



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA: PREVALENCIA DE COMPLICACIONES  
POSTQUIRURGICAS EN PACIENTES SOMETIDOS A  
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL  
TEODORO MALDONADO CARBO DESDE JULIO 2017 A  
MARZO 2018.**

**AUTOR (ES):  
RIBADENEIRA CORDOVA VERONICA PAOLA  
SANCHEZ VALDIVIEZO JORGE GABRIEL**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de  
MEDICO GENERAL**

**TUTOR:  
MOLINA SALTOS LUIS FERNANDO  
Guayaquil, Ecuador**

**30 de Abril del 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **RIBADENEIRA CORDOVA VERONICA PAOLA Y SANCHEZ VALDIVIEZO JORGE GABRIEL**, como requerimiento para la obtención del Título de **MEDICO GENERAL**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**MOLINA SALTOS LUIS FERNANDO**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.**

**Guayaquil, a los 30 del mes de Abril del año 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Ribadeneira Córdova Verónica Paola**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde julio 2017 a Marzo 2018** previo a la obtención del Título de **Médico General**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 30 del mes de Abril del año 2019**

**EL AUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**Ribadeneira Córdova Verónica Paola**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Sánchez Valdiviezo Jorge Gabriel**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde julio 2017 a Marzo 2018** previo a la obtención del Título de **Médico General**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 30 del mes de Abril del año 2019**

**EL AUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**Sánchez Valdiviezo Jorge Gabriel**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Ribadeneira Córdova Verónica Paola**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde julio 2017 a Marzo 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 30 del mes de Abril del año 2019**

**EL (LA) AUTOR(A):**

f. \_\_\_\_\_  
**Ribadeneira Córdova Verónica Paola**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Sánchez Valdiviezo Jorge Gabriel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde julio 2017 a Marzo 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 30 del mes de Abril del año 2019**

**EL (LA) AUTOR(A):**

f. \_\_\_\_\_  
**Sánchez Valdiviezo Jorge Gabriel**

## REPORTE URKUND

Urkund Analysis Result Analysed

Document: TESIS CORREGIDO RIBADENEIRA - SANCHEZ.docx

(D50387727) Submitted: 4/9/2019 12:45:00 AM

Submitted By: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**MOLINA SALTOS LUIS FERNANDO**

TUTOR

f. \_\_\_\_\_

**DRA. BENITES ESTUPIÑAN ELIZABETH MARÍA**

f. \_\_\_\_\_

**DR. AYON GENKUONG ANDRES MAURICIO**

# ÍNDICE

RESUMEN (ABSTRACT) .....	X
INTRODUCCIÓN.....	2
DESARROLLO .....	3
1.1 COLECISTITIS AGUDA.....	3
1.1.1 FISIOPATOLOGÍA .....	4
1.1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....	4
1.1.3 COMPLICACIONES.....	5
1.1.4 DIAGNOSTICO .....	6
1.1.5 ECOGRAFÍA .....	6
1.1.6 COLECISCINTOGRAFÍA.....	6
1.1.7 TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC) .....	7
1.1.8 RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) .....	7
1.1.9 COLANGIOPANCREATIOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA (CPRM).....	8
1.1.10 TRATAMIENTO .....	8
1.1.11 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO .....	8
1.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	9
1.2.1 COLECISTECTOMÍA.....	9
1.2.2 COMPLICACIONES.....	10
1.2.3 COLECISTECTOMÍA PERCUTÁNEA.(CP) .....	11
1.2.4 CONTRAINDICACIONES: .....	12
1.2.5 COMPLICACIONES:.....	12

1.2.6	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE LA VESÍCULA BILIAR .....	12
1.3	RESULTADOS .....	13
1.3.1	TABLAS Y GRAFICOS .....	14
1.3.2	DISCUSION .....	20
	CONCLUSIONES .....	22
	REFERENCIAS .....	23

## RESUMEN (ABSTRACT)

La “Revolución laparoscópica” empezó en los años 90 creando un cambio radical en los métodos quirúrgicos, pasando de procedimientos abiertos a procedimientos mínimamente invasivos. Se ha vuelto tan popular que prácticamente todos los abordajes para enfermedades de la vesícula biliar se han convertido en abordajes laparoscópicos. Técnicas de abordaje mínimo han demostrado una mejoría en todos los parámetros post operatorios como estancia hospitalaria, dolor post operatorio, pérdida de sangre y morbilidad general. De hecho, la gran mayoría de pacientes sugieren o esperan un abordaje laparoscópico cuando se plantea un procedimiento de vesícula biliar. <sup>(1)</sup>

La colecistectomía es una de las cirugías más realizadas en el ámbito quirúrgico, en un estudio realizado en Chile se encontró un total de 26.441 pacientes, con un promedio de 1.322 operados por año independientemente de la técnica <sup>(2)</sup>. Siendo un proceso de elección para la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. La razón más común para llevarla a cabo es el cólico biliar causado por litos.

**Palabras Claves:** PALABRAS CLAVE: COLECISTECTOMIA, LAPAROSCOPIA, COMPLICACIONES, POSTQUIRURGICAS, POSTOPERATORIAS, HTMC.

## INTRODUCCIÓN

Cuando la vesícula biliar se inflama, secundaria a una obstrucción del conducto cístico se le denomina colecistitis aguda (CA) en pacientes con cálculos. La CA es un problema clínico común que abarca el 5% de las emergencias y el 10% de los ingresos hospitalarios. <sup>(3)</sup> Cerca del 10% de los pacientes con colecistitis aguda, con mayor importancia los que se encuentran en cuidado intensivo, no presentan cálculos ni barro en la vesícula biliar; la inflamación de la vesícula biliar en este grupo de pacientes sin presencia de obstrucción del conducto cístico es nombrada colecistitis acalculosa. Esta enfermedad está ligada con una alta tasa de morbimortalidad si no es diagnosticada y tratada a tiempo. <sup>(4)</sup>

El diagnóstico de colecistitis aguda consiste presencia de dolor intenso en el cuadrante superior derecho, alza térmica y signo de Murphy positivo con leucocitosis; no obstante estudios imagenológicos como la ecografía abdominal, resonancia magnética (RM), tomografía computada (TC) y la colecistografía, son de suma importancia en la confirmación del diagnóstico y la demora en la aparición de complicaciones asociadas. <sup>(3)</sup>

Las técnicas de imagen tienen valores distintos en sensibilidad y especificidad para poder llegar al diagnóstico de colecistitis aguda; por ejemplo, la ecografía abdominal es el estándar de oro por lo cual es utilizada para el diagnóstico en todos los pacientes que se sospeche de colecistitis aguda, mientras que la resonancia magnética es específica para pacientes que presenten algún tipo de obstrucción biliar. <sup>(2)</sup>

Si bien la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección en pacientes que presentan colecistitis aguda, la colecistectomía percutánea (drenaje percutáneo dirigida por imágenes) es una terapia mucho más efectiva para algunos pacientes con diversas comorbilidades excluyéndolos de someterse a una intervención laparoscópica.

