



**EFFECTIVIDAD DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN COLECISTITIS
SUBAGUDA EN LOS PACIENTES DEL NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE EN
UN PERIODO COMPRENDIDO DESDE AGOSTO DEL 2017 HASTA JUNIO DEL
2018**

Ernesto Carlos Vélez Matos

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL**

**CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
AÑO 2018**

**EFFECTIVIDAD DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN COLECISTITIS
SUBAGUDA EN LOS PACIENTES DEL NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE EN
UN PERIODO COMPRENDIDO DESDE AGOSTO DEL 2017 HASTA JUNIO
DEL 2018**

**Ernesto Carlos Vélez Matos
Cirugía General**

Tesis o trabajo de investigación para optar el título de
Cirujano General

TUTORES

Nayib Zurita Medrano MD. Esp. Cirugía General

**UNIVERSIDAD DEL SINU SECCIONAL CARTAGENA
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL**

**CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.
AÑO 2018**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, D. T y C., mes de año

DEDICATORIA

A mis padres; Ernesto y Zoila, mis mayores ejemplos a seguir en todos los aspectos de mi vida.

A mis hermanos Jorge y Juan, por hacerme sentir orgulloso y motivado permanentemente.

A mi maestro Nayib Zurita, quien compartió su experiencia para realizar mi proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis tutores tanto metodológico como disciplinar por el constante apoyo, además agradecer al Nuevo hospital Bocagrande por prestar sus instalaciones y servirme de fuente de información para la recolección de los datos a través de sus pacientes .

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	17
3. 1. OBJETIVO GENERAL	17
3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. MARCO TEÓRICO	18
4. 1. DESCRIPCION TEORICA	18
4. 1. 1.	18
4. 1. 2.	18
4. 2. ESTADO DEL ARTE (ANTECEDENTES)	18
4. 2. HIPOTESIS	19
4. 7. MARCO LEGAL (ASPECTOS ÉTICOS)	19
5. METODOLOGÍA	20
5. 1. TIPO DE DISEÑO	20
5. 2. POBLACIÓN	21
5. 2. 1. Población Marco o referencia	21
5. 2. 2. Población de estudio	21
5. 2. 3. Población sujeto de estudio	21
5. 3. MUESTRA Y MUESTREO	22
5. 3. 1. Cálculo de la muestra	22
5. 3. 2. Técnica de muestreo	22
5. 4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	22
5. 5. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	23
5. 5. 1. Fuentes	23
5. 5. 1. Fases	24
5. 6. TECNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
6. RESULTADOS	25
7. DISCUSIÓN	26
8. CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
TABLAS	29

RESUMEN

Contexto: No existe un consenso universal para intervenir a los pacientes que se encuentran con colecistitis en fase subaguda, queremos determinar la efectividad de la colecistectomía en estos pacientes, midiendo variables como complicaciones intraquirúrgicas, conversión a laparotomía, dolor y reintegro laboral.

Objetivos: Determinar la efectividad de la colecistectomía laparoscópica en colecistitis en fase subaguda en paciente del Nuevo hospital bocagrande en un periodo comprendido entre Agosto del 2017 hasta Junio del 2018

Métodos: Se recolecto información a través de una encuesta a los pacientes que acudían a control posquirúrgico de colecistectomía laparoscópica

Resultados: En el periodo de estudio se identificaron 160 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en fase subaguda. El promedio de edad fue de 45,1 años (DE=6,1), el 76,9% fueron mujeres.

No se encontraron casos de conversión a laparotomía ni complicaciones intra o pos quirúrgicas. El dolor posquirurgico fue manifestado como leve. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y el procedimiento quirurgico fue de 1.4 meses y finalmente el tiempo de reintegracion a la vida laboral es de 10.6 dias.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica es segura en colecistectomía subaguda, evidenciando resultados favorables en cuanto complicaciones intraquirurgicas respecta, además sin datos de conversión a laparotomía, dolor posquirúrgico leve y reintegro laboral

Palabras clave: colecistitis - colecistectomía laparoscópica

ABSTRACT

Background: *There is no universal consensus to intervene patients who are cholecystitis in the subacute phase, we want to determine the effectiveness of cholecystectomy in these patients, measuring variables such as intra-surgical complications, conversion to laparotomy, pain and labor reintegration.*

Objectives: *To determine the effectiveness of laparoscopic cholecystectomy in subacute phase cholecystitis in a patient of the new bocagrande hospital in the period from August 2017 to June 2018*

Methods: *Information was collected through a survey of patients who attended post-surgical control of laparoscopic cholecystectomy*

