



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA



TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICAS CIRUJANAS

TEMA:

“EFICACIA Y SEGURIDAD EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
VERSUS COLECISTECTOMÍA POR CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO
NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014.”

AUTORES:

SRTA. VALLEJO GINES KAREN LISSETTE

SRTA. VALLEJO MAQUILÓN ANDREA ISABEL

DIRECTOR:

DR. VICTOR HUGO VALLEJO SAN ANDRES

PORTOVIEJO, NOVIEMBRE 2013 – ABRIL 2014

DEDICATORIA

Con esfuerzo y entusiasmo, logrando apartar los obstáculos que supone la realización de una meta, hoy con orgullo y satisfacción dedico el presente trabajo primeramente a Dios, por haberme dado la vida, por caminar a junto a mí y darme fortaleza, perseverancia y sabiduría para llegar a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres, Víctor y Talía, que son el pilar fundamental de mi vida, el motor que me impulsa a seguir adelante y a no rendirme, a ellos, que con su ejemplo y consejos han sabido guiarme por el camino de la superación y el bien.

A mis hermanos, Sandy, Andrés y Nicolle, que han inculcado en mí la confianza, para no detenerme a pesar de los tropiezos y la fuerza para salir adelante.

A mi sobrina, Shadya, que con sus travesuras y ocurrencias alegran cada día de mi vida.

A mi familia, sobre todo a mis tíos Hugo y Consuelo, a mi tía Narcisa, que siempre me han brindado apoyo y cariño, motivándome para alcanzar mi gran anhelo, el de ser MEDICO.

KAREN VALLEJO GINES

DEDICATORIA

Toda una trayectoria a base de estudio, esfuerzo y perseverancia he tenido que pasar para poder el día de hoy culminar una hermosa carrera. No ha sido fácil pero Dios siempre ha estado y está conmigo.

"Den gracias a Dios porque él es bueno su gran amor perdura para siempre" Salmos 118:1

Dedico este trabajo de titulación en primer lugar a DIOS que es el pilar de mi vida, el que me ha dado el regalo más preciado el de la vida eterna, y además me bendijo con una hermosa familia.

"Honra a tu padre y a tu madre, como Jehová tu Dios te ha mandado, para que sean prolongados tus días, y para que te vaya bien sobre la tierra que Jehová tu Dios te da." Deuteronomio 5:16

A mis padres de los cuales me siento muy orgullosa Consuelo Maquilón y Víctor Vallejo ambos unos médicos admirables y mi ejemplo a seguir, gracias por siempre apoyarme y corregirme cuando era necesario.

Y a mis hermanos Víctor y Ayelen que con amor siempre han estado a mi lado, anhelo poder ser ejemplo también para ellos, que nunca olviden que junto a Dios todo se puede lograr.

ANDREA VALLEJO MAQUILÓN

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Técnica de Manabí, por habernos dado la oportunidad de adquirir valiosos conocimientos a lo largo de todos estos años, en cada una de las distintas aulas que esta posee; conocimientos que ahora dan frutos y podemos aplicarlos para ejercer de la mejor manera en esta noble profesión. A la Facultad de Ciencias de la Salud junto a la Escuela de Medicina por permitirnos culminar nuestros estudios.

Nuestra gratitud a la Lcda. Editha Santos Presidente, al Dr. Víctor Vallejo San Andrés director del tribunal, Dr. Giancarlo Ponce Miembro del tribunal y el Dr. Adrián Rubínof Miembro del tribunal de tesis, por su colaboración con conocimientos e información valiosa en el proceso de la misma.

Al tribunal de sustentación que contribuyeron a la culminación de nuestro trabajo investigativo.

Y a nuestras familias gracias por todo el apoyo brindado, somos primas y hemos podido sentir ese amor de familia en todo momento.

"Deja en manos de Dios todo lo que haces, y tus proyectos se harán realidad"
Proverbios 16:3

LAS AUTORAS

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.

Yo, DR. VICTOR HUGO VALLEJO SAN ANDRES tengo a bien certificar que el trabajo de titulación EFICACIA Y SEGURIDAD EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA VERSUS COLECISTECTOMÍA POR CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014, de las Señoritas VALLEJO GINES KAREN LISSETTE Y VALLEJO MAQUILÓN ANDREA ISABEL, se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de las autoras y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente.

.....

DR. VICTOR VALLEJO SAN ANDRES

DIRECTOR

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de tesis titulado EFICACIA Y SEGURIDAD EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA VERSUS COLECISTECTOMÍA POR CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014, se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Lcda. Edita Santos Zambrano, Mg

PRESIDENTE

Dr. Adrian Rubinof

MIEMBRO

Dr. Giancarlos Ponce Moreno

MIEMBRO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TRABAJO DE TITULACIÓN

EFICACIA Y SEGURIDAD EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
VERSUS COLECISTECTOMÍA POR CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO,
PERIODO NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014.

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizada por el
Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL TRIBUNAL

Dra. Yira Vásquez Giler, MN.

DECANA DE LA FACULTAD

Dra. Ingerbord Veliz Zevallos, Mg

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN

Ab. Abner Bello Molina

ASESOR JURÍDICO

Lcda. Edita Santos Zambrano, Mg

PRESIDENTE

Dr. Víctor Vallejo San Andrés

DIRECTOR

Dr. Giancarlos Ponce Moreno
MIEMBRO

Dr. Adrián Rubinof
MIEMBRO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Nosotras, KAREN LISSETTE VALLEJO GINES y ANDREA ISABEL VALLEJO MAQUILÓN, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado EFICACIA Y SEGURIDAD EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA VERSUS COLECISTECTOMÍA POR CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014, es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director Dr. Víctor Vallejo San Andrés.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este trabajo de titulación, pertenecen exclusivamente a las autoras.

Karen Lissette Vallejo Gines

Andrea Isabel Vallejo Maquilón

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iv
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	v
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN	vi
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	vii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	viii
CONTENIDO	ix
ÍNDICE DE GRÁFICAS	xi
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xvi
CAPÍTULO I	17
INTRODUCCIÓN	17
JUSTIFICACIÓN	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	22
SUBPROBLEMAS	22
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	23
OBJETIVOS	24
Objetivo General	24
Objetivos Específicos	24
CAPÍTULO II	25
MARCO TEÓRICO	25
CAPÍTULO III	47
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
CAPÍTULO IV	50
DISEÑO METODOLÓGICO	50
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	55

CAPÍTULO V	80
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	83
PRESUPUESTO.....	84
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	85
CAPÍTULO V	87
PROPUESTA	87
OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	88
CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA	89
DATOS GENERALES	89
UBICACIÓN GEORREFERENCIAL	89
PRESENTACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA	90
PROGRAMA DE ACTIVIDADES.....	90
CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA	91
BIBLIOGRAFÍA	92

ÍNDICE DE GRAFITABLAS

GRAFITABLA # 1

PREVALENCIA DE GÉNERO Y EDAD EN USUARIOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 2

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES EN USUARIOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 3

ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIRURGICOS EN USUARIOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 4

PATOLOGIA CAUSAL DE COLECISTECTOMIA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 5

TIPOS DE COLECISTECTOMIAS EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 6

ABORDAJE QUIRURGICO EN COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 7

ABORDAJE QUIRURGICO EN COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 8

TIEMPO QUIRURGICO EN COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 9

TIEMPO QUIRURGICO EN COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 10

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA LAPAROSCOPICA VERSUS LA CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 11

ESCALA DEL DOLOR (EVA) POST COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA ABIERTA Y LAPAROSCOPICA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

GRAFITABLA # 12

DIAS DE HOSPITALIZACION POST COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA LAPAROSCOPICA VERSUS CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

RESUMEN

La colecistectomía es considerada como el tratamiento de elección ante la vesícula biliarenferma. En 1882 Langebuch la realizó por primera vez; en 1987, Philip Mouret realiza la primer colecistectomía laparoscópica, que en la actualidad es la primera opción de tratamiento, desplazando a la colecistectomíaconvencional al segundo lugar.

Es por esto que planteamos esta investigación para determinar la “Eficacia y Seguridad en colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía por cirugía abierta en usuarios atendidos en el Hospital IESS, cantón Portoviejo, periodo noviembre 2013-abril 2014”. Se plantearon los siguientes objetivos: Uno General (Determinar la eficacia y seguridad en colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía por cirugía abierta en usuarios atendidos en el Hospital IESS, cantón Portoviejo, periodo noviembre 2013-abril 2014 y los específicos: (Conocer las características generales de la población investigada, verificar las causas por las que se realiza la cirugía abierta y laparoscópica, investigar el método quirúrgico más utilizado para colecistectomía, indicar las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias que se presentan en una colecistectomía por cirugía abierta y laparoscópica. La unidad de análisis fueron 76 usuarios de salud en el Hospital IESS de Portoviejo.

Los resultados de la investigación determinaron que el mayor porcentaje corresponde al género femenino, la edad que prevaleció fue en el rango de 36-50 años. Los factores que influyeron para la elección del tipo de colecistectomía fueron los antecedentes patológicos personales y antecedentes quirúrgicos. La patología causal de

colecistectomía que tiene mayor incidencia es la Litiasis Vesicular. En el Hospital IESS de Portoviejo, se realizan en mayor porcentaje la colecistectomía laparoscópica; recomendándose la implementación de material educativa acerca de las ventajas de la colecistectomía laparoscópica

Palabras claves: colecistectomía abierta, colecistectomía laparoscópica, colelitiasis, colecistis.

SUMMARY

Cholecystectomy is considered the treatment of choice for a diseased gallbladder.. In 1882 Langebuch the first conducted; in 1987, Philip Mouret performed the first laparoscopic cholecystectomy, which currently is the first choice of treatment, displacing conventional cholecystectomy to second place.

That is why we propose this research to determine the "Efficacy and Safety in laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy users treated in the IESS Hospital, Canton Portoviejo, between November 2013- April 2014 surgery." The following objectives: One General (To determine the efficacy and safety of laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy surgery in users treated in the IESS Hospital, Canton Portoviejo, between November 2013- April 2014 and specific: (Knowing the general characteristics of the research population, verify causes of open and laparoscopic surgery is performed to investigate the surgical method used for cholecystectomy, indicate the intraoperative and postoperative complications that occur in open and laparoscopic cholecystectomy surgery. the unit of analysis was 76 health users IESS Portoviejo Hospital.

The results of the investigation determined that the highest percentage corresponds to the female gender, age prevailed was in the range of 36-50 years. The factors that influenced the choice of cholecystectomy were personal medical history and surgical history. The causal pathology cholecystectomy has the highest incidence Vesicular lithiasis. In the IESS Portoviejo Hospital, performed at a higher rate laparoscopic cholecystectomy; recommending the implementation of educational materials about the advantages of laparoscopic cholecystectomy

Keywords: open cholecystectomy, laparoscopiccholecystectomy, cholelithiasis, colecistits.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 95% de las enfermedades del tracto biliar están relacionadas con los cálculos biliares, entidad que clínicamente suele manifestarse mediante los llamados cólicos biliares, la cual se caracteriza por la existencia de cálculos dentro de la vesícula o en el árbol biliar; además es una enfermedad de frecuencia elevada tanto en nuestro país como en el mundo. (Arpi & Asitimbay, 2013)

En los primeros años la colecistitis aguda se consideró que era una contraindicación para la colecistectomía laparoscópica debido a los posibles riesgos de complicaciones graves a causa de su anatomía distorsionada debido a la inflamación aguda. Sin embargo en la actualidad, estudios aleatorios en los últimos años pueden probar que la colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda es segura, con las tasas de mortalidad similares a los descritos en la cirugía abierta. (Johansson, et al, 2004)

La colecistectomía abierta y la laparoscópica son dos alternativas para la extracción de la vesícula biliar. No se observan grandes diferencias en cuanto a la mortalidad y complicaciones de ambas técnicas, sin embargo, la laparoscópica tiene ventajas sobre la cirugía abierta con respecto a la duración de la estancia hospitalaria y la convalecencia

La duración de la estancia hospitalaria no está sólo afectada por elección de la técnica quirúrgica, el cuidado peri operatorio es también un factor importante. Además, puede existir expectativa entre el hospital privado y el público, en general se asocia la operación abierta con más dolor, una recuperación más lenta y una estancia hospitalaria más prolongada. (Johansson, et al, 2004)

Es de vital importancia que también podamos describir las ventajas, desventajas y complicaciones de estos procedimientos quirúrgicos.

La investigación realizada se basó en los datos que se obtuvo en el Hospital IESS de Portoviejo durante los meses de noviembre 2013 hasta abril 2014.

JUSTIFICACIÓN

Con el paso de los años y con los avances tecnológicos y científicos, la técnica de colecistectomía abierta inicial realizada por Langenbuch en 1882, ha avanzado hasta donde se encuentra hoy en día. La cirugía se realizó a través de una incisión en el cuadrante superior derecho, esta técnica fue mantenida por más de 105 años como tratamiento de elección de la litiasis vesicular, dicha técnica ha sufrido variaciones con tendencia a ser cada vez menos invasiva. Así surge la colecistectomía laparoscópica. (García & Ramírez, 2012)

Aproximadamente el 15% de la población adulta en los Estados Unidos sufre de enfermedad vesicular, actualmente se realizan 750,000 colecistectomías laparoscópicas, que corresponden al 90% de todas las colecistectomías. (Bebko et al., 2011)

En Chile, la colecistectomía laparoscópica es practicada, según estudios entre 2006-2010, en un 87,7%. (Csendes, Yarmuch, Díaz, Castillo & Maluenda, 2012)

En Ecuador, en los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga la Cirugía Laparoscópica es una de las intervenciones más realizadas. En el año 2011, según libros de estadística, se realizaron 292 CL en el Hospital Vicente Corral Moscoso y 635 en el Hospital José Carrasco Arteaga. (Martínez, 2013)

Los beneficiarios directos de esta investigación son los internos de medicina, médicos residentes y los usuarios de salud, ya que nos permitirá una vez determinado el correcto diagnóstico tomar buenas decisiones en cuanto la elección de

la técnica quirúrgica a realizar por parte de los médicos cirujanos, y así garantizar la salud y pronta integración a las actividades cotidianas del usuario.