Mientras que la intervención radiológica es la primera opción en el tratamiento de las complicaciones producidas por la colecistectomía. <sup>(4)</sup>

## DESARROLLO

### 1.1 COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis aguda se define como la inflamación aguda de la vesícula biliar, siendo una de las principales causas en el área de emergencia. En la mayoría de los casos se aprecia presencia de cálculos (colecistitis calculosa), no obstante la inflamación de la vesícula biliar estaría presente aun con ausencia de cálculos (Colecistitis acalculosa). <sup>(5)</sup>

La mayoría de pacientes presentan dolor agudo en el cuadrante superior derecho y alza térmica. El diagnóstico se realiza por medio de la historia clínica, examen físico, exámenes de laboratorio e imagenología (ecografía abdominal). <sup>(2)(5)</sup>

La guía de Tokio (TG13) tiene una clasificación para la colecistitis aguda, la cual la cataloga en tres grados; colecistitis leve o grado I, colecistitis moderada o grado II y colecistitis severa o grado III. <sup>(6)</sup>

El procedimiento estándar para la colecistitis aguda es la colecistectomía. La colecistostomía percutánea se ha usado en el manejo de estos pacientes especialmente luego del fracaso terapéutico médico. <sup>(3)</sup>

Los factores de riesgo para que se desarrolle algún tipo de complicación durante la cirugía o una posibilidad de una conversión son: patología son la edad, presencia de algún síndrome inflamatorio sistémico, sexo masculino, hallazgos ecográficos como presencia de adelgazamiento de la pared de la vesícula biliar, inflamación aguda de la vesícula biliar y/o presencia de empiema. <sup>(4)</sup>

### **1.1.1 FISIOPATOLOGÍA**

El primer evento en desarrollarse en la colecistitis aguda es la obstrucción del conducto cístico secundario a un cálculo biliar impactado asociado a estasis biliar, esto producirá una elevada presión dentro del lumen de la vesícula biliar perturbando el flujo sanguíneo de la mucosa lo que origina una isquemia. <sup>(7)</sup>

La infección bacteriana es poco común dentro de las primeras 48 horas, el riesgo de la infección aumenta al 70% luego del final de la primera semana si el tratamiento aún no ha sido iniciado. La Escherichia coli, Klebsiella, enterobacterias, y enterococos son los organismos más comunes reconocidos en pacientes con colecistitis aguda. <sup>(7)</sup>

Se puede producir una necrosis en las paredes de la vesícula biliar con una perforación y formación de un absceso pericolicístico dependiendo del tipo y la severidad de la infección. La combinación de la estasis biliar y la isquemia son los responsables del desarrollo de colecistitis acalculosa. <sup>(7)</sup>

Los pacientes que tienen un mayor riesgo de desarrollar estasis biliar y de causar destrucción del epitelio son los que reciben nutrición parenteral total y los que han tenido traumas recientes, shock de cualquier tipo, cirugías, sepsis, enfermedades críticas, quemaduras produciendo como resultado la presencia de un proceso fisiopatológico similar a la colecistitis aguda. <sup>(8)</sup>

Las patologías relacionadas al volumen bajo, como la falla cardíaca congestiva, deshidratación y fiebre pueden causar isquemia de la pared de la vesícula biliar y son de suma importancia en la colecistitis acalculosa. <sup>(8)</sup>

### **1.1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

En el examen físico los pacientes se encuentran taquicardicos y febriles con signo de Murphy positivo. En el examen de laboratorio la anormalidad más

frecuente de encontrar es la leucocitosis, mostrando en un 55% de los pacientes y los cultivos con bacterias – positivo, los cuales se han reportado en un 30% de los pacientes con CA. <sup>(4)(8)</sup>

La presentación clínica más frecuente en pacientes con CA es un paciente con dolor severo, persistente y prolongado en el cuadrante superior derecho y/o dolor epigastrio relacionado a alza térmica, náuseas, vómitos, y anorexia. <sup>(9)</sup>

La composición de la historia clínica, signos clínicos, exámenes de laboratorio y hallazgos de imágenes se utilizan para el diagnóstico de CA y así poder descartar otras etiologías de dolor de cuadrante superior derecho. <sup>(4)</sup>

### **1.1.3 COMPLICACIONES**

Los pacientes con CA y colecistitis acalculosa pueden desarrollar algún tipo de complicación si la patología no es tratada inmediatamente de manera y tiempo correcto. No obstante es más frecuente que aparezcan complicaciones en pacientes con colecistitis acalculosa, pacientes con múltiples comorbilidades y pacientes con edad avanzada. <sup>(10)</sup>

La complicación más común es la colecistitis gangrenosa (empiema de la vesícula biliar) con presencia de una perforación. Otro tipo de complicaciones comunes son la formación de mucocele de la vesícula biliar, colecistitis hemorrágica, colecistitis enfisematosa, fístula colecistoentérica, peritonitis y síndrome de Mirizzi. <sup>(10)</sup>

#### **1.1.4 DIAGNOSTICO**

El diagnóstico por imágenes para el manejo de pacientes con CA es doble: establecer un diagnóstico oportuno en individuos con hallazgos clínicos y de laboratorio y detectar algún tipo de complicación. <sup>(11)</sup>

#### **1.1.5 ECOGRAFÍA**

La técnica de imagen más utilizada es la ecografía abdominal ante la posible clínica de CA. Tiene una sensibilidad y especificidad del 83% y 82% respectivamente. La ecografía es una técnica eficaz, rápida, de gran ayuda para el diagnóstico de CA, además esta modalidad de imagen excluye algunas causas no biliares que producen dolor en el cuadrante superior.

