

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA**

**COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE COLECISTECTOMÍA  
LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA EN EL  
HOSPITAL BÁSICO SANTA ISABEL JOSÉ FÉLIX VALDIVIEZO.  
ENERO 2017 - JULIO 2019**

Trabajo de graduación previo a la obtención de título de

**MEDICO**

**AUTOR:**

**Sandro Andrés Cabrera Buele**

**DIRECTOR**

**Dr. Raúl David Vera Pulla**

**ASESOR**

**Dr. Fabián Gerardo Correa Martínez**

**CUENCA – ECUADOR**

**2018 – 2019**

## RESUMEN

La colecistectomía laparoscópica es una de las operaciones quirúrgicas más realizadas. La lesión del conducto biliar es una complicación catastrófica. Estas molestias producen cambios morfológicos inflamatorios crónicos en la estructura vesicular que se pueden observar en ecografías y anatomopatológica traduciéndose en colecistitis crónica calculosa.

**Objetivo:** determinar las complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía del Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo. Enero 2017 - Julio 2019.

**Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo, corte transversal, se aplicó un formulario de recolección de datos para determinar las complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía del Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo. Enero 2017 - Julio 2019. Los datos se procesaron en el programa SPSS 21.0.

**Resultados:** El 50,4% de pacientes tienen entre 19 a 35 años, el 73,5% son mujeres, 100% son mestizos, el 56,6% viven en área urbana. Dolor abdominal 100%, astenia 99.1%, náuseas 67,3%, anorexia 96,5%. Hallazgo ecográfico más importante es cálculos biliares más el engrosamiento de la pared vesicular en 43,4%. La estadía hospitalaria prevalente es 2 días. La presencia de dolor postoperatorio en 98.2%, el 64.6 presentaron intensidad moderada del mismo. El sangrado postquirúrgico fue la complicación más importante en los pacientes en 15,9%.

**Conclusiones:** la mayor parte de la población de estudio son mujeres, mestizos y la complicación postquirúrgica más frecuente es el sangrado de la herida.

**Palabras clave:** Colecistolitiasis, órgano lesionado, complicación, mortalidad.

## ABSTRACT

Laparoscopic cholecystectomy (LC) is one of the most performed surgical operations. Bile duct injury is a catastrophic complication. These discomforts produce chronic inflammatory morphological changes in the vesicular structure that can be observed in ultrasound and pathology resulting in chronic calculous cholecystitis.

**Objective:** to determine the post-surgical complications of laparoscopic cholecystectomy in patients in the area of surgery of the Basic Hospital Santa Isabel José Félix Valdiviezo. January 2017 - July 2019.

**Methodology:** quantitative, descriptive, cross-sectional study, a data collection form was applied to determine the post-surgical complications of laparoscopic cholecystectomy in patients in the area of surgery of the Basic Hospital Santa Isabel José Félix Valdiviezo. January 2017 - July 2019. The data was processed in the SPSS 21.0 program.

**Results:** 50.4% of patients are between 19 and 35 years old, 73.5% are women, 100% are mestizos, 56.6% live in urban areas. 100% abdominal pain, 99.1% asthenia, 67.3% nausea, 96.5% anorexia. Most important ultrasound finding is gallstones plus gallbladder wall thickening in 43.4%. The prevalent hospital stay is 2 days. The presence of postoperative pain in 98.2%, 64.6 presented moderate intensity. Post-surgical bleeding was the most important complication in patients in 15.9%.

**Conclusions:** the majority of the study population are women, mestizos and the most frequent post-surgical complication is umbilical hernia.

**Keywords:** Cholecystolithiasis, injured organ, complication, mortality.



## AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Sandro Andrés Cabrera Buele, con cédula de identidad número 0705827061, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO SANTA ISABEL JOSÉ FÉLIX VALDIVIEZO. ENERO 2017 - JULIO 2019”** de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 18 de noviembre de 2019

**Sandro Andrés Cabrera Buele**

**C.I.: 0705827061**



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Sandro Andrés Cabrera Buele, autor del trabajo de titulación **“COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO SANTA ISABEL JOSÉ FÉLIX VALDIVIEZO. ENERO 2017 - JULIO 2019”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 18 de noviembre de 2019

**Sandro Andrés Cabrera Buele**

**C.I.: 0705827061**



## CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Sandro Andrés Cabrera Buele, con cédula de ciudadanía N° 0705827061, autor del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema **“COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO SANTA ISABEL JOSÉ FÉLIX VALDIVIEZO. ENERO 2017 - JULIO 2019”**, mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos. Los datos que se recolectarán permitirán determinar las complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía del Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo. Enero 2017 - Julio 2019; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 18 de noviembre de 2019

**Sandro Andrés Cabrera Buele**

**C.I.: 0705827061**

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer al Hospital José Félix Valdiviezo por abrirme las puertas durante este año de trabajo y preparación, así como también por permitirme recolectar toda la información necesaria para la presente investigación.

Extiendo además mi agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca “Unidad Académica de Salud y Bienestar”, misma que junto a docentes y compañeros se convirtieron durante este largo y sacrificado camino en mi segundo hogar; al Doctor David Vera Pulla y Doctor Fabián Correa Martínez quienes con mucha paciencia y responsabilidad supieron guiarme de la mejor manera para el desarrollo y culminación de este trabajo investigativo.



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD  
EDUCATIVA AL  
SERVICIO DEL PUEBLO

---

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo de titulación para aquellos que en el inicio estuvieron y hoy ya no están, a mis padres quienes han sido los pilares fundamentales en este proceso de preparación; y para todas aquellas personas que luchan día a día para preservar el milagro de la vida.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	1
ABSTRACT.....	2
AGRADECIMIENTO .....	6
DEDICATORIA .....	7
CAPITULO I.....	12
1. Introducción.....	12
1.1 Planteamiento del problema.....	12
1.1.1 Situación problemática .....	12
1.2 Formulación del problema.....	16
1.4 Justificación .....	18
CAPITULO II .....	19
2. Fundamento teórico .....	19
2.1 Antecedentes .....	19
Definición .....	19
Fisiopatología.....	20
Cálculos biliares de colesterol.....	20
Calcio, bilirrubina y cálculos biliares pigmentarios.....	21
Cálculos biliares mixtos.....	21
Etiología.....	23
Cálculos biliares de colesterol.....	23
Cálculos biliares de pigmento negro y marrón.....	23
Manifestaciones clínicas .....	24
Métodos de diagnósticos .....	25
Tratamiento.....	25
CAPITULO III .....	28
3. Objetivos de la investigación.....	28

3.1 Objetivo general .....	28
3.2 Objetivos específicos .....	28
CAPITULO IV.....	29
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO .....	29
4.1.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO .....	29
4.1.2 TIPO DE ESTUDIO.....	29
4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	29
4.2.1 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	29
4.2.2 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	29
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	30
4.3.1 POBLACIÓN .....	30
4.3.2 MUESTRA .....	30
4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN .....	31
4.5 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	31
4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	32
4.6.1 Criterios de inclusión .....	32
4.6.2 Criterios de exclusión .....	32
4.7 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN. ....	32
4.7.1 Métodos e instrumento para obtener la información.....	32
4.7.2 Métodos de procesamiento de la información .....	32
4.7.2.1 Técnica .....	33
4.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR.....	33
4.10 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS.....	34
4.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	34
CAPITULO V.....	35
Tabla No 1 .....	35

Tabla No 2 .....	36
Tabla No 3 .....	37
Tabla No 4 .....	38
Tabla No 5 .....	39
Tabla No 6 .....	40
5.1 Cumplimiento del estudio .....	41
5.2 Características de la población de estudio .....	41
5.4 Análisis de resultados .....	41
CAPITULO VI.....	42
6. Discusión.....	42
CAPITULO VII.....	45
7.1 Conclusiones y recomendaciones.....	45
7.1.1 Conclusiones .....	45
7.1.2 Recomendaciones .....	45
Referencias bibliográficas .....	46
Anexo 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	54
Anexo 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	57
ANEXO 3: OFICIO DE BIOÉTICA.....	59
ANEXO 4: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN .....	60
ANEXO 5: OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL BÁSICO JOSÉ FÉLIX VALDIVIEZO.....	61
ANEXO 6: ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	62
ANEXO 7: INFORME DE ANTIPLAGIO .....	64
ANEXO 8: RUBRICAS PARES REVISORES 1.....	65
ANEXO 9: RUBRICAS PARES REVISORES 2.....	66
ANEXO 10: INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN .....	67
ANEXO 11: CARTA DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR .....	68

ANEXO 12: RUBRICA DE REVISIÓN FINAL POR PARTE DE DIRECCIÓN DE  
CARRERA DE MEDICINA .....69

# CAPITULO I

## 1. Introducción

Los procedimientos y técnicas quirúrgicas de las vías biliares se realizan para el tratamiento de las anomalías congénitas, traumatismos, inflamaciones e infecciones y tumores de la vesícula y vías biliares. Aunque la experiencia de los cirujanos en el tratamiento de estas enfermedades ha hecho disminuir de manera importante las complicaciones poscirugía, siguen existiendo situaciones en las que el propio tratamiento quirúrgico es responsable de ciertas complicaciones (1)

La mayoría de las complicaciones se producen durante el tratamiento quirúrgico de la patología específicamente hepatobiliar; sin embargo, la proximidad topográfica con otras vísceras del abdomen como estómago, duodeno, hígado, ángulo hepático del colon, riñón y glándula suprarrenal derecha, hace que eventualmente puedan producirse lesiones en las mismas durante la práctica de procedimientos quirúrgicos en dichos órganos (2).

### 1.1 Planteamiento del problema

#### 1.1.1 Situación problemática

De acuerdo con los estudios efectuados en algunos hospitales del mundo y América latina en particular las complicaciones postcolecistectomía laparoscópica principalmente del conducto biliar han aumentado considerablemente después de la introducción de la colecistectomía laparoscópica (3,4). Estas intervenciones han provocado mayor morbilidad, mortalidad ocasional, alargamiento de la estancia hospitalaria, los costos adicionales para la salud, y el deterioro de la calidad de vida y la esperanza de vida de los pacientes (3,5).

La colecistectomía laparoscópica es el Gold estándar en el tratamiento de la colelitiasis sintomática (6,7). Esta técnica quirúrgica además de reducir los costos también reduce la estancia hospitalaria. Probablemente el procedimiento laparoscópico más utilizado en el mundo lo constituye la colecistectomía (5,8).

En Estados Unidos alrededor del 20% de mujeres y el 8 % de varones mayores de 40 años sufren enfermedad biliar de los cuales el 2 % desarrollan cuadros agudos que terminan en tratamiento quirúrgico (9) en comparación con Ecuador, la patología biliar ocupa la tercera causa de morbilidad femenina con una tasa de 24 por 10.000 habitantes; y el sexo masculino ocupa el sexto lugar con una tasa de 8 por 10.000 habitantes (10).

En los Estados Unidos (EE.UU.) en el 2008 de aproximadamente 1.8 millones de ingresos por colecistitis aguda (CA), 1.4 millones de pacientes se sometieron a colecistectomía, aproximadamente 800.000 colecistectomías laparoscópicas se realizan anualmente en los Estados Unidos (11,12).