Este proyecto es factible, ya que las personas encargadas de su realización, cuentan con el respaldo de los docentes a cargo de este Trabajo de Titulación, médicos cirujanos, records de anestesia, protocolos quirúrgicos, personas que laboran en el área de estadística del Hospital del IESS, de libros y artículos de internet que nos proporcionaron la información adecuada. Además se cuenta con la participación de los usuarios de salud que son parte fundamental e importante de este estudio.

El impacto de los resultados permitirá a los médicos cirujanos, residentes e internos de medicina, conocer los criterios de selección de pacientes cuyo tratamiento definitivo sea la colecistectomía tanto por cirugía abierta o por laparoscopia.

Por lo antes expuesto, y considerando el incremento y trascendencia que se presenta en la práctica de colecistectomía laparoscópica y colecistectomía abierta teniendo en cuenta su repercusión en el país a nivel del área de salud, se hace necesario investigar la eficacia y seguridad que tienen estas técnicas quirúrgicas en los usuarios de salud sometidos a cirugía en el Hospital del IESS Cantón Portoviejo, periodo Noviembre 2013- Abril 2014.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante conocer las ventajas y desventajas de los dos tipos de procedimientos quirúrgicos para la colecistectomía, que es la intervención quirúrgica más frecuente de los centros hospitalarios del país.

Se debe tener en cuenta que durante más de 100 años el tratamiento estándar para la enfermedad litiásica vesicular fue la colecistectomía por medio del procedimiento abierto, lo que contribuyó a salvar muchas vidas y a mejorar las condiciones de los pacientes. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico ha evolucionado y disminuido la tasa de complicaciones, las molestias posoperatorias y los requerimientos de estancia hospitalaria y días de recuperación, mediante la introducción de la cirugía laparoscópica. (Olaya & Carrasquilla, 2006, p.104)

Además, otro aspecto importante es que, en nuestro país se está implementando el equipamiento correspondiente para la realización de la cirugía laparoscópica, así mismo los médicos cirujanos de las diferentes provincias comienzan desde hace algunos años a realizar dicho procedimiento quirúrgico.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la eficacia y seguridad de la colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía abierta en usuarios atendidos en el Hospital del IESS, cantón Portoviejo, periodo Noviembre 2013-Abril 2014?

SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características generales de la población en estudio?

¿Cuáles son las causas por las que se realiza la cirugía abierta o la cirugía laparoscópica?

¿Cómo investigar si existen complicaciones post operatorias hospitalarias inmediatas en los pacientes sometidos a colecistectomía por cirugía abierta y laparoscópica?

¿Cómo determinar que método quirúrgico se realiza más en el Hospital IESS?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Educativo

Área: Medicina

Aspecto: Colectomía abierta versus Colectomía laparoscópica

Delimitación espacial: La investigación se desarrolló en el Hospital IESS ubicado en la avenida Manabí del cantón Portoviejo.

Delimitación temporal: La presente investigación se desarrolló durante el periodo Noviembre 2013 - Abril del 2014.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la eficacia y seguridad en colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía por cirugía abierta en usuarios atendidos en el Hospital del IESS, cantón Portoviejo, periodo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Objetivos Específicos

Conocer las características generales de la población en estudio.

Identificar las causas por la que se realiza la cirugía abierta y laparoscópica.

Investigar cual es el método quirúrgico más utilizado en colecistectomía en el Hospital del IESS.

Verificar las complicaciones postoperatorias hospitalarias inmediatas que se presentan en la cirugía abierta y laparoscópica.

Implementar fuente bibliográfica para la Biblioteca Universitaria.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

La vesícula biliar se encuentra situada en la cara inferior del hígado, por fuera del lóbulo cuadrado, en una depresión ancha y poco profunda designada como fosilla cística. (Testut & Latarjet, 1997)

La vesícula es un saco que presenta una forma de pera, de más o menos 7-10 cm de largo y tiene una capacidad de 30-50 ml; en el caso de una obstrucción contiene hasta 300 ml. (Oddsdóttir, Pham & Hunter, 2010)

Se encuentra dividido en 4 áreas: fondo, cuerpo, infundíbulo y cuello. El fondo corresponde al extremo ciego y redondeado, extendiéndose de 1 a 2 cm pasando el borde hepático. Compuesto mayoritariamente de músculo liso, que se diferencia del cuerpo, y representa el sitio primordial de almacenamiento que incluye casi todo el tejido elástico. El cuerpo se proyecta desde el fondo, adelgazado hacia el cuello, formando un embudo con conexión al conducto cístico. El cuello presenta una convexidad, que cuando esta aumentada de tamaño, forma el infundíbulo o bolsa de Hartmann. (Oddsdóttir, Pham & Hunter, 2010)

Histológicamente, la vesícula se diferencia del resto del tubo digestivo porque carece de muscular, mucosa y submucosa. (Oddsdóttir, Pham & Hunter, 2010)

La arteria cística, rama de la hepática derecha, es la que irriga a la vesícula en el 90% de los casos. Su trayecto puede tener variantes, la mayoría de las veces localizada en el triángulo hepatocístico o de Calot, limitada por los conductos cístico y hepático común, y el borde del hígado. Cuando la arteria llega al cuello, se divide en las ramas anterior y posterior. (Oddsdóttir, Pham & Hunter, 2010)

La irrigación venosa es proporcionada por venas pequeñas que penetran de forma directa al hígado y en pocas ocasiones, en una vena cística de mayor calibre, la que lleva sangre a la vena porta. Los linfáticos van a drenar en los ganglios del cuello vesicular. La inervación se da por el vago y por las ramas simpáticas que atraviesan el plexo celiaco. (Oddsdóttir, Pham & Hunter, 2010)

El conducto cístico es el excretorio vesicular, originado en continuidad del cuello, mide de 2-3 cm de longitud y 2-3 mm de diámetro. (Mitidieri, 2009)

Existen variantes del cístico y su punto de unión con el conducto hepático común que son de gran importancia en términos quirúrgicos. La parte del cístico que se encuentra adyacente al cuello, presentan pliegues mucosos o válvulas espirales de Heister. (Oddsdóttir, Pham & Hunter, 2010)

La principal función de la vesícula biliar es acumular y retener la bilis hepática y conducirla al duodeno en respuesta a los alimentos. El infundíbulo y el cuello contienen glándulas secretoras de glucoproteínas, cuya finalidad es proteger a la mucosa de la acción lítica. La transferencia de los iones hidrógeno provocan el descenso del pH biliar

dentro de la vesícula, esta acidificación produce solubilidad de calcio, lo que evita su precipitación. (Oddsdóttir, Pham & Hunter, 2010)

Cuando se llena la vesícula, hay contracción tipo tónica del esfínter de Oddi. Esta se vacía repetidamente en volúmenes pequeños de bilis, la motilina está involucrada en este proceso. Con la ingesta de alimentos, la vesícula se vacía como una respuesta coordinada de la contracción y relajación del esfínter de Oddi; además otro componente del vaciamiento es la colecistocinina, liberada de manera endógena por la ingesta de alimentos. Una vez que se estimula, del 50 a 70% es vaciado en un transcurso de 30-40 min; dentro de una hora u hora y media se vuelve a llenar. (Oddsdóttir, Phamv& Hunter, 2010)

La litiasis biliar es considerada como una de las principales enfermedades digestivas en la actualidad. Presenta una prevalencia del 10-20% en países occidentales que aumenta con la edad y en el sexo femenino. La mayoría de las colelitiasis son silentes y solo el 20% de las veces se presentan síntomas y/o complicaciones. (Jerusalén & Simón, 2012)

Se diferencian 3 tipos de cálculos de acuerdo a su composición: de colesterol (75%), marrones (20%) y de pigmentos negros (7%), asociados a cirrosis, hemolisis crónica, y pancreatitis; su componente principal es el bilirrubinato cálcico. (Jerusalén & Simón, 2012)

La mayor parte de las litiasis son asintomáticas. Ciertos estudios manifiestan que de 10-18% de los usuarios desarrollan dolor biliar y 7% requieren intervención quirúrgica. Solo 1-4% desarrolla complicaciones como la colecistitis aguda, pancreatitis biliar, y coledocolitiasis. (Knab, Boller & Mahvi, 2014)

La prevalencia de la colelitiasis en Norteamérica varía ampliamente dependiendo de la etnia. Los indios norteamericanos tienen una prevalencia tan alta como 73% en las mujeres mayores de 30 años. Estadounidenses blancos tienen una menor prevalencia de cálculos biliares, en el 16,6% en mujeres y 7,9% en hombres. Poblaciones asiáticas tienen tasas intermedias de 5% a 20%, negros afroamericanos tienen tasas de alrededor del 14%, y los negros africanos tienen tasas bajas, a menos de 5%. La incidencia aumenta con la edad, haciendo de esta una cuestión importante en nuestra población que envejece. Un estudio de prevalencia de cálculos biliares en la necropsia en Reino Unido informó una incidencia de cálculos biliares de 24% en las mujeres de 50 a 59 años, aumentando a 30% en la novena década. Las tarifas de los hombres son el 18% en el rango de 50-59 años de edad, con un aumento de 29% en la novena década. (Knab, Boller & Mahvi, 2014)

En occidente los cálculos son de colesterol en el 75% de los casos. Los pigmentarios predominan en oriente. La frecuencia aumenta con la edad y es mayor en las mujeres en todos los grupos etarios. (Rubio, 2009)

La incidencia es alta en los chilenos. Suecia y Alemania presentan cifras similares. En los países con mayor desarrollo económico predominan los de colesterol, los pigmentarios en los de menor desarrollo de Asia y África. (Rubio, 2009)

El desarrollo de la colelitiasis es multifactorial. La edad avanzada es un factor de riesgo para el desarrollo de cálculos biliares en todos los grupos étnicos. Los cálculos biliares rara vez se presentan en bebés y los niños, pero la prevalencia aumenta notablemente en las personas mayores de 20 años, particularmente en las mujeres. El género femenino es un factor de riesgo. Las mujeres están en mayor riesgo de tener cálculos biliares, así como someterse a la intervención quirúrgica. El estrógeno parece para jugar un papel crítico en este aumento del riesgo, ya que el embarazo, paridad, y la terapia de reemplazo de estrógeno aumenta el riesgo de cálculos biliares. La obesidad es otro factor de riesgo para el desarrollo de cálculos biliares, probablemente causado por el aumento de la secreción hepática de colesterol. Este factor de riesgo es mayor en las mujeres que en los hombres. Las mujeres obesas tienen un aumento de 7 veces de desarrollar cálculos biliares en comparación con sus contrapartes femeninas de peso normal. Irónicamente, la pérdida rápida de peso es también un factor de riesgo para el desarrollo de cálculos biliares y ocurre como en hasta un 25% y un 30% de los pacientes después de la cirugía bariátrica. (Knab, Boller & Mahvi, 2014)

Debido a que no todos las personas con cálculos biliares desarrollan dolor biliar, no es necesario realizar colecistectomía profiláctica a todos los pacientes.

