



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**COMPLICACIONES POSTERAPÉUTICAS: INTERVENCIONISTAS Y
QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS BILIAR,
COLANGITIS Y COLEDOCOLITIASIS EN EL HOSPITAL “JOSÉ
CARRASCO ARTEAGA” ENERO 2010 A DICIEMBRE 2014**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORES: CHRISTIAN PAUL SALAMEA DUMAN
JUAN CARLOS SIBRI SAICO**

DIRECTOR: DR. DARÍO ANÍBAL REINOSO BARZALLO

ASESORA: DRA. BRIGITH VANESSA BORJA ROBALINO

**CUENCA- ECUADOR
2016**



RESUMEN

Antecedentes. La pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis son entidades causadas principalmente por un proceso obstructivo litiásico, si la obstrucción se encuentra localizada en la vía biliar interrumpirá la salida de líquido pancreático y biliar, desencadenando un proceso inflamatorio como la pancreatitis o puede haber colonización bacteriana generando un cuadro infeccioso (colangitis).

Estas patologías de la vía biliar tienen una alta prevalencia en la población, formando parte de las 10 principales causas de morbilidad en el año 2013 en el país con el 2,96% según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, siendo atendidos un importante número de pacientes en el Hospital José Carrasco Arteaga mediante métodos y técnicas: colangiopancreatografía retrograda endoscópica, método intervencionista; colecistectomía laparoscópica, método quirúrgico, estando sujetos a algún grado de complicación durante los citados procedimientos.

Objetivo general. Determinar las complicaciones postterapéuticas: en los tratamientos intervencionistas y quirúrgicos en pacientes con pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis en el Hospital “José Carrasco Arteaga” enero 2010 a diciembre 2014.

Diseño metodológico. Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo, que incluyó 456 pacientes con diagnóstico de ingreso hospitalario de coledocolitiasis, colangitis y pancreatitis biliar en el área de Emergencia, Cirugía y Medicina Interna del Hospital José Carrasco Arteaga. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas los mismos que fueron analizados en el programa EXEL y SPSS 20.0.

Resultados. Del total de casos el 15,79% presentaron complicaciones postterapéuticas intervencionistas y quirúrgicas, el 12,94% corresponde a las



complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y 2,85% a las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica.

Palabraes claves: PANCREATITIS, COLANGITIS, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, CUENCA-ECUADOR.



ABSTRACT.

Background. Bile pancreatitis, cholangitis and choledocholithiasis are entities mainly caused by a lithiasic obstructive process, if the blockage is locating in the distal bile duct will interrupt the output of pancreatic and bile liquid, triggering an inflammatory process such as pancreatitis or may have generating an infectious bacterial colonization (cholangitis).

These diseases of the biliary tract are highly prevalent in the population as part of the 10 leading causes of morbidity in 2013 in the country with 2.96% according to the National Institute of Statistics and Censuses, being served an important number of patients in the Hospital Jose Carrasco Arteaga using methods and techniques such as: endoscopic retrograde cholangiopancreatography, interventional method; laparoscopic cholecystectomy, surgical method, some degree of complication being subject during said processes.

General purpose. Determine the post therapeutic complications: in interventional and surgical treatments in patients with biliary pancreatitis, cholangitis and choledocholithiasis in the “hospital Jose Carrasco Arteaga” in January 2010 to December 2014.

Methodological design. A retrospective quantitative descriptive study which included 456 patients hospitalized with a diagnosis of choledocholithiasis, cholangitis and biliary pancreatitis in the area of Emergency Surgery An Internal Medicine Hospital Jose Carrasco Arteaga. Data were obtained from medical records were the same as those analyzed in the SPSS 20.0 program and EXEL.

Results. Of the total cases the filed 15.79% presented post therapeutic interventional and surgical complication; 12.94% corresponded to the complications of ERCP and 2.85% of the complications of laparoscopic cholecystectomy.

Keywords: PANCREATITIS, CHOLANGITIS, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY, CUENCA-ECUADOR.



ÍNDICE

RESUMEN	2
SUMMARY	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO I	13
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2. JUSTIFICACIÓN	15
CAPITULO II	16
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes históricos	16
2.2. Complicaciones con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)	16
2.3. Complicaciones con la colecistectomía laparoscópica.....	19
2.3.1. Complicaciones tempranas.....	20
2.3.2. Complicaciones tardías	21
CAPITULO III	23
3. OBJETIVOS	23
3.1. Objetivo general	23
3.2. Objetivos específicos	23
CAPITULO IV	24
4. DISEÑO METODOLÓGICO	24
4.1. Tipo de estudio.....	24
4.2. Área de estudio	24
4.3. Universo	24
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	24
4.5. Variables	24
4.6. Operacionalización de las variables.....	25
4.7. Métodos, técnicas, instrumentos.....	26
4.8. Procedimientos	26
4.9. Plan de tabulación y análisis	27
4.10. Aspectos éticos	27
5. RECURSOS	27



6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	28
CAPITULO V	30
7. RESULTADOS	30
CAPITULO VI	39
8. DISCUSIÓN	39
9. CONCLUSIONES	43
10. RECOMENDACIONES	44
CAPITULO VII	45
11. BIBLIOGRAFÍA	45
11.1. Referencias bibliográficas	45
11.2. Bibliografía general	50
CAPÍTULO VIII	54
12. ANEXOS	54
Anexo 1.....	54
Anexo 2.....	55
Anexo 3.....	56
Anexo 4.	57



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Christian Paul Salamea Duman, autor de la tesis "Complicaciones postoperatorias: intervencionistas y quirúrgicas en pacientes con pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis en el Hospital José Carrasco Arteaga enero 2010 a diciembre 2014" reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor

Cuenca, 15 de Febrero del 2016

Christian Paul Salamea Duman.

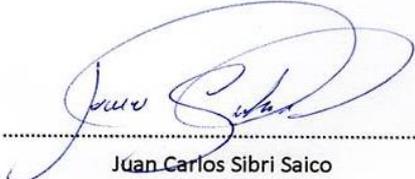
CI: 0105165757



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Juan Carlos Sibri Saico, autor de la tesis titulada "COMPLICACIONES POSTERAPÉUTICAS: INTERVENCIONISTAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS BILIAR, COLANGITIS Y COLEDOCOLITIASIS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA ENERO 2010 A DICIEMBRE 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 15 de febrero de 2016



Juan Carlos Sibri Saico

CI: 0302219977



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Christian Paul Salamea Duman, autor de la tesis "Complicaciones postoperatorias: intervencionistas y quirúrgicas en pacientes con pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis en el Hospital José Carrasco Arteaga enero 2010 a diciembre 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autor.

Cuenca, 15 de Febrero del 2016

Christian Paul Salamea Duman.

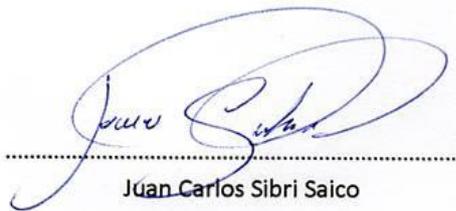
CI: 0105165757



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Juan Carlos Sibri Saico, autor de la tesis "Complicaciones postoperatorias: intervencionistas y quirúrgicas en pacientes con pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis en el Hospital José Carrasco Arteaga enero 2010 a diciembre 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autor.

Cuenca, 15 de Febrero del 2016



Juan Carlos Sibri Saico

CI: 0302219977



DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios por su infinito amor y a mis padres y hermanos que han estado para mí, brindándome su apoyo incondicional; los pilares fundamentales durante mi formación profesional.

Christian Salamea

Dedico de todo corazón a las personas que más amo en esta vida, mi madre y hermanos, por estar conmigo siempre apoyándome en cada una de las etapas de mi vida.