Results: *In the study period, 160 patients underwent laparoscopic cholecystectomy in the subacute phase. The average age was 45.1 years (SD = 6.1), 76.9% were women. No cases of conversion to laparotomy or intra- and post-surgical complications were found. Post-surgical pain was manifested as mild. The time elapsed since the beginning of the symptoms and the surgical procedure was 1.4 months and finally the time of reintegration into working life is 10.6 days*

Conclusions: *Laparoscopic cholecystectomy is safe in subacute cholecystectomy, showing favorable results in terms of intra-urological complications, as well as laparotomy-free conversion, mild postoperative pain, and labor reintegration*

Key Words: *cholecystitis - laparoscopic cholecystectomy*

1. INTRODUCCION

La colecistitis es la complicación más frecuente de la colelitiasis y el tratamiento estándar en la actualidad es la colecistectomía laparoscópica. Sin embargo, aún se discute cual sería el mejor momento para la resolución quirúrgica, operar en forma precoz, postergar o diferir de 6 a 8 semanas la cirugía, para operar en forma sin inflamación local. La tendencia predominante es realizar cirugía en forma precoz, la cual tiene evidencia de ser segura y es lo recomendado. Sin embargo, muchas veces por más que se intenta a operar a los pacientes en esta fase, en ocasiones no es posible, dado por la oportunidad de disponibilidad de cirugía, en este espectro se incluyen los retrasos en las ordenes por las EPS (Entidades Prestadoras de Salud) y la disponibilidad de cirujanos, hacen que el tiempo en el que se intenta resolver quirúrgicamente muchas veces sobrepase la fase aguda. En la literatura está demostrado que operar en fase de urgencias (Dentro de las primeras 24 horas de inicio de los síntomas) u operar en fase aguda (Dentro de los primeros siete días a partir que inician los síntomas) tiene mejores resultados que hacerlo en fase crónica (4 o 8 semanas luego de inicio de los síntomas), sin embargo existe una brecha en tiempo entre la fase aguda y crónica, en el que por los problemas ya descritos, suelen caer nuestros pacientes. Esta brecha de tiempo en las diferentes estudios o guías de manejo no es mencionada como una opción de tratamiento, no existe consenso a nivel mundial en la actualidad, en nuestro estudio la denominamos como colecistitis en fase subaguda (Entre la fase aguda y la crónica), en este estudio se buscara demostrar si es efectiva o no, realizar colecistectomía laparoscópica en esta fase.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La colecistitis es la primera causa de dolor abdominal quirúrgico, y por lo tanto en los servicios de urgencias es la primera causa al consultar (1). A nivel mundial es reconocido que la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento elegido, entre más temprano sea la fase en la que se presenta la colecistitis, mayores beneficios tendrá esta para el paciente (1) (2) (3).

La colecistitis tiene varias fases de intervención quirúrgicas las cuales son: colecistitis temprana, colecistitis aguda y Colecistitis crónica. Sin embargo, muchas veces por más que se intenta a operar a los pacientes en esta fase, en ocasiones no es posible, dado por la oportunidad de disponibilidad de cirugía, en este espectro se incluyen los retrasos en las ordenes por las EPS (Entidades Prestadoras de Salud) y la disponibilidad de cirujanos, hacen que el tiempo en el que se intenta resolver quirúrgicamente muchas veces sobrepase la fase aguda.

El objetivo de este estudio es investigar acerca de la efectividad de la colecistitis laparoscópica en la fase subaguda ya que en Colombia se hacen intervenciones en la fase aguda y crónica, pero se quiere demostrar que al intervenir a los pacientes en fase subaguda, esta tiene ventajas sobre dejar “enfriar” el cuadro clínico, además de una muy bajo porcentaje de complicaciones intraoperatorias.

3. JUSTIFICACIÓN

La colecistitis aguda es una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias y en la consulta externa de cirugía general. La colecistectomía laparoscópica es la intervención quirúrgica más frecuente.

Se presenta Del 5-25% de los pacientes con colelitiasis. La colelitiasis se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 30 años, tanto en hombres como mujeres, pero predomina en el sexo femenino.