Existen varias excepciones a esta recomendación: 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, mujer joven de origen amerindio; los pacientes con mayor riesgo para desarrollar síntomas son: personas jóvenes que padezcan anemia drepanocítica, ya que el dolor abdominal no sería fácil de diferenciar con un cólico biliar o una colecistitis aguda. Un grupo de usuarios que puede beneficiarse de la colecistectomía profiláctica son los que se realizarían otra cirugía abdominal por otro motivo, como cirugía bariátrica o trasplante cardíaco. (Jerusalén & Simón, 2012)

Se estima que el 65% de los usuarios que presentan síntomas, presentan recurrencia dentro de los dos primeros años, además de la incidencia de las complicaciones que está entre 1-2%.(Jerusalén & Simón, 2012)

La clínica de la litiasis biliar es el cólico biliar, que se presenta cuando hay obstrucción de la salida, como un cálculo en el cuello o en la bolsa de Hartmann. Esta descrito como un dolor cólico, localizado en el hipogastrio derecho, que puede irradiarse a la escápula derecha o área interescapular. Aparece luego de ingesta de alimentos ricos en grasa, y cuando despierta al paciente por la noche. Los síntomas involucrados incluyen náuseas, escalofríos, malestar general, distensión abdominal, eructos, y ocasionalmente diarrea. El cólico biliar es frecuentemente indistinto o leve, limitada a oleadas de náuseas o síntomas de reflujo gástrico. El cólico biliar sin complicaciones desaparece espontáneamente dentro de media a seis horas, o con la administración de un analgésico. Sin embargo, una vez que las personas comienzan a

experimentar los síntomas, los síntomas tienden a convertirse en recurrente. (Elwood, 2008)

Los componentes de laboratorio son normales, si no se acompaña de complicaciones. El gold estándar es la ecografía abdominal. Es una técnica de bajo costo y con gran disponibilidad en centros de salud, presenta sensibilidad y especificidad mayor al 95% cuando hay cálculos superiores a 4 mm². Detecta cálculos móviles, con sombra acústica. Típicamente detecta cálculos móviles, declives y con sombraacústica posterior. Cuando se manifiesta la clínica, y el resultado de la ecografía es negativo, se puede realizar ecoendoscopia. La colecistografía oral es utilizada cuando no se identifica a la vesícula mediante una ecografía se utiliza y también para la valoración de la motilidad y permeabilidad del cístico antes de la disolución oral o por litotricia. La TAC y la IRM no son necesarias en ausencia de complicaciones. (Jerusalén & Simón, 2012)

En el momento del cólico biliar se recomienda reposo de tipo digestivo, compresas calientes en el lugar donde hay dolor y analgesia. El uso de aines ayuda al alivio de los síntomas y previenen que la patología progrese a una colecistitis aguda. (Jerusalén & Simón, 2012)

El tratamiento no quirúrgico, presenta tasas elevadas de recurrencia, por lo que se debe ofrecer a pacientes con alto riesgo quirúrgico o que descarten la idea de cirugía. El fármaco utilizado en la actualidad es el ácido ursodesoxicólico a dosis entre 8-10 mg/kg/día, antes de dormir. La función de este ácido es de disolver los cálculos con la disminución de colesterol. Este tipo de terapéutica se aplica a pacientes seleccionados,

<15% de los usuarios que no presentan síntomas, tiene éxito en un 20-70% y riesgo de repetición de síntomas del 50% en 5 años. Cuando se presenta cálculos con un tamaño superior de 10 mm se puede realizar litotricia extracorpórea. (Jerusalén & Simón, 2012)

En caso de colelitiasis sintomática, de elección es la colecistectomía laparoscópica. Antes de la cirugía, el paciente se aconseja mantener un bajo contenido de grasa estrictamente dieta y evitar las comidas pesadas. Los pacientes también deben ser asesoradas sobre el signos y síntomas que sugieren la progresión a la colecistitis y la necesidad para la terapia más urgente. (Elwood, 2008)

Dentro de las complicaciones encontramos: coledocolitiasis, colecistitis aguda, vesícula en porcelana, síndrome de Mirizzi, fístulas biliares y neoplasia vesicular. (Jerusalén & Simón, 2012)

La colecistitis aguda representa 14% a 30% de las colecistectomías. Se define como la inflamación de la vesícula biliar, causada generalmente por obstrucción del conducto cístico. Las causas más comunes de la obstrucción del conducto cístico son los cálculos biliares o barro biliar, aunque otras causas menos comunes incluyen una masa (Tumor primario o pólipo vesicular), parásitos, o cuerpos extraños. La colecistitis también puede ocurrir en ausencia de cálculos biliares y se conoce como colecistitis alitiásica. Cuando se obstruye el conducto cístico, la mucosa de la vesícula biliar sigue produciendo moco, pero no tiene salida para el drenaje, lo que aumenta la presión de la vesícula biliar, venosa estasis, seguido por estasis arterial y necrosis isquémica de la vesícula biliar. (Knab, Boller & Mahvi, 2014)

El principal indicio es el dolor abdominal agudo y constante, localizado en el hipocondrio derecho, de duración superior a 5 horas, irradiado a espalda.

El examen físico muestra taquicardia y fiebre. Los pacientes generalmente tienen dolor a la palpación en la región epigástrica o hipocondrio derecho. Algunos pacientes pueden tener el signo de un Murphy, que es el dolor al cese de la inspiración con la palpación en el derecho cuadrante superior sobre la vesícula biliar. Como la mayoría de condiciones inflamatorias, colecistitis aguda se asocia generalmente con leucocitosis, aunque la presentación puede ser variable. Sólo el 32% y el 53% de los pacientes tener fiebre en la presentación, y el 51% al 53% tienen leucocitosis. El diagnóstico debe siempre ser hecho en base a una combinación de historia, hallazgos físicos, valores de laboratorio y de diagnóstico por imágenes si es necesario. Hallazgos clínicos relevantes, tales como heces de color arcilla u orina oscura pueden proporcionar pistas. (Knab, Boller & Mahvi, 2014)

Puede haber elevación de la PCR, incremento de la aminotransferasa y amilasa, ictericia con niveles de bilirrubina <4 mg/dl. Lo que refleja edema de la vía biliar o compresión de la vía causada por la distensión de la vesícula; aunque valores superiores hacen sospechar en el diagnóstico de coledocolitiasis o síndrome de Mirizzi. (Jerusalén & Simón, 2012)

El método diagnóstico electivo es la ecografía abdominal, con una sensibilidad de 88% y especificidad de 80%, aunque presenta valor predictivo positivo de 92%. Encontramos signos ecográficos que evidencian esta patología como el signo de

Murphy ecográfico que se caracteriza por dolor con el transductor colocado, aumento en el grosor de la pared vesicular > 4 mm, diámetro de la vesícula > 8 cm, evidencia de litiasis biliar, colecciones líquidas pericolecísticas, presencia del llamado barro biliar, trilaminación de la pared de la vesícula, banda intermedia hiperecogénica. (Jerusalén & Simón, 2012)

La gammagrafía con HIDA perceptible con tomografía computada es de utilidad cuando haya alguna duda sobre el diagnóstico a pesar de la ecografía. La TC abdominal se realiza cuando hay complicaciones. (Jerusalén & Simón, 2012)

El manejo debe ser bajo ingreso hospitalario, reposo absoluto, dieta, fluidoterapia, y analgesia, en la que se recomienda uso de AINEs para el alivio del dolor y la antibioticoterapia, excepto en cuadros leves (Jerusalén & Simón, 2012)

Existen factores que se deben tomar en cuenta para la elección del antibiótico como la actividad microbiana, gravedad de la enfermedad, resistencias, antibióticos previos. (Jerusalén & Simón, 2012)

Se trata empíricamente hasta los resultados de cultivos y hemocultivos, siempre y cuando sea posible, en casos leves y moderados se da piperacilina + tazobactam en dosis de 4/0,5 g IV/ 6 horas o alguna cefalosporina de primera o segunda generación. En presencia de casos más graves se da cefalosporina de tercera o cuarta generación junto con el metronidazol. (Jerusalén & Simón, 2012)

El tratamiento de elección es a colecistectomía. Debido a que los tratados con tratamiento conservador, van a precisar reingreso por lo menos en un 20% de los casos. (Jerusalén & Simón, 2012)

La colecistitis alitiásica, corresponde 5-10% de los casos, se presenta más en el sexo masculino de edad avanzada, asociado a alimentación parenteral prolongada, obstrucciones; la frecuencia es elevada en usuarios quemados o politraumatizados, los que son sometidos a grandes cirugías. (Rubio, 2009)

Otro factor de riesgo es la ventilación mecánica con presión positiva de espiración, oclusión de la circulación menor de la pared de la vesícula. Además en parasitosis, infecciones virales y bacterianas. Los pacientes inmunodeprimidos tienen una incidencia mayor. (Rubio, 2009)

El diagnóstico se realiza por ecografía, en la que se observa que la pared de la vesícula es >4 mm, líquido perivesicular, gas intramural, edema de la subserosa. se presenta positivo el signo de Murphy; presenta una sensibilidad y la especificidad alrededor del 90%. (Rubio, 2009)

La terapéutica considerada histórica, ha sido la colecistectomía, cuando encontramos colecciones líquidas pericolecísticas, es posible drenarla con laparoscopia o laparotomía. Existen patologías que presentan similitudes a la colecistitis aguda como una colangitis, úlcera perforada, pancreatitis, que pueden generar un diagnóstico incorrecto. (Barie & Eachempati, 2010)

Los pólipos que pertenecen a la vesícula, son hallados incidentalmente mediante una ecografía abdominal en usuarios que presenten dolor, o en exámenes de rutina de una persona sana. Se consideran como prominencias definidas de la mucosa vesicular. Se presentan en el 0.004-13.8% de los casos en ambos sexos. (Bugosen, Tagle, Huerta-Mercado & Scavino, 2011)

La clasificación de los tumores y pseudotumores vesiculares, fue dada en 1970. Dentro de los tumores benignos están los adenomas, lipomas, leiomiomas y hemangiomas. Los pseudotumores se clasifican en adenomiomas, pólipos inflamatorios y pólipos de colesterol y los de mucosa heterotópica del estómago, páncreas o hígado. Actualmente hay una división aceptada que son pólipos neoplásicos como el adenoma y el carcinoma in situ; y los no neoplásicos que corresponden aproximadamente el 95% de los casos. (Gallahan & Conway, 2010)

Los pólipos de colesterol corresponden el 60% de los pólipos de vesícula biliar y tienen un tamaño menor de 10 mm, son múltiples, son provocados cuando hay infiltración de la lámina propia por macrófagos llenos de lípidos. En lo que corresponde a la Adenomiomatosis vesicular, es un pólipo solitario de 10-20 mm en el fundus; definido como una hiperplasia provocada por la proliferación en exceso del epitelio superficial, que puede invaginar la muscular; representa el 25% de los pólipos a este nivel. No se considera neoplásica. Los pólipos de tipo inflamatorios son <10mm, representan 10% de todos los pólipos vesiculares, secundarios a una inflamación crónica. Respecto a los adenomas, son considerados neoplásicos, el tamaño varía de 5-

20 mm, únicos y relacionados con cálculos. Representan más o menor 4% de los pólipos. (Gallahan & Conway, 2010)

Los pólipos de tipo neoplásico son raros, corresponden al 1% de los pólipos y dentro de ellos están los neurofibromas, lipomas, leiomiomas, y carcinoides que son de algunos tamaños. (Gallahan & Conway, 2010)

Generalmente los pólipos son asintomáticos, aunque pueden presentar dolor tipo cólico. (Gallahan & Conway, 2010)

Los pólipos compuestos de colesterol se pueden comportar como un cálculo, provoca obstrucción y dolor. (Gallahan & Conway, 2010)

Existen factores que predisponen a malignidad como edad >60, pólipos mayores a 6mm, solitario, existencia de cálculos biliares. (Gallahan & Conway, 2010)

Mayormente su diagnóstico se da por la ecografía abdominal, en la que se observa imagen hiperecoica y fija, puede presentar o no sombra acústica, este método no es definitivo para valorar el potencial maligno. (Gallahan & Conway, 2010)

La ecoendoscopia en la exploración de la vía biliar y la vesícula ha sido bien definida, y esto involucra a los pólipos con imágenes de alta resolución. Los pólipos neoplásicos son más comunes cuando en la EE no exista definición de la muscular propia. (Gallahan & Conway, 2010)

Si el pólipo cualquiera que sea produce síntomas debe ser removido en el paciente para ser intervenido quirúrgicamente. En los pacientes asintomáticos, el corte de 1cm para considerar una cirugía. En pacientes con factores de riesgo para pólipo maligno de 6 mm ó más, probablemente deba ser resecado. Los pacientes sin factores de riesgo son buenos candidatos para la evaluación por EE. En conclusión los pólipos considerados de alto riesgo por los criterios ecoendoscópicos deben ser resecados. (Gallahan & Conway, 2010)

La cirugía de elección es la colecistectomía laparoscópica, excepto cuando exista la posibilidad de malignidad. El pólipo > de 1.8 cm tiene alta posibilidad de ser un cáncer avanzado y debe resecarse por colecistectomía abierta, resección hepática parcial y posible disección de nódulos linfáticos. (Gallahan & Conway, 2010)

La colecistectomía convencional es considerada como un tratamiento confiable en la colecistitis aguda y en la crónica, pero la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en la técnica quirúrgica de elección. (Oddsdóttir, Pham & Hunter, 2010)

La colecistectomía es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. (Carson-DeWitt, 2012)

La colecistectomía convencional o abierta, es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción de la vesícula biliar; la técnica quirúrgica convencional está en vigencia y lo seguirá por mucho tiempo. (Chiesa & Hierro, 2014)

Las indicaciones son: colecistitis litiásica aguda y crónica, colecistitis alitiásica, cirugía previa del abdomen superior, embarazo, cirrosis, cáncer de vesícula, síndrome de Mirizzi, colecistitis gangrenosa, tumores benignos de la vesícula biliar, adenocarcinoma primario de la vesícula biliar, vesícula en porcelana. (Chiesa & Hierro, 2009)

Las contraindicaciones son referentes al mal estado general del paciente que contraindica una anestesia general. (Chiesa & Hierro, 2009)

Las incisiones subcostales o verticales. Dentro de las incisiones verticales esta la paramediana, pararectal interna. Existen además ventajas de la incisión subcostal podemos mencionar correcta exposición de la vesícula y vías biliares, ampliación en boca de horno para el acceso de órganos izquierdos, o hacia el reborde costal derecho para un acceso al lomo hepático. (Chiesa & Hierro, 2009)

Los accidentes que se pueden presentar son desgarro de la arteria cística, o sección del conducto cístico, abertura del colon o del duodeno. (Chiesa & Hierro, 2009)

La colecistectomía laparoscópica es la operación que actualmente más se realiza (90 a 95%) para poder tratar la litiasis vesicular sintomática y por lo cual se considera el tratamiento de elección. (Artusi, Cittadino & Tripoloni, 2009)

La cirugía laparoscópica es dependiente de la tecnología; para realizarla es necesaria tres tecnologías íntimamente ligadas entre sí: óptica, electrónica e instrumental específico.(Artusi, Cittadino & Tripoloni, 2009)

La coordinación psicomotriz para llevar a cabo una cirugía laparoscópica ha sido una técnica quirúrgica nueva.(Artusi, Cittadino & Tripoloni, 2009)

Las indicaciones de la CL comprende los cálculos biliares sintomáticos los cuales se presentan por cólico biliar, pancreatitis biliar, CCA, discinesia biliar y colecistitis crónica, además las complicaciones de las enfermedades agudas y crónicas de la vesícula biliar. (Litwin & Cahan, 2008)

En las contraindicaciones tenemos a los pacientes que no toleran la anestesia general o la incapacidad para tolerar la insuflación de CO₂ abdominal. Además encontramos al embarazo, ya sea primer o tercer trimestre, cirrosis, coagulopatía, hipertensión portal, sospecha de cáncer de vesícula biliar y cirugías abdominales previas, en las que se excluyen las de enfoque mínimamente invasiva.