Los hallazgos comunes en la ecografía en pacientes con CA son: barro biliar, colelitiasis y distensión de la vesícula biliar con un adelgazamiento de la pared (3.5-5mm), fluido periférico, edema de la pared y signo de Murphy sonográfico. <sup>(7)(8)</sup>

#### **1.1.6 COLECISCINTOGRAFÍA.**

Es una técnica de imagen utilizada para diagnosticar la colecistitis aguda y posee una elevada precisión diagnóstica entre todas las técnicas de imagen con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 96% en casos de colecistitis aguda. <sup>(12)</sup>

Se indica la administración intravenosa de 99mTC - ácido iminodiacético hepático, el cual es absorbido selectivamente por los hepatocitos y secretado hacia la bilis. Si no se aprecia la vesícula biliar en los siguientes 60 minutos luego de la administración, indicaría una obstrucción del

conducto cístico y de colecistitis aguda. No es muy recomendable su uso por el largo periodo del proceso y el uso de radiación iónica. <sup>(12)</sup>

### **1.1.7 TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)**

Este tipo de método imagenológico es menos utilizado en casos de sospecha de colecistitis aguda pero sirve para evaluar el dolor abdominal agudo dando la oportunidad de evaluar otros diagnósticos abdominopelvicos. <sup>(13)</sup>

Los hallazgos en la TC que se encuentran son colelitiasis, distensión anormal de la vesícula biliar, adelgazamiento y edema de la pared, fluido perocolestácico, hilos de tejido subyacentes. <sup>(13)</sup>

En algunos casos aparece hiperemia reactiva del parénquima hepático adjunto a la vesícula biliar, la cual es conocida como "rim sign". Se estima que la TC tiene una sensibilidad del 74-98% y una especificidad del 45-75%. <sup>(13)</sup>

Este método imagenológico es útil para la detección de complicaciones de la CA, tales como la perforación, enfisema, hemorragia y formación de abscesos. <sup>(13)</sup>

### **1.1.8 RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)**

La resonancia magnética también se utiliza para el diagnóstico de CA, esta técnica de imagen tiene valores similares a la ecografía abdominal. Contrariamente de su buena utilidad para el diagnóstico, hay factores negativos como son el costo, el tiempo de escaneo y la disponibilidad de RM. No obstante el uso de la RM está indicado en pacientes con sospecha de síndrome de Mirizzi o obstrucción secundaria coledocolitiasis. <sup>(14)</sup>

La RM muestra hallazgos similares a los observados con la ecografía abdominal en pacientes con colecistitis aguda y colecistitis acalculosa. Además la ausencia focal de realzamiento de la mucosa en las imágenes

con contraste (“interrupted rim sign”) apunta hacia la posibilidad de gangrena o perforación de la vesícula biliar. <sup>(15)</sup>

### **1.1.9 COLANGIOPANCREATIOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA (CPRM)**

La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) es enormemente útil para obtener el diagnóstico de cálculos del conducto biliar y en la exclusión del diagnóstico de compresión extrínseca en el conducto biliar común y/o conducto hepático común por cálculos impactados en el conducto cístico. <sup>(16)</sup>

### **1.1.10 TRATAMIENTO**

El tratamiento de la colecistitis aguda ha cambiado en el transcurso del tiempo desde el tratamiento con antibióticos y colecistectomía abierta luego de las 4 - 6 semanas, a una colecistectomía laparoscópica. <sup>(17)</sup>

Actualmente el manejo de la colecistitis aguda consiste en tratamiento de soporte (fluidos intravenosos, analgesia, antiinflamatorios), descompresión de la vesícula biliar (colecistostomía) y remoción de la vesícula biliar (colecistectomía). <sup>(17)</sup>

### **1.1.11 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

La colecistitis aguda es un proceso inflamatorio. Los AINES son los fármacos de elección; los opiáceos como la morfina, hidromorfona y la meperidina son alternativas farmacológicas tolerables para el manejo del dolor. <sup>(18)</sup>

Puede desarrollarse una infección secundaria en más del 30% de los casos en pacientes con colecistitis aguda, en la cual se administra antibióticos para

bacterias gran negativas y anaerobias en todos los pacientes que se le diagnostique Colecistitis aguda hasta que el cuadro clínico sea resuelto.  
(16)(18)

## **1.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

### **1.2.1 COLECISTECTOMÍA**

La colecistectomía es el estándar de oro para el tratamiento en los casos de colecistitis aguda. En un inicio, se utilizaba la colecistectomía abierta (1882) hoy en día se utiliza la colecistectomía laparoscópica (1987).<sup>(19)</sup>

Los estudios han demostrado que la colecistectomía laparoscópica es segura y mínimamente invasiva con una tasa de mortalidad menor al 0,3% y una tasa de morbilidad menor al 2%.<sup>(19)</sup>

En los pacientes con bajo riesgo quirúrgico usualmente se les realiza la colecistectomía una vez que la inflamación aguda desaparezca.<sup>(20)</sup>

La colecistectomía temprana dentro del 3er y 7mo día de presentación clínica es preferible debido a que reduce significativamente la morbilidad, la estancia hospitalaria y costos médicos.<sup>(21)</sup>

Si se presenta alguna situación de emergencia como la gangrena, absceso, colecistitis enfisematosa, perforación, necrosis o un deterioro del estado clínico que requiere una terapia (sepsis, inestabilidad hemodinámica y el dolor intratable) son criterios de cirugía de emergencia.<sup>(21)</sup>

## 1.2.2 COMPLICACIONES

Existen dos tipos de complicaciones, las menores (biliales y no biliales) las cuales son tratadas conservadoramente, en cambio las mayores (biliales y vasculares) son críticas, atentan con la vida del paciente y aumentan la tasa de mortalidad por lo que requiere un abordaje quirúrgico abierto para poder resolverlas.