Con este estudio se pretende determinar la efectividad y seguridad de realizar la colecistectomía laparoscópica en colecistitis subaguda, demostrando que realizando el diagnóstico y el tratamiento en dicha fase se pueden disminuir los factores de riesgos y consecuencias de sufrir patologías asociadas con este cuadro y a las que nos puede conllevar la espera de la siguiente fase (crónica) para poder realizarse la colecistectomía laparoscópica,

3. OBJETIVOS

3. 1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad de la colecistectomía laparoscópica en colecistitis en fase subaguda en paciente del Nuevo hospital bocagrande en un periodo comprendido entre Agosto del 2017 hasta Junio del 2018

3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

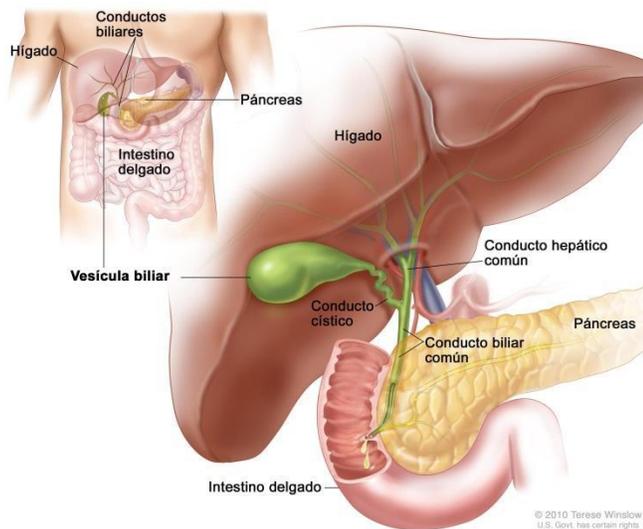
- Caracterizar las variables epidemiológicas principales en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en colecistitis subaguda
- Identificar en que momento desde que iniciaban los síntomas se intervenían quirúrgicamente a los paciente
- Identificar las posibles complicaciones al realizar colecistectomía en fase sub aguda, incluyendo la necesidad de convertir a laparotomía abierta o no.
- Determinar la intensidad del dolor posquirúrgico referido por los pacientes y su reintegro a la vida laboral.

4. 4. MARCO TEÓRICO

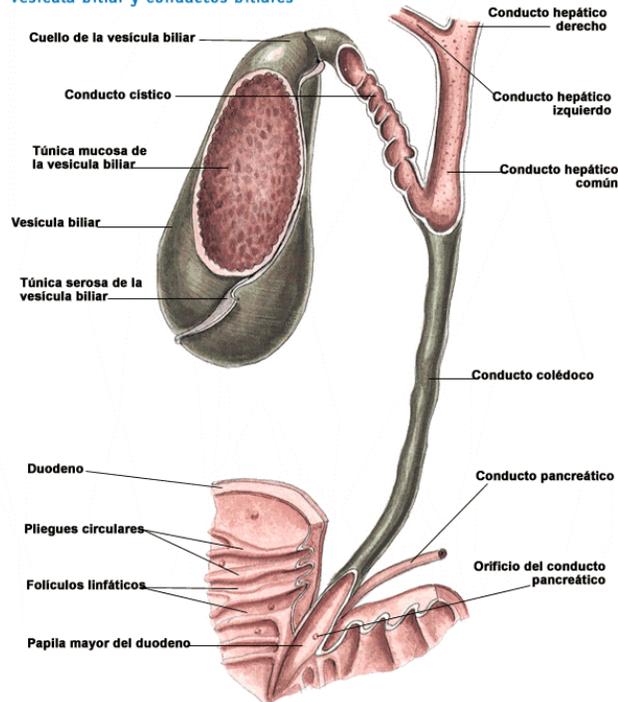
4. 1. GENERALIDADES

La colecistectomía por laparoscopia ha venido siendo el tratamiento estandarizado a nivel mundial para el tratamiento de la colecistitis a nivel mundial, otorgando seguridad a los pacientes, con una clara disminución de complicaciones peroperatorias e intraoperatorias, disminución del dolor y además un reintegro a su vida laboral mucho más favorable que cuando comparamos con cirugías abierta (8). Además se ha asegurado que entre más temprano sea la intervención, más beneficios tendrá el paciente además de lo ya mencionado, se le suma los días de estancia hospitalaria.(1).

4.2. Anatomía de la vesícula biliar:



Vesícula biliar y conductos biliares



4.2. Fisiopatología de la Colecistitis:

La colecistitis es una inflamación aguda de la pared vesicular manifestada por dolor en hipocondrio derecho, de más de 24 horas de duración y que se asocia con defensa abdominal y fiebre de más de 37,5°C. En 90% al 95% de los casos aparece como complicación de una colelitiasis (colecistitis aguda litiásica), o puede producirse en ausencia de cálculos (colecistitis aguda alitiásica). Esta última forma se presenta preferentemente en pacientes graves sometidos a tratamiento en unidades de cuidados intensivos por politraumatismos, quemaduras, insuficiencia cardíaca o renal o por sepsis, con nutrición parenteral, respiración asistida o politransfundidos. En algunos casos, en especial diabéticos, inmunodeficientes o niños, se origina como consecuencia de una infección primaria por *Clostridium*, *Escherichia coli* o *Salmonella typhi*.