Los factores de riesgo en Colecistectomía Laparoscópica guardan estrecha relación con la comorbilidad comprobada en los pacientes de tercera edad, afecciones orgánicas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Asma bronquial, Insuficiencia renal.

Las ventajas de la Colecistectomía laparoscópica tenemos que el dolor es menor después de la intervención quirúrgica, además existe una rápida recuperación del

paciente, la herida es más pequeña, más rápida la tolerancia a la ingesta de alimentos, y menor tiempo de estadía en el hospital. (Arpi & Asitimbay, 2013)

Dentro de las desventajas tenemos el edema puede causar un aumento de la luminosidad lo que puede causar dificultad en la visión nítida del campo operatorio, además la dificultad de realizar sentido del tacto fino, dependencia de la tecnología, pueden existir efectos hemodinámicos y ventilatorios inherentes al uso del CO₂. Es importante que se monitorice adecuadamente el CO₂ arterial. (De Vinatea, Aguilar, Villanueva & Hirakata, 2005)

Existen dos problemas que son más frecuentes en C. laparoscópica que en colecistectomía abierta que son la lesión al conducto biliar común y las complicaciones de los cálculos biliares perdidos. En los últimos quince años, la tasa de lesiones de la vía biliar principal en CL ha disminuido debido a que los cirujanos laparoscópicos han obtenido más experiencia; Desafortunadamente, la incidencia de cálculos biliares perdidos se ha mantenido sin cambios.

Se considera efecto adverso secundario al dolor abdominal y escapular. El origen de este dolor es considerado multifactorial y se lo asocia con las incisiones para los puertos, neumoperitoneo y la colecistectomía en sí. El dolor es la sensación subjetiva y su medición y el análisis resultan difíciles. La escala análoga visual del dolor, que se presenta como una barra horizontal de 10 cm, es simple, válida y factible, que refleja el grado de intensidad del dolor en el momento de la evaluación, lo que la convierte en una herramienta útil para describir el dolor. En comparación con otras escalas, es más

sensible para la detección de pequeñas diferencias en los grados de dolor. Estudios anteriores describen que se presenta menos dolor postquirúrgico en pacientes sometidos a la intervención quirúrgica con presiones bajas, debido a la menor distensión abdominal durante el transoperatorio.

Las complicaciones biliares que pueden existir durante la colecistectomía laparoscópica el biloma que es la colección de bilis localizada en la cavidad abdominal, habitualmente en el espacio de Morrison; coleperitoneo que es la acumulación de bilis en la cavidad abdominal se produce por fuga a partir del conducto cístico, lesión de conductos periféricos, lesión lateral de la vía biliar principal, fístula biliar. (Chiapetta & Canullan, 2009)

Las complicaciones no biliares se encuentran relacionadas con la experiencia del cirujano, los cambios anatómicos provocados por el proceso inflamatorio, además la disponibilidad del correcto instrumental. (Chiapetta & Canullan, 2009)

En cuanto a las lesiones relacionadas con la introducción de los trocares se presentan las siguientes, injuria de vasos mayores y menores e injuria intestinal. (Chiapetta & Canullan, 2009)

La injuria arterial es una lesión relacionada con la disección. (Chiapetta & Canullan, 2009)

Dentro de las complicaciones causadas por el neumoperitoneo se encuentra el enfisema subcutáneo. La embolia de CO₂ es la complicación más grave; la hipotensión y shock se asociada en la mayoría de los casos a una lesión vascular mayor. (Chiapetta & Canullan, 2009)

La estrategia de abordaje de la vesícula puede cambiar y decidirse por una cirugía abierta, se pueden mencionar dentro de los factores causales: no existe la suficiente experiencia en laparoscopia; cuando la anatomía no está clara; cuando se presenta una hemorragia incontrolable; cuando se presentan fallas en los equipos, y, cuando se presenta lesión de la vía biliar o de una víscera vecina. (Álvarez et al., 2013, p.192).

La seguridad es un derecho fundamental del ser humano. Todos los seres humanos tienen el mismo derecho a la salud y a la seguridad. (Organización Mundial de la Salud, 1989).

La seguridad es un estado en el cual ciertas condiciones no controladas pueden provocar daños de orden físico, psicológico o material, están controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y la comunidad. (Centro colaborador de la OMS en Quebec, 2008)

Es el resultado de un proceso complejo donde el ser humano interactúa con su medio ambiente. (Centro colaborador de la OMS en Quebec, 2008)

La seguridad por la población no puede ser definida como una ausencia total de peligro.

No necesariamente tenemos que descartar que exista peligro, sino más bien su control, para preservar la salud y el bienestar de los individuos y la comunidad (Maslow, 1968).

La mejora y mantenimiento del bienestar y salud de la población es muy importante para determinar la seguridad. (Centro colaborador de la OMS en Quebec, 2008)

Las condiciones de medio ambiente y los comportamientos del estado de salud y bienestar de una población se los ayuda determinando bajo el término de eficacia lo que deseamos o buscamos. (Centro colaborador de la OMS en Quebec, 2008)

Un nivel de seguridad óptimo, los individuos, comunidades, gobierno y otros, crean siempre condiciones, programas, protocolos o simplemente estrategias para conseguir el nivel de seguridad, la prevención y control de lesiones y otras consecuencias o daños causados por accidentes; se puede cambiar por el respeto a los valores e integridad física, material o psicológica de las personas. (Centro colaborador de la OMS en Quebec, 2008)

La seguridad es el conjunto de la comunidad, que incluye a todos los individuos, instituciones y grupos comunitarios que deben movilizarse para obtener la correcta seguridad de la población. Las condiciones para la seguridad se basan en que puede

estar presente en todos los entornos y este entorno se considera como un sistema que tenga una o varias finalidades. (Centro colaborador de la OMS en Quebec, 2008)

La palabra “eficacia” proviene del Latín *efficere* que significa “hacer o lograr”. El Diccionario de la Lengua Española indica que la eficacia significa una actividad, fuerza y poder para obrar. (Mokate, 2002).

La Eficacia se pone en práctica en las cosas o personas que produzcan un efecto o brindar el servicio a que están destinadas. Todo resulta eficaz si logra o hace lo que debía hacer. (Mokate, 2002)

Según los programas de salud, se puede alcanzar los objetivos propuestos y la eficacia debe estar siempre involucrada de una política o programa. (Mokate, 2002)

Para lograr una clara eficacia, es necesario determinar lo que constituye un objetivo. Un objetivo delimita el tiempo en que espera generar un determinado efecto. La espera de resultados en la población resulta eficaz si ejecuta los objetivos esperados, y los realiza en el tiempo indicado y con la calidad propuesta. (Gala, Paredes & Pérez, 2013, p.19)

La eficacia realiza los objetivos propuestos, sin procurar el costo o el uso de recursos. Una determinada iniciativa es más o menos eficaz según el grado en que cumple sus objetivos, recordando la calidad y la oportunidad, y sin tener en cuenta los costos. (Gala, Paredes & Pérez, 2013, p.19)

La eficacia en términos del grado de cumplimiento de unos objetivos predefinidos, se crea también el comienzo de los objetivos iniciales y resulta ser un sinónimo de “éxito” y puede reconocer que se puede construir una medida que se refiera al logro de un resultado. (Gala, Paredes & Pérez, 2013)

La eficacia es alcanzar objetivos y obtener buenos resultados, podemos decir entonces que la eficacia es la medida en que logramos el objetivo, es decir con la realización de actividades que permitan alcanzar las metas establecidas. (Gala, Paredes & Pérez, 2013)

La posibilidad de medir de eficacia se puede basar de una terapéutica que implica el análisis del resultado obtenido además la intervención diagnóstica y preventiva cuando ésta se aplica en condiciones ideales. Involucra dos criterios mayores: La garantía de la atención que el paciente recibe, una excelente capacitación implica una perfecta ejecución, su aplicación bajo protocolo estricto, la técnica que el profesional utiliza es muy importante.

Es muy importante que se tenga en cuenta criterios estrictos de inclusión y exclusión, que tenga relación con edad, etnia y sexo, además no existe elementos confusos como comorbilidades o uso simultáneo de otras intervenciones.

CAPITULO III

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: EFICACIA Y SEGURIDAD			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
La palabra “eficacia” viene del Latín efficere que, a su vez, es derivado de facere, que significa “hacer o lograr”. El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española señala que “eficacia” significa “virtud, actividad, fuerza y poder para obrar”. La seguridad es un requisito previo a la mejora y mantenimiento del bienestar y salud de la población, puede ser considerada como un requisito previo al mantenimiento y mejora de la salud y bienestar de la población. El estado de salud y bienestar de una población se determina sobre todo por las condiciones de medio ambiente o los comportamientos.	Características Generales	Género	Masculino
			Femenino
		Grupo Etario	≤ 20
			21 – 35
			36 – 50
			> 51
		Antecedentes Patológicos	HTA
			DM2
			Insuficiencia Renal
			Ninguna
		Antecedentes Quirúrgicos	1 cirugía anterior
			2 cirugías anteriores
			≥ 3 cirugías anteriores
			Ninguna

VARIABLE DEPENDIENTE: COLECISTECTOMIA			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
La colecistectomía es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. La colecistectomía laparoscópica (C.L.) es la operación que actualmente más se realiza (90 a 95%) para tratarla litiasis vesicular sintomática y es considerada el tratamiento de elección. La colecistectomía convencional o abierta, es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción de la vesícula biliar; la técnica quirúrgica convencional está en plena vigencia y lo seguirá estando por mucho tiempo más.	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	PATOLOGIA CAUSAL	Litiasis Vesicular
			Pólipos Vesiculares
			Colecistitis Aguda
			Otros
		TIPOS DE COLECISTECTOMIA	Abierta
			Laparoscópica
		CIRUGIA ABIERTA	Kocher
			Pararrectal
		CIRUGIA LAPAROSCOPICA	3 puertos
			4 puertos
			1 - 1:59 H
		TIEMPO QX C. ABIERTA	2 – 2:59 H
			≥ 3 H
		TIEMPO QX C. LAPAROSCÓPICA	<1
			1 – 2 H
			> 2 H

VARIABLE DEPENDIENTE: COLECISTECTOMIA			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
		COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS	Fistula Biliar
			Hemorragias
			Estenosis
			Ninguna
	RECUPERACION DEL PACIENTE POST QUIRURGICO	DOLOR	EVA 0
			1-5
			6-9
			10
		TIEMPO DE HOSPITALIZACION C. ABIERTA	24 horas
			48 horas
			>48 horas
		TIEMPO DE HOSPITALIZACION C. LAPAROSCOPICA	24 horas
			48 horas
			>48 horas

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Fue un estudio prospectivo- descriptivo.

Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital IESS del cantón Portoviejo.

Línea de investigación

Mejoramiento de la calidad de vida

Periodo

El estudio comprendió los meses de Noviembre 2013 – Abril 2014

Universo

El universo lo constituyeron los 76 usuarios que fueron intervenidos quirúrgicamente en el periodo de Noviembre hasta Abril 2014

Muestra

La muestra estuvo integrada por 76 usuarios de salud

Modalidad de la investigación

Criterios de inclusión

Se tomaron en cuenta para la realización de este proyecto a todos los usuarios de salud que estaban programados para la realización de colecistectomía en el periodo establecido.

Criterios de exclusión

No se excluyó a ningún usuario de salud de los 76 programados.

Métodos e instrumentos para la recolección de datos

Se utilizó el método estadístico descriptivo no experimental, ya que se procedió a analizar el fenómeno presente y deducir conclusiones.

Instrumentos para la recolección de información

Ficha de encuesta: Constó de preguntas obteniéndose a través de las mismas la información correspondiente.

Historia clínica personalizada: Para establecer el estado de salud del paciente.

Libro de registro de cirugías del área de quirófano del Hospital del IESS.

Se utilizó el programa anti-plagio VIPER para corroborar la autenticidad de la investigación.

Con el respectivo permiso de las autoridades del Hospital IESS de Portoviejo, se elaboró una ficha de consentimiento informado para los encuestados.

La información fue obtenida y procesada con ayuda del programa de Excel, aquella que proporcionó los respectivos porcentajes facilitando así la tabulación de datos. Para los datos cuantificados se emplearon grafitablas estadísticas para de esta manera interpretar y analizar los resultados de la investigación y se dio respuesta a la problemática establecidas corroborando los objetivos proyectados.

