas quirúrgicas. *Rev Med Hered (Perú)*. 2009; 20 (1): 22-30.
21. Manterola C, Urrutia S, Grupo MINCIR. Morbilidad postoperatoria en pacientes con hidatidosis hepática complicada. *Rev Chilena Infectología (Chile)* 2015; 32 (1): 43-49.
22. Khan M, Ahmad M. Open cholecystectomy: local experience. *Gomal J Med Sci (Pakistán)*. 2013; 11(2): 188-191.
23. Albores NX, Chávez ME, Torres ES, Velázquez JA, Delgadillo G, Arenas J. Complicaciones quirúrgicas de la vesícula y la vía biliar en el paciente geriátrico. *Rev Med Inst (Mexico)*. 2013; 51(2): 204-211.
24. Bravo JCG, Pomposo MA, Badillo F. Tratamiento profiláctico de la emesis posquirúrgica con granisetron en pacientes sometidos a

- colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Rev Esp Med Quir (Mexico). 2016; 21(1):10-14.
25. Zamudio Alegria RR. Determinar los factores de riesgo en la conversión de Colelap a colecistectomía convencional en pacientes de cirugía general del HNHU durante el periodo abril-septiembre del 2015. [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.
26. Fuertes L, Samalvides F, Camacho VP, Herrera P, Echevarria J. Infección del sitio quirúrgico: comparación de dos técnicas quirúrgicas. Rev Med Hered (Perú). 2009; 20 (1); 22-30.
27. Panes ER, Solis CL. Factores de riesgo asociado a la conversión de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional ESSALUD "Ramiro Prialé Prialé" Huancayo 2012-2014. [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Medicina Humana; 2015.
28. Moreno A, Altamirano C.D, López S, Moreno M.C, Corcho A, Berdugo M.C. Principales medidas en epidemiología. Sal. Púb. (México). 2000; 42(4): 337-348.
29. www.fisterra.com [en línea]. España: Medidas de frecuencia de enfermedad, Inc.; 2004 [Actualización 20 Abr 2004; accesado 01 Feb 2019]. Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec_2.pdf.

30. Martos FD, Gutiérrez A, Echevarría A. Complicaciones postoperatorias y resultados clínicos en pacientes operados por cáncer torácico y gastrointestinal: Estudio de cohorte prospectivo. *Rev Bras Ter Intensiva (Cuba)*. 2016; 28(1): 40-48.
31. Galloso GL, Frías RA, Pérez O, Petersson M, Benavides S. Factores que influyen en la conversión de la colecistectomía video laparoscópica a cirugía tradicional. *Rev. Med. Mil. (Cuba)*. 2012; 41(4): 352-360.
32. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann. Surg. (Switzerland)*. 2004; 240(2): 205-213.
33. Joseph M, Phillips MR, Farrell TM, Rupp CC. Cirugía laparoscópica y riesgo de lesión de la vía biliar. *Ann Surg. (EEUU)* 2012; 256(1): 1-13.
34. Tapia LP. Colecistitis Aguda en el Hospital Nacional Ramiro Priale Priale en el periodo 2016. [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Peruana los Andes, Facultad de Medicina Humana; 2017.
35. Aguirre EM. Complicaciones Postquirúrgicas según tipo de cirugía en Litiasis Vesicular en el Hospital Vitarte durante el periodo Enero a Diciembre del 2015. [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
36. Castro-López M, Romero-Vásquez A. Factores de riesgo asociados a infección de heridas quirúrgicas en colecistectomía abierta electiva. *Rev. Salud en Tabasco. (Mexico)*. 2010; 16(1): 869-874.

37. Castro F, Galindo J, Bejarano M. Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia. Rev. Colomb. Cir. (Colombia). 2008; 23(1): 16-21.