Las colecistitis litiásicas se producen como consecuencia de la obstrucción del cístico por un cálculo en presencia de bilis sobresaturada. Se supone que los microcristales de colesterol y las sales biliares lesionan la mucosa vesicular y que ello favorece la invasión bacteriana y la activación de la fosfolipasa A2. Esta última libera ácido araquidónico y lisolecitina de los fosfolípidos. Mientras que la lisolecitina es citotóxica y aumenta la lesión mucosa, el ácido araquidónico origina prostaglandinas, las cuales actúan como proinflamatorios, aumentan la secreción de agua y favorecen la distensión vesicular. El aumento de presión dentro de la vesícula dificulta el flujo de sangre a través de sus paredes, lo que provoca su necrosis (gangrena vesicular) y perforación (10%). Consecuencias de esto último son: 1) peritonitis local o generalizada, 2) absceso local o 3) fístula colecistoentérica (0,1-0,2%).

La infección bacteriana parece jugar un papel secundario, ya que en el momento de la cirugía se logran cultivos positivos sólo en el 50% al 70% de los casos. A pesar de ello, esta sobreinfección puede condicionar la formación de un empiema vesicular (2,5%), en especial en los ancianos y en los diabéticos. Los microorganismos que más comúnmente se descubren son: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* y *Enterobacter* spp. En los casos más graves pueden encontrarse también anaerobios, tales como el *Clostridium perfringens*, *Bacteroides fragilis* o *Pseudomonas*. La *Salmonella typhi* se descubre en ancianos, diabéticos y portadores de litiasis biliar.

En casos raros, preferentemente también ancianos y diabéticos, se originan colecistitis enfisematosas. Los microorganismos implicados en esta forma de colecistitis son los

Clostridium spp. (45%) y, eventualmente, estreptococos anaerobios y *E.coli* (33%).

La fisiopatología de las colecistitis alitiásicas es aún más oscura, pero probablemente es multifactorial. La isquemia originada durante los periodos

hipotensivos puede condicionar algunos casos, en especial en ancianos. En los politraumatizados, así como en los sometidos a cirugía muy agresiva y en los tratados con fármacos inotropos por hipotensión arterial, el aumento del tono vascular pudiera jugar un papel patogénico. En otros casos se ha atribuido a una hipersensibilidad a los antibióticos, en otros a la estasis biliar determinada por el ayuno prolongado, la alimentación parenteral, el aumento de la viscosidad biliar (transfusiones masivas, deshidratación) o el espasmo del esfínter de Oddi (analgésicos opiáceos). También en estos casos se supone que la litogenicidad de la bilis juega un papel importante. La infección bacteriana es, en general, secundaria, pero, cuando se produce, favorece la formación de una colecistitis gangrenosa (50%) o enfisematosa.

4.2. Manifestaciones Clínicas de la Colecistitis:

La colecistitis aguda se manifiesta por dolor constante, no cólico, de presentación aguda, localizado en epigastrio o hipocondrio derecho, ocasionalmente irradiado hacia la espalda, de más de 24 horas de duración, acompañado de náuseas, vómitos y fiebre (80%) de 37,5°C a 38,5°C. La mayoría de los pacientes tiene historia de cólicos hepáticos previos. La palpación abdominal descubre sensibilidad en el hipocondrio derecho, positividad del signo de Murphy y defensa muscular en esa zona (50%). En algunos casos (20%) se palpa la vesícula, lo cual es patognomónico. Este cuadro puede ser difícil de reconocer en pacientes en situación crítica. Aún en las colecistitis agudas no complicadas es frecuente el hallazgo de una ligera leucocitosis y que las tasas séricas de transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubina y amilasa estén 2 a 3 veces por encima de la normalidad. Todo esto puede ocurrir en ausencia de coledocolitiasis o de pancreatitis. Ascensos superiores a los indicados deben sugerir la existencia de obstrucción biliar, colangitis ascendente o, eventualmente, de pancreatitis.

El cuadro clínico de las colecistitis agudas complicadas puede ser idéntico al que originan las no complicadas, por lo que el diagnóstico frecuentemente se hace durante la cirugía o se sospecha por cambios descubiertos con alguna técnica de imagen. En algunos casos existen signos que indican la gravedad del proceso y la existencia de complicaciones supurativas (vesícula palpable, fiebre mayor de 39°C, escalofríos, adinamia y leucocitosis superior a 14.000/mm³, inestabilidad hemodinámica). La perforación con peritonitis generalizada se sospecha ante la presencia de signos de irritación peritoneal difusa, taquicardia, taquipnea, acidosis metabólica, hipotensión, shock, distensión abdominal o el hallazgo de líquido perivesicular o abdominal mediante ultrasonografía.