Fuentes de datos

Las fuentes primarias estuvieron constituidas por los implicados.

Las fuentes secundarias utilizadas fueron los registros de intervenciones quirúrgicas, textos de revistas, libros e Internet.

El cuestionario que diseñamos fue en base al problema, a los objetivos y así mismo relativo a nuestro tema de investigación.

Instrumentos de recolección de datos

Recursos

Recursos humanos

Investigadores: Vallejo Gines Karen y Vallejo Maquilón Andrea

Personal que conforma tribunal de tesis (Directora, Presidente y miembros)

Recursos físicos

Papel bond

Bolígrafo

Lapiceros

Laptop

Internet

Flash memory

Tinta de impresora

Cámara digital

Teléfonos

Libros

Revistas online

Recargas telefónicas

Transporte

Recursos institucionales

Universidad Técnica de Manabí

Hospital IESS del cantón Portoviejo.

PRESENTACION DE RESULTADOS

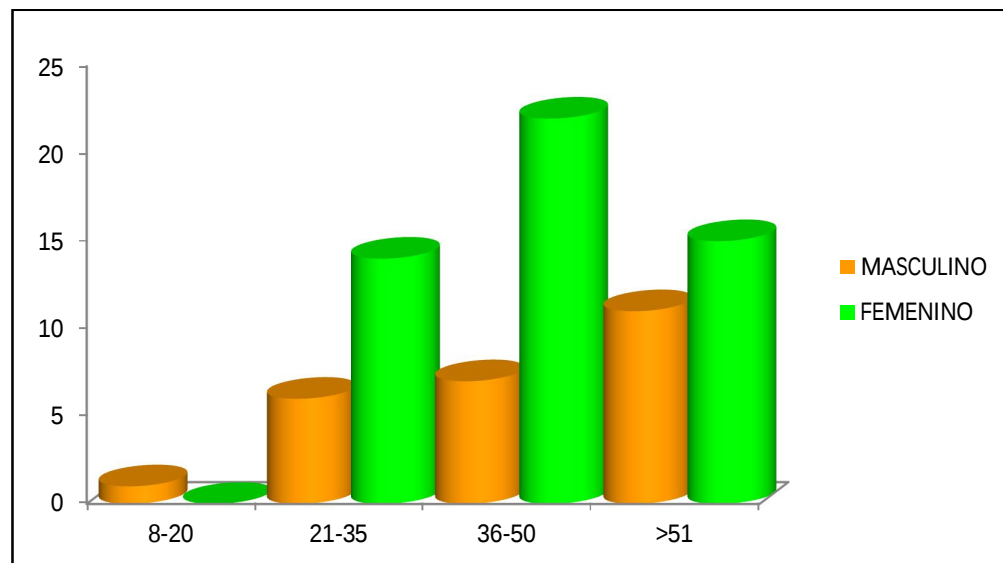
GRAFITABLA N ° 1

PREVALENCIA DE GÉNERO Y EDAD EN USUARIOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

EDAD	GENERO		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
8-20	1	0	1	1,3
21-35	6	14	20	26,3
36-50	7	22	29	38,2
>51	11	15	26	34,2
TOTAL	25	51	76	100

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N.1: En relación al género de los 76 pacientes sometidos a colecistectomías, 51 corresponden al sexo femenino y 25 pacientes al sexo masculino, lo que guarda relación con la teoría que nos dice las mujeres están en mayor riesgo de tener cálculos biliares, así como someterse a la intervención quirúrgica. El estrógeno parece para jugar un papel crítico en este aumento del riesgo, ya que el embarazo, paridad, y la terapia de reemplazo de estrógeno aumenta el riesgo de cálculos biliares. (Knab, Boller&Mahvi, 2014)

La edad que mayor porcentaje obtuvo fue el rango de 36 a 50 años con el 38,2%, seguido de 34,2% >50 años; la frecuencia aumenta con la edad y es mayor en las mujeres en todos los grupos etarios. (Rubio, 2009)

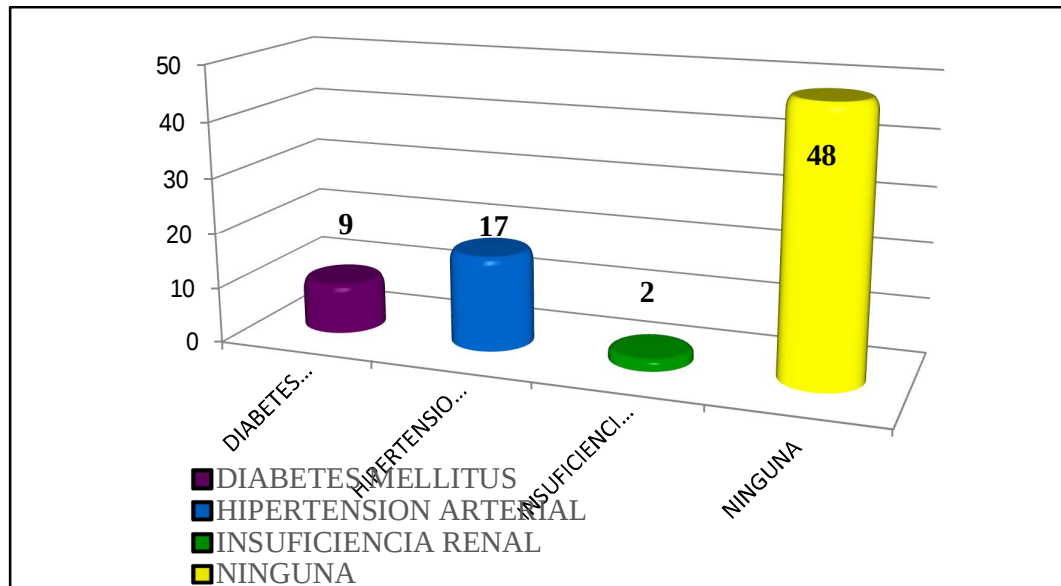
GRAFITABLA N ° 2

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES EN USUARIOS
SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS,
CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

APP	# USUARIOS	%
DIABETES MELLITUS	9	11,8
HIPERTENSION ARTERIAL	17	22,4
INSUFICIENCIA RENAL	2	2,6
NINGUNA	48	63,2
TOTAL	76	100

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 2: En relación con los 76 pacientes, un 63% no presenta antecedentes patológicos. El 22.4% de los pacientes padecen Hipertensión Arterial, y el 11.8% con Diabetes Mellitus 2. Los factores de riesgo en Colectomía Laparoscópica guardan estrecha relación con la comorbilidad comprobada en los pacientes de tercera edad, afecciones orgánicas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Asma bronquial, Insuficiencia renal.

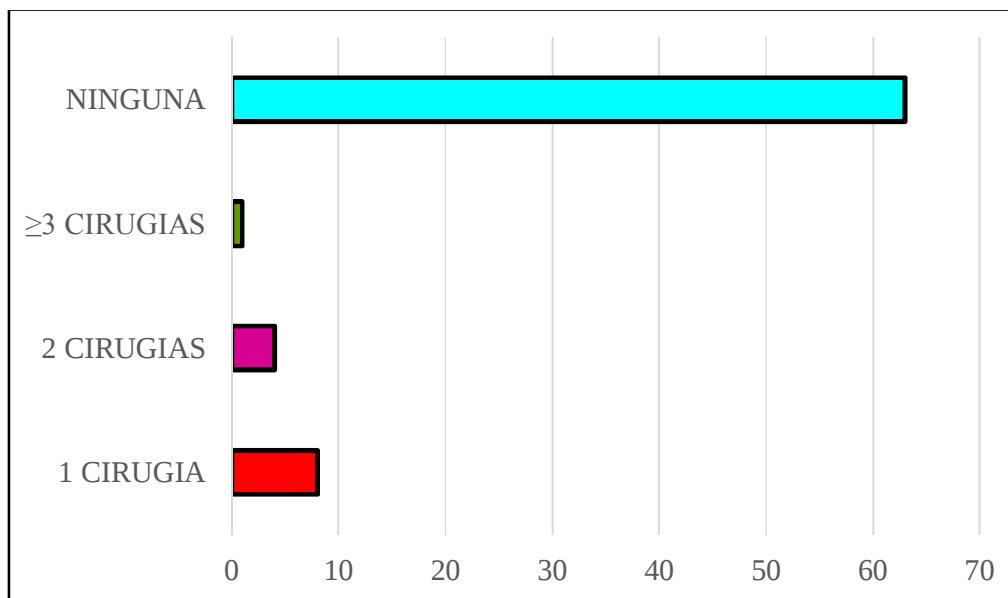
GRAFITABLA N ° 3

ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIRURGICOS EN USUARIOS
SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS,
CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

APQ	USUARIOS	%
1 CIRUGIA	8	10,5
2 CIRUGIAS	4	5,3
≥3 CIRUGIAS	1	1,3
NINGUNA	63	82,9
TOTAL	76	100

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 3: En cuanto a los antecedentes patológicos quirúrgicos 63 pacientes no presentaron cirugías anteriores que corresponde al 82.9%, sin embargo, 8 usuarios de salud presentaron una cirugía anterior 10.5%, el 5.3% presento dos cirugías anteriores y el 1.3% tres cirugías. En las contraindicaciones tenemos a los pacientes que no toleran la anestesia general o la incapacidad para tolerar la insuflación de CO2 abdominal. Además encontramos al embarazo, ya sea primer o tercer trimestre, cirrosis, coagulopatía, hipertensión portal, sospecha de cáncer de vesícula biliar y cirugías abdominales previas, en las que se excluyen las de enfoque mínimamente invasiva.

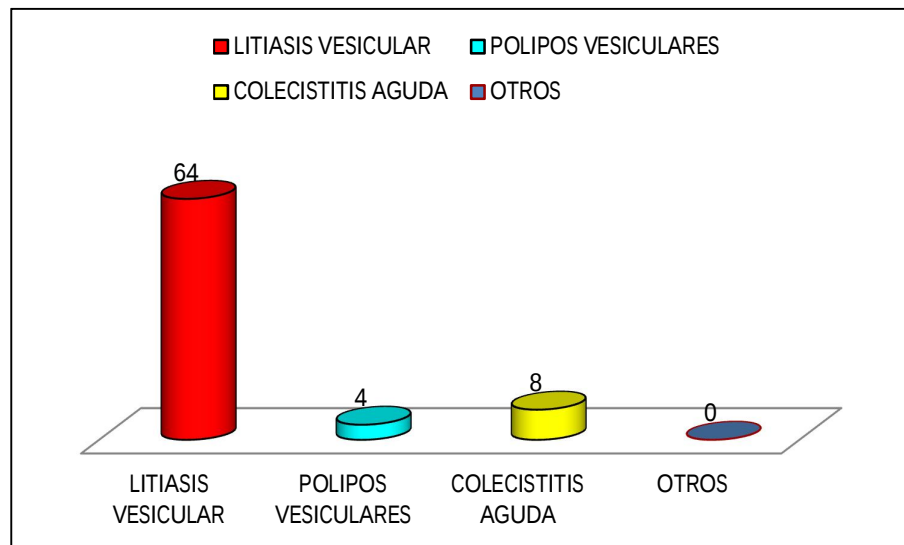
GRAFITABLA N ° 4

PATOLOGIA CAUSAL DE COLECISTECTOMÍA EN USUARIOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE
2013- ABRIL 2014

PATOLOGIA CAUSAL	USUARIOS	%
LITIASIS VESICULAR	64	84,2
POLIPOS VESICULARES	4	5,3
COLECISTITIS AGUDA	8	10,5
OTROS	0	0,0
TOTAL	76	100,0

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 4: En relación con la patología causal de colecistectomía, la litiasis vesicular con el 84.2% se presentó en 64 pacientes de los 76 usuarios de salud intervenidos quirúrgicamente, seguido de colecistitis aguda 10,5% y luego pólipo 5,3%.