Juan Sibri



AGRADECIMIENTO

El presente proyecto de investigación primeramente nos gustaría agradecerle a Dios por bendecirnos y darnos la sabiduría y la vida para cumplir nuestras metas, a la UNIVERSIDAD DEL CUENCA por darme la oportunidad de estudiar y formar mi vida profesional. AL DR. DARÍO REINOSO, DRA. BRIGITH BORJA director y asesora respectivamente, quienes con su buena voluntad, sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación nos permitieron una exitosa culminación de nuestra investigación.

A nuestros padres, demás familiares y amigos, gracias por ser el principal apoyo en nuestra travesía por la vida, además sin olvidar al Director del HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEGA por permitirnos realizar nuestra investigación; además a mis profesores durante toda mi carrera profesional, porque todos han aportado de alguna forma u otra en adquisición de conocimientos.

Por ultimo a todas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles; agradeciéndoles por formar parte de nuestras vidas , por todo lo que nos han brindado, un infinito gracias.

Los autores



CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

En el área de cirugía las patologías abdominales son de gran interés por su alta prevalencia, dentro de estas la pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis representan un porcentaje significativo, ya que son entidades que comparten la misma etiología, es decir, un proceso obstructivo en la vía biliar de origen litiásico que va a determinar el pronóstico, severidad y complicaciones (1).

Los diversos tratamientos que están destinados para la pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis se manejan de la misma manera mediante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica "CPRE" (método intervencionista) y la colecistectomía laparoscópica (método quirúrgico), que pueden presentar complicaciones postoperatorias empeorando el cuadro del paciente (1) (2). En nuestro medio se practica la CPRE que al ser uno de los principales métodos terapéuticos, tiene algún grado de complicación, entre los principales tenemos: pancreatitis, infecciones, hemorragias, perforación entre otras (2). Con el avance en el campo de la medicina la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en una técnica de importancia en el tratamiento de estas patologías, presentando complicaciones entre las cuales tenemos: neumonía, hemorragia, ictericia, absceso, infección de la herida y en menor porcentaje la fuga biliar; que va a depender de la característica de cada uno de los pacientes según su grado nutricional; cada procedimiento tiene su grado de eficacia y algún grado de complicación durante el manejo o después del mismo (3).



1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según datos obtenidos del instituto nacional de estadísticas y censos (INEC) se ha visto que las patologías de origen biliar como: la pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis son las principales causas de morbilidad, tomando en consideración que son patologías frecuentes, hay algún grado de complicaciones durante el manejo intervencionista y quirúrgico incrementando el porcentaje de morbimortalidad (4).

En el tratamiento de estas patologías suele aparecer complicaciones independientes del método y técnica utilizadas en cada uno de los pacientes, aumentando el riesgo de complicaciones postoperatorias y el aumento de estancia intrahospitalaria por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación (3):

COMPLICACIONES POSTERAPÉUTICAS: INTERVENCIONISTAS Y QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS BILIAR, COLANGITIS Y COLEDOCOLITIASIS EN EL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA” ENERO 2010 A DICIEMBRE 2014.



1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación es de importancia ya que nos permite conocer sobre las principales complicaciones en el manejo de la pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis en los pacientes sometidos tanto a métodos intervencionista como quirúrgicos, permitiendo determinar la frecuencia y prevalencia en cada una de las patologías, lo que nos llevara a tener mayor conocimiento sobre las complicaciones y los factores desencadenante, en un grupo de pacientes propensos a sufrir complicaciones; además consideramos que es un tema de interés para profesionales de la salud y público en general que servirá como base para la detección de complicaciones previsibles logrando disminuir la estancia hospitalaria con lo que se reduce costos familiares y del estado.



CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

PRINCIPALES COMPLICACIONES EN MÉTODOS POSTERAPÉUTICOS DEL MANEJO DE LA PANCREATITIS BILIAR, COLANGITIS Y COLEDOCOLITIASIS

2.1. Antecedentes históricos

Los métodos tanto diagnósticos como terapéuticos que se han utilizado a lo largo de la historia para el manejo de entidades de pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis han sido diferentes, entre la más importante cabe mencionar la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (método intervencionista) que se realizó por primera vez en el año de 1968, las técnicas endoscópicas han ayudado al manejo y diagnóstico de la enfermedad biliar cabe mencionar también los procedimientos laparoscópicos que sirvieron de gran ayuda frente al manejo de esta entidad entre las más utilizados en el mundo lo constituye la colecistectomía (método quirúrgico) realizada por Mühe 1985 que tiene como principales características la combinación de diferentes factores: estéticos, clínicos, técnicos y económicos (2) (5)(19)(20).

2.2. Complicaciones con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

La CPRE es uno de los procedimientos endoscópicos con mayor dificultad en su realización, por lo que no está exento de complicaciones. Esto se ve reflejado en un estudio denominado "Complicaciones y factores de riesgo en pacientes llevados a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el hospital militar central en el periodo de enero de 2011 a junio de 2012" con la intervención de 96 pacientes que realizaron CPRE. En este estudio se dieron a conocer las complicaciones: pancreatitis (11%), infección (4%), sangrado digestivo (3%). (Ver anexo 3) (5, 6).

A continuación detallamos las complicaciones que se presentan en la CPRE:

Pancreatitis post colangiografía

La pancreatitis post colangiografía retrograda endoscopia no tiene una etiología conocida, siendo determinante varios factores como: mecánicos, hidrostáticos, químico, enzimáticos, alérgicos, y factores microbiológicos entre los más importantes que se puede mencionar, hasta la fecha ha sido discutido el factor mecánico planteándose varias hipótesis como falla del operador causando trauma mecánico con lesión de la papila o esfínter pancreático desencadenando inflamación de estructuras vecinas (5) (7) (8).

Complicaciones infecciosas

La principal complicación infecciosa es la colangitis que es producida por la colonización bacteriana en el árbol biliar o por colonización extrínseca causada por la desinfección inadecuada de endoscopios entre los principales organismos causales se encuentran las enterobacterias, estreptococos alfa hemolíticos, pseudomona aeruginosa, entre otros causando en determinados pacientes bacteriemia por diseminación hematógena (2) (11).

Hemorragia

El sangrado se ha observado en un 2% de los pacientes que se realiza CPRE y en un 30% inmediato después del proceso se ha visto relacionado con factores que favorecen tales como la presencia de coagulopatía, o uso de fármacos q intervienen con la coagulación (9).

Perforación

Hay reportes de menos del 1% de perforación ya sea a nivel de duodeno, conducto pancreático o vía biliar producido principalmente por falla del operador y otras por causas diferentes al mismo como dilatación de los conductos biliares, y el rendimiento de la esfinterotomía.(8)(9)(12).

Neumotórax

Es una complicación de muy alta mortalidad es muy independiente de la edad del paciente, apareciendo dolor en el lado derecho, mediastínico y enfisema subcutáneo, siendo el principal factor de riesgo la esfinterotomía (10) (11).

Hematoma hepático

El mecanismo se debe a una lesión de la vía biliar intrahepática mejorando considerablemente con el uso de antibióticos de amplio espectro (13).

La embolia de aire

Es una complicación que se da en muy pocos caso pero es muy fatal, se da por la introducción de aire a través de la CPRE al sistema portal causando embolismo aéreo venoso por punción en la vena porta.(5).

Lesión esplénica

Producido por la introducción del duodenoscopio causando la rotura esplénica (14).

Impactación de la cesta

Es una complicación causada por litotripsia mecánica causada principalmente por dificultad de salida de la piedra biliar hacia el exterior por la estenosis biliar distal que presenta (13).