La formación de una fístula colecistoentérica debe seguirse del cese de toda la sintomatología, por lo que su hallazgo puede ser casual por la presencia de aire en las vías biliares o por el paso a éstas de contraste radiológico. En algunos casos origina episodios de colangitis aguda (fístulas biliocolónicas) o malabsorción intestinal o diarrea. En caso de empiema vesicular no suele faltar el dolor en hipocondrio derecho, la leucocitosis ni las alteraciones de la función hepática. Sin embargo, la fiebre o la masa abdominal se hallan sólo en la mitad de los casos.

1.3. Diagnóstico de la Colecistitis:

Se debe tener la sospecha clínica, el cuadro clínico descrito debe sugerir la existencia de una colecistitis aguda, pero ese cuadro se debe diferenciar del causado por úlceras pépticas perforadas, apendicitis aguda, obstrucción intestinal, pancreatitis agudas, cólico renal o biliar, colangitis aguda bacteriana, pielonefritis, hepatitis aguda, hígado congestivo, angina de pecho, infarto de miocardio, rotura de aneurisma aórtico, tumores o abscesos hepáticos, herpes zoster y síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, entre otras. En los pacientes críticos,

sedados, obnubilados o en coma, ingresados en unidades de cuidados intensivos, puede ser difícil la identificación del cuadro clínico típico. Ello contribuye a retrasar el diagnóstico y a elevar la mortalidad de estos pacientes (30%-50%). Por esta dificultad se debe sospechar la existencia de una colecistitis aguda cuando en un paciente con esas características se encuentra fiebre de etiología desconocida, sepsis, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, aumento de la tasa de fosfatasa alcalina o resistencia a la insulina sin una causa obvia.

La radiografía simple de abdomen, puede ser de gran ayuda para descartar otras causas de dolor abdominal agudo (perforación de vísceras huecas, obstrucción intestinal) o de complicaciones de la colecistitis aguda (aire en la pared vesicular o en las vías biliares).

Si bien en los últimos años se ha explorado la efectividad diagnóstica de métodos más modernos tales como tomografía axial computarizada y la resonancia magnética, hoy en día la ecografía abdominal prevalece como el método diagnóstico de elección.

Se consideran criterios mayores de esta enfermedad: 1) cálculo en el cuello vesicular o en el cístico (difícil de reconocer). 2) Edema de pared vesicular, expresado por aumento de su espesor (> 4 mm) y por la presencia de una banda intermedia, continua o focal, hiperecogénica. Es más específico si aparece en la cara anterior. 3) Gas intramural en forma de áreas muy reflexógenas con sombra posterior. 4) Dolor selectivo a la presión sobre la vesícula (signo de Murphy ecográfico). Son criterios menores de colecistitis aguda: 1) presencia de cálculos en la vesícula, 2) engrosamiento de la pared vesicular (>4 mm), 3) líquido perivesicular, en ausencia de ascitis, 4) ecos intravesiculares sin sombra por pus, fibrina o mucosa desprendida, 5) dilatación vesicular (>5 cm.), 6) forma esférica.

Los criterios menores se pueden hallar en muchas otras enfermedades. La tríada: litiasis, Murphy ecográfico y edema de la pared vesicular es muy sugerente de colecistitis aguda. El líquido perivesicular, las membranas intraluminales y el engrosamiento irregular de las paredes con halo hiperecogénico en su espesor deben sugerir la existencia de gangrena vesicular. El hallazgo de sombras mal definidas que proceden de la pared vesicular sugiere el diagnóstico de colecistitis enfisematosa

1.4. Manejo de la Colecistitis

El tratamiento médico está orientado hacia la reducción de síntomas con analgésicos, antieméticos y el uso de antibióticos en los cuadros de colecistitis aguda. A pesar que el momento de realizar la cirugía es controversial, todavía continua siendo el tratamiento de elección.

Una vez establecido el diagnóstico de colecistitis aguda, está indicada la colecistectomía, si bien se debe decidir el momento y la forma. La colecistectomía de urgencia debe ser realizada tan pronto como lo permita la situación hemodinámica del paciente. Los criterios que indican esta actitud son: a) Evidencias de peritonitis generalizada o de empiema; b) Estado tóxico; c) Aumento del dolor; d) Fiebre superior a 39°C; e) Leucocitosis de 20.000/ml o mayor; f) Aparición de una masa abdominal; g) Tensión sistólica menor de 90 mm Hg; h) Obstrucción intestinal; i) Ictericia. A la ecografía se puede evidenciar: a) Líquido perivesicular; b) gas en pared o luz vesicular; c) edema de pared vesicular y d) líquido libre abdominal.