Las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica son las siguientes:  
(22)

*Fístula biliar:* Es la presencia de bilis en el conducto colector de drenaje. Puede presentarse dos situaciones: Bilirragia persistente, Bilirragias autolimitadas. (22)

*Coleperitoneo:* Es la acumulación de bilis en cavidad abdominal. El diagnóstico oportuno es complicado por el cuadro clínico no específico. La presencia de bilis se confirma con una punción con aguja fina con ayuda de un ecógrafo. Es producido por varios tipos de lesiones: a) lesión mayor en la vía biliar principal b) fuga a la altura del conducto cístico c) lesión de los conductos periféricos. (22)

*Biloma:* Es la presencia de bilis en la cavidad abdominal, ubicado en el espacio de Morrison o subfrénico derecho, la ecografía abdominal es necesaria para confirmar el diagnóstico. (22)

*Lesión de vasos mayores:* su incidencia oscila entre el 0.05 a 1,5% y su tasa de mortalidad puede llegar hasta un 20%. La lesión puede producirse por la introducción de la aguja de Veress. La lesión producida por la inserción de esta aguja se manifiesta como un hematoma retroperitoneal. Los vasos sanguíneos más afectados son la arteria iliaca derecha y la aorta abdominal distal. (22)

*Lesión de vasos menores:* Se caracteriza por lesión de vasos de menor calibre (vasos del mesenterio, parietales y de epiplón). Se produce por la colocación de los trócares laterales. (22)

Lesión arterial: Los vasos sanguíneos comúnmente afectados durante el procedimiento son la arteria cística y la arteria hepática derecha. <sup>(22)</sup>

Hemorragia del lecho vesicular: Es la complicación más frecuente en estos pacientes; se realizan maniobras de compresión. <sup>(22)</sup>

Cálculos olvidados en la cavidad: Tiene una incidencia entre el 10 – 30%. Es la complicación más frecuente por causa iatrogénica, ocurre cuando existe ruptura de la pared vesicular durante el procedimiento quirúrgico, causando la caída de cálculos y bilis en la cavidad. Los cálculos quedan atrapados en el espacio subfrénico. <sup>(22)</sup>

Eventración del orificio de los trócares: Este caso tiene una incidencia de 0.20 a 0.80%. La eventración se manifiesta en el postoperatorio tardío o como obstrucción intestinal (Hernia de Richter) en el postoperatorio inmediato. <sup>(22)</sup>

Lesión intestinal: Se produce por efecto del electrocauterio o grasping durante la disección. Cuando son diagnosticadas después de las 48 horas es asociado con una alta tasa de morbimortalidad. <sup>(22)</sup>

Complicaciones provocadas por el neumoperitoneo: La infiltración con CO2 en el epiplón mayor, un enfisema subcutáneo alrededor del orificio de los trócares. <sup>(22)</sup>

### **1.2.3 COLECISTECTOMÍA PERCUTÁNEA.(CP)**

Indicaciones:

La colecistectomía percutánea (CP) está indicada en cuadros clínicos donde es necesario el drenaje en la vesícula biliar, la mayoría son pacientes con riesgo quirúrgico elevado con presencia de colecistitis moderada a severa, la cual no existe mejoría con el tratamiento implementado (72 horas). <sup>(23)</sup>

#### **1.2.4 CONTRAINDICACIONES:**

La CP está contraindicada en casos emergentes como la gangrena, perforación, necrosis, abscesos, o deterioro del estado clínico a pesar de la terapia de soporte (sepsis, inestabilidad hemodinámica, dolor intratable) y en pacientes con coagulopatias. <sup>(24)</sup>

#### **1.2.5 COMPLICACIONES:**

Se ha observado complicaciones con este procedimiento en un entre 3% y 15% de los casos dentro de las primeras horas luego de haber realizado la maniobra. Las complicaciones mayores, incluyen; mortalidad debida al proceso (0 – 2%), sepsis (1%), sangrados debido a un daño en los vasos hepáticos con requerimiento de transfusión (1-2%). <sup>(25)</sup>

Las complicaciones menores tales como desplazamiento del catéter (5-15%) y sangrando leve (3%) se observan en la gran mayoría de los casos. <sup>(25)</sup>

Hay que reconocer las complicaciones a tiempo (hemorragias internas, colecciones de fluidos pericolecisticos, deterioro intestinal, absceso hepático, neumotórax, desplazamiento de catéter y confirmarlas con estudios de imágenes apropiados y tratamiento quirúrgico. <sup>(26)</sup>

#### **1.2.6 ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE LA VESÍCULA BILIAR**

Este procedimiento mínimamente invasivo puede ser utilizado como primera opción terapéutica. Las indicaciones, técnica y las complicaciones del procedimiento de la aspiración percutánea de la vesícula biliar son similares a la de la colecistectomía percutánea. No crea fistula ni es necesario colocar un tubo lo que mejora el confort de los pacientes, provee una recuperación más rápida y disminuye los controles subsecuentes. El procedimiento puede

ser periódico por varias ocasiones y los antibióticos pueden ser suministrados dentro de la vesícula biliar. <sup>(27)</sup>

Las complicaciones se han observado en el 5% de los pacientes y son hemorragia intrabdominal, bilis extra colecística y presencia de hemorragia de la vesícula biliar. <sup>(27)</sup>

### 1.3 RESULTADOS

Se empleó en este estudio 225 pacientes que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica, de los cuales solo el 27% (N=60) fueron de sexo masculino y 73% (N=165) fueron del sexo femenino. [Tabla 1] [Grafico 1]

La edad influyo bastante en la obtención del diagnóstico, el promedio del grupo poblacional estudiado fue de 39,4 años (DS  $\pm$ 9,9), luego se agrupo por grupo de edad obteniendo un 43% (n=95) en pacientes de 30 – 39 años, 36% (n=82) en pacientes de 40 – 49 años, 13% (n=30) en pacientes de 50-59 años, 4% (n=10) en pacientes de 60-69 años, 4% (n=8) en pacientes de 70-80 años. [Tabla 2] [Grafico 2]

Del grupo poblacional estudiado no presentaron complicaciones 218 pacientes (97%), y solo 7 pacientes con complicaciones (3%).[Tabla 3] [Grafico 3]

Se obtuvo que el 6% (n=14) de los pacientes estudiados presentaron algún tipo de complicación durante la cirugía. A continuación los enumeramos: 7% (N=1) corresponde a coloperitoneo, el 14% (N=2) a fistula biliar, el 14% (N=2) lesión/contusión en vasos menores, el 22% (N=3) a lesiones importantes en vías biliares y por último, 43% (n=6) correspondió a cálculos olvidados en cavidad. [Tabla3] [Grafico4]

Existió un porcentaje muy bajo de conversión en la intervención quirúrgica siendo solo el 4% (N=10) mientras que el 96% (N=215) restante, correspondió a intervenciones en las cuales no hubo algún tipo de conversión. [Tabla 4] [Grafico5].

Se encontró una tasa de mortalidad muy baja, la cual fue del 2% (N=5) mientras que el 98% (N=220) evolucionaron bien y se resolvió su problema. [Tabla 5] [Grafico6].