Re estenosis u obstrucción duodenal

Es una complicación tardía especialmente del CPRE causa por el corte del músculo del esfínter durante la esfinterotomía causando posteriormente una reacción fibrótica (17).

Principales complicaciones de la colecistectomía laparoscopia y CPRE en pacientes que presentan comorbilidades.

Dependientemente de la comorbilidad que presente el paciente se puede presentar complicaciones durante el manejo de la pancreatitis biliar, colangitis y colédoco litiasis ya sea por métodos intervencionista y quirúrgico vale la



pena clasificar de acuerdo a la comorbilidad presente en cada uno de ellos: Pacientes que presenten enfermedad pulmonar obstructiva crónica y falla cardiaca congestiva no toleran el dióxido de carbono pudiendo presentar neumoperitoneo. (14)(12)(10).

Pacientes cirróticos y con coagulopatía presente se debe tener un manejo cuidadoso en cuanto a hemostasia para evitar sangrado innecesario y complicaciones relacionadas con la ascitis en pacientes cirróticos. (25)

Pacientes diabéticos e hipertensos debe tenerse vital importancia en el control de glicemia y presión arterial ya que son pacientes que pueden tener un mayor grado de complicaciones infecciosas y periodos de alteración de la presión arterial. (12).

2.3. Complicaciones con la colecistectomía laparoscópica.

Las principales complicaciones de la colecistectomía laparoscópica (método quirúrgico) varían desde la presencia de coleperitoneo en algunos pacientes que presenta dolor abdominal después de la intervención quirúrgica, hasta la presencia de fuga de bilis a la cavidad abdominal y una pancreatitis por manejo traumático durante la técnica operatoria; las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica son poco usuales varía entre el 1.3 y el 11.3%, lo que coincide con un estudio publicado en la revista médica chilena de cirugía con el tema de “Colecistectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile” con la participación de 5063 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica desde mayo de 1991 a mayo de 2001, en este estudio se presentó un 2% de complicaciones entre las más frecuentes estuvieron la infección de herida operatoria (0.73%), neumonía (0.66%), hemoperitoneo (0.14%). (Ver anexo 1). Otro estudio publicado en medigrapic con el tema de “Colecistectomías laparoscópicas realizadas en Unidad de Cirugía Ambulatoria” en el que incluyen 597 pacientes operados electivamente de colecistectomía laparoscópica de agosto de 2007 a abril de 2009, en este estudio se presentaron las siguientes



complicaciones: sangrado, lesión hepática, fuga del cístico. (Ver anexo 2).
(21) (22).

Según estándares internacionales entre las principales complicaciones se puede mencionar: (3)

2.3.1. Complicaciones tempranas

Barotrauma

Se presenta por una hiperinflación durante el procedimiento realizado por aumento de la presión causando lesión de tejidos vecinos (16).

Enfisema subcutáneo

Ocurre generalmente cuando penetra la punta de la aguja de Veress en la cavidad peritoneal antes de insuflar el gas ocasionando que se acumule este último en el tejido subcutáneo o entre la fascia y el peritoneo. (18)

Hemorragia

La hemorragia se puede producir por lesión de vasos del epiplón por lo que es preferible ligar o coagular, entre otras causas de sangrado puede ser ocasionado por desgarramiento o mala ligadura de la arteria cística o una de sus ramas, o por lesión indirecta del hígado ocasionado por el instrumental utilizado durante el procedimiento. (16) (19)

Fuga biliar

Esta se puede clasificar según su origen en:

- Del lecho vesicular.
- Del conducto cístico.
- De los conductos extrahepáticos.

Dependiendo de la severidad del cuadro se sospechara el sitio de origen que puede ser causado por el movimiento de la grapa por obstrucción distal de la



vía biliar. En lesiones de la vía biliar en el postoperatorio se actuara de acuerdo al tiempo de detección de la lesión (19).

2.3.2. Complicaciones tardías

Embolia pulmonar

Causado por el aumento de la presión intraabdominal, que provoca éxtasis venoso y por lo que se recomienda medidas anti trombo embolicas. (16)

Abscesos

La principal causa es por la mala utilización y manejo de material estéril cuando se realiza la cirugía limpia contaminada que dependerá directamente del grado de contaminación durante la cirugía y número de detritus, coágulos, cálculos que se dejen y el lugar de intervención, la fiebre postoperatoria y el dolor persistente, puede hacer sospechar la presencia de absceso. (19) (20).

Eventración

Se producen cuando los accesos son mayores a 1cm y generalmente si se realizan a nivel umbilical. (19).

Ictericia postquirúrgica

Durante un procedimiento quirúrgico, el hígado expuesto a factores que en grado variable pueden afectar la función hepática; esta disfunción puede manifestarse clínicamente desde un hiperbilirubinemia transitoria. (20)



Infección de la herida

Se manifiesta principalmente después del alta apareciendo generalmente entre el tercero y décimo días del postoperatorio, afectándose con mayor frecuencia el tejido celular subcutáneo. (16).

Shock séptico

Es una complicación rara que en la mayoría de veces se da por una sobre invasión bacteriana. (19).

Neumonía

Es una entidad que puede ser adquirida por diferentes mecanismos que causan invasión bacteriana independiente del tipo de procedimiento realizado en el paciente, teniendo una gran prevalencia la neumonía intrahospitalaria que se presentan luego de 48 horas del proceso de hospitalización pudiendo confundirse con una neumonía adquirida en la comunidad, tiene un algún grado de relación con la estancia hospitalaria postoperatoria longitud de 15 días o más que determinan factores predictivos más fuertemente asociadas con infección pulmonar.(24).



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar las complicaciones postoperatorias: intervencionistas y quirúrgicas en pacientes con pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis en el Hospital “José Carrasco Arteaga” enero 2010 a diciembre 2014.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia de pacientes que presentan complicaciones postoperatorias intervencionistas y quirúrgicas en los casos de pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis.
- Determinar la frecuencia de las complicaciones postoperatorias según la edad, sexo y las patologías.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo.

4.2. Área de estudio

Área de Cirugía, Medicina Interna y emergencia del “Hospital José Carrasco Arteaga” Cuenca enero del 2010 a diciembre del 2014.

4.3. Universo

Todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis en el “Hospital José Carrasco Arteaga” enero 2010 a diciembre 2014.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

Historias clínicas completas de pacientes de 15 años en adelante con diagnóstico de pancreatitis biliar, colangitis, colédoco litiasis presenten o no algún tipo de complicación postoperatoria.

Exclusión

Historias clínicas incompletas.

4.5. Variables

Edad.

Sexo.

Complicación postoperatoria.

Casos de pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis.

4.6. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de la anamnesis.	Años cumplidos.	Años indicados en la historia clínica.	15-25 26-35 36-45 46-55 56-65 66-75 76-85 86-95 >96.
Sexo	Es la división del género humano en dos grupos: hombre y mujer.	Fenotipo	Sexo indicado en la historia clínica	Masculino Femenino
Complicación postoperatoria.	Fenómeno que se presenta después del tratamiento empleado al paciente con pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitias.	Fenómenos que se presentan al tratar la pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitias.	Complicaciones que se presentan en la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE). Complicaciones que se presentan en la	SI- NO SI – NO

			colecistectomía laparoscópica.	
Casos de pancreatitis biliar, colangitis y colédoco litiasis.	Número de casos de pacientes con pancreatitis biliar, colangitis y coledocolitiasis.	Patologías que tienen como etiología los litos.	Coledocolitiasis. Colangitis. Pancreatitis biliar.	SI- NO. SI- NO. SI-NO.