La litiasis biliar es considerada como una de las principales enfermedades digestivas en la actualidad. Con una prevalencia en países occidentales que oscila entre el 10% y el 20%, aumentada en edades avanzadas y en las mujeres. Sin embargo, la mayoría de las colelitiasis son silentes, y en el 20% de los casos aparecen síntomas o complicaciones. (Jerusalén & Simón, 2012)

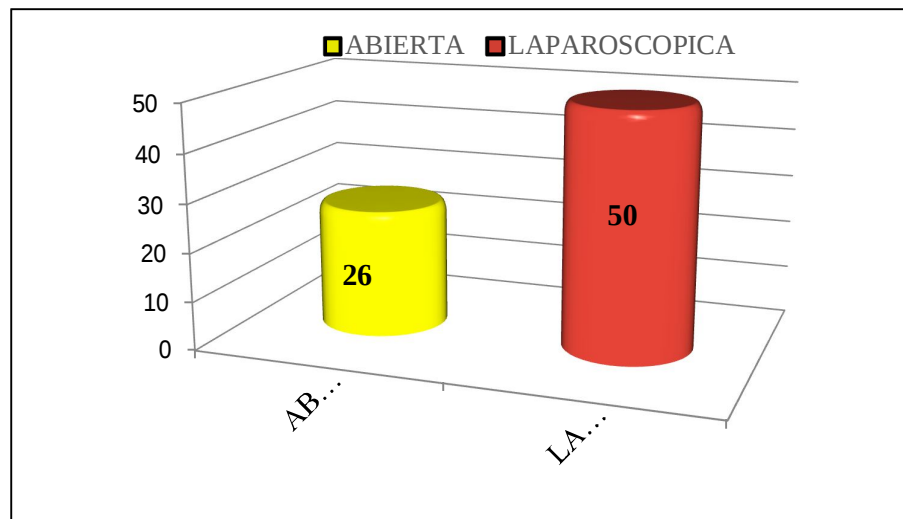
GRAFITABLA N ° 5

TIPOS DE COLECISTECTOMÍA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013-
ABRIL 2014

TIPOS DE COLECISTECTOMIA	USUARIOS	%
ABIERTA	26	34
LAPAROSCOPICA	50	66
TOTAL	76	100

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 5: El 66% de los usuarios de salud fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica, este es el método quirúrgico más utilizado en el Hospital del IESS, lo que corresponde a la investigación que nos dice que la colecistectomía laparoscópica es la operación que actualmente más se realiza (90 a 95%) para tratarla litiasis vesicular sintomática y es considerada el tratamiento de elección. (Artusi, Cittadino & Tripoloni, 2009)

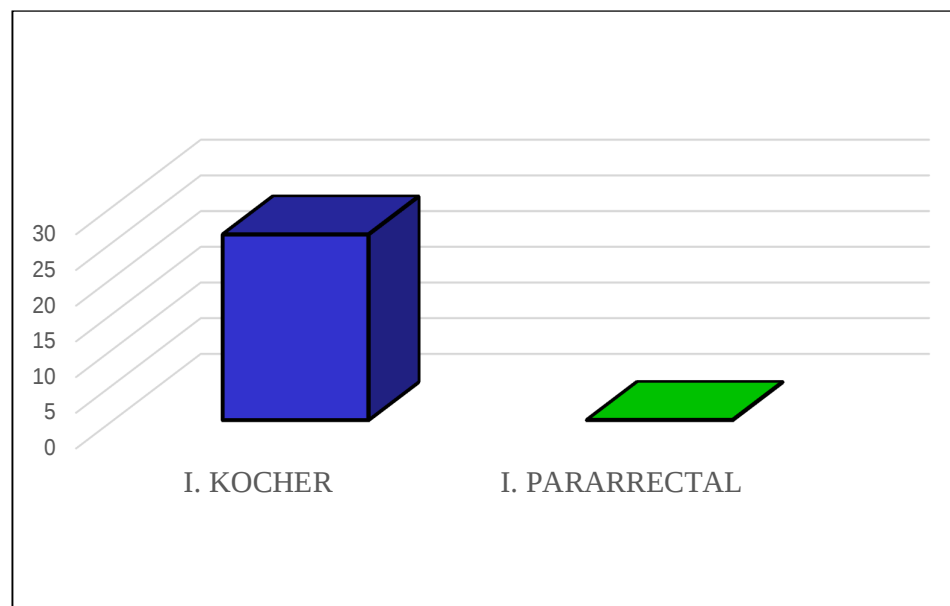
GRAFITABLA N ° 6

ABORDAJE QUIRURGICO EN COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA ABIERTA
EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESE, CANTON
PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

ABORDAJE	USUARIOS	%
I. KOCHER	26	100
I. PARARRECTAL	0	0
TOTAL	26	100

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESE de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESE de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 6: Los 26 pacientes que fueron sometidos a colecistectomía abierta el 100% se le realizó la incisión de Kocher. Las incisiones son las subcostales o verticales.

En las verticales esta la paramediana, pararectal interna supraumbilical que presenta ciertas ventajas: rápido acceso, buena exposición, posibilidad de ampliación en el caso de alguna patología concomitante, bajo índice de eventraciones. Las ventajas de la incisión subcostal son: buena exposición de la vesícula y vías biliares, posibilidad de poder ampliar en boca de horno para tener acceso de órganos izquierdos, o del reborde costal derecho para un acceso hepático, o combinación con incisión mediana para el acceso del hiato esofágico o resecciones hepáticas. (Chiesa & Hierro, 2009, p.1)

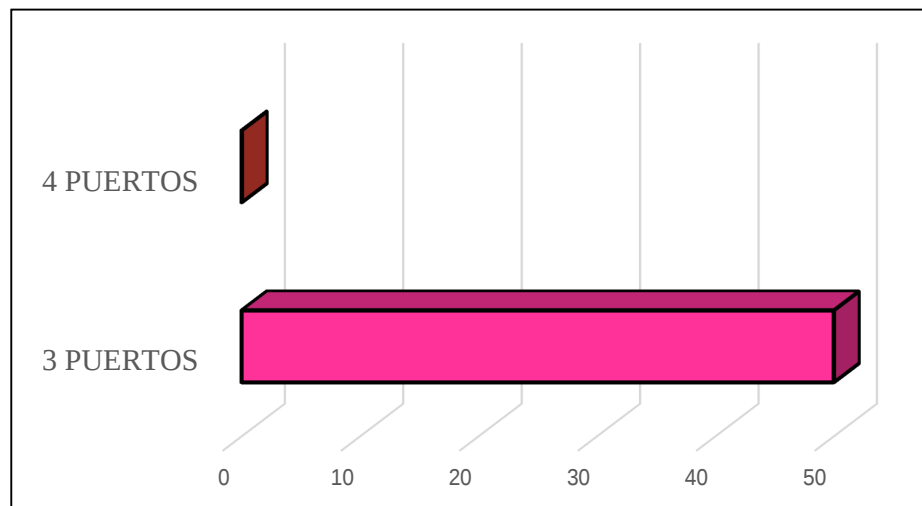
GRAFITABLA N ° 7

ABORDAJE QUIRURGICO EN COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA
LAPAROSCÓPICA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IEES,
CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

ABORDAJE	USUARIOS	%
3 PUERTOS	50	100
4 PUERTOS	0	0
TOTAL	50	100

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IEES de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IEES de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 7: Los pacientes que fueron sometidos a cirugía laparoscópica el abordaje quirúrgico en los 50 pacientes, que corresponde al 100% fueron con tres puertos. La cirugía laparoscópica es totalmente dependiente de la tecnología; para llevarla a cabo son necesarias tres tecnologías íntimamente ligadas entre sí: óptica, electrónica e instrumental específico. (Artusi, Cittadino&Tripoloni, 2009)

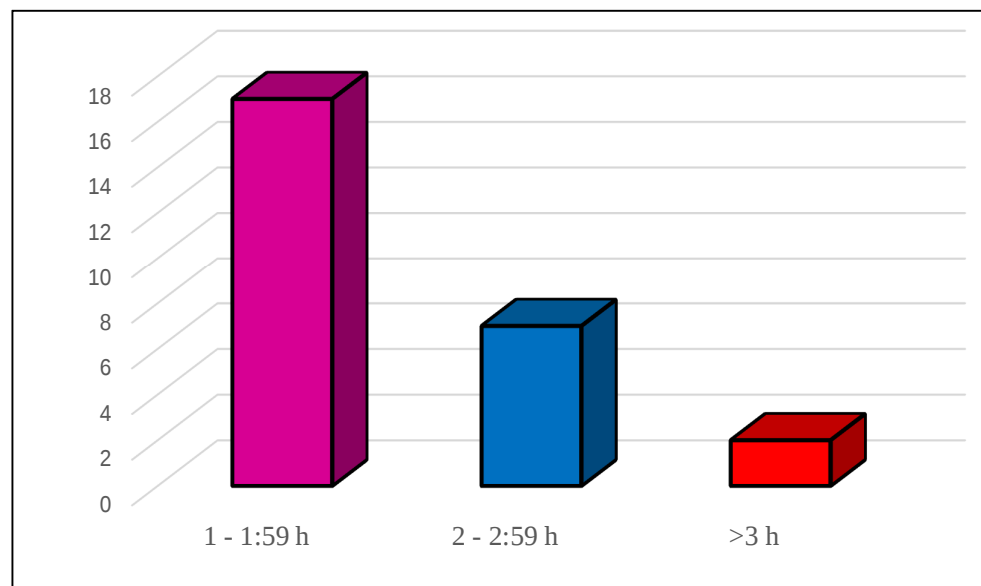
GRAFITABLA N ° 8

TIEMPO QUIRURGICO EN COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA ABIERTA EN
USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO,
PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

TIEMPO	# DE USUARIOS	%
1 - 1:59 h	17	65,4
2 - 2:59 h	7	26,9
>3 h	2	7,7
TOTAL	26	100,0

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 8: Tiempo quirúrgico en colecistectomía por cirugía abierta, en los 26 pacientes el 65.4% la duración fue de 1-1:59 h, el 26.9% de 2-2:59 h, y el 7.7% >3 horas.

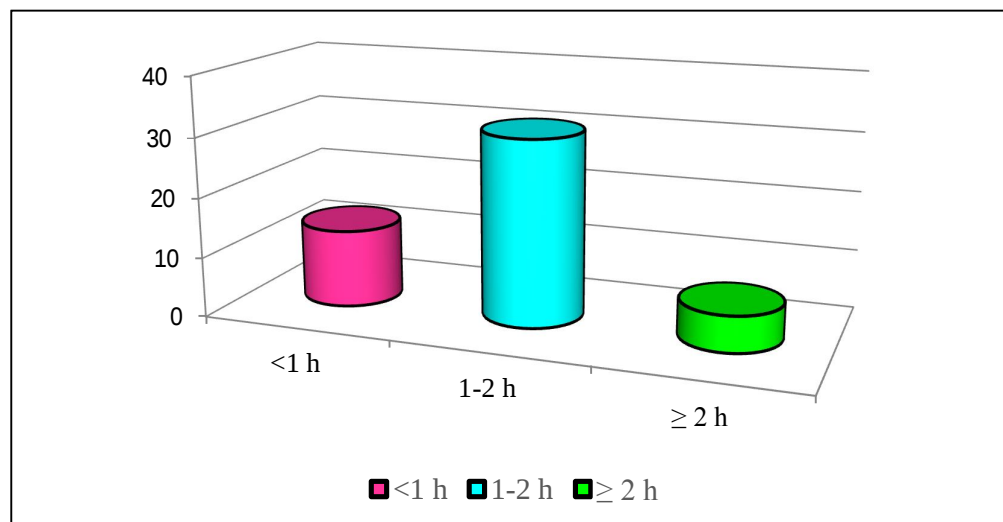
GRAFITABLA N ° 9

TIEMPO QUIRURGICO EN COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA
LAPAROSCOPICA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS,
CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

TIEMPO	# DE USUARIOS	%
<1 h	13	26
1-2 h	31	62
≥2 h	6	12
TOTAL	50	100

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 9: Tiempo quirúrgico en colecistectomía por cirugía laparoscópica el 62% tuvo una duración de 1-2 horas, el 26% <1 hora y el 12% ≥ 2 horas.

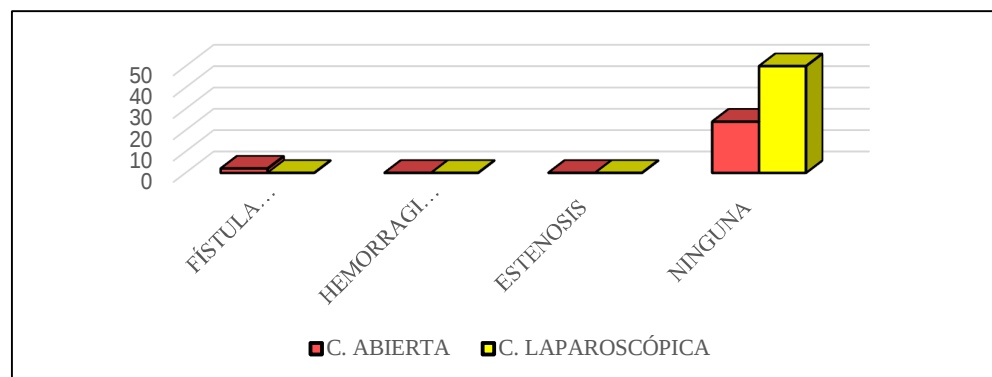
GRAFITABLA N ° 10

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMIA POR CIRUGIA LAPAROSCOPICA VERSUS LA CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESE, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	C. ABIERTA		C.LAPAROSCÓPICA		TOTAL
FÍSTULA BILIAR	2	8	0	0	2
HEMORRAGIAS	0	0	0	0	0
ESTENOSIS	0	0	0	0	0
NINGUNA	24	92	50	100	66
TOTAL	26	100	50	100	68

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESE de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón.