Según el estudio “Reconstrucción de 183 lesiones iatrogénicas de la vía biliar” realizado por el Dr. José Luis González González y colaboradores y publicado en la revista médica de La Habana, Cuba, se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en 183 pacientes con diagnóstico de lesión iatrogénica de la vía biliar principal, atendidos en el Hospital Clínico quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, en el período comprendido entre mayo de 1983 y diciembre de 2008. Cuyos resultados fueron: la incidencia de las lesiones de la vía biliar en nuestro centro fue de 0,14%. En toda la serie hubo un predominio del sexo femenino, con una edad media de 44,7 años. El tratamiento quirúrgico por vía convencional provocó más lesiones con 55,2%, y se comprobó que la mayoría fueron diagnosticadas en el posoperatorio con predominio, de forma general, de las lesiones a menos de 2 cm del confluente hepático. La modalidad quirúrgica más empleada fue la hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Prevalcieron, como complicaciones posoperatorias, la fístula biliar externa y la infección de la herida quirúrgica (13).

La publicación “Lesiones de la vía biliar en colecistectomías laparoscópicas” de Orlando Zamora Santana y colaboradores publicado en la revista de La Habana, Cuba realizado en cinco Hospitales Clínico-quirúrgico de Cuba cuyo objetivo era describir el comportamiento de las lesiones de la vía biliar en 6 centros de 5 provincias del país, a fin de detectar deficiencias al ser corregidas. Se realizó un estudio multicentros, descriptivo y retrospectivo de 27 lesiones de la vía biliar ocurridas en 17288 colecistectomías laparoscópicas realizadas en 6 hospitales

universitarios. Se colectó el dato primario a través de un cuestionario de 13 puntos, aplicado a cada paciente lesionado, y común para todos los centros. Resultados: el porcentaje de lesiones de la vía biliar en esta serie fue bajo (0,15%). En 59,2%, el diagnóstico fue posoperatorio y casi el 63 % fueron graves lesiones tipo E de Strasberg. Las técnicas de reparación más empleadas fueron las derivaciones biliodigestivas, pero las lesiones diagnosticadas durante el transoperatorio fueron en la mayoría de los casos tratados con reparación sobre sonda. Se presentaron complicaciones mayores en 25,9% (14,15).

Según el artículo original "Lesiones de la vía biliar: Prevalencia en pacientes con colecistectomía laparoscópica en un hospital de especialidades" realizado por Jorge Octavio Gutiérrez Pérez y col, Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez" de México cuyo objetivo era "Conocer la prevalencia de lesión de la vía biliar por colecistectomía laparoscópica y compararla con la prevalencia internacional de 0.4% a 0.6%". Se realizó un estudio de los expedientes de pacientes operados de colecistectomía laparoscópica durante los años 2005 a 2008 por el Servicio de Cirugía General. Las variables a estudiar fueron prevalencia de lesión de la vía biliar clasificándola de acuerdo a las escalas de Strasberg, edad y género. Y los resultados durante 4 años se realizaron 532 colecistectomías laparoscópicas a pacientes de sendos géneros de 15 a 89 años de edad, identificándose 3 pacientes con lesión de la vía biliar (0.56%). En dos, la lesión consistió en sección total del conducto colédoco y en el tercero hubo fuga de bilis por el muñón del conducto cístico. La reparación consistió en colédoco-colédoco anastomosis término terminal con colocación de sonda en T en dos casos y en ligadura del muñón del conducto cístico en el tercero. Uno (33.3%) de los 3 pacientes falleció, 2 (66.6%) presentaron complicaciones posteriores a la reparación de la vía biliar. Conclusiones: La frecuencia de lesión de la vía biliar en pacientes colecistectomizados laparoscópicamente en el Hospital de Especialidades "Dr. Belisario Domínguez" fue de 0.56%; es similar a la reportada en la literatura (16).

Según las revisiones bibliográficas realizadas en España "Lesiones iatrogénicas de la vía biliar" realizada por Francisco Ruiz Gómez y col, en la Unidad de Cirugía Hepato-bilio-pancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo,

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España y la Unidad de Cirugía Hepato-bilio-pancreática, Hospital Josep Trueta, Girona, España, La mayoría de las lesiones de las vías biliares (LIVB) se producen en el transcurso de la colecistectomía, las LIVB han sido una complicación inherente a esta cirugía debido al error perceptivo del cirujano. La colecistectomía laparoscópica (CL) ha disminuido el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria, pero desgraciadamente ha incrementado algunas complicaciones como las LIVB. En un metanálisis con más de 78.747 CL la incidencia de LIVB varió entre un 0,36-0,47% (17).

En la publicación "Manejo intraoperatorio y reparación de lesiones del conducto biliar sufridas durante 10123 colecistectomías laparoscópicas en un centro de referencia de alto volumen" estudiada por Pekolj J y col, la lesión del conducto biliar (IDB) sigue siendo la complicación más grave de la colecistectomía laparoscópica (LC). La mejor estrategia en términos de tiempo de reparación es todavía controvertida. El propósito del presente estudio es revisar la experiencia en la reparación intraoperatoria de las lesiones del conducto biliar sostenidas durante la LC en un centro de referencia de alto volumen. Se hizo un análisis retrospectivo de una sola institución de una base de datos recopilada prospectivamente. Se extrajeron los pacientes con diagnóstico de IDB sostenido durante la CL entre octubre de 1991 y noviembre de 2010. Lo que se obtuvo fue que entre los 10123 LC realizados durante el período de estudio, 19 pacientes tuvieron un BDI sostenido durante el procedimiento. La colangiografía intraoperatoria se utilizó de forma rutinaria. La lesión del conducto biliar se diagnosticó intraoperatoriamente en 17 pacientes (89,4%). La edad media fue de 56,4 años (rango de 18 a 81 años) y 15 pacientes eran mujeres (88%). De acuerdo con la clasificación de BDI de Strasberg, hubo 3 lesiones tipo C, 12 lesiones tipo D y 2 lesiones tipo E2. No hubo lesiones vasculares asociadas. Doce casos (71%) se convirtieron en cirugía abierta. Las reparaciones incluyeron 10 cierres biliares primarios, 4 hepatico-jejunosomías Roux-en-Y, 2 anastomosis de extremo a extremo y 1 drenaje transpapilar laparoscópico. Complicaciones postoperatorias ocurrieron en 5 pacientes (29,4%). Durante el período de seguimiento, se desarrollaron estenosis biliares tempranas en 2 pacientes (18).

En la tesis “Prevalencia de complicaciones de colecistectomía laparoscópica en pacientes entre 25 a 65 años de edad operados en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo entre enero 2016 y diciembre 2016” realizada por Pino Mantilla David Emanuel y Saavedra Bustos Jorge Fernando, cuyo objetivo: Determinar la prevalencia de complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en pacientes del Hospital Regional IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” durante el periodo 2016. Se realizó un estudio, retrospectivo, observacional y explicativo donde se analizaron a una muestra de 100 pacientes (42 mujeres y 58 hombres con una media de  $41.9 \pm 9,9$ ), con diagnóstico de colecistitis aguda y se sometieron a colecistectomía laparoscópica. Resultados: Se determinó que el 11% (n=11) pacientes estudiados presentaron complicaciones durante la cirugía de los cuales el 9% (N=1) corresponden a coloperitoneo, el 9% (N=1) fistula biliar, el 9% (N=1) lesión de vasos menores, el 9% (N=) a lesión de vías biliares, 54,54% (n=6) litos olvidados en cavidad y el 9% (n=1) a neumoperitoneo. Además, se encontró un bajo porcentaje de conversión quirúrgica siendo el 6% (N=6) en contraste al 94% (N=94) de las intervenciones que no requirió conversión. Conclusiones: La prevalencia de complicaciones en la colecistectomía laparoscópica es del 11%. La evolución trans y posoperatoria en estos pacientes es favorable y no está relacionada con incremento de tasas de morbilidad en los pacientes (19).

## **1.2 Formulación del problema**

En el Hospital Vicente Corral Moscoso desde enero hasta septiembre del 2013 se ha realizado un total de 7256 procedimientos quirúrgicos de los cuales 369 (5.1%) corresponden a colecistectomía laparoscópica ocupando el 4 lugar dentro de los 10 principales procedimientos después de cesárea, apendicetomía y Pomeroy respectivamente, sin embargo, no tenemos datos de complicaciones (20). Además, no se dispone de información cierta del número total de cirugías por colecistectomía laparoscópica realizadas en el hospital de Santa Isabel. La lesión de la vía biliar es una complicación infrecuente pero costosa de la cirugía de la vesícula y de la vía biliar (21,22).

Esas lesiones pueden:

- a. Ser reconocidas por el cirujano actuante, que puede intentar una reparación o drenar y derivar (23).
- b. Presentarse tempranamente, frecuentemente con un biloma, ascitis biliar o una filtración biliar (24,25); o
- c. Presentarse tardíamente, más frecuentemente con ictericia y/o colangitis. Varios métodos de clasificación han sido ideados, siendo empleados los sistemas de Bismuth y Strasberg más comúnmente en el mundo occidental. El manejo requiere un equipo multidisciplinario, que incluye radiólogos intervencionistas expertos, endoscopistas biliares y cirujanos hepatobiliares (26,27).

Hay dos opciones si una lesión es reconocida y reparada en el momento de la colecistectomía laparoscópica, la reparación primaria ductal de extremo a extremo o Roux-en-Y hepaticoyeyunostomía (28). Desafortunadamente, la reparación primaria se asocia con una alta incidencia de fallo, pero la dilatación con balón ya sea percutánea o endoscópica, sigue siendo una posibilidad en el caso de tal fallo (29,30).

La lesión biliar si es reconocido en el momento de la cirugía laparoscópica se debe intentar reparar sólo si el cirujano se siente cómodo con la cirugía biliar avanzado (31,32). Si no, el cirujano debe obtener intraoperatoria o telefónica consulta con un especialista que es experto en este problema (33,34).

Es por esto que a través de esta investigación se obtendrá un máximo de beneficios al identificar las principales complicaciones de este tipo de procedimientos, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

### **Interrogante de la investigación**

¿Cuáles son las complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía en el Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo enero 2017 - Julio 2019?

## 1.4 Justificación

En la actualidad se utiliza más la colecistectomía laparoscópica como tratamiento para patología biliar a comparación de la cirugía abierta pero aun así se observan complicaciones postquirúrgicas como la infección de herida operatoria, fiebre, vómitos, dolor y nauseas (35).

La infección del sitio quirúrgico suele ser la complicación más común de la colecistectomía laparoscópica, con tasas del 1% 2 al 30% (1). La mayoría de pacientes con infección del sitio quirúrgico tienen 60% más de probabilidades de ingresar a una unidad de terapia intensiva, la probabilidad de ser readmitido en el hospital es 5 veces y dos veces más de probabilidades de morir que los pacientes sin infección del sitio quirúrgico (36).

El Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo no cuenta con resultados de complicaciones en las intervenciones quirúrgicas lo que genera incertidumbre y desconfianza a nivel del equipo médico como de la desconfianza en los pacientes que adolecen de esta patología. La evaluación y comparación de los distintos métodos de tratamiento permitirá un mejor accionar en la complicación transoperatorio del paciente y poder recomendar el manejo ideal.

La aplicación de este estudio nos permitirá enriquecer los conocimientos en relación al manejo quirúrgico laparoscópico de la colecistitis y colelitiasis y alcanzar una certeza en la práctica médica cotidiana que optimizará en términos económicos para el paciente que no tendrá que realizar grandes erogaciones de dinero para nuevas intervenciones quirúrgicas y mayor tratamiento en la recuperación. También al utilizar bien estos datos se invertirán en equipar mejor, lo cual ahorrara recursos económicos al hospital en gastos de medicamentos, personal médico, administrativo y hospitalización.