4.7. Métodos, técnicas, instrumentos

Métodos: Los datos se obtuvieron a través de registros hospitalarios (Historias clínicas y registros de ingreso hospitalarios) por medio del sistema medico AS 400 manejado en el Hospital José Carrasco Arteaga.

Técnicas: Los datos obtenidos en la recolección de información se analizaron mediante el sistema SPSS 20.0.

Instrumentos: Formulario (anexo 4).

4.8. Procedimientos

En el proceso de recolección se siguió los siguientes pasos:

- Elaboración de las solicitudes correspondientes para la obtención de datos en el área de estudio.
- Revisión bibliográfica completa correspondiente al tema de proyecto de investigación.
- Recolección de los datos a través del formulario realizado.



- Sistematización y clasificación de cada uno de los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión.
- Digitalización de los datos obtenidos.
- Supervisión del proyecto de investigación a cargo del Dr. Darío Reinoso Barzallo y Dra. Brigith Borja Robalino.

4.9. Plan de tabulación y análisis

Se utilizó el programa Excel, Spss 20.0 para tabular y analizar los datos.

A partir de la recolección de información de las historias clínicas se creó una base de datos en Excel, Spss 20.0 en el cual los datos se organizaron para obtener frecuencias de las distintas variables, elaborando cuadros estadísticos con su respectivo porcentaje.

4.10. Aspectos éticos

Toda la información proporcionada es de uso exclusiva para la realización del proyecto de investigación, se mantendrá absoluta confidencialidad, además la información recolectada está sujeta a cualquier tipo de verificación por parte de las autoridades universitarias, si por algún motivo así lo dispusieran.

5. RECURSOS

Recursos humanos

Autores:

Christian Paul Salamea Duman y Juan Carlos Sibri Saico.

Director:

Dr. Darío Reinoso Barzallo.

Asesor:

Dra. Brigith Borja Robalino.

Recursos materiales



Para la realización de este trabajo investigativo necesitamos los siguientes materiales:

Base de datos AS 400	Flash memory 2 GB
CDs en blanco	Internet
Saldo telefónico	Computadora Personal
Impresora	Cartuchos con Tinta para Impresión
Libros de investigación	Carpetas
Lápiz y Hojas tamaño A4	Transporte

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Tiempo de internet	250 horas	0,60	150,00
Copias	200	0,02	4,00
Anillado	3	2	6,00
Empastado	4	10	40,00
Saldo telefónico.	4	5	20,00
Materiales			
Carpetas	3	1,5	4,50
CD en blanco	5	0,25	1,25
Flash memory 2 GB	2	10,0	20,0
Lápiz	2	0,35	0,70
Esferográficos	3	0,30	0,90
Paquete hojas tamaño A4	1	4.50	4.50
Cartuchos de tinta para impresión	4	18	72.00
Transporte			
Taxi	15	3,00	45,00
Bus de transporte urbano	50	0,25	12,50
TOTAL			382,10.

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.



ACTIVIDAD	AUTORES Y COLABORADORES						
	1	2	3	4	5	6	AUTORES: PAUL SALAMEA. JUAN SIBRI.
Presentación del protocolo.	X						
Recolección de datos.		X	X	X			
Análisis e interpretación de datos.					X		
Elaboración y presentación del informe final.						X	

CAPITULO V

7. RESULTADOS

Este estudio se conformó un universo de 456 pacientes que presentaron un diagnóstico de coledocolitiasis, colangitis o pancreatitis biliar durante el ingreso hospitalario.

Según la metodología, en la recolección de datos se cumplió los criterios de inclusión del presente proyecto de investigación, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 1.

Frecuencia de las patologías que presentan al ingreso en el Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo enero 2010 a diciembre 2014. Cuenca 2015.

CASOS	N	%
Coledocolitiasis	330	72,37
Colangitis	85	18,64
Pancreatitis biliar	41	8,99
TOTAL	456	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

Del total de casos la prevalencia de la coledocolitiasis es 72,37%, colangitis el 18,5%, pancreatitis biliar el 8,99%.

Tabla 2.

Distribución de 72 pacientes que presentaron complicaciones con en el método intervencionista y quirúrgico en el Hospital José Carrasco Arteaga enero 2010 a diciembre 2014. Cuenca 2015.

COMPLICACIONES	N	%
Complicaciones de la CPRE	59	12,94
Complicaciones de la COLELAP	13	2,85
Total de complicaciones	72	15,79

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

Del total de casos (n= 456) el 15.79% (n= 72) presentaron complicaciones de los cuales el 12,94% corresponde a las complicaciones POST CPRE y el 2,85% a las complicaciones de la POST COLELAP.

Tabla 3.

Distribución de 59 pacientes con complicaciones de la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) en el Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo enero 2010 a diciembre 2014. Cuenca 2015.

COMPLICACIONES DE LA CPRE.	FRECUENCIA.	%
Pancreatitis Postcolangiografía	18	30,51
Complicaciones Infecciosas	17	28,81
Hemorragia	7	11,86
Perforación	7	11,86
Re estenosis - Obstrucción Duodenal	1	1,69
Otras	9	15,25
Total	59	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.



La principal complicación de la CPRE es la pancreatitis post colangiografía 30,51%, en segundo lugar esta las complicaciones infecciosas 28,81%, y en menor porcentaje la re estenosis-obstrucción duodenal con el 1,69%.

Tabla 4.

Distribución de 59 pacientes según las complicaciones de la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) y el sexo en el Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo enero 2010 a diciembre 2014. Cuenca 2015.

COMPLICACIONES CPRE	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Pancreatitis Postcolangiografía	8	25,81	10	35,71	18	30,51
Complicaciones Infecciosas	10	32,26	7	25,00	17	28,81
Hemorragia	6	19,35	1	3,57	7	11,86
Perforacion	5	16,13	2	7,14	7	11,86
Re estenosis - Obstruccion Duodenal	0	0,00	1	3,57	1	1,69
Otras	2	6,45	7	25,00	9	15,25
TOTAL	31	100,00	28	100,00	59	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

Del total de la población que presentaron complicaciones postoperatoria se observó el predominio en el sexo femenino en la cual las complicaciones infecciosas representan el 32,26%; seguidas por la pancreatitis post colangiografía con un 25,81%, mientras que el sexo masculino se presentó la pancreatitis post colangiografía con un 35,71% seguido de complicaciones infecciosas con un 25,00%

Tabla 5.

Distribución de 59 pacientes según las complicaciones de la CPRE y la edad en el Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo enero 2010 a diciembre 2014. Cuenca 2015.

EDAD		COMPLICACIONES CPRE						TOTAL	
		Pancreatitis Postcolangiografía	Complicaciones Infecciosas	Hemorragia	Perforación	Reestenosis Obstrucción Duodenal	Otras	N	%
16 - 25	N	0,00	2	0,00	1	0,00	1	4	6,78
	%	0,00	50,00	0,00	25,00	0,00	25,00		
26 - 35	N	1	0	1	0	0	1	3	5,08
	%	33,33	0,00	33,33	0,00	0,00	33,33		
36 - 45	N	0	2	1	0	0	1	4	6,78
	%	0,00	50,00	25,00	0,00	0,00	25,00		
46 - 55	N	7	4	3	1	0	3	18	30,51
	%	38,89	22,22	16,67	5,56	0,00	16,67		
56 - 65	N	1	1	1	1	0	0	4	6,78
	%	25,00	25,00	25,00	25,00	0,00	0,00		
66 - 75	N	7	4	1	2	0	1	15	25,42
	%	46,67	26,67	6,67	13,33	0,00	6,67		
76 - 85	N	2	3	0	2	1	2	10	16,95
	%	20,00	30,00	0,00	20,00	10,00	20,00		
86 - 95	N	0	1	0	0	0	0	1	1,69
	%	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
TOTAL	N	18	17	7	7	1	9	59	100
	%	30,51	28,81	11,86	11,86	1,69	15,25		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

Del total de complicaciones de la CPRE predominó en el rango de 46-55 años con el 30.51% seguido el rango de 66-75 años con el 25,42% y el menor porcentaje tiene el rango de 86-95 años con el 1,9%. En el grupo de 46-55 años la pancreatitis postcolangiografía (38,89%) y las complicaciones infecciosas (22,22%) son las más representativas.