### 1.3.1 TABLAS Y GRAFICOS

#### 1.3.1.1 TABLA 1.

	<b>No. (N=225)</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>p</b>
<b>SEXO</b>			
<b>Masculino</b>	60	27	0,21 <sup>(a)</sup>
<b>Femenino</b>	165	73	

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

(a) Asociada a prueba de Chi cuadrado.

#### 1.3.1.2 TABLA 2.

	<b>No. (N=225)</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>p</b>
<b>EDAD</b>			
<b>30 – 39</b>	95	43	0,238 <sup>(a)</sup>
<b>40 - 49</b>	82	36	
<b>50 – 59</b>	30	13	
<b>60 – 69</b>	10	4	
<b>70 - 80</b>	8	4	

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

(a) Asociada a prueba de Chi cuadrado.

### 1.3.1.3 TABLA 3.

	No. (N=225)	Porcentaje	p
<b>COMPLICACIONES</b>			
SIN COMPLICACIONES	211	94	0,01 (a)
CON COMPLICACIONES	14	6 (100%)	
COLOPERITONEO	1	7	
FISTULA BILIAR	2	14	
LESION DE VASOS MENORES	2	14	
LESIONS DE VIAS BILIARES	3	22	
LITOS OLVIDADOS EN CAVIDAD	6	43	

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

(a) Asociada a prueba de Chi cuadrado.

### 1.3.1.4 TABLA 4.

	No. (N=225)	Porcentaje	p
<b>CONVERSION QUIRURGICA</b>			
CONVERSION	10	4	0,01 (a)
SIN CONVERSION	215	96	

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

(a) Asociada a prueba de Chi cuadrado.

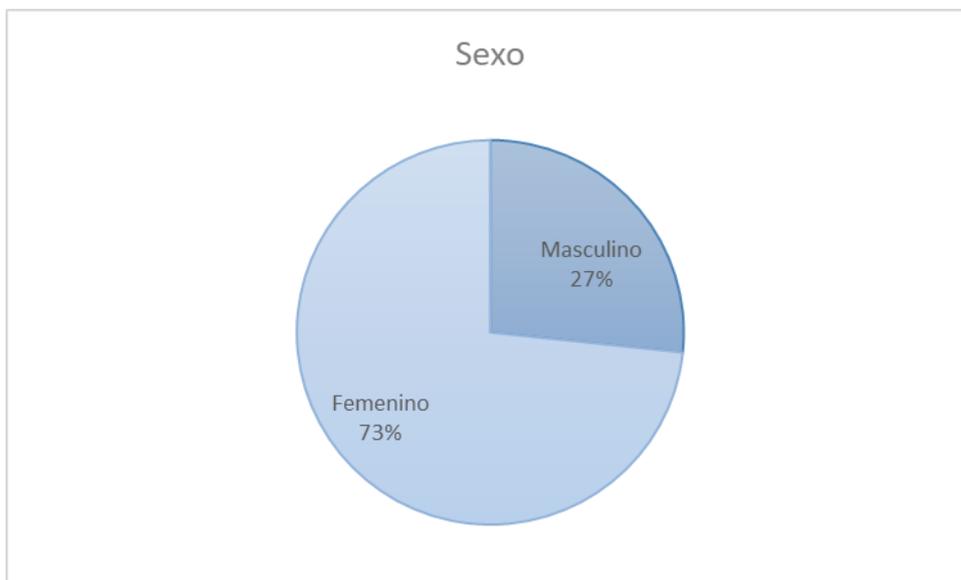
### 1.3.1.5 TABLA 5.

	No. (N=225)	Porcentaje	p
<b>MORTALIDAD</b>			
SI	5	2	0,01 (a)
NO	220	98	

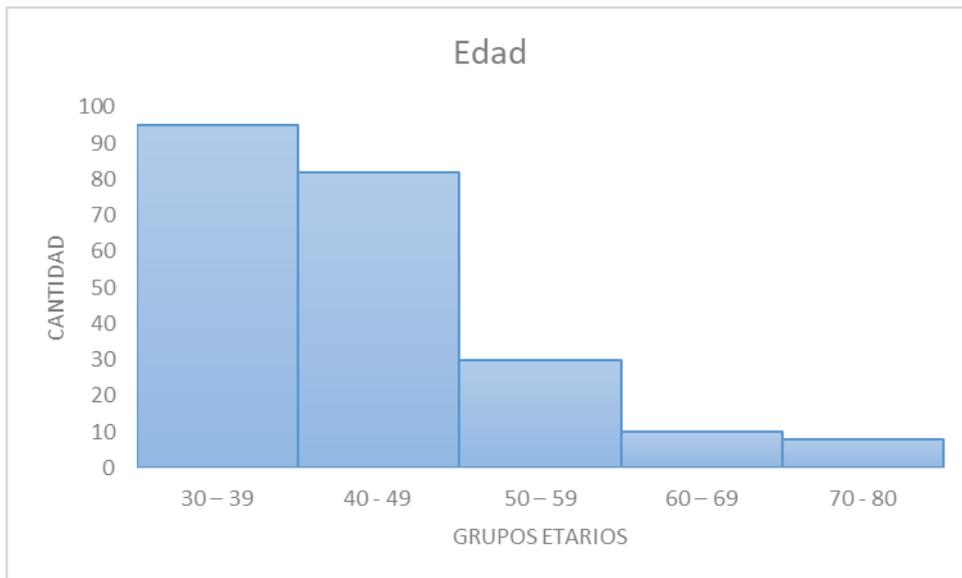
Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

(a) Asociada a prueba de Chi cuadrado.