Finalmente contando con un estudio científico riguroso, este debe ser socializado lo que ayudará a tener certeza en las intervenciones del equipo médico y confianza a la intervención quirúrgica en los pacientes y la sociedad.

## CAPITULO II

### 2. Fundamento teórico

#### 2.1 Antecedentes

En 1985 en Alemania y en 1987 en Francia se describieron las primeras colecistectomías por vía laparoscópica, se han desarrollado distintas modificaciones a las estandarizadas técnicas americana y francesa (37).

La colecistectomía laparoscópica (LC) es una de las operaciones quirúrgicas generales más ampliamente realizadas. Su ingreso en la práctica quirúrgica hace unos 20 años fue rápido, no regulado y se asoció con un aumento en la incidencia y gravedad de la lesión del conducto biliar (BDI). Aunque la frecuencia de BDI es relativamente baja (<0.5%), la gran cantidad de LC realizadas en las comunidades promedian las prevalencias y siguen siendo inaceptablemente altas (38,39).

La lesión del conducto biliar es una complicación catastrófica para el paciente individual, que produce reducciones significativas en la calidad y cantidad de vida. Sin embargo, no existe un método estandarizado ampliamente aceptado para realizar la CL y más del 70% de los cirujanos consideran que el BDI es una complicación inevitable asociada con el procedimiento (40). Se requiere un cambio de actitud entre los cirujanos para lograr mejoras en el cuidado del paciente (41).

#### **Definición**

La colelitiasis se describe como la presencia de cálculos en la vesícula biliar, los factores de riesgo para la aparición de litos incluyen la edad, sexo, factores genéticos, condiciones médicas previas, medicamentos, la dieta e incluso el origen étnico (42).

## **Fisiopatología**

La formación de cálculos biliares ocurre porque ciertas sustancias en la bilis están presentes en concentraciones que se acercan a los límites de su solubilidad. Cuando la bilis se concentra en la vesícula biliar, puede sobresaturarse con estas sustancias, que luego precipitan de la solución en forma de cristales microscópicos. Los cristales quedan atrapados en el moco de la vesícula biliar, produciendo lodo en la vesícula. Con el tiempo, los cristales crecen, se agregan y se fusionan para formar cálculos macroscópicos. La oclusión de los conductos por lodo y/o cálculos produce las complicaciones de la enfermedad de cálculos biliares (42).

Las dos sustancias principales involucradas en la formación de cálculos biliares son el colesterol y el bilirrubinato de calcio.

### **Cálculos biliares de colesterol**

Más del 80% de los cálculos biliares contienen colesterol como su componente principal. Las células del hígado secretan colesterol en la bilis junto con fosfolípidos (lecitina) en forma de pequeñas burbujas membranosas esféricas, llamadas vesículas unilamelares. Las células hepáticas también secretan sales biliares, que son detergentes potentes necesarios para la digestión y absorción de grasas en la dieta (42).

Las sales biliares en la bilis disuelven las vesículas unilamelares para formar agregados solubles llamados micelas mixtas. Esto ocurre principalmente en la vesícula biliar, donde la bilis se concentra por la reabsorción de electrolitos y agua (42).

En comparación con las vesículas (que pueden contener hasta 1 molécula de colesterol por cada molécula de lecitina), las micelas mixtas tienen una menor capacidad de carga de colesterol (aproximadamente 1 molécula de colesterol por cada 3 moléculas de lecitina). Si la bilis contiene una proporción relativamente alta de colesterol para empezar, entonces, a medida que la bilis se concentra, la disolución progresiva de las vesículas puede conducir a un estado en el que se

excede la capacidad portadora de colesterol de las micelas y las vesículas residuales. En este punto, la bilis está sobresaturada con colesterol y se pueden formar cristales de monohidrato de colesterol (42).

Por lo tanto, los principales factores que determinan si se formarán cálculos biliares de colesterol son:

- La cantidad de colesterol secretada por las células del hígado, en relación con la lecitina y las sales biliares, y
- El grado de concentración y el grado de estasis de la bilis en la vesícula biliar.

### **Calcio, bilirrubina y cálculos biliares pigmentarios**

La bilirrubina, un pigmento amarillo derivado de la descomposición del hemo, es secretada activamente en la bilis por las células del hígado. La mayor parte de la bilirrubina en la bilis está en forma de conjugados de glucurónido, que son solubles en agua y estables, pero una pequeña proporción consiste en bilirrubina no conjugada. La bilirrubina no conjugada, como los ácidos grasos, fosfato, carbonato y otros aniones, tiende a formar precipitados insolubles con calcio. El calcio ingresa a la bilis pasivamente junto con otros electrolitos (42).

En situaciones de alto recambio hem, como la hemólisis crónica o la cirrosis, la bilirrubina no conjugada puede estar presente en la bilis a concentraciones superiores a las normales. El bilirrubinato de calcio puede cristalizarse de la solución y eventualmente formar cálculos. Con el tiempo, varias oxidaciones hacen que los precipitados de bilirrubina adquieran un color negro azabache, y las piedras formadas de esta manera se denominan cálculos biliares de pigmento negro. Los cálculos de pigmento negro representan del 10% al 20% de los cálculos biliares en los Estados Unidos (42).

### **Cálculos biliares mixtos**

Los cálculos biliares del colesterol pueden colonizarse con bacterias y provocar inflamación de la mucosa de la vesícula biliar. Las enzimas líticas de las bacterias y los leucocitos hidrolizan los conjugados de bilirrubina y los ácidos grasos. Como

resultado, con el tiempo, los cálculos de colesterol pueden acumular una proporción sustancial de bilirrubinato de calcio y otras sales de calcio, produciendo cálculos biliares mixtos. Los cálculos grandes pueden desarrollar un borde superficial de calcio que se asemeja a una cáscara de huevo que puede verse en las radiografías simples (7).

La colecistitis aguda litiásica es causada por la obstrucción del conducto cístico, lo que lleva a la distensión de la vesícula biliar, que, al distenderse, la circulación sanguínea y el drenaje linfático se ven comprometidos, llevando a la isquemia de la mucosa y generando necrosis. En el caso de la colecistitis aguda alitiásica el mecanismo exacto no está claro, existen algunas teorías que postulan que la lesión puede ser el resultado de la retención de la bilis concentrada la cual podría ser nociva. Otros postulan que, en casos de ayuno prolongado, la vesícula no recibe el estímulo de la colecistoquinina para vaciarse, por lo que la bilis concentrada permanece estancada en la vesícula generando los disturbios posteriores (7).

Actualmente otra patogénesis propuesta ha sido la insuficiencia vascular de la vesícula con isquemia, la que está clínicamente apoyada por la asociación con trauma, sepsis, procedimientos quirúrgicos, causas que pueden disminuir la perfusión de la vesícula durante períodos de hipotensión. Se admite que la oclusión de los pequeños vasos, en períodos de hipoperfusión esplácnica, podría ser el elemento fundamental en la patogénesis de la colecistitis alitiásica (7).

Además, cabe señalar que en más del 25% de los pacientes con esta presentación crónica se detectan bacterias en la bilis, aunque el hecho de encontrarse infectada probablemente no agrava el riesgo operatorio en pacientes sometidos a una colecistectomía programada (7).

La incidencia de colecistitis va aumentando con la edad. La explicación fisiológica de la creciente incidencia de esta enfermedad en la población de adultos mayores no está clara. La mayor incidencia en hombres de edad avanzada ha sido vinculada a los cambios en las proporciones de los andrógenos y estrógenos, encontrándose también una mayor proporción de hombres ancianos con

colecistitis acalculosa. Los pacientes del grupo de adultos mayores frecuentemente tienen presentaciones atípicas, con sintomatología muy inespecífica por lo que el diagnóstico de un abdomen agudo muchas veces representa un desafío (7).

## **Etiología**

Los cálculos biliares de colesterol, los cálculos de pigmento negro y los cálculos de pigmento marrón tienen diferentes patogenias y diferentes factores de riesgo.

### **Cálculos biliares de colesterol**

Los cálculos biliares de colesterol están asociados con:

- El sexo femenino
- La ascendencia europea o nativa americana
- La edad avanzada.
- Obesidad
- El embarazo
- Estasis de la vesícula biliar
- Drogas
- El síndrome metabólico
- La resistencia a la insulina
- La diabetes mellitus tipo II
- La hipertensión arterial
- La hiperlipidemia
- Cirugía de bypass gástrico (43).
- Uso de estrógenos administrados para la anticoncepción o para el tratamiento del cáncer de próstata aumentan el riesgo de cálculos biliares de colesterol al aumentar la secreción de colesterol biliar (44).

### **Cálculos biliares de pigmento negro y marrón**

Los cálculos biliares de pigmento negro ocurren de manera desproporcionada en individuos con un alto recambio de hemo. Los trastornos de la hemólisis

asociados con cálculos biliares pigmentarios incluyen anemia falciforme, esferocitosis hereditaria y beta-talasemia. En la cirrosis, la hipertensión portal conduce a la esplenomegalia. Esto, a su vez, provoca el secuestro de glóbulos rojos, lo que lleva a un aumento modesto en el recambio de hemoglobina. Aproximadamente la mitad de todos los pacientes cirróticos tienen cálculos biliares pigmentarios (44).

Los requisitos previos para la formación de cálculos biliares de pigmento marrón incluyen estasis intraductal y colonización crónica de la bilis con bacterias. En los Estados Unidos, esta combinación se encuentra con mayor frecuencia en pacientes con estenosis biliar postquirúrgica o quistes de colédoco (44).

En las regiones arroceras de Asia oriental, la infestación con trematodos biliares puede producir estenosis biliares y predisponer a la formación de cálculos de pigmento marrón en los conductos biliares intrahepáticos y extrahepáticos. Esta afección, denominada hepatolitiasis, causa colangitis recurrente y predispone a cirrosis biliar y colangiocarcinoma (44).

### **Manifestaciones clínicas**

Los cálculos biliares se desarrollan de manera insidiosa y pueden permanecer asintomáticos durante décadas. La migración de un cálculo biliar hacia la abertura del conducto cístico puede bloquear el flujo de salida de la bilis durante la contracción de la vesícula biliar. El aumento resultante en la tensión de la pared de la vesícula produce un tipo característico de dolor (cólico biliar). La obstrucción del conducto cístico, si persiste durante más de unas pocas horas, puede provocar inflamación aguda de la vesícula biliar (colecistitis aguda) (45).

La mayoría de pacientes son asintomáticos, pero un 20% tiene síntomas que van desde dispepsia hasta el cólico biliar. Estas molestias producen cambios morfológicos inflamatorios crónicos en la estructura vesicular que se pueden observar en un estudio ecográfico y anatomopatológico traduciéndose en una colecistitis crónica calculosa. Cerca del 90% de los casos involucran cálculos en

el conducto cístico y el otro 10% está representado por una colecistitis alitiásica (41).

### **Métodos de diagnósticos**

Los métodos diagnósticos disponibles para el diagnóstico de colelitiasis y de otras enfermedades de la vesícula biliar son la ecografía de vesícula biliar y la colangiografía, con la ecografía de vesícula es factible identificar cálculos biliares de modo seguro de hasta 2 milímetros de diámetro y las tasas de falsos positivos y negativos en pacientes sometidos a esta prueba es de alrededor de 3% en manos de un operador adecuado. La colangiografía es una técnica de imagen no invasiva que ha demostrado una elevada exactitud diagnóstica con independencia del calibre de la vía biliar. En la actualidad presenta una sensibilidad y especificidad elevadas, con un valor predictivo positivo del 91% y negativo del 97% (41).