ANEXOS

ANEXO 1
Matriz de consistencia

TITULO: Prevalencia de Complicaciones Postoperatorias por Colectomía Convencional en el HRDCQDAC-MINSA-HUANCAYO, AÑO 2017.				
AUTOR: Carlos Vicente BRAÑEZ BALTAZAR				
PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLE	METODOLOGIA	POBLACION
Problema General	Objetivo General	Variable: Complicaciones Post operatorias por Colectomía Convencional.	Diseño de Investigación: Esta investigación tiene un diseño No experimental y Transversal, que se enmarca dentro de la aplicación de las fichas de recolección de datos para obtener la información de las historias clínicas de los pacientes colecistectomizados en un Hospital de la Ciudad de Huancayo. Tipo y Nivel de Investigación: La investigación es principalmente cuantitativo y descriptivo respectivamente, ya que se busca la prevalencia de las complicaciones post	La Población: Está constituida por 54 historias clínicas de pacientes que se le realizo colecistectomía entre en mes de Enero a Junio del 2017, en el HRDCQDAC-MINSA-Huancayo. La Muestra: Está conformada por 54 historias clínicas de pacientes que se le realizo colecistectomía entre varones y mujeres y que abarcar todas las edades
¿Cuál es la prevalencia de complicaciones postoperatorias por colecistectomía convencional en el HRDCQDAC-MINSA-Huancayo, periodo Enero a Junio del 2017?	Determinar la Prevalencia de Complicaciones Postoperatorias por Colectomía Convencional en el HRDCQDAC-MINSA-Huancayo, en periodo Enero a Junio del 2017.			
Problema Especifico	Objetivo Especifico			
Problema específico 1: ¿Cuál es la Prevalencia de las complicaciones postoperatorias según la edad, por colecistectomía Convencional?	Objetivo específico 1: Determinar la Prevalencia de las Complicaciones Post Operatorias según la Edad, por Colectomía Convencional, durante el periodo enero – Junio 2017.			
Problema específico 2: ¿Cuál es la Prevalencia de las complicaciones postoperatorias según el género,	Objetivo específico 2: Determinar la Prevalencia de las Complicaciones Post Operatorias según el género, por Colectomía			

<p>por colecistectomía Convencional?</p> <p>Problema específico 3: ¿Cuál es la Prevalencia de las complicaciones postoperatorias según la Clasificación Clavien - Dindo, por colecistectomía Convencional?</p>	<p>Convencional, durante el periodo enero – Junio 2017.</p> <p>Objetivo específico 3: Determinar la prevalencia de las complicaciones postoperatorias por Colecistectomía Convencional según la Clasificación Clavien-Dindo, dentro de la región Junín - Perú.</p>		<p>operatorias, basándonos en datos de la fuente primaria para poder realizar análisis y conjeturas mediante pruebas estadísticas.</p> <p>Enfoque de la Investigación: El enfoque de la investigación es cuantitativo-descriptivo.</p> <p>Método de Investigación: El método general es descriptivo de corte transversal permitiendo presentar los hallazgos tal y como se obtuvo en un espacio y tiempo determinado.</p>	
--	--	--	---	--

ANEXO 2

Matriz de Operacionalización de variables

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

OBJETIVO GENERAL: Determinar la Prevalencia de Complicaciones Postoperatorias por Colectomía Convencional en el HRDCQDAC-MINSA-Huancayo, en periodo Enero a Junio del 2017.								
VARIABLE	TIPO	NATURAL EZA	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL
Complicaciones Postoperatorias por Colectomía Convencional	Categorico	Cualitativo	Nominal	Ordinal	Presencia o Ausencia de la Complicación	Ficha de Recolección	Presencia de las complicaciones postoperatorias según edad, sexo y grados de complicación (Clavien Dindo).	Aquella eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que pueda retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida.

ANEXO 3

Matriz de Operacionalizacion de instrumento

No se aplica por ser un estudio descriptivo

ANEXO 4

Instrumento de investigación y constancia de aplicación
PARA LA RECOLECCION DE DATOS
ESTUDIO PRECOMPOCOC

HISTORIA CLINICA NRO:		FECHA:
1. Número de identificación:		
2. Edadaños	
3. Sexo	Masculino: () Femenino: ()	
4. Lugar de Procedencia	Huancayo: () Fuera de Hyo: ()	
5. Tiempo de Evolución de la enfermedad	< 24 horas: () ≥ 24 horas: ()	
6. Presencia de comorbilidad	Si: () No: ()	
7. Diagnóstico	Colecistitis Aguda Calculosa: () Colecistitis Crónica Calculosa:() Pólipo vesicular: () Cáncer vesicular: ()	
8. Tipo de cirugía	Convencional: () COLELAP : ()	
9. Complicación	Si: () No: ()	
10. Tipo de complicación	Ninguna () Dolor abdominal: () Nauseas y/o vómitos: () Dehiscencia: () Fiebre: ()	
11. Grado de complicación	<u>Grado I</u> () Cualquier desviación del curso post operatorio normal sin necesidad de tratamiento farmacológico <u>Grado II</u> () Requerimiento de tratamiento farmacológico <u>Grado III</u> () Requiere de intervención quirúrgica <u>Grado IV</u> () Complicación con riesgo de vida que requiere UCI <u>Grado V</u> () Muerte del paciente	

ANEXO 5

Validación de instrumento: confiabilidad

**INSTRUMENTO DEL ESTUDIO PRECOMPOCOC (PREVALENCIA DE
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR COLECISTECTOMÍA
CONVENCIONAL EN EL HRDCQDAC-MINSA- HUANCAYO, AÑO 2017)**