Tabla 6.

Distribución de 59 pacientes según la complicación de la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) y las patologías que presentan en el ingreso al Hospital José Carrasco Arteaga enero 2010 a diciembre 2014. Cuenca 2015.

COMPLICACIONES CPRE	COLEDOCOLITIASIS		COLANGITIS		PANCREATITIS BILIAR		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pancreatitis Postcolangiografía	13	30,95	4	36,36	1	16,67	18	30,51
Complicaciones Infecciosas	13	30,95	2	18,18	2	33,33	17	28,81
Hemorragia	4	9,52	2	18,18	1	16,67	7	11,86
Perforación	6	14,29	0	0,00	1	16,67	7	11,86
Re estenosis – Obstrucción Duodenal	1	2,38	0	0,00	0	0,00	1	1,69
Otras	5	11,90	3	27,27	1	16,67	9	15,25
TOTAL	42	100,00	11	100,00	6	100,00	59	100,

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

En la relación a las complicaciones de la CPRE y los diagnósticos de ingreso, encontramos que el mayor número de complicaciones se presenta en la coledocolitiasis y se presenta como la principal patología la pancreatitis postcolangiografía y las complicaciones infecciosas representando el 30,95% cada una, mientras que en la colangitis se presentó la pancreatitis postcolangiografía con el 36,36% a diferencia de la pancreatitis biliar que presentó las complicaciones infecciones con el 33,33%.

**Tabla 7.**

Distribución de 13 pacientes con complicaciones de la colecistectomía laparoscópica (COLELAP) en el Hospital José Carrasco Arteaga enero 2010 a diciembre 2014. Cuenca 2015.

Frecuencia	N	%
Neumonía	5	38,46
Hemorragia	3	23,08
Infección de la herida	2	15,38
Lesión de víscera Solida	1	7,69
Ictericia Postquirúrgica	1	7,69
Shock Séptico	1	7,69
TOTAL	13	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

De los 13 pacientes que presentaron complicaciones postcolelap, entre las principales tenemos: neumonía 38,46%, hemorragia 23,08%, la lesión de víscera sólida, ictericia postquirúrgica y el shock séptico comparten 7,69%.

Tabla 8.

Distribución de 13 pacientes según las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica (COLELAP) y el sexo en el Hospital José Carrasco Arteaga enero 2010 a diciembre 2014. Cuenca 2015.

COMPLICACIONES COLELAP	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Lesión de víscera Solida	0	0,00	1	25,00	1	7,69
Hemorragia	2	22,22	1	25,00	3	23,08
Ictericia postquirúrgica	0	0,00	1	25,00	1	7,69
Infección de la herida	2	22,22	0	0,00	2	15,38
Shock séptico	1	11,11	0	0,00	1	7,69
Neumonía	4	44,44	1	25,00	5	38,46
TOTAL	9	100,00	4	100,00	13	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

Las complicaciones de la COLELAP se presentaron en mayor número en el sexo femenino, la más frecuente fue la neumonía con 44,44%, seguida de la hemorragia y la infección de la herida con el 22,22% respectivamente, en el sexo masculino se evidencio menor número de complicaciones: la neumonía, hemorragia, ictericia postquirúrgica, lesión de víscera solida representaron el 25% cada una de las complicaciones.

Tabla 9.

Distribución de 13 pacientes según las complicaciones de la COLELAP y la edad en el Hospital José Carrasco Arteaga enero 2010 a diciembre 2014. Cuenca 2015.

EDAD		COMPLICACIONES COLELAP						TOTAL	
		Lesion de Viscera Solida	Hemorragia	Ictericia Postquirurgica	Infeccion de la herida	Shock Septico	Neumonia	N	%
36 - 45	N	0	0	1	1	0	0	2	15,38
	%	0,00	0,00	50,00	50,00	0,00	0,00		
46 - 55	N	1	1	0,00	0	0	1	3	23,08
	%	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00	33,33		
56 - 65	N	0	1	0	1	0	0	2	15,38
	%	0,00	50,00	0,00	50,00	0,00	0,00		
66 - 75	N	0	1	0	0	0	1	2	15,38
	%	0,00	50,00	0,00	0,00	0,00	50,00		
76 - 85	N	0	0	0	0	0	2	2	15,38
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00		
86 - 95	N	0	0	0	0	1	1	2	15,38
	%	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	50,00		
TOTAL	N	1	3	1	2	1	5	13	100
	%	7,69	23,08	7,69	15,38	7,69	38,46		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

Del total de complicaciones de la COLELAP el mayor número de complicaciones se encuentra en el rango de 46-55 años con el 23,08% y el resto de complicaciones tiene el 15,38%.

Tabla 10.

Distribución de 13 pacientes según la complicación de la colecistectomía laparoscópica (COLELAP) y las patologías que presentan en el ingreso al Hospital José Carrasco Arteaga enero 2010 a diciembre 2014. Cuenca 2015.

COLELAP	COLEDOCOLITIASIS		COLANGITIS		PANCREATITIS BILIAR		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hemorragia	2	25,00	0	0,00	1	25,00	3	23,08
Ictericia Postquirúrgica	1	12,50	0	0,00	0	0,00	1	7,69
Infección de la herida	1	12,50	1	100,00	0	0,00	2	15,38
lesion de viscera solida	0	0,00	0	0,00	1	25,00	1	7,69
Shock Septico	1	12,50	0	0,00	0	0,00	1	7,69
Neumonía	3	37,50	0	0,00	2	50,00	5	38,46
TOTAL	8	100,00	1	100,00	4	100,00	13	100,00

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Los autores.

El mayor número de complicaciones se presenta en la coledocolitiasis seguida de la pancreatitis, dentro de la coledocolitiasis encontramos a la neumonía con un 37,50%, seguido de hemorragia con el 25%; en la colangitis se evidencia menor porcentaje de complicaciones representando la única complicación la infección de la herida.

CAPITULO VI

8. DISCUSIÓN

En este estudio de 456 casos se pudo observar la prevalencia de la coledocolitiasis en el 72,37%, seguidos de colangitis con el 18,64% y pancreatitis biliar con el 8,99%, siendo similar a los reportes del instituto nacional de estadísticas y censos del Ecuador (INEC) (4).

Las complicaciones se presentó en el 15,79% (n=72) correspondiendo a las complicaciones post CPRE el 12,94%(n=59), siendo los resultados comparables con un estudio realizado por Quispe y col. en el que reporta 11,2% de complicaciones de la CPRE (11), otro estudio realizado en nuestro medio por Torres y col. reportó un 8,1% de complicaciones (15); la prevalencia de las complicaciones realizadas por Imbeth y col. obtuvo los siguientes resultados: pancreatitis post-CPRE (11%), infección (4%), sangrado digestivo (3%), perforación el 2%. En el presente estudio se evidencio: pancreatitis post CPRE como la complicación más frecuente en un 30,51%, seguida de complicaciones infecciosas con un 28,81%, hemorragia con un 11,86%, hallándose perforación de la vía biliar con el 11,86%, y estenosis y re obstrucción duodenal con 1,69%; estos valores se encuentran dentro del orden de presentación de las complicaciones según la frecuencia de las mismas, aumentando el porcentaje de cada complicación debido al tiempo investigación y el abordaje del número pacientes encontrados durante la realización del mismo (23).