### **Tratamiento**

El tratamiento de los cálculos biliares depende de la etapa de la enfermedad. Idealmente, las intervenciones en el estado litogénico podrían prevenir la formación de cálculos biliares, aunque, actualmente, esta opción se limita a algunas circunstancias especiales. Los cálculos biliares asintomáticos pueden tratarse con expectación (46).

Una vez que los cálculos biliares se vuelven sintomáticos, generalmente se indica una intervención quirúrgica definitiva con colecistectomía (por lo general, la colecistectomía laparoscópica es la terapia de primera línea en los centros con experiencia en este procedimiento). La selección cuidadosa de pacientes está garantizada y debe cumplir con los siguientes criterios (46):

- Tamaño del cálculo (<0.5 a 1 cm)
- Buena función de la vesícula biliar (p. Ej., Llenado y vaciado normales)
- Mínima o nula calcificación

La cirugía abierta puede estar indicada cuando hay cáncer de vesícula biliar concomitante. En pacientes con colecistitis complicada, se puede considerar la estabilización del paciente y el drenaje de la vesícula biliar, seguido de colecistectomía (46).

El papel del tratamiento médico de los cálculos biliares ha disminuido en los últimos años. Sin embargo, la terapia médica puede ser una alternativa útil a la colecistectomía en pacientes seleccionados, particularmente en aquellos que no son candidatos quirúrgicos adecuados o que no están dispuestos a someterse a cirugía (41).

Los tratamientos médicos para los cálculos biliares, utilizados solos o en combinación, incluyen los siguientes (46):

- **Terapia oral de sal biliar** (ácido ursodesoxicólico) (particularmente para cálculos biliares de colesterol con rayos X negativos en pacientes con función normal de la vesícula biliar)
- **Litotricia extracorpórea por ondas de choque** (particularmente para cálculos biliares de colesterol no calcificados en pacientes con función normal de la vesícula biliar)

El tratamiento médico es más efectivo en pacientes con (41):

- Buena función de la vesícula biliar
- Cálculos pequeños (<1 cm) con un alto contenido de colesterol.
- La terapia con sal biliar puede ser necesaria durante más de 6 meses y tiene una tasa de éxito de menos del 50%.

El tratamiento quirúrgico estándar para este tipo de padecimiento es la colecistectomía laparoscópica, siendo la intervención quirúrgica más común realizada en adultos mayores. La colecistectomía laparoscópica temprana conduce a estancias hospitalarias más cortas, reducen los costos, es una intervención menos cruenta para los pacientes y presentan un menor tiempo

necesario para la recuperación. Existen algunas contraindicaciones como la obesidad mórbida, cálculos biliares gigantes o sospecha de malignidad, coagulopatías graves, hipertensión portal, enfermedad hepática terminal (41).

En pacientes mayores se ha observado un incremento de complicaciones no solo por la cirugía misma, sino por la alta tasa de comorbilidades que estos pacientes presentan (41).

A pesar de los beneficios de la colecistectomía laparoscópica sobre la colecistectomía abierta, en algunas laparoscópicas se requiere hacer una conversión a procedimiento abierto. Esto suele hacerse cuando ocurren complicaciones como hemorragias o lesiones de la vía biliar; o bien, aún en ausencia de complicaciones, cuando el procedimiento laparoscópico se torna complejo y hay dificultad o imposibilidad de realizarlo apropiadamente. Algunos factores predictores de conversión propios del paciente son: sexo masculino, edad mayor a 65 e índice de masa corporal mayor a 25. Otro factor predictor de conversión es que el cirujano que realiza la operación no sea un cirujano gastrointestinal. Las tasas de conversión reportadas van desde 2 a 15% (47).

## **CAPITULO III**

### **3. Objetivos de la investigación**

#### **3.1 Objetivo general**

Determinar las complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía en el Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo. Enero 2017 - Julio 2019

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar la población estudiada de acuerdo a variables socio-demográficas: sexo, edad, etnia, residencia, días de hospitalización.
- Identificar los medios de confirmación diagnóstica previa a la colecistectomía laparoscópica: signos, síntomas e imagen (hallazgos ecográficos).
- Determinar el tipo de complicaciones postquirúrgicas: lesión biliar, visceral, vascular (fugas biliares, sangrado, coágulos sanguíneos, problemas cardíacos, infección de la herida quirúrgica, lesiones en las estructuras cercanas, como las vías biliares, el hígado y el intestino delgado, pancreatitis, neumonía, otras.)

## **CAPITULO IV**

### **4.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO**

#### **4.1.2 TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. En el cual se aplicó de instrumento un formulario de recolección de datos que incluyo variables como la edad, estado civil, residencia, preguntas de las complicaciones postquirúrgicas de la colecistectomía laparoscópica.

### **4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

Población de pacientes ingresados en el área de cirugía del Hospital Básico de Santa Isabel y que se hallan realizado colecistectomía laparoscópica

#### **4.2.1 UNIVERSO DE ESTUDIO**

Para la presente investigación se tomó en cuenta la población de pacientes ingresados en el área de cirugía del Hospital Básico de Santa Isabel y que se hallan realizado colecistectomía laparoscópica. Enero 2017 - Julio 2019

#### **4.2.2 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Según el Censo del 2010 la población actual del Cantón Santa Isabel corresponde a 18.393 habitantes, se estimó una muestra tomando en cuenta un nivel de confianza al 95%, una proporción esperada del 8%; mediante el programa para análisis epidemiológico de datos Epi-info 7, donde se obtuvo un valor de 113 fichas médicas para ser incluidos en el estudio (48).

La muestra será aleatoria, su tamaño se calculará mediante la fórmula indicada para estudios con población conocida de 123 fichas medicas de paciente operados de vesícula biliar, donde se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

**Nivel de confianza (z): del 95%**

**Tamaño de la población: 123**

**Frecuencia esperada: 8%**

**Límite de confianza: 5%**

**Tamaño de la muestra: 113**

**Selección de la muestra: aleatoria mediante el programa Epidat 3.1**

La unidad de análisis y observación comprendió los datos obtenidos de los pacientes atendidos en el Hospital Básico de Santa Isabel los cuales son presentados como frecuencias absolutas y relativas (49).

### **4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **4.3.1 POBLACIÓN**

Pacientes ingresados en el área de cirugía del Hospital Básico de Santa Isabel y que se hallan realizado colecistectomía laparoscópica

#### **4.3.2 MUESTRA**

La muestra está conformada por 113 pacientes atendidos área de cirugía en el Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo. Enero 2017 - Julio 2019

---

Muestreo simple aleatorio

Tamaño poblacional: 123

Tamaño de muestra: 113

Número de los sujetos seleccionados

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>7</b>						
	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>14</b>						
	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>21</b>						
	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
<b>29</b>						
	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>36</b>	<b>37</b>
<b>38</b>						
	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>
<b>45</b>						

54	47	49	50	51	52	53
62	55	56	57	59	60	61
71	63	64	65	66	67	69
78	72	73	74	75	76	77
85	79	80	81	82	83	84
92	86	87	88	89	90	91
100	93	94	95	96	97	99
107	101	102	103	104	105	106
114	108	109	110	111	112	113
122	115	116	117	118	120	121
	123					

---

#### **4.4 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN**

A partir de la información obtenida por el instrumento de recolección de datos, se procedió a la construcción de la base de datos en Excel para luego ser exportada al programa IBM SPSS 21.00 versión evaluación, en donde se realizaron los análisis estadísticos pertinentes. Las variables fueron expresadas en frecuencias absolutas y relativas mediante tablas académicas.

#### **4.5 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La investigación se basa en un conjunto de acciones sistemáticas con objetivos propios, que apoyados en un marco teórico o en uno de referencia, viene a ser un esquema de trabajo con un horizonte definitivo, describen, interpretan o actúan sobre la realidad educativa, el autor Jean Pierre Vielle (1989) afirmó que "La investigación se extiende como todo proceso de búsqueda sistemática de algo nuevo", lo cual trata de actividades intencionales y sistemáticas que llevan al descubrimiento y a la intervención de algo nuevo.

Por razones de argumentación, la investigación cuantitativa será definida como aquella que busca medir los fenómenos sociales: ella ofrece una expresión cifrada a los datos y los analiza con la ayuda de métodos estadísticos. Aísla las variables más susceptibles de causar los fenómenos sociales y también las más apropiadas para ser reproducidas. Haciendo énfasis sobre la medida y el control de variables, este tipo de investigación puede aplicarse a poblaciones grandes (50). La investigación cuantitativa es generalmente más extensiva, según estos criterios podemos asegurar que mi estudio será de tipo exploratorio, de corte transversal, en el cual se aplicará de instrumento un formulario de recolección de datos que incluirá variables como la edad, estado civil, residencia, preguntas referentes a las variables de estudio.

## **4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **4.6.1 Criterios de inclusión**

— Pacientes operados de la vesícula biliar mediante colecistectomía laparoscópica

### **4.6.2 Criterios de exclusión**

— Historias Clínicas que no se hallen dentro del sistema Automatizado del Hospital Básico de Santa Isabel.

## **4.7 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.**

### **4.7.1 Métodos e instrumento para obtener la información**

Para obtener la información se utilizó un formulario de recolección de datos para recoger los mismos de las historias clínicas del área de Cirugía del Hospital de Santa Isabel.

### **4.7.2 Métodos de procesamiento de la información**

— Se aplicó una encuesta para obtener las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el área de Cirugía del Hospital de Santa Isabel, además de las complicaciones postquirúrgicas encontradas en los mismos.

- Se utilizó además los programas IBM SPSS 21.00, Epi Info 7,2, Microsoft Excel y Word 2010.
- Además, el programa multiplataforma para Windows y Mozilla Firefox, Zotero como gestor de referencia bibliográficas, libre abierto y gratuito desarrollado por el Center for History and New Media de la Universidad George Mason.

#### **4.7.2.1 Técnica**

Para la investigación se utilizó las historias clínicas de los pacientes ingresados a hospitalización en el área de Cirugía del Hospital de Santa Isabel.

### **4.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR**

Se recolectó información mediante la elaboración de una ficha de datos de las Historias clínicas que se encuentran en el archivo, para recolectar la información contenida en las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de colecistitis y/o colecistolitiasis, que han sido intervenidos en el servicio de Cirugía General del Hospital de Santa Isabel. Enero 2017 - Julio 2019.

Luego se procesaron en el programa Excel para su tabulación y presentación de datos (tablas) y también la utilización del programa estadístico SPSS 21.0. El análisis fue con tablas de frecuencias y porcentajes.

### **4.9 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE DATOS**

- Aprobación del protocolo de graduación por parte de las autoridades de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca del departamento de investigación.
- Aprobación de autorización para la realización de la presente investigación del director del Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo.
- Se procedió a la recolección de datos de historias clínicas de los pacientes ingresados a hospitalización en el área de Cirugía del Hospital de Santa Isabel.

— Se procede a llenar el formulario de recolección de datos.

#### **4.10 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS**

— Contar con las debidas autorizaciones del director del Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo.

— Aprobación por el Comité de ética de la carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

— Confidencialidad de los datos obtenidos.

— Se mantendrá la confidencialidad de los datos, debido a que no se divulgarán los nombres de las participantes.