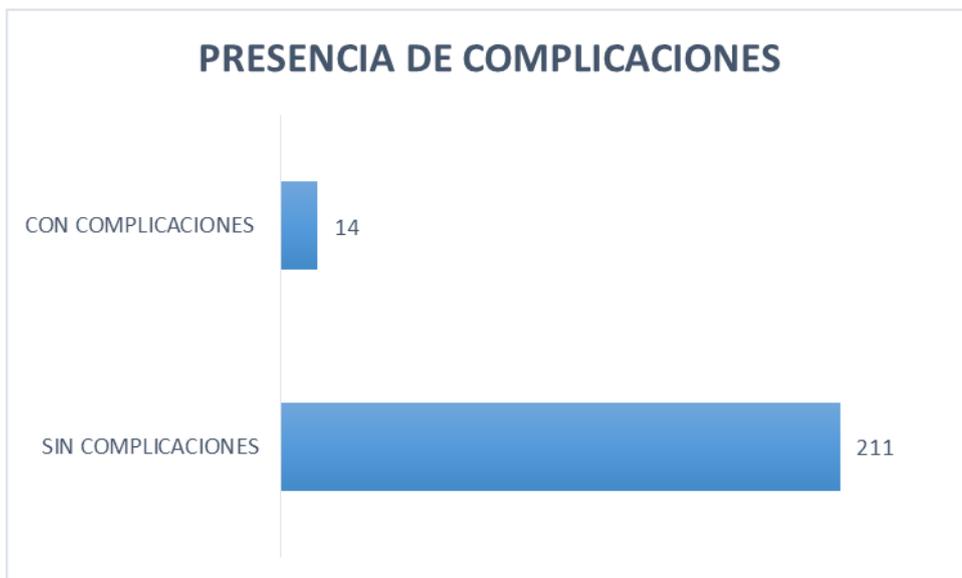
**Gráfico 1.**



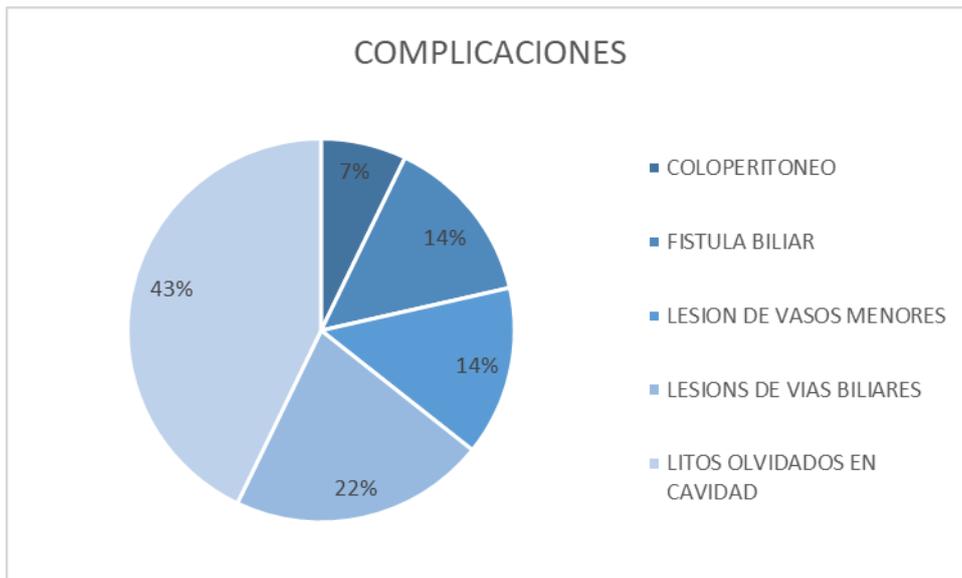
**Gráfico 2.**



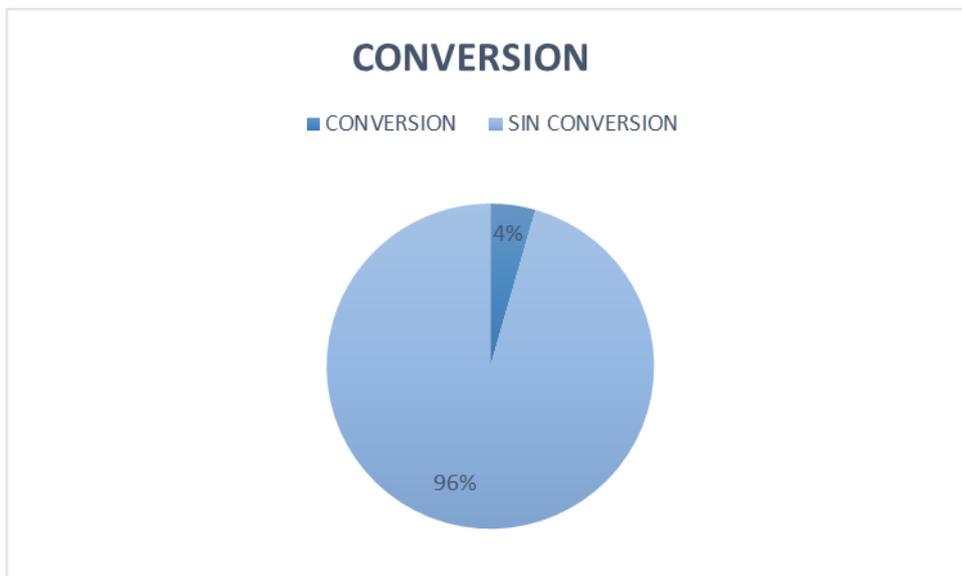
**Gráfico 3.**



**Gráfico 4.**



**Gráfico 5.**



**Gráfico 6.**



### 1.3.2 DISCUSION

La inflamación en la vesícula biliar es ocasionada principalmente por cálculos biliares y con una menor frecuencia por la presencia de barro biliar. La presencia de cálculos en la vesícula biliar se denomina colelitiasis

La colecistectomía laparoscópica es la técnica de elección para el tratamiento de a los pacientes que presentan colelitiasis sintomática, por los beneficios que este procedimiento quirúrgico puede otorgar. Un mejor postoperatorio, el cual más confortable para el paciente con una recuperación rápida en el tránsito intestinal, así como una mínima necesidad de analgesia postoperatoria y una mejor recuperación postquirúrgica para que el paciente lleve a cabo la deambulaci3n y tareas cotidianas, lo que nos permite reducir la estancia hospitalaria.

En este estudio se analizaron 225 pacientes que fueron sometidos a colecistectomía de los cuales solo el 27% fueron de sexo masculino y 73% restante del sexo femenino. Joseph y colaboradores (2018) demostraron en su estudio existe una mayor incidencia de esta patología en pacientes del sexo femenino, lo cual va acorde a nuestro estudio.

En diferentes estudios se evalúan varias complicaciones que pueden afectar a la vesícula y sus conductos limítrofes. En nuestro estudio se llegó a demostrar que la mayor incidencia en lo que respecta a complicaciones en la COLELAP fueron los cálculos olvidados en cavidad (43%) los cuales son de gran importancia, ya que la presencia de estos litos puede producir colecciones intraabdominales, así como abscesos perivesiculares que pueden llegar a requerir un nuevo abordaje quirúrgico para su resoluci3n. Igualmente se pudo observar en un 22% de los pacientes estudiados que presentaron complicaciones, daño o lesi3n de vasos periféricos o menores. Las complicaciones ocurridas en este estudio se presentaron con la misma frecuencia documentada en diferentes estudios.