Si en el paciente no se hallan criterios de urgencia, se debe proseguir con el tratamiento médico general, concluir los estudios iniciados y realizar la

colecistectomía antes de las 72 horas del comienzo del cuadro clínico. La colecistectomía realizada en ese tiempo reduce la estancia hospitalaria y las recidivas y facilita la disección de las vías biliares. Cuando se atiende al paciente por primera vez o se llega al diagnóstico han transcurrido más de 72 horas, entonces se debe proseguir el tratamiento médico iniciado y esperar a la inactivación del proceso. Pasadas esas primeras 72 horas, la extensión de la inflamación dificulta la disección de las vías biliares y aumentan las complicaciones quirúrgicas. Si la evolución de la enfermedad es favorable, el paciente puede ser dado de alta y la colecistectomía se realiza 6 a 8 semanas más tarde. Si la evolución del paciente no es favorable (reaparece el dolor, fiebre, leucocitosis, toxicidad sistémica u otros signos de los enumerados más arriba) se indicará la colecistectomía de urgencia sin esperar a que pasen las 6 semanas.

4. 2. TRATAMIENTO

4. 3. ESTADO DEL ARTE (ANTECEDENTES)

4. 2. HIPOTESIS

Es conocido que el tratamiento de la colecistitis es quirúrgico, el Gold estándar es la colecistectomía laparoscópica, conocemos las bondades de su realización en fase aguda de la colecistitis, sin embargo en el presente estudio propusimos ir más allá, decidimos adentrarnos en terrenos no conocidos. Nos preguntamos qué pasaría si les hacíamos colecistectomía laparoscópica a pacientes en fase subaguda. Aprovechando la experiencia que se tiene en el Nuevo Hospital Bocagrande, nos permite poder precisar datos como dolor pos quirúrgico, conversión a cirugía abierta, complicaciones y reintegro laboral, que serían el

soporte de nuestro estudio. Estudio que puede servir de base para romper paradigmas en cuanto al tratamiento de la colecistitis.

4. 7. MARCO LEGAL (ASPECTOS ÉTICOS)

El tipo de investigación que se quiere plantea es sin riesgo según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud y protección. Para la realización del mismo se contó con la autorización del director científico del Nuevo Hospital Bocagrande, el consentimiento informado de los pacientes como parte del estudio, y el acompañamiento de especialistas para finalidad del mismo, también se siguieron los lineamientos de las buenas prácticas clínicas emitidas por la OMS y adoptadas por el INVIMA.

5. METODOLOGÍA

5. 1. TIPO DE DISEÑO

Estudio observacional descriptivo prospectivo

5. 2. POBLACIÓN

5. 2. 1. Población Marco o referencia

Pacientes con colecistitis subaguda en quienes se indicó colecistectomía laparoscópica

5. 2. 2. Población de estudio

Pacientes con colecistitis subaguda en quienes se indicó colecistectomía laparoscópica en el Nuevo Hospital Bocagrande de la ciudad de Cartagena

5. 2. 3. Población sujeto de estudio

Pacientes de 18 años o mayores con colecistitis subaguda en quienes se indicó colecistectomía laparoscópica en el Nuevo Hospital Bocagrande de la ciudad de Cartagena en un periodo desde el mes de Agosto del 2017 hasta Junio del 2018 con los siguientes criterios de selección.

5. 3. MUESTRA Y MUESTREO

La presente investigación no realizo cálculo de muestra ni utilizo técnica de muestreo, dado a que se tuvo acceso a la totalidad de la población que cumplió los criterios de selección durante el periodo de estudio.

5. 4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Código	Variable	Definición	Tipo	Categorías	Rango
SDN1Edad	Edad	Tiempo de vida en años de cada paciente teniendo en cuenta la fecha de nacimiento	Cuantitativa continua	No aplica	10-49
SDN2Sexo	Sexo	Características fenotípicas sexuales de cada paciente	Cualitativa nominal categórica	F M	1-6
SDN3Tiempo entre clínica y cirugía	Tiempo entre clínica y cirugía	Se refiere al tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y procedimiento quirúrgico	Cuantitativa continua	NA	NA
SDN4Cirugías abdominales previas	Cirugías abdominales previas	Indica si el paciente tiene cirugías abdominales previas	Cualitativa nominal categórica	SI NO	NA
SDN5Conversion a laparotomía	Conversión a laparotomía	Se refiere a si hubo necesidad de modificar la técnica laparoscópica a una cirugía abierta	Cualitativa nominal categórica	SI NO	1-5
SDN6Complicaciones	Complicaciones	Definir si existió alguna complicación intraoperatoria (sangrado >500 cc, lesión via biliar, perforación intestinal)	Cualitativa nominal categórica	SI NO	
SDN7 Intensidad del Dolor POP	Intensidad del Dolor POP	Cualificación del dolor teniendo en cuenta el puntaje de la escala análoga así Leve: 1 – 4 Moderado: 5 – 7	Cualitativa ordinal	Leve Moderado Severo	