#### **4.8 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (Anexo 1)**

## CAPITULO V

### 5.1 Resultados

Tabla No 1

#### Distribución según características sociodemográficas

<i>Variables</i>	<i>N = 113</i>	<i>%</i>
<b>Edad</b>		
<i>Menos de 18 años</i>	<b>2</b>	<b>1.8</b>
<i>19 a 35 años</i>	<b>57</b>	<b>50.4</b>
<i>36 a 55 años</i>	<b>41</b>	<b>36.3</b>
<i>56 a 65 años</i>	<b>7</b>	<b>6.2</b>
<i>Más de 66 años</i>	<b>6</b>	<b>5.3</b>
<b>Sexo</b>		
<i>Masculino</i>	<b>30</b>	<b>26.5</b>
<i>Femenino</i>	<b>83</b>	<b>73.5</b>
<b>Etnia</b>		
<i>Mestizo</i>	<b>113</b>	<b>100.0</b>
<b>Residencia</b>		
<i>Urbano</i>	<b>64</b>	<b>56.6</b>
<i>Rural</i>	<b>49</b>	<b>43.4</b>

*Realizado por:* Sandro Andrés Cabrera Buele

*Fuente:* Base de datos

**Interpretación:** Como se muestra en la Tabla 1 la mayor parte de la población de estudio están en el rango de 19 a 35 años, el 73,5% son de género femenino, todos los pacientes estudiados son de raza mestiza, el 56,6% viven en el área urbana.

**Tabla No 2**

**Distribución según los signos y síntomas prequirúrgicas**

<i>Variables</i>	<i>N = 113</i>	<i>%</i>
<b><i>Signos y síntomas prequirúrgicas</i></b>		
<b><i>Dolor</i></b>		
<b><i>Si</i></b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>
<b><i>Nauseas</i></b>		
<b><i>Si</i></b>	<b>76</b>	<b>67.3</b>
<b><i>No</i></b>	<b>37</b>	<b>32.7</b>
<b><i>Vomito</i></b>		
<b><i>Si</i></b>	<b>43</b>	<b>38.1</b>
<b><i>No</i></b>	<b>70</b>	<b>61.9</b>
<b><i>Distención abdominal</i></b>		
<b><i>Si</i></b>	<b>62</b>	<b>54.9</b>
<b><i>No</i></b>	<b>51</b>	<b>45.1</b>
<b><i>Astenia</i></b>		
<b><i>Si</i></b>	<b>112</b>	<b>99.1</b>
<b><i>No</i></b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>
<b><i>Anorexia</i></b>		
<b><i>Si</i></b>	<b>109</b>	<b>96.5</b>
<b><i>No</i></b>	<b>4</b>	<b>3.5</b>

*Realizado por:* Sandro Andrés Cabrera Buele

*Fuente:* Base de datos

**Interpretación:** En la presente tabla se aprecia todos los pacientes ingresaron con dolor abdominal, dos terceras partes de los pacientes presentaron nauseas, menos de la mitad llegaron al vómito, y en su gran mayoría tuvieron distención abdominal, astenia y anorexia.

**Tabla No 3**

**Distribución según hallazgos ecográficos**

<b>Variables</b>	<b>N = 113</b>	<b>%</b>
<b>Hallazgos ecográficos</b>		
<b>Cálculos biliares</b>	<b>37</b>	<b>32.7</b>
<b>Dilatación vesicular</b>	<b>2</b>	<b>1.8</b>
<b>Cálculos + dilatación vesicular</b>	<b>6</b>	<b>5.3</b>
<b>Cálculos + engrosamiento de la pared</b>	<b>49</b>	<b>43.4</b>
<b>Engrosamiento de la pared + dilatación vesicular</b>	<b>17</b>	<b>15.0</b>
<b>Cálculos + engrosamiento de la pared + dilatación vesicular</b>	<b>2</b>	<b>1.8</b>

*Realizado por:* Sandro Andrés Cabrera Buele

*Fuente:* Base de datos

**Interpretación:** El hallazgo ecográfico más importante es la presencia de cálculos biliares más el engrosamiento de la pared vesicular.

**Tabla No 4**

**Distribución según los días de hospitalización**

<i>Variables</i>	<i>N = 113</i>	<i>%</i>
<i>Días de hospitalización</i>		
<i>1 día</i>	<b>4</b>	<b>3.5</b>
<i>2 días</i>	<b>68</b>	<b>60.2</b>
<i>3 días</i>	<b>29</b>	<b>25.7</b>
<i>4 días</i>	<b>5</b>	<b>4.4</b>
<i>5 días</i>	<b>1</b>	<b>0.9</b>
<i>6 días</i>	<b>3</b>	<b>2.7</b>
<i>7 días</i>	<b>1</b>	<b>0.9</b>
<i>8 días</i>	<b>2</b>	<b>1.8</b>

*Realizado por:* Sandro Andrés Cabrera Buele

*Fuente:* Base de datos

**Interpretación:** En la tabla 4 se observa que la mayor parte de los pacientes estuvieron una estadía promedio de 2 días en hospitalización.

**Tabla No 5**

**Distribución según los signos y síntomas postquirúrgicos**

<i>Variables</i>	<i>N = 113</i>	<i>%</i>
<b><i>Signos y síntomas postquirúrgicos</i></b>		
<b><i>Presencia de dolor</i></b>		
<b><i>Si</i></b>	<b>111</b>	<b>98.2</b>
<b><i>No</i></b>	<b>2</b>	<b>1.8</b>
<b><i>Intensidad de dolor</i></b>		
<b><i>Leve</i></b>	<b>29</b>	<b>25.7</b>
<b><i>Moderado</i></b>	<b>73</b>	<b>64.6</b>
<b><i>Gran intensidad</i></b>	<b>11</b>	<b>9.7</b>
<b><i>Presencia de nausea</i></b>		
<b><i>Si</i></b>	<b>44</b>	<b>38.9</b>
<b><i>No</i></b>	<b>69</b>	<b>61.1</b>
<b><i>Presencia de vomito</i></b>		
<b><i>Si</i></b>	<b>11</b>	<b>9.7</b>
<b><i>No</i></b>	<b>102</b>	<b>90.3</b>
<b><i>Presencia de fiebre</i></b>		
<b><i>Si</i></b>	<b>14</b>	<b>12.4</b>
<b><i>No</i></b>	<b>99</b>	<b>87.6</b>

*Realizado por:* Sandro Andrés Cabrera Buele

*Fuente:* Base de datos

**Interpretación:** La manifestación clínica más importante en el postoperatorio fue la presencia de dolor en 111 pacientes, más de la mitad de los mismos presentaron intensidad moderada del mismo, y los otros síntomas acompañantes tales como nausea, vómito y fiebre fue relativamente poco frecuente.

**Tabla No 6**

**Distribución según las complicaciones postquirúrgicas**

<i>Variables</i>	<i>N = 113</i>	<i>%</i>
<b><i>Complicaciones postquirúrgicas</i></b>		
<b><i>Sangrado</i></b>	<b>18</b>	<b>15.9</b>
<b><i>Infección de la herida quirúrgica</i></b>	<b>5</b>	<b>4.4</b>
<b><i>Neumonía</i></b>	<b>2</b>	<b>1.8</b>
<b><i>Sangrado + infección de herida quirúrgica</i></b>	<b>3</b>	<b>2.7</b>
<b><i>Sangrado + neumonía</i></b>	<b>1</b>	<b>0.9</b>
<b><i>Ninguna</i></b>	<b>84</b>	<b>74.3</b>

**Realizado por:** Sandro Andrés Cabrera Buele

**Fuente:** Base de datos

**Interpretación:** El sangrado postquirúrgico fue la complicación más importante en los pacientes.

## **5.1 Cumplimiento del estudio**

El estudio está compuesto por 113 participantes de los cuales se obtuvieron los datos para la elaboración de las tablas.

## **5.2 Características de la población de estudio**

Se realizó la recolección de datos de 113 pacientes adultos cuyas edades estaban comprendidas entre 18 a 65 años de edad.

## **5.4 Análisis de resultados**

Durante el periodo de enero 2017 a julio del 2018 en el del área de cirugía del Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo, se analizaron 113 colecistectomías, La mayor parte de la población de estudio están en el rango de 19 a 35 años, el 73,5% son de género femenino, todos los pacientes estudiados son de raza mestiza, el 56,6% viven en el área urbana. Todos los pacientes ingresaron con dolor abdominal, dos terceras partes de los mismos presentaron nauseas, menos de la mitad llegaron al vómito, y en su gran mayoría tuvieron distención abdominal, astenia y anorexia. El hallazgo ecográfico más importante es la presencia de cálculos biliares más el engrosamiento de la pared vesicular. La mayor parte de los pacientes estuvieron una estadía promedio de 2 días en hospitalización. La manifestación clínica más importante en el postoperatorio fue la presencia de dolor en 111 pacientes, más de la mitad de los enfermos presentaron intensidad moderada del dolor, y los otros síntomas acompañantes tales como nausea, vómito y fiebre fue relativamente poco frecuente. El sangrado postquirúrgico fue la complicación más importante en los pacientes.

## CAPITULO VI

### 6. Discusión

En este trabajo se observó una población de 123 pacientes de los cuales se escogieron a 113 pacientes en forma aleatoria mediante el programa estadístico Epidat 3.1, los pacientes se operaron de la vesícula biliar, este trabajo se caracterizó por la presencia de los siguientes factores: edad, sexo, etnia, presencia de fiebre, náusea, vómito, dolor pre y postquirúrgico, así como las posibles complicaciones postquirúrgicas, En este trabajo la población de estudio el 73,5% son de género femenino, el sangrado postquirúrgico fue la complicación más importante en los pacientes con el 15,3% (N=18), comparando estos datos con el trabajo presentado por Campos Delgado realizado en Perú cuyo título “Complicaciones postquirúrgicas en adultos sometidos a colecistectomía abierta en el Hospital General de Jaén, enero – diciembre 2016”, en la cual hizo una revisión de 120 historias clínicas, predominó el sexo femenino 75,8% y las complicaciones postquirúrgicas se presentaron en 8,3% (51), como se puede apreciar en los dos trabajos el sexo femenino se encuentran en porcentajes similares con pequeñas diferencias las cuales no son significativas y el porcentaje de complicaciones posteriores a la cirugía tiene una diferencia de 7% a favor de mi estudio, cuyos resultados son similares a los descritos en la literatura médica.

En la tesis “Edad, sexo, obesidad y paridad en colelitiasis del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. SJL, Lima 2015” de Tomas Coronado que revisó 141 historias clínicas, en la muestra el 53.2% tenían >40 años; 82.98% fueron mujeres, el sexo femenino según la bibliografía revisada las mujeres jóvenes tienen elevado riesgo de presentar litiasis biliar se relaciona con el embarazo, la paridad, el tratamiento con anticonceptivos y la terapia de reemplazo con estrógenos en la menopausia (52), si comparamos estos datos con los obtenidos En este estudio la edad que predomina es la de pacientes  $\leq 40$  años con 50,4% (N=57) y el 73,5% son de sexo femenino, los resultados se mantienen con valores similares en cuanto a la edad y el sexo que supera el 50% de la población de estudio.