Existió una muy pequeña incidencia en conversi3n de cirugía (4%), solo el 50% de los pacientes que se le realizó una conversi3n quirúrgica duraron más días en el hospital. Estos datos coinciden con el estudio realizado por

Booij, Nijse, Busch (2018) donde manifiestan que la conversión a cirugía abierta varía entre el 2 – 15%.

## CONCLUSIONES

La colecistectomía laparoscópica es una técnica quirúrgica con bastantes y mejores beneficios postoperatorios para el paciente ya que está íntimamente relacionado a una mejor evolución clínica. La estadía hospitalaria y la recuperación postquirúrgica son cortas y efectivas. En el presente estudio se demostró que las complicaciones relacionadas a la colecistectomía laparoscópica son del 6%, lo cual nos indica que son de baja complejidad y dentro de dichas complicaciones solo un 4% de los pacientes requirieron conversión del procedimiento quirúrgico. Se concluyó que la evolución postquirúrgica es muy favorable ya que no presenta relación alguna con algún tipo de aumento de las tasas de morbilidad de estos pacientes operados.

Cabe recalcar que la incidencia de complicaciones que pueden presentarse en vinculación a este procedimiento quirúrgico, dependerá mucho de la destreza del profesional quirúrgico que realice dicho procedimiento.

Recomendamos realizar un nuevo estudio de casos y control entre la cirugía laparoscópica y la cirugía convencional para poder así contrastar ambos resultados y poder obtener datos importantes sobre las complicaciones en diferentes ámbitos quirúrgicos.

## REFERENCIAS

1. JOSEPH M, PHILLIPS M, FARRELL T, RUPP C. SINGLE INCISION LAPAROSCOPY CHOLECYSTECTOMY IS ASSOCIATED WITH A HIGHER BILE DUCT INJURY RATE [INTERNET]. 1ST ED. ANNALS OF SURGERY; 2012 [CITED 9 JUNE 2018].
2. LANDMAN M, IRENE D. I, MOORE D, ZAYDFUDIM V, WRIGHT PINSON C. THE LONG-TERM EFFECT OF BILE DUCT INJURIES ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: A META-ANALYSIS [INTERNET]. UPTODATE. 2012 [CITED 22 MAY 2018]. AVAILABLE FROM: HTTP://1. LANDMAN MP, FEURER ID, MOORE DE, ET AL. THE LONG-TERM EFFECT OF BILE DUCT INJURIES ON HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: A META-ANALYSIS. HPB (OXFORD) 2013; 15:252.
3. BOOIJ K, DE REUVER P, NIJSSE B, BUSCH O, VAN GULIK T, GOUMA D. INSUFFICIENT SAFETY MEASURES REPORTED IN OPERATION NOTES OF COMPLICATED LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMIES [INTERNET]. 1ST ED. AMSTERDAM, THE NETHERLANDS: DEPARTMENT OF SURGERY, ACADEMIC MEDICAL CENTRE,; 2014 [CITED 24 MAY 2018].
4. BRAGHETTO M. ITALO, C. H. (JUNIO DE 2010). EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR: "¿CUÁNDO?, ¿CÓMO?, ¿DÓNDE?, ¿QUIÉN?". REV. CHILENA DE CIRUGÍA. VOL 62 - Nº 3, 293-300.
5. VENKATA S. KATABATHINA MD, ABDUL M. ZAFAR MD, RAJEEV SURI MD. CLINICAL PRESENTATION, IMAGING, AND MANAGEMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS. TECH VASC INTERVENTIONAL RAD: PAG 1 - 30.
6. PETER C. AMBE, SARANTOS KAPTANIS<sup>2</sup>, MARIOS PAPADAKIS, SEBASTIAN A. WEBER AND HUBERT ZIRNGIBL. CHOLECYSTECTOMY VS. PERCUTANEOUS CHOLECYSTOSTOMY FOR THE MANAGEMENT OF CRITICALLY ILL PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS: A PROTOCOL FOR A SYSTEMATIC REVIEW. AMBE ET AL. SYSTEMATIC REVIEWS (2015) 4:77
7. MIODRAG RADUNOVIC, RANKO LAZOVIC, NATASA POPOVIC, MILORAD MAGDELINIC, MILUTIN BULAJIC, LENKA RADUNOVIC, ET AL. COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: OUR EXPERIENCE FROM A RETROSPECTIVE ANALYSIS. JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES. 2016 DEC 15; 4(4):641-646.
8. BULENT KAYA, MEHMET MAHIR FERSAHOGLU, FATIH KILIC, ENDER ONUR, AND KEMAL MEMISOGLU. IMPORTANCE OF CRITICAL VIEW OF SAFETY IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: A SURVEY OF 120 SERIAL PATIENTS, WITH NO INCIDENCE OF COMPLICATIONS. ANN HEPATOBILIARY PANCREAT SURG 2017;21:17-20
9. WASANA KO-IAM, TRICHAK SANDHU, SAHATTAYA PAIBOONWORACHAT, PAISAL PONGCHAIRERKS, ANON CHOTIROSNIRAMIT, NARAIN CHOTIROSNIRAMIT, ET AL. PREDICTIVE FACTORS FOR A LONG HOSPITAL STAY IN PATIENTS UNDERGOING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY. INTERNATIONAL JOURNAL OF HEPATOLOGY VOLUME 2017, ARTICLE ID 5497936, 8 PAGES.
10. DUO XU, XUEJIAO ZHU, YUAN XU AND LIQING ZHANG. SHORTENED PREOPERATIVE FASTING FOR PREVENTION OF COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: A META-ANALYSIS. JOURNAL OF INTERNATIONAL MEDICAL RESEARCH 2017, VOL. 45(1) 22–37.
11. FEDERICO COCCOLINI, FAUSTO CATENA, MICHELE PISANO A, FEDERICO GHEZA, STEFANO FAGIUOLI, SALOMONE DI SAVERIO, ET AL. OPEN VERSUS LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE CHOLECYSTITIS.

- SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY 18 (2015) 196-204
12. HUAIRONG TANGA, AIHUA DONGB, LUNAN YAN. DAY SURGERY VERSUS OVERNIGHT STAY LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY:A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. DIGESTIVE AND LIVER DISEASE (2015) 1–6.
  13. MIN ZHANG, SHU-YANG ZHOU, MEI-YUAN XING, JIAN XU, XIAO-XIAO SHI AND SHU-SEN ZHENG. THE APPLICATION OF CLINICAL PATHWAYS IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY. HEPATOBILIARY PANCREAT DIS INT 2014;13:348-353
  14. XU LI, XIAOLIN GUO, HUIFAN JI, GE YU, AND PUJUN GAO. GALLSTONES IN PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASES. BIOMED RESEARCH INTERNATIONAL VOLUME 2017, ARTICLE ID 9749802, 8 PAGES.
  15. WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION. WGO. PRACTICE GUIDELINE: ASYMPTOMATIC GALLSTONE DISEASE. GUIDELINES, WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION; 2015.
  16. MARSCHALL, U., & EINARSSON, E. GALLSTONE DISEASE. JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE, 2015 261 (3), 529-542.
  17. BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION. TREATMENT OF GALLSTONES IN ADULTS. GUIDELINES, BRITISH COLUMBIA MEDICAL ASSOCIATION, GUIDELINES AND PROTOCOLS ADVISORY COMMITTEE; 2016.
  18. SHIHNA S, HOFMAN D ET AL. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA PROVISIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA EN INGLATERRA 20002009: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL HOSPITAL EPISODE STATISTIC. SURG ENDOSC. 2013; 27:162-75.
  19. CAPACACCIA L, GIUNCHI G, POCCHIARI F ET AL. PREVALENCE OF GALLSTONE DISEASE IN AN ITALIAN ADULT FEMALE POPULATION. ROME GROUP FOR THE EPIDIMIOLOGY AND PREVENTION OF CHOLELITHIASIS (GREPCO). AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY 2014. VOL 11(5):796-805.
  20. SAWAYA DE JR, JOHNSON LW, SITTIG K, MCDONALD JC, ZIBARI GB. IATROGENIC AND NONIATROGENIC EXTRAHEPATIC BILIARY TRACT INJURIES: A MULTI-INSTITUTIONAL REVIEW. AM SURG 2014; 67: 473-477.
  21. BECKINGHAM IJ. ABC OF DISEASES OF LIVER, PANCREAS, AND BILIARY SYSTEM. GALLSTONE DISEASE. BMJ 2014; 322(7278): 9194.
  22. BORJESON J, LIU SK, JONES S, MATOLO NM. SELECTIVE INTRAOPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: HOW SELECTIVE? AM SURG 2001; 66: 616-618.
  23. CHANDLER CD, LANE JS, FERGUSON P, THOMPSON JE, ASHLEY SE. PROSPECTIVE EVALUATION OF EARLY VERSUS DELAYED LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS. AM SURG 2000; 66: 896-900.
  24. DE WIT LT, RAUWS EA, GOUMA DJ. SURGICAL MANAGEMENT OF IATROGENIC BILE DUCT INJURY. SCAND J GASTROENTEROL SUPPL 2015; 34: 89-94.
  25. A.R. MOOSA,D.W. EASTER,E. VAN SONNENBERG,G. CASOLA,H. D´AGOSTINO. LAPAROSCOPIC INJURIES TO THE BILE DUCT. ANN SURG, 215 (2015), PP. 203-208
  26. A. MARTÍNEZ,A. FERRARA,A. SARELA,N. HABIB. LESIONES DE LA VÍA BILIAR TRAS CIRUGÍA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA. CIR ESP, 63 (2015), PP. 264-267
  27. J. BINGHAM,L.D. MCKIE,J. MCLOUGHLIN,T. DIAMOND. BILIARY COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: ANALYSIS OF COMMON MISCONCEPTIONS. BR J SURG, 87 (2016), PP. 362-373



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Verónica Paola Ribadeneira Córdova**, con C.C: # **029697019** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde julio 2017 a Marzo 2018**, Previo a la obtención del título de **Médico General** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de Abril de 2019

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: **Verónica Paola Ribadeneira Córdova**  
C.C: **0929697019**

## DECLARACION Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Sánchez Valdiviezo Jorge Gabriel**, con C.C: **#0920196631** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde julio 2017 a Marzo 2018**, Previo a la obtención del título de **Médico General** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de Abril de 2019

f. \_\_\_\_\_  
Nombre: **Sánchez Valdiviezo Jorge Gabriel**  
C.C: **0920196631**



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Prevalencia de Complicaciones Postquirúrgicas en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde Julio 2017 A Marzo 2018.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Verónica Paola Ribadeneira Córdova Sánchez Valdiviezo Jorge Gabriel		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Molina Saltos Luis Fernando		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Medicas		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Médico General		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>DE</b> 30 de abril del 2019	<b>No. PÁGINAS:</b>	<b>DE</b> 34
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Cirugía, Complicaciones, Laparoscopia		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	COLECISTECTOMIA, LAPAROSCOPIA, COMPLICACIONES, POSTQUIRURGICAS, POSTOPERATORIAS.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>			
<p>La “Revolución laparoscópica” empezó en los años 90 creando un cambio radical en los métodos quirúrgicos, pasando de procedimientos abiertos a procedimientos mínimamente invasivos. Se ha vuelto tan popular que prácticamente todos los abordajes para enfermedades de la vesícula biliar se han convertido en abordajes laparoscópicos. Técnicas de abordaje mínimo han demostrado una mejoría en todos los parámetros post operatorios como estancia hospitalaria, dolor post operatorio, pérdida de sangre y morbilidad general. De hecho, la gran mayoría de pacientes sugieren o esperan un abordaje laparoscópico cuando se plantea un procedimiento de vesícula biliar.</p> <p>La colecistectomía es una de las cirugías más realizadas en el ámbito quirúrgico, en un estudio realizado en Chile se encontró un total de 26.441 pacientes, con un promedio de 1.322 operados por año independientemente de la técnica. Siendo un proceso de elección para la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. La razón más común para llevarla a cabo es el cólico biliar causado por litos.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0979469041 0997256726	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:vero.ribadeneira21@gmail.com">vero.ribadeneira21@gmail.com</a> <a href="mailto:Gabriel.sanchezv21@gmail.com">Gabriel.sanchezv21@gmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Ayón Genkuong Andrés Mauricio <b>Teléfono:</b> 0997572784 <b>E-mail:</b> Andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			