		Sever0: 8 – 10			
SDN8 Reintegro a la actividad laboral	Reintegro a la actividad laboral	Se refiere a los días que le tomo al paciente , reincorporarse a la vida laboral	Cuantitativa continua	NA	

5. 5. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5. 5. 1. Fuentes

La fuente de información del presente estudio fue primaria a través de una encuesta al paciente directamente

5. 5. 1. Fases

1. Permiso Nuevo Hospital Bocagrande: se realizó carta de solicitud por parte nuestra a la institución en dependencia de investigación con respuesta positiva.
2. Identificación de población a estudiar: Gracias al gran volumen de pacientes que semanalmente son llevados a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Bocagrande, nos permitió con ayuda del asesor disciplinar.
3. Planificación y elaboración de la encuesta: las encuestas se realizaron en el departamento de consulta externa del Nuevo Hospital Bocagrande , en donde obtuvimos la información directamente del paciente, en su primera cita de control pos quirurgica.
4. Tabulación de la información: con ayuda de docente a cargo de estadística y epidemiología de la universidad del Sinú, se tabulo toda la información par redacción de análisis discusión y conclusiones.

5. 6. TECNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis descriptivo de variables cualitativas se realizó mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, mientras que el de las cuantitativas con medidas

de tendencia central y dispersión según criterios de normalidad pro prueba de Kolmogorov Smirnov.

6. RESULTADOS

En el periodo de estudio se identificaron 160 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en fase subaguda. El promedio de edad fue de 45,1 años (DE=6,1), el 76,9% fueron mujeres. Como antecedente relevante se encontró en el 31,3% de la muestra la realización de cirugías abdominales de las cuales el 25% fueron en mujeres, Tabla 1.

Dentro de los aspectos intraquirúrgicos no se encontraron casos de conversión a laparotomía ni complicaciones intra o pos quirúrgicas. No obstante la evaluación del dolor mediante la escala visual análoga en la primera consulta de control realizada entre el 4 y 7 posoperatorio encontró una tendencia a la intensidad leve del dolor con una mediana de 1 (RIC 1 - 2). Por otro lado al evaluar el tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y el procedimiento quirúrgico se encontró una promedio de 1,4 meses (De 0,6) siendo más frecuente el lapso de un mes con 68,6%, seguido de dos meses con 25,6% y tres meses con 5,6%. Finalmente el tiempo de reintegro a las actividades laborales se estimó en promedio de 10,6 días (DE= 2,7), Tabla 2.

7. DISCUSIÓN

A nivel mundial, la colecistectomía por laparoscopia ha sido aceptada como tratamiento estándar para la colecistitis, con una reducción en las complicaciones intraoperatorias y posoperatorias. Actualmente la tendencia mundial es llevar a los pacientes a cirugía en fase aguda de la colecistitis, siendo descrita esta como las más seguras de las fases de intervención a la hora de llevar a una paciente para cirugía, recomendaciones que son las aceptadas según las guías norteamericanas y las guías de la IDSA (1).

En el presente estudio se buscó demostrar la efectividad de la colecistectomía laparoscópica en fase subaguda de la colecistitis, el cual demostró óptimos resultados en la población de estudio, obteniendo resultados satisfactorio en cuanto a complicaciones intraoperatorias, dolor pos quirúrgico, reintegro a la vida laboral y necesidad de conversión a laparotomía respecta.

Dentro de las variables de perfil epidemiológico de nuestro estudio, se destacó que el sexo donde más se realizó colecistectomía por vía laparoscópica fue el femenino, en su gran mayoría paciente mayores de 40 años, lo cual va de la mano con lo que se reporta en la literatura a nivel norteamericana y Europas las cuales se ciñen a las guías de Tokio , (1) (2).

Una variable importante a evaluar es la necesidad de convertir el proceso de colecistectomía laparoscópica a abierta. Como se evidencio en los resultados del presente estudio, no hay reporte de conversión a laparotomía abierta, esto nos da una ventaja por encima de colecistectomías en fase crónica , en la cual es donde más se evidencian porcentajes de conversión a laparotomía abierta.(3)

Otras de las bondades que encontramos en nuestro estudio es que no se reportaron lesiones de la vía biliar principal, ni tampoco se observaron complicaciones cuando se practicó colecistectomía laparoscópica en fase subaguda, siendo unos marcadores de ventaja cuando lo comparamos con la antigua conducta de postergar la cirugía hasta la fase crónica, en donde sí se ha demostrado mayor incidencia de lesión de la vía biliar y de necesidad de conversión a laparotomía abierta. (3)(6).