En cuanto al sexo y la edad más afectada por complicaciones de la CPRE se dio en el sexo femenino con 31 casos en comparación con el sexo masculino con 28 casos la edad, en cuanto a la edad estuvo comprendida entre 46-55 años con una edad mínima de 16 años y máxima de 96 años y una media de 57,89 encontrándose entre rangos promedios, como los obtenidos en un estudio realizado por Quispe y col. donde la media fue de 57 años y la edad mínima vario entre 26 y 91 años, no se encontró diferencia



significativa entre las edades, coincidiendo en gran parte con esta investigación, asumiendo los resultados obtenidos debido a la afectación de patologías biliares que es prioritaria en el sexo femenino, y el grado de frecuencia de aparición en estos grupos de edad, cabe recalcar que entre los 66 y 85 años se pudo observar 4 perforaciones siendo equiparable con estudios realizados por Gómez y col. donde coincidió con el rango de edad de los pacientes que presentaron esta misma complicación (15)(26).

Durante la ejecución del proyecto se observó que la mayor parte de pacientes que presentaron complicaciones pos CPRE fueron pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis con 42 casos, seguida de colangitis con 11 casos y pancreatitis biliar con el 6 casos del total de los pacientes; los resultados obtenidos con equiparables con la prevalencia que presenta cada una de las patologías en nuestro medio según datos del instituto nacional de estadísticas y censos (INEC) (4).

La colecistectomía laparoscópica es de gran interés para el tratamiento de la colelitiasis, tanto así que es considerada el método de elección. La colelitiasis es una patología muy frecuente por lo que la COLELAP es muy practicada en los centros quirúrgicos, a pesar de ello no está exenta de complicaciones (2). De los casos integrados en este estudio el 2,85%% presentaron algún grado de complicación, este porcentaje está dentro de los rangos 1,3 al 11 % expresado en la bibliografía (2) (5).

Los 13 casos que presentaron complicaciones de la colelap las que destacan en nuestro estudio (tabla 9) es la neumonía con 38,46%, hemorragia 23,08%, infección de la herida quirúrgica 15,38%; lo cual es comparable con un estudio realizado por Ibañez y col. en la Pontificia Universidad Católica de Chile en la que participaron 5063 de las cuales 2% (n=102) presentaron complicaciones y de estas la más relevantes es la infección de la herida quirúrgica con 37 casos, neumonía con 33 casos (21). En otro estudio realizado por López y col. en el Hospital General y Unidad de especialidades médicas de Tijuana se evidencia 2,68% de complicaciones de la colelap de un total de 597 pacientes,



de los 16 casos complicados entre los principales se encuentra el sangrado con 9 (56,25%) casos, seguido de la lesión hepática con 2 (12,5%) casos; lo que se asemeja con el presente estudio donde el sangrado (23,08%) está entre las principales complicaciones y la lesión hepática (7,69%) representa un menor porcentaje; cómo podemos observar el porcentaje global de las complicaciones de este trabajo es semejantes a los estudios descritos; pero hay complicaciones que no podemos comparar porque no están descritos en los estudios aquí mencionados aunque si en la literatura, el shock séptico se presentó en 1 (7,69%) paciente, dicho paciente ingreso con un cuadro de colangitis que posterior a la colelap requirió unidad de cuidados intensivos y se recuperó satisfactoriamente (22).

El mayor número de complicaciones se da en el sexo femenino en 9 casos en relación con el masculino (n=4), en cuanto a la edad el 23% de las complicaciones de la colelap se ubica entre los 46-55 años, Brito y col. describen que la patología biliar predomino en el sexo femenino con un 84 % y en cuanto a la edad observaron mayor frecuencia entre los 50-59 años; este comportamiento se justifica por epidemiología de estas patologías. La neumonía en este estudio al ser una de las complicaciones más importantes su mayor porcentaje se ubicó entre los 76-85 años con el 15,38% del global de complicaciones, lo que coincide con lo descrito por Brito y col. que presentaron 4 complicaciones que ellos los denominaron médicas que incluye alteraciones del tracto respiratorio (25).

En el cruce de variables entre las complicaciones de la colelap y el diagnóstico de ingreso, la coledocolitiasis fue la patología en la que se presentó 10 complicaciones, la explicación sería que la coledocolitiasis es la patología más frecuente en relación a la colangitis y pancreatitis biliar (21).

Es importante tomar en consideración que al ser este estudio una serie retrospectiva, trae consigo limitaciones propias de ese tipo de estudios, al no haber efectuado un cálculo del tamaño muestral considerando la potencia estadística puede haber influido que no hayan encontrado diferencias se



significativas entre las proporciones de exposición en los pacientes con complicación y sin complicación ().



9. CONCLUSIONES

La cpre y la colelap son técnicas de vital importancia para el tratamiento de la patología biliar de origen litiásico, estas patologías al ser muy frecuentes en nuestro medio conllevan practicar dichas técnicas terapéuticas; a pesar de la constante realización de la cpre y colelap no están ausentes las complicaciones por el hecho de que intervienen diversos factores como el dependiente del operador de la técnica, de las condiciones fisiológicas, anatómicas del paciente al ingreso hospitalario. En la cpre y colelap no es común observar complicaciones, lo demuestra los resultados obtenidos en este estudio que son similares a los descritos en la literatura. Las complicaciones de la cpre y la colelap se asemeja a otros estudios, pero definitivamente estas dos técnicas terapéuticas presentan un bajo porcentaje de complicaciones por lo que seguirán siendo de elección para las patologías biliares.



10. RECOMENDACIONES

- Es importante y necesaria la evaluación continua de los resultados de la Colangiopancreatografía retrograda endoscópica y de la colecistectomía laparoscópica realizada en el hospital José Carrasco Arteaga, para garantizar la realización de éste procedimiento intervencionista y quirúrgico de manera segura.
- Impulsar la realización de colangiopancreatografía retrograda endoscópica y la colecistectomía laparoscópica con el objetivo de disminuir los días de estancia hospitalaria; con lo que se reducirá el costo a nivel institucional, además de brindar al paciente comodidad y beneficios
- Se recomienda dar continuidad a éste estudio, ya que es de suma importancia obtener resultados a largo plazo el cual nos permita conseguir una visión amplia del tema propuesto.



CAPITULO VII

11. BIBLIOGRAFÍA

11.1. Referencias bibliográficas

1. Tejedor BM, Albillos MA. Enfermedad litiásica biliar. M actualización. *Medicine*. 2012; 11(8):481-8. Disponible en:
<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/62/62v11n08a90128633pdf001.pdf>
2. Wood KE, Willingham FF. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography associated pancreatitis: A 15-year review. *WJGE*. 2010; 2 (5):165-178. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2998911/>
3. Ruiz PC, Cazares MJ E, Muñiz ChM, Garcia RA. Dificultades técnicas con la colecistectomía laparoscópica <<La colecistectomía difícil>>. *Medigraphic*. 2010; 11(2): 84'93. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2010/ce102f.pdf>
4. INEC: instituto nacional de estadística y censos (internet). Quito: INEC (citado 25 de julio 2015). Disponible en:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>.
5. Chang K, Sang Hee C, Ki Baik H, Kwang H. Complicaciones inusuales relacionados con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y su tratamiento endoscópico, *Clin Endosc*. 2013; 46 (3): 251-259. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23767036>
6. Elmunzer B, Scheiman J, Lehman GA, et al. A randomized trial of rectal indomethacin to prevent post-ERCP pancreatitis. *NEJM*. 2012; 366(15):1414–1422. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22494121>.