De acuerdo al artículo de revista “Cirugía del día: colecistectomía laparoscópica. ¿Es factible en nuestro medio?” realizado por Bonilla y cols, en Montevideo en el 2016, con 32 pacientes a cuales se les realizo la cirugía, los pacientes no presentaron complicación alguna y permanecieron con estadía hospitalaria de 6 a 12 horas posterior a la misma (53), el 60.2% (N=68) de los pacientes de mi estudio permanecieron hasta dos días y el 25.7% de los mismos presentaron algún tipo de complicaciones siendo el más importante el sangrado de la herida quirúrgica en el 15.9% (N=18), por lo que podemos apreciar que los datos varían en porcentaje importante, lo cual podría explicarse por muchas causas tales como el tamaño de la muestra o factores propias de la cirugía ya sea dada por la técnica quirúrgica o la capacidad hospitalaria.

Según el estudio “Vía clínica de la colecistectomía laparoscópica electiva en enfermedades benignas de la vesícula biliar” en Cuba con una recopilación de casos de 1287 pacientes, del 2011 al 2014 y que fue documentada por Oliu Lambert y cols, los pacientes fueron egresados en 24 horas o menos luego de ser operados se pudo evidenciar que los mismos no requerían un tiempo mayor de hospitalización y tampoco aumento la tasa de complicaciones con respecto a literatura mundial (54), datos que concuerdan plenamente con mi estudio con respecto a los días necesarios de hospitalización y complicaciones presentadas por los pacientes.

En el artículo “Experience in the management of surgical lesions biliary” de Ramírez Sotomayor y cols, del 2016, el 86,2% de los pacientes son de sexo femenino (55), En este estudio la mayor parte de la población de estudio son del sexo femenino predomina con el 74.2% y de acuerdo a la edad el 46.7% se encuentran en el rango de 18 a 35 años, podemos apreciar que los datos concuerdan con respecto al género y la edad.

De acuerdo al estudio “Complicaciones postquirúrgicas según tipo de cirugía en litiasis vesicular en el Hospital Vitarte durante el periodo Enero a diciembre del 2015” de Ericka Magdalena Aguirre Malpartida de Lima – Perú que realizo un estudio con 50 pacientes en el grupo de expuestos (colecistectomía cielo abierto) y 200 en el grupo control (colecistectomía laparoscópica) que ingreso al estudio

Las complicaciones postquirúrgicas fueron infección del sitio operatorio; lesión de vías biliares; otras complicaciones. La media de la edad fue 42 años, la mayoría mujeres 81,6%; síntoma principal fue dolor abdominal 54% y la estancia hospitalaria presentó una media de 2 días en laparoscopia (56), En este estudio la mayor parte de la población de estudio son del sexo femenino predomina con el 74.2% y de acuerdo a la edad el 46.7% se encuentran en el rango de 18 a 35 años, además del tiempo hospitalario de máximo de 2 días (60,2%) y la presencia de dolor posterior a la cirugía con el 98,2%, podemos apreciar que los datos concuerdan con respecto al género, la edad, con respecto al dolor existe una diferencia significativa de acuerdo a mis tablas con 44,2% lo cual es significativo, el tiempo hospitalario concuerda con el estudio de referencia.

## **CAPITULO VII**

### **7.1 Conclusiones y recomendaciones**

#### **7.1.1 Conclusiones**

La mayor parte de la población de estudio es del sexo femenino, cuyo rango de edad es de 19 a 35 años (50,4%), y según la bibliografía revisada las mujeres están más predispuestas a presentar patología biliar con respecto a los hombres

Según las imágenes ecográficas el hallazgo más importante fue los cálculos más engrosamiento de la pared vesicular (43,4%) y con referencia a los postquirúrgico fue el dolor el más importante con 98,2%. El promedio de días de hospitalización es de 2 días.

El porcentaje de complicaciones fue del 25.7% y estos el sangrado postquirúrgico predominó en 15,2%.

#### **7.1.2 Recomendaciones**

- Fomentar planes preventivos de intervención mediante charlas y conferencias que contribuyan a minimizar y prevenir los factores desencadenantes de los cálculos biliares (dieta, ejercicio, bajo consumo de grasas).
- Realizar estudios de tipo longitudinal considerando como base los hallazgos del presente estudio.

## Referencias bibliográficas

1. Casanova Rituerto D. Complicaciones de la cirugía biliar. *Cir Esp.* 1 de marzo de 2001;69(3):261-8.
2. Ramírez Cisneros FX, Jiménez López G, Arenas Osuna J. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en adultos. 2006;6.
3. Jahangir Sarwar K, Raheel A. Dos eras de colecistectomía laparoscópica: una experiencia de 3000 casos. 2017; Vol. 4, núm. 9 (2017). Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/view/1594>
4. Agnieszka P, Lars L, Peter G, Ulf G. Cholecystostomy as Bridge to Surgery and as Definitive Treatment or Acute Cholecystectomy in Patients with Acute Cholecystitis. *Gastroenterology Research and Practice.* 2016;2016. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/grp/2016/3672416/>
5. Society of Laparoendoscopic Surgeons. *JLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons.* 2019; Disponible en: [https://www.researchgate.net/journal/1086-8089\\_JLS\\_Journal\\_of\\_the\\_Society\\_of\\_Laparoendoscopic\\_Surgeons\\_Society\\_of\\_Laparoendoscopic\\_Surgeons](https://www.researchgate.net/journal/1086-8089_JLS_Journal_of_the_Society_of_Laparoendoscopic_Surgeons_Society_of_Laparoendoscopic_Surgeons)
6. Sosa Sánchez LP, Arroyo AS. Estudio comparativo del abordaje en la colecistectomía laparoscópica mediante colocación de 3 trocares en la línea media frente al abordaje francés clásico. Evaluación del dolor postoperatorio mediante escala analógico-visual y correlación con variables analíticas. 2013.
7. Almora Carbonell CL, Arteaga Prado Y, Plaza González T, Prieto Ferro Y, Hernández Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. *Rev Cienc Médicas Pinar Río.* febrero de 2012;16(1):200-14.
8. Ivatury S, Loudon C, Schwesinger W. Contributing Factors to Postoperative Length of Stay in Laparoscopic Cholecystectomy. 1 de abril de 2011;15.
9. Censos IN de E y. Población y Demografía. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2017. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
10. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de estadísticas hospitalarias camas y egresos. 2013.

11. PubMed, NCBI. Tendencias en el manejo quirúrgico de la colecistitis aguda. 2008; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18656637>
12. Csikesz N, Ricciardi R, Tseng J, Shah S. Estado actual del manejo quirúrgico de la colecistitis aguda en los Estados Unidos. 2008; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18668287>
13. González González JL, Menéndez Núñez J, González Villalonga JA, Pérez Palenzuela J, Quevedo Guanche L. Reconstrucción de 183 lesiones iatrogénicas de la vía biliar. *Rev. Cuba Cir.* diciembre de 2012;51(4):288-306.
14. Zamora Santana O, Reguero Muñoz JL, Sánchez Menéndez A, Garrido González A, González Bárcena JM, Cabezas López AS. Lesiones de la vía biliar en colecistectomías laparoscópicas. *Rev. Cuba Cir.* marzo de 2013;52(1):33-40.
15. Ramos Pachón CM, Hernández Rodríguez Y, del Valle Llufrío P. Manejo de las lesiones de la vía biliar postcolecistectomía laparoscópica mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Rev. Médica Electrónica.* abril de 2014;36(2):149-59.
16. Gutiérrez Pérez JO, Medina García P, Ortiz Reyes SF, Lozano Cervantes HE. Lesiones de la vía biliar: Prevalencia en pacientes con colecistectomía laparoscópica en un hospital de especialidades. *Cir Gen.* marzo de 2011;33(1):38-42.
17. Ruiz Gómez F, Ramia Ángel JM, García-Parreño Jofré J, Figueras J. Lesiones iatrogénicas de la vía biliar. *Cir Esp.* 1 de octubre de 2010;88(4):211-21.
18. Pekolj J, Álvarez FA, Palavecino M, Sánchez Clariá R, Mazza O, de Santibañes E. Intraoperative management and repair of bile duct injuries sustained during 10,123 laparoscopic cholecystectomies in a high-volume referral center. *J Am Coll Surg.* mayo de 2013;216(5):894-901.
19. Pino Mantilla DE, Saavedra Bustos JF. Prevalencia de complicaciones de colecistectomía laparoscópica en pacientes entre 25 a 65 años de edad operados en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo entre enero 2016 y diciembre 2016. 28 de abril de 2017; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/8032>
20. Pérez Guartambel JM. Complicaciones trans y postquirúrgicas inmediatas derivadas de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis

- aguda en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2014. Disponible en: [http://aryan.church/43428192-Universidad-de-cuenca-facultad-de-ciencias-medicas-centro-de-postgrados-postgrado-en-cirugia.html#download\\_tab\\_content](http://aryan.church/43428192-Universidad-de-cuenca-facultad-de-ciencias-medicas-centro-de-postgrados-postgrado-en-cirugia.html#download_tab_content)
21. Quaresima S, Balla A, Guerrieri M, Lezoche G. Resultados del seguimiento medio de diecisiete años después de la coledocotomía laparoscópica para las piedras ductales. 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4735927/>
  22. Landman M, ID de Feurer, Moore D, Zaydfudim V, Pinson C. El efecto a largo plazo de las lesiones del conducto biliar en la calidad de vida relacionada con la salud: un metanálisis. 2013. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23458623>
  23. Alluaibi AB, Hassan BK, Ali AH, Muhsen AA. Determinants of conversion during laparoscopic cholecystectomy among a sample of Iraqi patients. *Int Surg J.* 25 de junio de 2018;5(7):2455-60.
  24. Stewart L, Way LW. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Factors that influence the results of treatment. Vol. 130. 1995. 1123 p.
  25. Cholangiocarcinoma Foundation. Endoscopic Access Loop with Bilio-enteric Anastomosis. 2017. Disponible en: <https://cholangiocarcinoma.org/db/topic/endoscopic-access-loop-with-bilio-enteric-anastomosis-a-prospective-r/>
  26. Bismuto H, Franco D, Corlette M, Hepp J. Resultados a largo plazo de hepaticoyeyunostomía Roux-en-Y. 1978 [citado 25 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/622659>
  27. Strasberg S, Hertl M, Soper N. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. 1995 [citado 25 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8000648>
  28. Benkabbou A, Castaing D, Salloum C, Adam R, Azoulay D, Vibert E. Treatment of failed Roux-en-Y hepaticojejunostomy after post-cholecystectomy bile ducts injuries. *Surgery.* 1 de enero de 2013;153(1):95-102.
  29. Stewart L, Way LW. Laparoscopic bile duct injuries: timing of surgical repair does not influence success rate. A multivariate analysis of factors influencing surgical outcomes. *HPB.* septiembre de 2009;11(6):516-22.