Otra variable que fue objeto de estudio, el dolor posoperatorio inmediato, el cual fue evaluado según la escala visual análoga del dolor, el cual en la mayoría de los pacientes fue caracterizado como leve, evidenciado otro beneficio al momento de decidir llevar al paciente con colecistitis a una colecistectomía laparoscópica.

En este estudio se logró demostrar que al someter a un paciente a colecistectomía laparoscopia en fase subaguda en nuestro hospital, se considera como una práctica segura. A nivel mundial no contamos con una literatura la cual nos permita comparar o contrastar resultados con nuestro estudio. Sin embargo nuestros resultados se asemejan mucho, en cuanto a seguridad de la intervención respecta, a la colecistectomía laparoscópica en colecistitis fase aguda. (La cual es la recomendada como elección a nivel mundial).

Cabe destacar la importancia del impacto que este estudio puede generar, pudiendo extrapolar los resultados a un estudio de mayor envergadura. Entendiendo este aspecto como una ventaja para el paciente, evitando así las complicaciones o comorbilidades que ya han sido demostradas al tratar de retrasar la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis.

8. CONCLUSIONES

Se puede concluir en este estudio, que la colecistectomía laparoscópica en pacientes con diagnóstico de colecistitis en fase subaguda es segura para nuestros pacientes. No se evidenciaron reportes de conversión a laparotomía o lesiones de vía biliar, además la percepción del dolor posoperatorio fue leve, lo cual incluyó además en su normal curso de la vida diaria, ya que los pacientes se reintegraron a su vida laboral en un tiempo estimado de 10 días.

Se deja la puerta abierta para hacer estudios de más complejidad que permitan estandarizar este tipo de conductas a nivel nacional.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lawrence M. Knab, MD, Anne Mary Boller, MD, David M. Mahvi, MD. Cholecystitis. *Surg Clin N Am* 94 (2014) 455-470.
2. Adam Littch, MD, Cheryl R. McDonough, MD. Acute Cholecystitis, Choledocholithiasis, and Acute Cholangitis. *Hosp Med Clin* 4 (2015) 342-357.
3. Barcelo M, Cruz D, Alba C, Devesa M, Diaz M, Rey E. Advantages of early cholecystectomy in clinical practice of a tertiary care center. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2013;12:87-93.
4. .M. Bouassida, M.F. Chtourou, H. Charrada, S. Zribi, L. Hamzaoui, M.M. Mighri, H. Touinsi. The severity grading of acute cholecystitis following the Tokyo Guidelines is the most powerful predictive factor for conversion from laparoscopic cholecystectomy to open cholecystectomy. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.11.007>.
5. Venneman NG, Van Erpecum KJ. Pathogenesis of gallstone. *Gastroenterol Clin North Am* 2010;39(2):171-83
6. Skouras C, Jarral O, Deshpande R, et al. Is early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis preferable to delayed surgery?: Best evidence topic (BET). *Int J Surg* 2012;10(5):250-8.
7. Josep M. Badia, Esther Nue, Jaime Jimeno, Xavier Guirao, Joan Figueras, Javier Arias-Diaz. Surgical Management of acute Cholecystitis. Result of a Nation-Wide Survey Among Spanish Surgeon CIR ESP. 2014; 92(8):517-524.
8. Riall TS, Zhang D, Townsend CM Jr, et al. Failure to perform cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients is associated with increased morbidity, mortality, and cost. *J Am Coll Surg* 2010; 210(5):668-77, 677-9.
9. Vetrhus M, Soreide O, Solhaug JH, Nesvik I, Sondenna K. Symptomatic, non-complicated gallbladder Stone disease. Operation or Observation? A randomized clinical study. *Scand J Gastroenterol* 2002; 37:834-839.

10. TABLAS

Tabla 1. Características generales y antecedente de cirugía abdominal previa en la población de estudio

	N=160 n(%)
Edad $\bar{X} \pm DE$	45,1 \pm 6,1
Sexo	
F	123 (76,9)
M	37 (23,1)
Cirugías abdominales previas	50 (31,3)

Tabla 2. Aspectos relacionados con el procedimiento y la evolución de los pacientes

	N=160 n(%)
Conversión a abierta	0 (0,0)
Complicaciones	0 (0,0)
Dolor POP (EVA) Me (RIC)	1 (1 - 2)
Tiempo entre clínica y cirugía	1,4 \pm 0,6
1	109 (68,1)
2	41 (25,6)
3	9 (5,6)
4	1 (0,6)
Días de reintegro laboral	10,6 \pm 2,7