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESE de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 10: Complicaciones post-operatorias en la colecistectomía por cirugía laparoscópica versus la cirugía abierta. En relación con la cirugía abierta el 8% de los pacientes tuvieron fistula biliar a diferencia de la cirugía laparoscópica que el 100% de los usuarios de salud intervenidos quirúrgicamente no presentaron ningún tipo de complicación; no obstante las complicaciones biliares durante la colecistectomía laparoscópica pueden ser: biloma que es la colección de bilis localizada en la cavidad abdominal, habitualmente en el espacio de Morrison o subfrénico derecho; coleperitoneo que es la acumulación de bilis en la cavidad abdominal ocupando más de un espacio que puede provocarse por fuga a partir del conducto cístico, lesión de conductos periféricos, lesión lateral de la vía biliar principal, lesión mayor de la vía biliar principal; fistula biliar que se manifiesta por la presencia de bilis en el colector del drenaje. (Chiapetta & Canullan, 2009, p.1)

Las complicaciones no biliares están relacionadas con la experiencia del cirujano, con los cambios anatómicos provocados por el proceso inflamatorio, y con la disponibilidad del instrumental adecuado. (Chiapetta & Canullan, 2009, p.3)

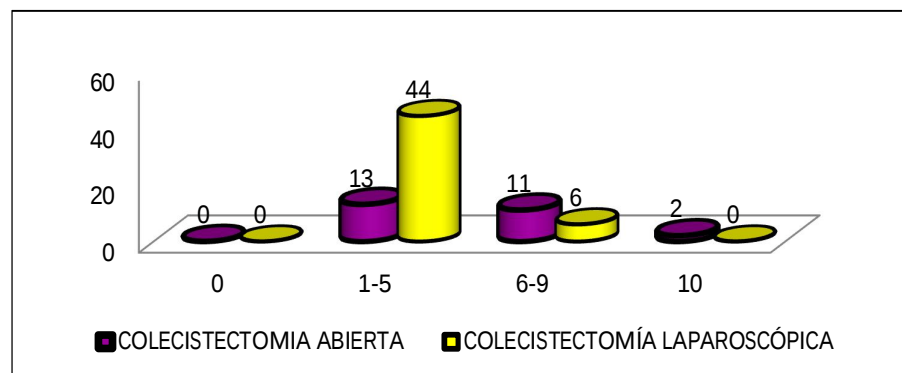
GRAFITABLA N ° 11

ESCALA DEL DOLOR POSTCOLECISTECTOMÍA POR CIRUGÍA ABIERTA Y
LAPAROSCÓPICA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS,
CANTON PORTOVIEJO, PERIODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014

ESCALA DEL DOLOR	COLECISTECTOMIA ABIERTA		COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA		TOTAL
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
0	0	0	0	0	57
1-5	13	50,0	44	88	16
6-9	11	42,3	6	12	3
10	2	7,7	0	0	0
TOTAL	26	100	50	100	76

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESS de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 11: Escala del dolor post colecistectomía por cirugía abierta y laparoscópica. El 88% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica su escala del dolor fue dentro del rango del 1-5, a diferencia de la cirugía abierta que el 50% también se encontraba entre 1-5, el 42.3% entre 6-9 y el 7.7% presento 10 dentro de la escala del dolor.

El dolor es la sensación subjetiva y su medición y el análisis resultan difíciles. La escala análoga visual del dolor, que se presenta como una barra horizontal de 10 cm, es simple, valida y factible, que refleja el grado de intensidad del dolor en el momento de la evaluación, lo que la convierte en una herramienta útil para describir el dolor. En comparación con otras escalas, es más sensible para la detección de pequeñas diferencias en los grados de dolor. Estudios anteriores describen que se presenta menos dolor postquirúrgico en pacientes sometidos a la intervención quirúrgica con presiones bajas, debido a la menor distensión abdominal durante el transoperatorio.

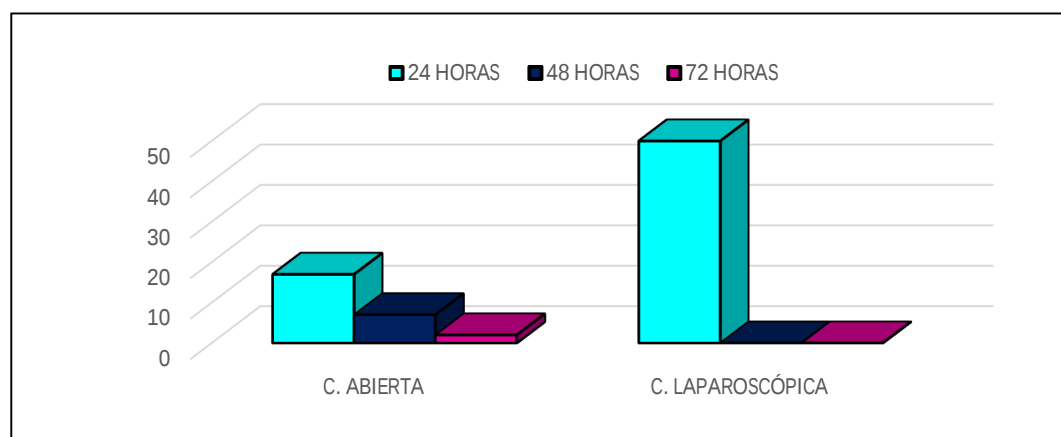
GRAFITABLA N ° 12

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN POST-COLECISTECTOMÍA POR CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA VERSUS CIRUGÍA ABIERTA EN USUARIOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESE, CANTÓN PORTOVIEJO, PERÍODO NOVIEMBRE 2013- ABRIL 2014.

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	C. ABIERTA		C. LAPAROSCÓPICA		TOTAL
	# USUARIO	%	# USUARIO	%	
24 HORAS	17	65,4	50	100	67
48 HORAS	7	26,9	0	0	0
72 HORAS	2	7,7	0	0	2
TOTAL	26	100	50	100	76

Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESE de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón



Fuente: Área de Cirugía del Hospital IESE de Portoviejo

Elaborado por: Karen Vallejo Gines – Andrea Vallejo Maquilón

Análisis N. 12: Días de hospitalización post-colecistectomía por cirugía abierta el 65.4% fue de 24 horas, solo un 7.7% fue de 72 horas por causa de complicaciones. En cuanto a la colecistectomía laparoscópica el 100% estuvo 24 horas de hospitalización.

Dentro de las ventajas de realizar CL está el dolor es menor luego de la intervención quirúrgica, recuperación más rápida del paciente, heridas quirúrgicas más pequeñas lo que tiene que ver con la parte estética del paciente, la tolerancia a la ingesta de alimentos es más rápida, menor tiempo de estadía en el hospital. (Arpi & Asitimbay, 2013, p.27)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Una vez concluido el presente trabajo de Titulación sobre Eficacia y Seguridad en colecistectomía laparoscópica versus colecistectomía por cirugía abierta en usuarios atendidos en el Hospital del IESS, cantón Portoviejo, periodo Noviembre 2013 – Abril 2014, obtuvimos las siguientes conclusiones:

El universo de estudio fue de 76 usuarios de salud los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente. Según el estudio realizado 51 usuarios corresponde al género femenino, mientras que el 25 al género masculino, esta diferencia se podría explicar por cuanto la literatura refiere que el mayor porcentaje de pacientes con colelitiasis que es la causa más común de colecistectomía es del sexo femenino por ser este uno de los factores de riesgo para la formación de cálculos y además padecer cáncer de vesícula.

En relación con la edad el mayor porcentaje fue en el rango de 36-50 con 38,2%, seguido de >51 años con el 34,2%, entre 21- 35 años el 26,3% y de 8-20 años 1.3%.

Los factores que influyeron para la elección del tipo de colecistectomía al cual serian intervenidos fueron los antecedentes patológicos personales y antecedentes quirúrgicos. Dentro de los APP de acuerdo al total de usuarios de salud encuestados un 63.2% no presentó ninguna comorbilidad, mientras que el 22.4% refirió Hipertensión Arterial, un 11.8% DM2 y un 2.6% Insuficiencia Renal.

Según los antecedentes quirúrgicos de los usuarios el 82.9% no presenta cirugía anterior, mientras que el 10,5% presenta una cirugía anterior, y el 5,3% dos cirugías anteriores.

La patología causal de colecistectomía que tiene mayor incidencia es la Litiasis Vesicular 84.2%, colecistitis aguda 10.5%, y en menor porcentaje Pólipo Vesicular 5.3%.

En relación con el tipo de colecistectomía se determinó que en el Hospital IESS de Portoviejo, se realizan en mayor porcentaje la colecistectomía laparoscópica con un 66%, mientras que la colecistectomía por cirugía abierta en un 34%.

En los usuarios de salud que fueron sometidos a colecistectomía por cirugía abierta el 100% se le realizó la incisión de Kocher, el tiempo quirúrgico estándar fue de 1-1:59 horas. Dentro de las complicaciones post-operatorias el 92% no tuvo ninguna complicación y el 8% presentó fístula biliar.

En cuanto a los usuarios de salud que fueron sometidos a colecistectomía por cirugía Laparoscópica el 100% se le hizo la colocación de tres puertos, el tiempo quirúrgico estándar fue de 1-2 horas con un 62%, el 26% en <1 hora y el 12% >2 horas, En la cirugía laparoscópica no se presentó ninguna complicación post-operatoria.

Para la evaluación del dolor se utilizó la escala de EVA (escala de valoración analítica) para determinar la diferencia en ambas técnicas quirúrgicas, se encontró que dentro del rango 1-5 en la cirugía abierta estuvo el 50% y en la laparoscópica el 88% .

Los días de hospitalización en la laparoscópica, el 100% obtuvo el alta las 24 horas post quirúrgico. En la cirugía abierta el 64.4% dentro de las 24 horas, solo un 7.7% permanecieron más de 72 horas debido a las complicaciones que esta técnica se presentaron.

El trabajo de titulación indica que durante los últimos años este procedimiento mínimamente invasivo como es la cirugía laparoscópica es preferido en todo el mundo, realizándolo para el tratamiento quirúrgico de colelitiasis; patología más frecuente.

La Colecistectomía laparoscópica casi ha reemplazado en el procedimiento abierto convencional, y varios estudios han confirmado su seguridad y eficacia como lo hemos hecho en este estudio; además los enfoques teóricos incluyen menor hospitalización, menor dolor, mejor resultado estético, recuperación más rápida al igual que el retorno a la actividad productiva.

RECOMENDACIONES

Una vez determinadas nuestras conclusiones, se recomienda lo siguiente:

A los pacientes que son atendidos en el Hospital IESS de Portoviejo una vez diagnosticado su patología vesicular, siendo evaluados por el cirujano, deben ser intervenidos quirúrgicamente previo al conocimiento del mismo y realizar directamente cirugía laparoscópica.

Al Hospital IESS, motivar al centro quirúrgico que se elabore un protocolo acerca de cirugía laparoscópica.

A todos los cirujanos de nuestra ciudad, a que sean incentivados para que se preparen y actualicen acerca de la cirugía laparoscópica.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, reforzar los conocimientos teóricos y prácticos en Cirugía Laparoscópica de los estudiantes.

PRESUPUESTO

Material bibliográfico	95.00
Materiales de la encuesta	56.00
Alimentación	75.00
Transporte	89.00
Desarrollo de trabajo de titulación e impresiones	160.00
Empastado y encuadernación	100.00
Gigantografía acerca de nuestro tema de investigación	10.00
Gastos varios	60.00
Adquisición del material bibliográfico a la biblioteca universitaria	6000.00
El costo del estudio	\$ 6605.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Meses 2013 Semanas	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del Proyecto	X	X																														
Aprobación del proyecto			X	X																												
Elaboración de instrumento				X	X																											
Elaboración del marco teórico					X	X	X																									

CAPÍTULO V

PROPUESTA

IMPLEMENTACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO SOBRE LAS VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL IESS DE PORTOVIEJO AÑO 2014.

INTRODUCCION

La colecistectomía es la terapeutica electiva ante la enfermedad biliar. Desde que en 1882 Langebuch realizara por primera vez este procedimiento, ha existido una incesante búsqueda con el objeto de mejorar los resultados en las patologías del árbol biliar. En 1987, Philip Mouret, tras combinar un viejo procedimiento diagnóstico (laparoscopia), tecnología y técnica quirúrgica adecuada, realiza la primer colecistectomía laparoscópica. Con esta vía de abordaje, se logran resultados francamente espectaculares al punto que en la actualidad, la colecistectomía laparoscópica se ha transformado en la primera opción de tratamiento, desplazando a la colecistectomía convencional al segundo lugar.

La laparoscópica tiene ventajas sobre la cirugía abierta con respecto a la duración de la estancia hospitalaria y la convalecencia. La duración de la estancia hospitalaria no está sólo afectada por elección de la técnica quirúrgica, el cuidado peri operatorio es también un factor importante en la reducción de la estancia hospitalaria.

La cirugía abierta está relacionada con más dolor, la recuperación es más lenta y la estancia hospitalaria más prolongada. (Johansson, et al, 2004)

La mayoría de los pacientes regresan a su hogar al día siguiente de la Colecistectomía Laparoscópica. Algunos pacientes incluso pueden regresar el mismo día de la cirugía, en comparación a un procedimiento tradicional abierto.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El siguiente material educativo se encuentra dirigido a los pacientes de la consulta externa del área de cirugía brindando a las pacientes la información necesaria, y al personal médico del centro quirúrgico del Hospital IESS de Portoviejo, determinando la importancia de la realización de la colecistectomía laparoscópica con el objetivo de impulsar a médicos cirujanos y médicos residentes que accedan al aprendizaje de realizar dicha técnica quirúrgica que se considera gold estándar a nivel mundial.

Los pacientes serán los beneficiados porque los médicos cirujanos al realizar la colecistectomía laparoscópica podrán obtener las ventajas que esta técnica ofrece.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

OBJETIVO GENERAL:

Implementar mediante una gigantografía acerca de las ventajas de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital IESS de Portoviejo año 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Establecer la información necesaria para que los usuarios de salud conozcan acerca de las ventajas de la colecistectomía laparoscópica.