7. Sud R, Puri R, Hussain S, et al. Air cholangiogram: a new technique for biliary imaging during ERCP. *Gastrointest Endosc.* 2010; 72(1):204–208. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20620281>
8. Kahaleh M, Freeman M. Prevención y tratamiento de las complicaciones post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Clin Endosc.* 2012; 4(5):305-312. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22977824>
9. Machado. N. Gestión de perforación duodenal post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. ¿Cuándo y quién operar y qué factores determinan el resultado? Un artículo de revisión. *JOP.* 2012; 13: 18-25. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22233942>
10. Van SH, Besselink M, Bakker O, et al. Dutch Pancreatitis Study Group. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *NEJM.* 2010; 362(16):1491–1502. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20410514>
11. Anderson MA, Fisher L, Jain R, et al. ASGE Standards of Practice Committee. Complications of ERCP. *Gastrointest Endosc.* 2012; 75(3):467–473. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22075192>
12. Mirjalili SA, Stringer MD. The arterial supply of the major duodenal papilla and its relevance to endoscopic sphincterotomy. *Endoscopy.* 2011; 43(4):307–311. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21455871>.
13. Yasuaki M, Kazuya A, Junya G, Kenji K, Shinichiro F, Shouhei H, et al. Detección inmediata de endoscópica retrógrada perforación periampular relacionados colangiopancreatografía-: fluoroscopia o endoscopia, *MJG.* 2014; 20 (42): 15797-15804. Disponible en :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25400465>

14. Szary N, Firas H. Al-Kawas. Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: Cómo evitar y gestionarlos, *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2013; 9 (8): 496-504. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Complications+of+endoscopic+retrograde+cholangiopancreatography+%3A+How+to+prevent+and+manage+%2C+Gastroenterol+Hepatol+%28NY+%29+>.
15. Quispe A, Sierra W, Collacondo D, Torre Juan, Nova Blanca. Factores asociados a Complicaciones de la Colangiopancretografía Retrograda Endoscópica en un Hospital de alta complejidad, *Revista Médica del Perú*, 2010,;27 (2). 201-8. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/363/36319368007.pdf>
16. Ponze V. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E Bernales, Lima, agosto del 2011, 21- 23.
17. Lizarazo R J. Reflexiones acerca de las indicaciones de CPRE en pacientes con sospecha de coledocolitiasis. *Rev Col Gastroenterol*. 2011; 26 (4):239-242. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572011000400001&lang=es
18. Almirante B, Pigra C. Colangitis aguda. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28(2):18-24. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Almirante+B%2C+C.+Pigra+acute+cholangitis+.+Clin+Microbiol+Infect+.+2010%3B+28+%28+2%29%3A+18-24.>
19. Hussain M, Al-Akeely M, Alam M, Al-Abood F. Abdominal wall abscess following laparoscopic cholecystectomy: an unusual late complication of lost gallstones. *J Coll Physicians Surg Pak*.2010;20:763---5. disponible
en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Abdominal+wall+absce>

ss+following+laparoscopic+cholecystectomy%3A+an+unusual+late+c
omplication+of+lost+gallstones

- 20.. Bouasker I, Zoghiami A, El Ouaer M, Khalfallah M, Samaali I, Dziri C. Parietal abscess revealing a lost gallstone 8 years after laparoscopic cholecystectomy. *Tunis Med.* 2010;88:277---9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Parietal+abscess+revealing+a+lost+gallstone+8+years+after+laparoscopic+cholecystectomy.+Tunis+Med>.
21. Ibáñez L , Escalona A , Devaud N , Montero P , Ramirez E, Pimentel F , Zúñiga A , Guzmán S . Colectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. Chilena de Cirugía.* 2010; 59(1):10-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000100004
22. López G, Zavalza G , Paipilla M , Lee R S. Colectomías laparoscópicas realizadas en Unidad de Cirugía Ambulatoria. *Cirujano General.* 2011; 33(2):104-110. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cg112f.pdf>
23. Imbeth A, Guzman L, Julliao H, Salej J, Galvan C. Complicaciones y factores de riesgo en pacientes llevados a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el hospital militar central en el periodo de enero de 2011 a junio de 2012. *Rev. Med.* 2014; 22(1): 20-27. Disponible en: <http://www.umng.edu.co/documents/10162/7997321/03Revista+Med+Vol+22+No.1+Enero+Junio+2014.pdf>.
24. Valentín F, Risk factors for nosocomial pneumonia in patients with abdominal surgery. . Departamento de Cirugía General, Hospital Regional Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, Zapopan, Jalisco, México. PMID: 26259742. 2015 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26259742>.



25. Brito N, Chaparro I, Sarutte S. Colectomía laparoscópica realizada por residentes en un servicio universitario. Hospital de clínicas. 2014; 4(2). Disponible en:

http://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/Trabajo_COLE_LPSC.pdf.

26. Gómez ZM, Melgar C, Arbeláez V. ¿Es la edad un factor que incide en las complicaciones por CPRE?. Rev Col Gastroenterol. 2010; 25 (4):349-353. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v25n4/v25n4a05.pdf>.

11.2. Bibliografía general

1. Almirante B, Pigra C. Colangitis aguda. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28(2):18-24. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Almirante+B%2C+C.+Pigra+acute+cholangitis+.+Clin+Microbiol+Infect+.+2010%3B+28+%28+2%29%3A+18-24.>
2. . Bouasker I, Zoghalmi A, El Ouaer M, Khalfallah M, Samaali I, Dziri C. Parietal abscess revealing a lost gallstone 8 years after laparoscopic cholecystectomy. *Tunis Med*. 2010;88:277---9. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Parietal+abscess+revealing+a+lost+gallstone+8+years+after+laparoscopic+cholecystectomy.+Tunis+Med.>
3. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis 2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013; 62(1):102-111.
4. Anderson MA, Fisher L, Jain R, et al. ASGE Standards of Practice Committee. Complications of ERCP. *Gastrointest Endosc*. 2012;75(3):467–473. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22075192.>
5. Chang K, Sang Hee C, Ki Baik H, Kwang H. Complicaciones inusuales relacionados con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y su tratamiento endoscópico, *Clin Endosc*. Mayo de 2013; 46 (3): 251-259. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23767036.>
6. Elmunzer B, Scheiman J, Lehman GA, et al. A randomized trial of rectal indomethacin to prevent post-ERCP pancreatitis. *N Engl J Med*. 2012;366(15):1414–1422. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22494121.>

7. Hussain M, Al-Akeely M, Alam M, Al-Abood F. Abdominal wall abscess following laparoscopic cholecystectomy: an unusual late complication of lost gallstones. *J Coll Physicians Surg Pak.*2010;20:763---5. disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Abdominal+wall+abscess+following+laparoscopic+cholecystectomy%3A+an+unusual+late+complication+of+lost+gallstones>.
8. Huerta J. Tratamiento médico de la pancreatitis aguda *Medical. Rev Med Hered.* 2013; 24:231-236.
9. Ibáñez L , Escalona A , Devaud N , Montero P , Ramirez E, Pimentel F , Zúñiga A , Guzmán S . Colectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev. Chilena de Cirugía.* 2010; 59(1):10-15. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000100004.
10. Imbeth A, Guzman L, Julliao H, Salej J, Galvan C. Complicaciones y factores de riesgo en pacientes llevados a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el hospital militar central en el periodo de enero de 2011 a junio de 2012. *Rev. Med.* 2014; 22(1): 20-27. Disponible en:
<http://www.umng.edu.co/documents/10162/7997321/03Revista+Med+Vol+22+No.1+Enero+Junio+2014.pdf>.
11. Kahaleh M, Freeman M. Prevención y tratamiento de las complicaciones post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Clin Endosc* 2012; 45: 305-312. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22977824>.
12. Lizarazo R J. Reflexiones acerca de las indicaciones de CPRE en pacientes con sospecha de coledocolitiasis. *Rev Col Gastroenterol.* 2011; 26 (4):239-242. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572011000400001&lang=es.