30. Chowdri NA, Dar FA, Naikoo ZA, Wani NA, Parray FQ, Wani KA. Iatrogenic Bile Duct Injuries in Kashmir Valley. *Indian J Surg.* agosto de 2010;72(4):298-304.
31. Limaylla Vega H, Vega Gonzales E. Lesiones iatrogénicas de las vías biliares. *Rev. Gastroenterol Perú.* octubre de 2017;37(4):350-6.
32. Vlek SL, van Dam DA, Rubinstein SM, de Lange-de Klerk ESM, Schoonmade LJ, Tuynman JB, et al. Biliary tract visualization using near-infrared imaging with indocyanine green during laparoscopic cholecystectomy: results of a systematic review. *Surg Endosc.* 1 de julio de 2017;31(7):2731-42.
33. Woods MS, Traverso LW, Kozarek RA, Donohue JH, Fletcher DR, Hunter JG, et al. Biliary tract complications of laparoscopic cholecystectomy are detected more frequently with routine intraoperative cholangiography. *Surg Endosc.* octubre de 1995;9(10):1076-80.
34. Nickkholgh A, Soltaniyekta S, Kalbasi H. Routine versus selective intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy: a survey of 2,130 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc.* junio de 2006;20(6):868-74.
35. Del Orbe Cepeda N, Quezada De La Cruz RS. Lesiones de la vía biliar en pacientes post-colecistectomía laparoscópica. *IntraMed J.* 26 de abril de 2018;7(1):14.
36. Fernández Sierra C, Matzumura Kasano J, Gutiérrez Crespo H, Zamudio Eslava L, Melgarejo García G. Secuelas del neurodesarrollo de recién nacidos prematuros de extremadamente bajo peso y de muy bajo peso a los dos años de edad, egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2009-2014. 2017 [citado 26 de enero de 2019]. Disponible en: <https://worldwidescience.org/topicpages/e/egresados+del+hospital.html>
37. Freundt V, Guillermo M. Colecistectomía laparoscópica, abordaje con tres incisiones y una cicatriz visible. *Acta Médica Perú.* octubre de 2012;29(4):190-3.
38. Connor SJ, Perry W, Nathanson L, Hugh TB. Uso de un método estandarizado para la colecistectomía laparoscópica para crear un concepto de lista de verificación específica para la operación. 2013 [citado 25 de enero de 2019]. Disponible en: <https://europepmc.org/articles/pmc4008160>

39. García Chávez J, Ramírez Amezcua FJ. Colectomía de urgencia laparoscópica versus abierta. *Cir Gen.* septiembre de 2012;34(3):174-8.
40. Kono Y, Ishizawa T, Tani K, Harada N, Kaneko J, Saiura A, et al. Techniques of Fluorescence Cholangiography During Laparoscopic Cholecystectomy for Better Delineation of the Bile Duct Anatomy. *Medicine (Baltimore).* junio de 2015;94(25): e1005.
41. Campos Delgado YE. Complicaciones postquirúrgicas en adultos sometidos a colectomía abierta en el hospital General de Jaén, enero – diciembre 2016. 2017.
42. Bocanegra Del Castillo RR, Córdova Cuadros ME. Colectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 - 2011. *Rev. Gastroenterol Perú.* abril de 2013;33(2):113-20.
43. Machado F, Castro Filho H, Babadopulos R. Ácido ursodesoxicólico en la prevención de cálculos biliares en pacientes sometidos a bypass gástrico Roux-en-Y1. 2016 [citado 30 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/30785510>
44. Poupon R, Rosmorduc O, Boëlle P. Relaciones genotipo-fenotipo en el síndrome de colelitiasis baja en fosfolípidos asociados: un estudio de 156 pacientes consecutivos. 2013 [citado 30 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/23533021>
45. M Heuman D. Gallstones (Cholelithiasis): Practice Essentials, Background, Pathophysiology. 2019 [citado 30 de septiembre de 2019]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/175667-overview#a2>
46. Tazuma S, Unno M, Igarashi Y, Inui K. Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis 2016. 2017 [citado 30 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/27942871>
47. Blanco Benavides P, Fonseca Alvarado JA, Mora Leandro M, Moya Conejo X, Navarro González J, Paniagua González M, et al. Colectomía laparoscópica y la importancia de un laboratorio de entrenamiento en cirugía mínimamente invasiva, a propósito de su reciente creación en la Universidad de Costa Rica. *Med Leg Costa Rica.* marzo de 2013;30(1):73-82.
48. Mulatinho Maranhão MV, Araújo Gomes E, Evaristo de Carvalho P. *Epilepsia y Anestesia.* 2011.

49. INEC. Población y Demografía [Internet]. INEC. 2010 [citado 28 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
50. Deslauriers J-P, Gómez M, Miguel Ángel, RUDECOLOMBIA (Network). Investigación cualitativa: guía práctica. 2004.
51. Campos Delgado YE. Complicaciones postquirúrgicas en adultos sometidos a colecistectomía abierta en el Hospital General de Jaén, enero – diciembre 2016. [Cajamarca - Perú]; 2017.
52. Tomás Coronado BL. Edad, sexo, obesidad y paridad en colelitíasicos del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. SJL, lima 2015. [Lima - Perú]; 2016.
53. Bonilla F, Almada M, Canessa C. Cirugía del día: colecistectomía laparoscópica. ¿Es factible en nuestro medio? Rev. Médica Urug. diciembre de 2016;32(4):274-80.
54. Oliu Lambert H, de la Cruz Castillo NA, Nazario Dolz AM, Cisneros Domínguez CM, Piña Prieto LR, Romero García LI. Vía clínica de la colecistectomía laparoscópica electiva en enfermedades benignas de la vesícula biliar. Rev. Cuba Cir. marzo de 2018;57(1):22-32.
55. Ramírez Sotomayor J, Rodríguez Vera R, Ramírez Sotomayor J, Ramírez-Sotomayor J, Adorno C, Rodríguez-Vera R. Experience in the management of surgical lesions biliary. Cirugía Paraguaya. mayo de 2016;40(1):8-12.
56. Aguirre Malpartida EM. Complicaciones postquirúrgicas según tipo de cirugía en litiasis vesicular en el Hospital Vitarte durante el periodo Enero a diciembre del 2015. 2018;87.

## CRONOGRAMA

N	Mes	1				2				3				4				5				6				
Actividades		Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				
Semanas		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	Elaboración y presentación del Proyecto de investigación	■																								
2	Recolección de Bibliografía	■																								
3	Lectura y elaboración de instrumentos			■																						
4	Trabajo de Campo					■																				
5	Proceso y análisis de Información																	■								
6	Redacción del borrador del informe																			■						
7	Revisión del borrador del informe																				■					
8	Redacción y presentación del informe final.																					■				

## PRESUPUESTO

Nº	Descripción	Cantidad	Valor unitario Usd	Valor total Usd
1	Copias de las encuestas	200 x 2	0,03	12
2	Transporte	200	0,50	100
3	Cartucho de tinta	1	100	100
4	Insumos de papelería	2	80	160
5	Impresiones anillado	5	20	100
6	Gastos pasaje	23	25	300
7	Solicitudes, Universidad.	10	5	50
<b>Total</b>				<b>822</b>

# **ANEXOS**

## Anexo 1: Operacionalización de las variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Sexo</b>	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo	Biológico	Historia clínica	- Masculino - Femenino
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Cronológica	Historia clínica	- Menos de 18 años - 18 a 35 años - 35 a 55 años - 55 a 65 años - + 65 años
<b>Etnia</b>	Grupo de personas que comparten características biológicas, sociales y culturales similares	Cultural	Historia clínica	- Blanca - Negra - Mestiza - Indígena - Afroamericana
<b>Residencia</b>	Lugar en donde vive los últimos 6 meses	Geográfica	Historia clínica	- Urbano - Rural
<b>Días de hospitalización</b>	Es la suma de cada día que un paciente permanece hospitalizado, de acuerdo con el censo diario de pacientes	Estadístico	Historia clínica	- 1 día - 2 días - 3 días - 4 días - 5 días - 6 días - 7 días - 8 días
<b>Ecografía</b>	Técnica de diagnóstico por imagen, basada en la diferente capacidad de los tejidos para reflejar o refractar las ondas de ultrasonido	Medico	Historia clínica	- Cálculos - Engrosamiento de la pared - Dilatación vesicular - Otros
<b>Dolor</b>	Repercusión subjetiva de la enfermedad, bien como sensación física o psíquica	Medico	Historia clínica	- Leve - Moderado - Gran intensidad
<b>Nausea</b>	Sensación de malestar o de	Medico	Historia clínica	- Si - No

	estómago revuelto junto a una urgencia de vomitar			
<b>Vomito</b>	Expulsión por boca del contenido gástrico	Medico	Historia clínica	- Si - No
<b>Distensión abdominal</b>	Aumento del volumen del abdomen por diferentes causas	Medico	Historia clínica	- Si - No
<b>Astenia</b>	Estado de cansancio, debilidad y agotamiento general, físico y psíquico	Medico	Historia clínica	- Si - No
<b>Anorexia</b>	Falta de apetito que origina una negativa del sujeto a tomar alimentos	Medico	Historia clínica	- Si - No
<b>Fiebre</b>	Elevación de la temperatura corporal por encima del valor normal, que oscila entre los 36 y 37° C	Medico	Historia clínica	- Si - No
<b>Complicaciones postquirúrgicas</b>	La que viene provocada de forma directa por la técnica quirúrgica aplicada	Medico	Historia clínica	- Lesión biliar - Lesión visceral - Lesión vascular - Fugas biliares - Sangrado - Coágulos sanguíneos - Problemas cardíacos - Infección de la herida quirúrgica - Lesiones en las estructuras cercanas, como las vías biliares, el hígado y el intestino

				delgado, pancreatitis, neumonía - Otras
--	--	--	--	--

## Anexo 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



### UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD

---

#### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Instructivo:** El presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se explora las **complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía en el hospital básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo. Enero 2017 - julio 2019**, la información que nos proporcione es estrictamente confidencial y solo será utilizada en la presente investigación.

- Señale con una X la opción correcta

Número de Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
Formulario N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

#### 2. Sexo

- 2.1 Masculino (\_\_\_\_)  
2.2 Femenino (\_\_\_\_)

#### 3. Etnia

- 3.1 Blanca (\_\_\_\_)  
3.2 Negra (\_\_\_\_)  
3.3 Mestizo (\_\_\_\_)  
3.4 Indígena (\_\_\_\_)  
3.5 Afro-americano (\_\_\_\_)

#### 4. Residencia

- 4.1 Urbana (\_\_\_\_)  
4.2 Rural (\_\_\_\_)

#### 5. Signos y Síntomas pre quirúrgicos

- 5.1 Dolor SI (\_\_\_\_) NO (\_\_\_\_)  
5.2 Nausea SI (\_\_\_\_) NO (\_\_\_\_)  
5.3 Vómito SI (\_\_\_\_) NO (\_\_\_\_)  
5.4 Distensión abdominal SI (\_\_\_\_) NO (\_\_\_\_)  
5.5 Astenia SI (\_\_\_\_) NO (\_\_\_\_)  
5.6 Anorexia SI (\_\_\_\_) NO (\_\_\_\_)  
5.7 Otros \_\_\_\_\_

**6. Hallazgos ecográficos**

- 6.1 Cálculos (\_\_\_\_)
- 6.2 Engrosamiento de la pared (\_\_\_\_)
- 6.3 Dilatación vesicular (\_\_\_\_)
- 6.4 Otros \_\_\_\_\_

**7. Días de hospitalización** (\_\_\_\_) días

**8. Presencia de dolor postquirúrgico**

- 8.1 Si (\_\_\_\_)
- 8.2 No (\_\_\_\_)

**9. Intensidad del dolor postquirúrgico**

- 9.1 Leve (\_\_\_\_)
- 9.2 Moderado (\_\_\_\_)
- 9.3 Gran intensidad (\_\_\_\_)

**10. Presencia de náusea postquirúrgica**

- 10.1 Si (\_\_\_\_)
- 10.2 No (\_\_\_\_)

**11. Presencia de vómito postquirúrgico**

- 11.1 Si (\_\_\_\_)
- 11.2 No (\_\_\_\_)

**12. Presencia de fiebre postquirúrgica**

- 12.1 Si (\_\_\_\_)
- 12.2 No (\_\_\_\_)

**13. Complicaciones postquirúrgica**

- 13.1 Fugas biliares (\_\_\_\_)
- 13.2 Sangrado (\_\_\_\_)
- 13.3 Coágulos sanguíneos (\_\_\_\_)
- 13.4 Problemas cardíacos (\_\_\_\_)
- 13.5 Infección de la herida quirúrgica (\_\_\_\_)
- 13.6 Lesiones en las estructuras cercanas, como las vías biliares, el hígado y el intestino delgado (\_\_\_\_)
- 13.7 Pancreatitis (\_\_\_\_)
- 13.8 Neumonía (\_\_\_\_)
- 13.9 Otras \_\_\_\_\_

Firma del encuestador: \_\_\_\_\_

Elaborado por: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3: OFICIO DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 16/9/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

#### CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Complicaciones postquirúrgicas de la colecistectomía laparoscópica en pacientes atendidos en el área de cirugía del hospital básico Santa Isabel, José Félix Valdiviezo. 2018

Trabajo de titulación realizado por Sandro Andrés Cabrera Buele

Código: Ca61ComME59



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos Flores Montesinos'.