Identificar las barreras que pueden interferir en el desarrollo de la propuesta.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA

DATOS GENERALES

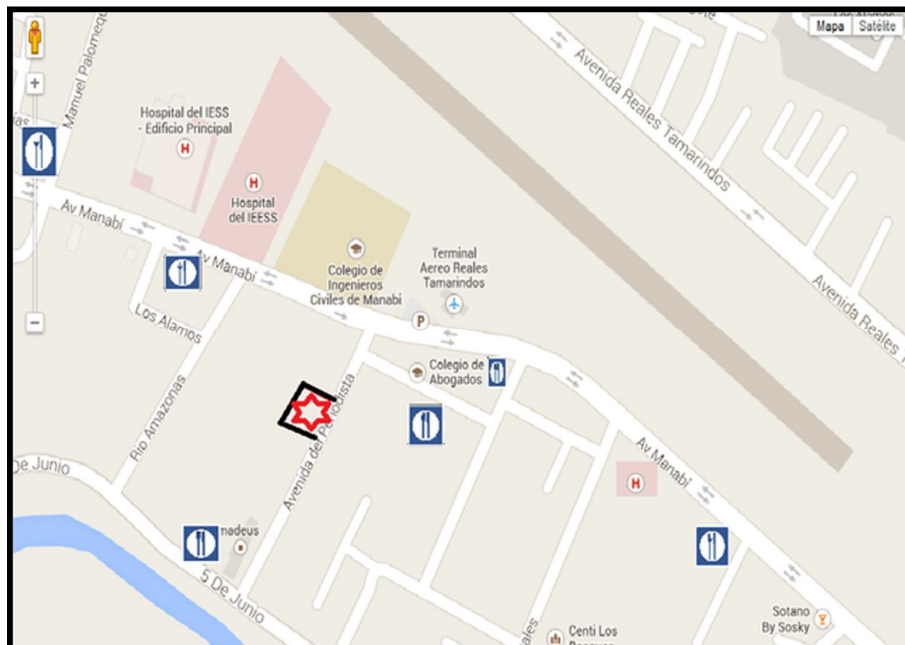
Institución: Hospital IESS de Portoviejo

Tiempo en que se impartió la propuesta: 2 días

Fecha de Elaboración: Noviembre del 2014

En el Hospital IEISS de Portoviejo, los investigadores compartieron su material educativo con los pacientes de consulta externa y el personal médico.

UBICACIÓN GEORREFERENCIAL



Ubicado en el Cantón Portoviejo, Avenida Manabí.

PRESENTACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

Finalidad: Se puso en práctica este material educativo de salud para que los pacientes mediante la gigantografía conozcan las ventajas de la colecistectomía laparoscópica

Orientación: Esta problemática fue abordada desde nuestra posición sociocultural en donde, el hombre mediante la educación recibida es coparticipe de su propia salud y de la salud social.

Los Contenidos: Nuestro programa constó de las características de los pacientes y los beneficios de la colecistectomía laparoscópica.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

DÍA 1: Entrega del oficio solicitando la autorización para poder colocar la gigantografía en el área de consulta externa de cirugía y en el área de quirófano del Hospital IESS de Portoviejo.

DÍA 2: Entrega de Gigantografías para las áreas de consulta externa y quirófano.

PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA PROPUESTA

Investigadores

RECURSOS MATERIALES

Computador

Internet

Cámara Fotográfica.

Gigantografia

RECURSOS ECONÓMICOS

Autogestión

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

Meses 2014 Semanas	Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento de la propuesta		X						
Reunión para revisión de la propuesta.				X				
Elaboración del diseño de la gigantografia.					X			
Solicitud del permiso para la entrega					X			
Entrega de la Gigantografia							X	

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, L., Rivera, D., Esmeral, M., García, M., Toro D., & Rojas, O. (2013). Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. *Revista Colombiana de Cirugía*, 28. 186-195.

American College of Surgeons. (2008). Colecistectomía, remoción quirúrgica de la vesícula biliar. Recuperado de <https://www.facs.org/~media/files/education/patient%20ed/colecistectomia.ashx>

Arpi, M. & Asitimbay, M. (2014). Causas de conversión de la colecistectomía Laparoscópica, departamento de cirugía, Hospital Homero Castanier Crespo, azogues 2013. Universidad de Cuenca. Azogues.

Artusi, G., Cittadino, A. & Tripoloni, D. (2009). Técnica de la colecistectomía Laparoscópica. En F. Galindo, *Enciclopedia Cirugía Digestiva* (pp. 1-9). Buenos Aires.

Barrie, P. & Eachempati, S. (2010). *Colecistitis Acalculosa Aguda*. doi: 10.1016/j.gtc.2010.02.012

Bebko S., Arrarte E., Larrabure L., Borda G., Samalvides, F. & Baracco V. (2011). Eventos intraoperatorios inesperados y conversión en pacientes colecistectomizados por

vía laparoscópica: sexo masculino como factor de riesgo independiente. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 31(4), 335-336.

Bugosen, M., Tagle M., Huerta-Mercado J. & Scavino Y. (2011). Pólipos Vesiculares: Características Clínicas Anatomopatológicas en Pacientes Colectomizados en la Clínica AngloAmericana entre los Años 1999-2007. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 31(1). 32-37

Carson-DeWitt, R. (2012). Colectomía: cirugía laparoscópica. Recuperado del sitio de internet de NYULangone medical center: <http://healthlibrary.epnet.com/print.aspx?token=de6453e6-8aa2-4e28-b56c-5e30699d7b3c&ChunkIID=592636>

Centro colaborador de la OMS en Quebec para la promoción de la seguridad y prevención de traumatismos, Red de Salud Pública, Ministerio de Salud & Servicios Sociales del Quebec. (2008). Seguridad y promoción de la seguridad: Aspectos conceptuales y operacionales. Recuperado de http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/seguridad_promocion_de_la_seguridad.pdf

Csendes A., Yarmuch J., Díaz J., Castillo J. & Maluenda F. (2012). Causas de mortalidad por colecistomíatradicional y laparoscópica 1991-2010. *Revista Chilena de Cirugía*, 64(6), 556-557.

Chiapetta, L. & Canullan, C.(2009). Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica. En F. Galindo, Enciclopedia Cirugía Digestiva (pp. 1-5). Buenos Aires.

Chiesa D. & Hierro J. (2009). Colecistectomía típica y atípica por vía convencional.En F. Galindo, Enciclopedia Cirugía Digestiva (pp. 1-9). Buenos Aires.

Conde J. (2002). Eficacia y efectividad: una distinción útil para la práctica y la investigación clínicas. *Revista de Nefrología*, 22(3), 219-222.

De Vinatea, Aguilar, Villanueva & Hirakata, (2005). Colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda. . Recuperado del sitio de internet deecaths1.s3.amazonaws: <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/tecnicasquirurgicas1/Colecistectomia.laparoscopica.e n.Colecistitis.Aguda.624304337.pdf>

Elwood, D. (2008). *Colecistitis*.doi: 10.1016/j.suc.2008.07.008

Gala, C., Paredes, M. & Pérez, L. (2013). Ineficacia de las medidas Cautelares en el Sistema de Justicia para Adolescentes en el Estado de Campeche. Escuela Judicial del Estado de Campeche, México.

Gallahan, W. & Conway, J. (2010). Manejo de los Pólipos de la Vesícula Biliar. Recuperado del sitio de internet de la Sociedad Argentina de Gastroenterología: http://www.sage.org.ar/nueva/docs/expertos/dra_gutierrez.pdf

Jerusalén C. & Simón M. (2012). Cálculos biliares y sus complicaciones. En M. A. Montoro y J. C. García (Ed). Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica (pp. 667-682).Madrid.

Litwin, D. & Cahan, M. (2008). Colectistomía laparoscópica. *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. 88, 1295-1313.

Mitidieri, V. C. (2009). Anatomía de la vía biliar. En F. Galindo, Enciclopedia Cirugía Digestiva (pp. 1-11). Buenos Aires.

Mokate, K. (2002). Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir?.*Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*, 1-37.

Oddsóttir, M., Pham, T. & Hunter J. (Ed.). (2010). *Schwartz Principios de Cirugía*. México D. F., México. McGraw-Hill Interamericana.

Olaya C. & Carrasquilla G. (2006). Meta-análisis de efectividad de la colectistomía laparoscópica frente a la abierta. *Revista Colombiana de Cirugía*, 21(2), 104.

Rubio, H. (2009). Litiasis biliar. En F. Galindo, Enciclopedia Cirugía Digestiva (pp. 1-7)

Testut L. y Latarjet A. (1997). *Tratado de Anatomía Humana*. Barcelona, España:
Salvat.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, nosotras las investigadoras, le informamos que estamos realizando una encuesta sobre la información brindada acerca de la Colectistomía tanto por cirugía abierta como laparoscópica la cual nos permitirá recolectar datos de usted, que aportará de manera muy significativa nuestro proyecto de Titulación. Este tipo de estudio se realiza para poder determinar la Eficacia y Seguridad de las cirugías antes mencionadas.

Su participación es complementaria voluntaria, si su respuesta es negativa no le causará ningún inconveniente con el servicio que actualmente está solicitando.

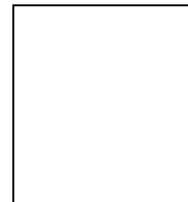
Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas, si necesita ayuda en alguna de las preguntas, solicítele al investigador que se la explique, antes de tomar una decisión.

A continuación, firme o coloque su huella del dedo pulgar de la mano izquierda y su número de cédula para autorizar la realización de la presente encuesta.

Gracias por su colaboración.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA:





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA DE MEDICINA

ENCUESTA

“EFICACIA Y SEGURIDAD EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
VERSUS COLECISTECTOMÍA POR CIRUGIA ABIERTA EN USUARIOS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DEL IESS, CANTON PORTOVIEJO, PERIODO
NOVIEMBRE 2013-ABRIL 2014.”

1. Género:

• Masculino ☐

• Femenino ☐

2. Edad

• ≤ 20 ☐

• 21-35 ☐

• 36-50 ☐

• ≥ 51 ☐

3. Antecedentes Patológicos Personales

• DM2 ☐

• HTA ☐

• Insuficiencia renal ☐

• Ninguno ☐

4. Antecedentes quirúrgicos

- 1 cirugía anterior ☐
- 2 cirugías anteriores ☐
- ≥ 3 cirugías anteriores ☐

5. Patología Causal que conlleva a la colecistectomía

- Litiasis vesicular ☐
- Pólipos vesiculares ☐
- Colecistitis Aguda ☐
- Otro ☐

6. Tipo de colecistectomía

- Abierta ☐
- Laparoscópica ☐

7. Abordaje

C. Abierta

- C. Kocher ☐
- C. Pararrectal ☐

C. Laparoscópica

- 3 puertos ☐
- 4 puertos ☐

8. Tiempo quirúrgico

- C. Abierta
 - o 1 -1:59h ☐
 - o 2 -2:59h ☐
 - o ≥ 3 h ☐

- C. Laparoscópica
 - o < 1 h ☐
 - o 1-2 h ☐
 - o > 2 h ☐

9. Complicaciones Post operatorias.

C. Abierta

- Postoperatorias
 - o Fístula biliar ☐
 - o Hemorragia ☐
 - o Estenosis ☐
 - o Ninguna ☐

10. Escala del dolor EVA

- 0 ☐
- 1-5 ☐
- 6-9 ☐
- 10 ☐

11. Tiempo de hospitalización

- C. Abierta
 - ☐
 - o 24 horas ☐
 - o 24-48 horas ☐
 - o >48 horas ☐
- C. Laparoscópica
 - o 24 horas ☐
 - o 24-48 horas ☐
 - o >48 horas ☐

C. Laparoscópica

- Postoperatorias
 - o Fístula biliar ☐
 - o Hemorragia ☐
 - o Estenosis ☐
 - o Ninguna ☐



Área de hospitalización- Cirugía de Mujeres



Diálogo del estado postquirúrgico del usuario



Encuesta realizadas a usuaria colecistectomizada



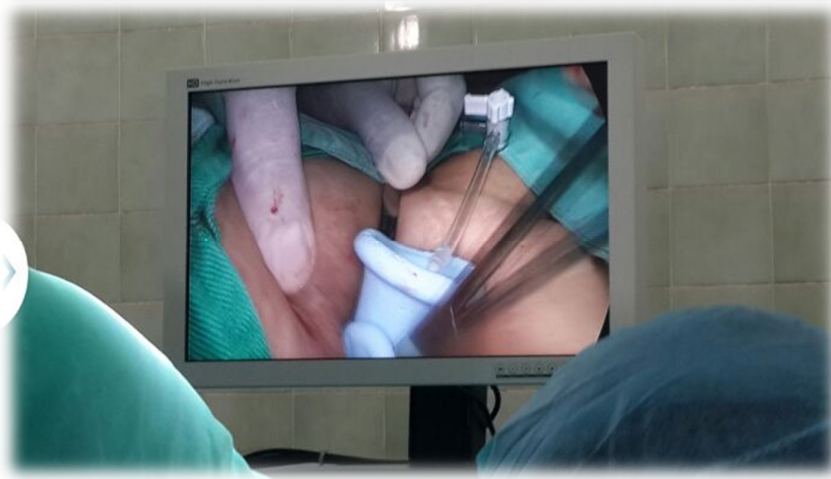
Encuesta realizada a usuario de salud



Personal médico iniciando una colecistectomía abierta



Personal médico realizando una colecistectomía laparoscópica



Colecistectomía Laparoscópica vista desde el monitor



Instrumental laparoscópico



Manejo de instrumental laparoscópico



Insertión de trócar en pared abdominal



Insertión de trócar en Colecistectomía laparoscópica



Entrega de material didáctico en el área de Consulta Externa- IESS