13. López G, Zavalza G , Paipilla M , Lee R S. Colectomías laparoscópicas realizadas en Unidad de Cirugía Ambulatoria. Cirujano General. 2011; 33(2):104-110. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cg112f.pdf>.
14. Machado N. Gestión de perforación duodenal post-colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. ¿Cuándo y quién operar y qué factores determinan el resultado? Un artículo de revisión. JOP. 2012; 13 : 18-25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22233942>.
15. Maderas K, Willingham Campo F. La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada pancreatitis asociada: Una revisión de 15 años, Mundial J Gastrointest Endosc. 16 de mayo 2010; 2 (5):165-178. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2998911/>.
16. Mirjalili SA, Stringer MD. The arterial supply of the major duodenal papilla and its relevance to endoscopic sphincterotomy. Endoscopy. 2011;43(4):307–311. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21455871>.
17. Ponze V. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Sergio E Bernales, Lima, agosto del 2011, 21- 23.
18. Quispe A, Sierra W, Collacondo D, Torre Juan, Nova Blanca. Factores asociados a Complicaciones de la Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica en un Hospital de alta complejidad, Revista Médica del Perú, 2010,;27 (2). 201-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/363/36319368007.pdf>.
19. Ruiz Patiño, Cazares Montañez J E, Muñiz Chavelas M, Garcia Ruiz A. Dificultades técnicas con la colecistectomía laparoscópica. La colecistectomía difícil, Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, 2 de Abril- Junio 2010: 90.

20. Sud R, Puri R, Hussain S, et al. Air cholangiogram: a new technique for biliary imaging during ERCP. *Gastrointest Endosc.* 2010;72(1):204–208. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20620281>.
21. Szary N, Firas H. Al-Kawas. Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: Cómo evitar y gestionarlos, *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 08 2013; 9 (8): 496-504. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Complications+of+endoscopic+retrograde+cholangiopancreatography+%3A+How+to+prevent+and+manage+%2C+Gastroenterol+Hepatol+%28NY+%29+>.
22. Tejedor M, Albillos A. Enfermedad litiásica biliar. *Medicine.* 2012; 11(8):481-488. Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3900840>.
23. Van Santvoort H, Besselink M, Bakker O, et al. Dutch Pancreatitis Study Group. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med.* 2010;362(16):1491–1502. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20410514>.
24. Yasuaki M, Kazuya A, Junya G, Kenji K, Shinichiro F, Shouhei H, et al. Detección inmediata de endoscópica retrógrada perforación periampular relacionados colangiopancreatografía-: fluoroscopia o endoscopia, *Mundial J Gastroenterol.* 14 de noviembre 2014; 20 (42): 15797-15804. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25400465>.
25. Valentín F, Risk factors for nosocomial pneumonia in patients with abdominal surgery. . Departamento de Cirugía General, Hospital Regional Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, Zapopan, Jalisco, México. PMID: 26259742. 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26259742>.

CAPÍTULO VIII

12. ANEXOS

Anexo 1

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS Y POSTOPERATORIAS EN 5063 COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS

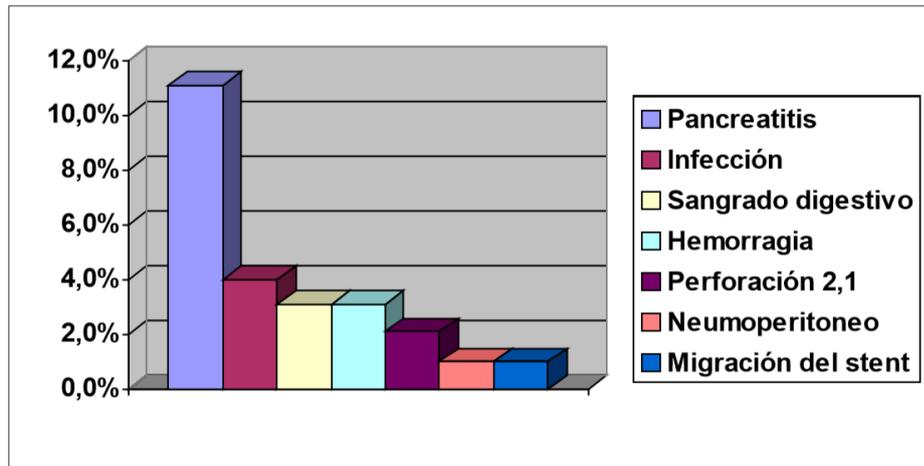
	<i>n</i>	%
Complicaciones	102	2%
Infección de herida operatoria	37	0,73%
Neumonía	33	0,66%
Hemoperitoneo	7	0,14%
Lesiones de vía biliar	6	0,12%
Biliperitoneo	5	0,1%
Pancreatitis	4	0,08%
Colección intrabdominal	2	0,04%
Otros	8	0,13%

Fuente: Ibáñez L A, Escalona A P, Devaud N J, Montero P M, Ramirez Eduardo E W, Pimentel F M, Zúñiga A D, Guzmán S B. Colecistectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. Chilena de Cirugía. 2010.

**Anexo 2.****Cuadro I. Complicaciones mayores.**

Sangrado	9
Lesión hepática	2
Fuga del cístico	2
Lesión mayor de vía biliar	2
Lesión de serosa del estómago	1

Fuente: López G E, Zavalza G J, Paipilla M O, Lee R S. Colectomías laparoscópicas realizadas en Unidad de Cirugía Ambulatoria. Cirujano General. 2011.

Anexo 3.

Fuente: Imbeth A. P, Guzman L. I, Julliao H, Salej J, Galvan C. Complicaciones y factores de riesgo en pacientes llevados a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el hospital militar central en el periodo de enero de 2011 a junio de 2012. Rev. Med. 2014.



Anexo 4.

Formulario

**FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS COMPLICACIONES
POSTERAPÉUTICAS INTERVENCIONISTAS Y QUIRÚRGICAS EN
PACIENTES CON PANCREATITIS BILIAR, COLANGITIS Y
COLEDOCOLITIASIS.**

Nº de H.C. _____ Edad: _____ Fecha: ___/___/____ Sexo: M () F ()

DIAGNOSTICO**PRETERAPEUTICO:**

Pancreatitis biliar SI () NO ().

Colangitis SI () NO ().

Coledocolitiasis SI () NO ().

COMPLICACIONES**POSTQUIRÚRGICAS:**

• Lesión de la vía biliar SI () NO ().

• Lesión de víscera hueca:

SI () NO ().

• Lesión de víscera sólida:

SI () NO ().

• Enfisema subcutáneo: SI () NO ()

• Hemorragia: SI () NO ()

• Fuga biliar SI () NO ()

• Embolia pulmonar: SI () NO ()

• Absceso: SI () NO ()

• Eventración: SI () NO ()

• Ictericia Post quirúrgica:

SI () NO ()

• Infección de la herida: SI () NO ()

• Shock séptico: SI () NO ().

• Neumonía: SI () NO ().

•Otras

COMPLICACIONES**POST****INTERVENCION:**

Pancreatitis post colangiografía.

SI () NO ().

Complicaciones infecciosas.

SI () NO ().

Hemorragia. SI () NO ().

Perforación. SI () NO ().

Neumotórax. SI () NO ().

Hematoma hepático. SI () NO ().

La embolia de aire. SI () NO ().

Lesión esplénica. SI () NO ().

~~Impactación~~ de la cesta. SI () NO ().

Re estenosis - obstrucción duodenal.

SI () NO ().

Otras. _____