**DR. CARLOS FLORES MONTESINOS**

**RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA**

## ANEXO 4: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 17 de septiembre de 2019.

Señor Doctor.  
Juan Tola  
DIRECTOR DEL HOSPITAL JOSE FELIX VALDIVIESO  
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante del Carrera de Medicina CABRERA BUELE SANDRO ANDRES con CI: 0705827061, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo, de titulación cuyo tema ha aprobado sido revisado como factible y lleva como título: "COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITALBASICO DE SANTA ISABEL JOSE FELIX VALDIVIEZO 2018". La Investigación será dirigida por el Dr. David Vera, especialista en Cirugía, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:

LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Hospital José Félix Valdivieso  
RECIBIDO  
Fecha: 17-9-19 Hora: 15:40  
Nombre: Fabrice Delgado  
Anexos: 0

Manual Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175

# ANEXO 5: OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL BÁSICO JOSÉ FÉLIX VALDIVIEZO

MINISTERIO DE SALUD



Coordinación Zonal 6 - SALUD  
Distrito 01D03 – GIRÓN A SANTA ISABEL- SALUD

Oficio Nro. MSP-CZ6-DD01D03-HJFV-2019-0171-O

Cuenca, 19 de septiembre de 2019

**Asunto:** solicita autorización para revisión de información para realizar un trabajo de titulación

Magister  
Carem Francelys Prieto Fuenmayor  
En su Despacho

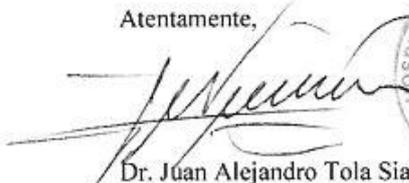
De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-UDAU-2019-0207-E, respecto a la solicitud del Señor CABRERA BUELE SANDRO ANDRES con C.I. 0705827061 para revisión de información para realizar un trabajo de titulación con el tema complicaciones posquirúrgicas de la colecistectomía laparoscópica en pacientes atendidos en el área de cirugía del hospital José Félix Valdivieso, la Dirección del hospital José Félix valdivieso autoriza acceder a los archivos estadísticos del hospital.

Es cuanto informo

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Dr. Juan Alejandro Tola Siavichay  
**DIRECTOR DEL HOSPITAL JOSE FELIX VALDIVIESO**

Referencias:  
- MSP-UDAU-2019-0207-E

Anexos:  
- 0207-e\_17-09-2019-175651.pdf

## ANEXO 6: ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y  
CIENCIAS DE LA SALUD



### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Instructivo:** El presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se explora las complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía en el hospital básico Santa Isabel José Félix Valdiviezo. Enero 2017 - julio 2019, la información que nos proporcione es estrictamente confidencial y solo será utilizada en la presente investigación.

- Señale con una X la opción correcta

Número de Historia Clínica 34668

Formulario N° 1

Fecha: 29-10-2019

1. Edad: 34 años cumplidos

2. Sexo

- 2.1 Masculino   
2.2 Femenino

3. Etnia

- 3.1 Blanca   
3.2 Negra   
3.3 Mestizo   
3.4 Indígena   
3.5 Afro-americano

4. Residencia

- 4.1 Urbana   
4.2 Rural

5. Signos y Síntomas pre quirúrgicos

- 5.1 Dolor SI  NO   
5.2 Náusea SI  NO   
5.3 Vómito SI  NO   
5.4 Distensión abdominal SI  NO   
5.5 Astenia SI  NO   
5.6 Anorexia SI  NO   
5.7 Otros

**6. Hallazgos ecográficos**

- 6.1 Cálculos
- 6.2 Engrosamiento de la pared
- 6.3 Dilatación vesicular
- 6.4 Otros \_\_\_\_\_

**7. Días de hospitalización** 2 días

**8. Presencia de dolor postquirúrgico**

- 8.1 Si
- 8.2 No

**9. Intensidad del dolor postquirúrgico**

- 9.1 Leve
- 9.2 Moderado
- 9.3 Gran intensidad

**10. Presencia de náusea postquirúrgica**

- 10.1 Si
- 10.2 No

**11. Presencia de vómito postquirúrgico**

- 11.1 Si
- 11.2 No

**12. Presencia de fiebre postquirúrgico**

- 12.1 Si
- 12.2 No

**13. Complicaciones postquirúrgica**

- 13.1 Fugas biliares
- 13.2 Sangrado
- 13.3 Coágulos sanguíneos
- 13.4 Problemas cardíacos
- 13.5 Infección de la herida quirúrgica
- 13.6 Lesiones en las estructuras cercanas, como las vías biliares, el hígado y el intestino delgado
- 13.7 Pancreatitis
- 13.8 Neumonía
- 13.9 Otras \_\_\_\_\_

Firma del encuestador: \_\_\_\_\_

Elaborado por: Sandro Andres Cabrera Bule

## ANEXO 7: INFORME DE ANTIPLAGIO

### INFORME FINAL DE TITULACION Sandro Andrés Cabrera Buele

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

**7** %

INDICE DE SIMILITUD

**7** %

FUENTES DE  
INTERNET

**0** %

PUBLICACIONES

**0** %

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

3%

★ [repositorio.unsa.edu.pe](http://repositorio.unsa.edu.pe)

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 2%

Excluir bibliografía

Activo

## ANEXO 8: RUBRICAS PARES REVISORES 1



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

### Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

<b>Tema:</b> <i>Complicaciones postoperatorias de coledocostomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía en el Hospital Príncipe Santa Isabel José Félix Valdiviezo - Enero 2017 - Julio 2019</i>
<b>Nombre del estudiante:</b> <i>Santiago Andrés Cabrera Buste</i>
<b>Director:</b> <i>Dr. Raúl David Vera Páez</i>
<b>Nombre de par revisor:</b> <i>Dr. Carlos Ariuato</i>

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis				<i>1</i> /1
Redacción Científica				<i>1</i> /1
Pensamiento crítico				<i>1</i> /1
Marco teórico				<i>1</i> /1
Anexos				<i>1</i> /1
<b>Total</b>				<i>5</i> /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponda

**Observaciones y recomendaciones:**

---



---



---



---



---

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

**Manuel Vega y Pio Bravo**  
Teléfonos: 830752 – 4123175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)



## ANEXO 9: RUBRICAS PARES REVISORES 2



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

### Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	Complicaciones postquirúrgicas de colecistectomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía en el Hospital Básico Santa Isabel José Félix Valdivieso - Cuenca 2017 - Julio 2017.
Nombre del estudiante:	Sandra Andrés Cobrea Pareda
Director:	Dr. Paul David Vera Páez
Nombre de par revisor:	Dr. Danilo Muñoz

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis				1 / 1
Redacción Científica				1 / 1
Pensamiento crítico				1 / 1
Marco teórico				1 / 1
Anexos				1 / 1
Total				5 / 5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

---



---



---



---



---

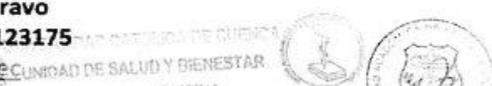
Dr. Danilo Muñoz  
MEDICINA INTERNA  
L4 "A" F9 No. 30

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



## ANEXO 10: INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN



### UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Informe Nro.: UCACUE-UTCM-019-2019-I  
Cuenca, 18 de noviembre de 2019

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA

#### INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado septiembre 2018 – agosto 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rúbricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rúbricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: El alumno **CABRERA BUELE SANDRO ANDRÉS** ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación: **COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES ATENDIDOS DEL AREA DE CIRUGIA EN EL HOSPITAL BÁSICO DE SANTA ISABEL JOSÉ FÉLIX VALDIVIEZO. ENERO 2017 - JULIO 2019**, obteniendo las siguientes notas:

1. Rúbricas de director y asesor: 40/40
2. Rúbrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: DR. CARLOS AREVALO/DR. DANILO MUÑOZ  
Director: DR. RAUL DAVID VERA/ Asesor: DR. FABIAN CORREA  
Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. El alumno ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

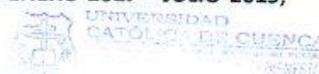
- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA MEDICINA

Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Colaboradora de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



18 NOV 2019

RECIBIDO  
HORA: 11:20 FIRMA:

## ANEXO 11: CARTA DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

Cuenca a 18 de noviembre del 2019

**Sra. Mgs  
Carem Prieto  
RESPONSABLE (S) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UCACUE**

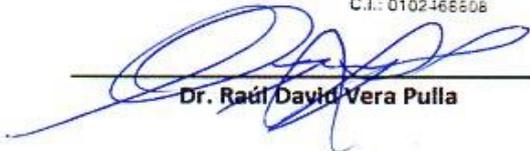
Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: "COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES DEL ÁREA DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL BÁSICO SANTA ISABEL JOSÉ FÉLIX VALDIVIEZO. ENERO 2017 - JULIO 2019". Realizado por el estudiante Sandro Andrés Cabrera Buele, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados motivo por el cual me permito sugerir, se de paso a la sustentación del mismo.  
Con sentimientos de distinguida consideración.

**Atentamente:**

DR. DAVID VERA P.  
CIRUJANO GENERAL  
INH.MT 01-08-00603-09  
C.I.: 0102468608



---

Dr. Raúl David Vera Pulla

**Manual Vega y Pio Bravo  
Teléfonos: 830752 – 4123175**

**ANEXO 12: RUBRICA DE REVISIÓN FINAL POR PARTE DE DIRECCIÓN DE CARRERA DE MEDICINA**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

**Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina**

Tema: *Complicaciones postoperatorias de colecistectomía laparoscópica en pacientes del área de cirugía en el Hospital Básico Santa Isabel José Félix Urdinoreto, Quevedo - Jico*

Nombre del estudiante: *Santiago Andrés Cabrera Buelo*

Nombre del responsable de la calificación: \_\_\_\_\_

Director: *Dr. David Urea*

Asesor: *Dr. Fabián Cereza*

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redacción Científica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensamiento crítico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marco teórico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anexos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

\* Marcar con una x lo que corresponda

**Observaciones y recomendaciones:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  
 UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
**DR. FREDDY CÁRDENAS H.**  
 Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina

  
 Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo  
 Teléfonos: 830752 – 4123175