Paci	P3	P4	P5	P6	P8	P9	TOTAL
1	0	0	0	1	0	0	1
2	1	0	1	1	0	1	4
3	0	0	0	1	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	1	0	0	1
6	0	0	0	1	0	0	1
7	1	0	1	1	0	0	3
8	0	0	1	0	0	0	1
9	0	0	0	1	0	0	1
10	1	1	1	1	0	0	4
11	0	1	1	1	0	1	4
12	1	0	1	1	1	1	5
13	0	0	0	1	0	0	1
14	0	0	0	1	0	0	1
15	1	0	1	0	0	1	3
16	1	1	1	1	1	0	5
17	0	0	0	0	0	0	0
18	1	1	1	1	0	1	5
19	1	0	1	1	0	0	3
20	0	0	0	0	0	0	0

KUDER RICHARDSON 20 = 0.763

La CONFIABILIDAD desarrollada es a través de una MEDIDA DE CONSISTENCIA INTERNA que es el KUDER-RICHARDSON 20 (KR 20) que es utilizada para variables categóricas dicotómicas como son los ítems que se encuentran en su instrumento de investigación. Un instrumento se considera confiable con valores ≥ 0.7 (Carmines, 1979).

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: VALIDEZ DE CRITERIO

INSTRUMENTO DEL ESTUDIO PRECOMPOCOC (PREVALENCIA DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS POR COLECISTECTOMÍA CONVENCIONAL EN EL HRDCQDAC-MINSA-HUANCAYO, AÑO 2017)

Pac	P3	Total	X	Y	Xcua	Ycua	Pac	P4	Total	X	Y	Xcua	Ycua	Pac	P5	Total	X	Y	Xcua	Ycua	Pac	P6	Total	X	Y	Xcua	Ycua	Pac	P8	Total	X	Y	Xcua	Ycua	Pac	P9	Total	X	Y	Xcua	Ycua					
1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1					
2	1	4	4	1	1	16	2	0	4	0	0	0	16	2	1	4	4	1	1	16	2	1	4	4	1	16	2	0	4	0	0	0	16	2	1	4	4	1	16	2	1	4	4	1	16	
3	0	1	0	0	0	1	3	0	1	0	0	0	1	3	0	1	0	0	0	1	3	1	1	1	1	1	3	0	1	0	0	0	1	3	0	1	0	0	1	3	0	1	0	0	1	
4	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	
5	0	1	0	0	0	1	5	0	1	0	0	0	1	5	0	1	0	0	0	1	5	1	1	1	1	5	0	1	0	0	0	1	5	0	1	0	0	1	5	0	1	0	0	1		
6	0	1	0	0	0	1	6	0	1	0	0	0	1	6	0	1	0	0	0	1	6	1	1	1	1	6	0	1	0	0	0	1	6	0	1	0	0	1	6	0	1	0	0	1		
7	1	3	3	1	1	9	7	0	3	0	0	0	9	7	1	3	3	1	1	9	7	1	3	3	1	9	7	0	3	0	0	9	7	0	3	0	0	9	7	0	3	0	0	9		
8	0	1	0	0	0	1	8	0	1	0	0	0	1	8	0	1	0	0	0	1	8	0	1	0	0	1	8	0	1	0	0	0	1	8	0	1	0	0	1	8	0	1	0	0	1	
9	0	1	0	0	0	1	9	0	1	0	0	0	1	9	0	1	0	0	0	1	9	1	1	1	1	9	0	1	0	0	0	1	9	0	1	0	0	1	9	0	1	0	0	1		
10	1	4	4	1	1	16	10	1	4	4	1	1	16	10	1	4	4	1	1	16	10	1	4	4	1	16	10	0	4	0	0	0	16	10	0	4	0	0	16	10	0	4	0	0	16	
11	0	4	0	0	0	16	11	1	4	4	1	1	16	11	1	4	4	1	1	16	11	1	4	4	1	16	11	0	4	0	0	0	16	11	1	4	4	1	1	16	11	1	4	4	1	16
12	1	5	5	1	1	25	12	0	5	0	0	0	25	12	1	5	5	1	1	25	12	1	5	5	1	25	12	1	5	5	1	1	25	12	1	5	5	1	1	25	12	1	5	5	1	25
13	0	1	0	0	0	1	13	0	1	0	0	0	1	13	0	1	0	0	0	1	13	1	1	1	1	13	0	1	0	0	0	1	13	0	1	0	0	1	13	0	1	0	0	1		
14	0	1	0	0	0	1	14	0	1	0	0	0	1	14	0	1	0	0	0	1	14	1	1	1	1	14	0	1	0	0	0	1	14	0	1	0	0	1	14	0	1	0	0	1		
15	1	3	3	1	1	9	15	0	3	0	0	0	9	15	1	3	3	1	1	9	15	0	3	0	0	9	15	0	3	0	0	9	15	1	3	3	1	1	9	15	1	3	3	1	9	
16	1	5	5	1	1	25	16	1	5	5	1	1	25	16	1	5	5	1	1	25	16	1	5	5	1	25	16	1	5	5	1	1	25	16	1	5	5	1	1	25	16	1	5	5	1	25
17	0	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	
18	1	5	5	1	1	25	18	1	5	5	1	1	25	18	1	5	5	1	1	25	18	1	5	5	1	25	18	0	5	0	0	25	18	1	5	5	1	1	25	18	1	5	5	1	25	
19	1	3	3	1	1	9	19	0	3	0	0	0	9	19	1	3	3	1	1	9	19	1	3	3	1	9	19	0	3	0	0	9	19	0	3	0	0	9	19	0	3	0	0	9		
20	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0		
Total	8	44	32	8	158		Total	4	44	18	4	158		Total	10	44	37	10	158		Total	15	44	40	15	158		Total	2	44	10	2	158		Total	5	44	21	5	158						

r de Pearson	
P3	0.84
P4	0.66
P5	0.86
P6	0.46
P8	0.53
P9	0.66

ANEXO 6

La data de procesamiento de datos

NRO	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	TIEMPO DE ENFERMEDAD	COMORBILIDAD	DIAGNOSTICO	TIPO DE CIRUGIA	COMPLICACION	TIPO DE COMPLICACION	GRADODE COMPLICACION	EDAD RECODIFICADA
1	58	Masculino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	54-70 años
2	26	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
3	31	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
4	35	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
5	53	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Nauseas y/o vómitos	Grado I	37-53 años
6	72	Masculino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	71-88 años
7	68	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	54-70 años
8	37	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	37-53 años
9	23	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
10	33	Masculino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Dolor abdominal	Grado I	20-36 años
11	49	Masculino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	37-53 años
12	79	Masculino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Nauseas y/o vómitos	Grado I	71-88 años
13	55	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Presente	Nauseas y/o vómitos	Grado I	54-70 años
14		Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años

15	21	Femenino	Otros distritos	Menor de 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
16	26	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Presente	Dehiscencia	Grado III	20-36 años
17	38	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	37-53 años
18	43	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Presente	Fiebre	Grado II	37-53 años
19	55	Masculino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	54-70 años
20	39	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	37-53 años
21	58	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Nauseas y/o vómitos	Grado I	54-70 años
22	64	Masculino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	54-70 años
23	65	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Presente	Fiebre/ITU	Grado II	54-70 años
24	34	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	Si	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Presente	Fiebre	Grado II	20-36 años
25	43	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	37-53 años
26	54	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	Si	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	54-70 años
27	27	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	Si	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Presente	Dolor abdominal	Grado I	20-36 años
28	38	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Dolor abdominal	Grado I	37-53 años
29	28	Femenino	Otros distritos	Menor de 24 horas	Si	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Dolor abdominal	Grado I	20-36 años
30	37	Masculino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	37-53 años
31	38	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	Si	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Dolor abdominal	Grado I	37-53 años

32	74	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	Si	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	71-88 años
33	31	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Presente	Fiebre	Grado II	20-36 años
34	67	Femenino	Huancayo	Menor de 24 horas	Si	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	54-70 años
35	72	Femenino	Huancayo	Menor de 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	71-88 años
36	84	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Fiebre/ITU	Grado II	71-88 años
37	74	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	71-88 años
38	24	Masculino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
39	77	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Dolor abdominal	Grado I	71-88 años
40	67	Femenino	Otros distritos	Menor de 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	54-70 años
41	87	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Dehiscencia	Grado III	71-88 años
42	47	Masculino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	Si	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	37-53 años
43	66	Masculino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	54-70 años
44	20	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
45	70	Femenino	Otros distritos	Menor de 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	54-70 años
46	45	Masculino	Otros distritos	Menor de 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	37-53 años
47	31	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Presente	Nauseas y/o vómitos	Grado I	20-36 años
48	49	Femenino	Otros distritos	Menor de 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	37-53 años

49	22	Femenino	Huancayo	Menor de 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
50	20	Femenino	Otros distritos	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
51	21	Femenino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
52	48	Masculino	Huancayo	Menor de 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	37-53 años
53	30	Femenino	Huancayo	Menor de 24 horas	No	Colecistitis aguda	Colecistectomía convencional	Ausente	0	No complicación	20-36 años
54	53	Masculino	Huancayo	Mayor igual a 24 horas	No	Colecistitis crónica calculosa	Colecistectomía convencional	Presente	Nauseas y/o vómitos	Grado I	37-53 años

ANEXO 7

Paneux fotogràfico de aplicaci3n de instrumento

