



**UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**UNIDAD DE POSGRADO**



**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA**

## **TRABAJO ACADÉMICO**

### **Título**

**"FRECUENCIA Y CARACTERISTICAS DE LAS COMPLICACIONES  
POSTOPERATORIAS DE LA CIRUGIA DE VIAS BILIARES EN EL HOSPITAL  
NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO 2012-2017"**

### **Autor**

Dr. Guzmán Verona Carlos Antonio

### **Asesor Metodológico**

Dr. Díaz Vélez Cristian

### **Asesor Especialidad**

Dr. Díaz Vélez Cristian

### **Diseño de Investigación**

Estudio observacional transversal descriptivo

### **Área de Investigación**

Ciencias quirúrgicas

### **Localidad e Institución de Ejecución del Proyecto**

Chiclayo, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

### **Fecha:**

01/07/17

## **DEDICATORIA**

**A Dios**, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

**A mis padres**, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

**A mis hermanos**, por el ejemplo de superación y de esfuerzo constante para lograr nuestras metas.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecer a DIOS por todas sus bendiciones, a mi familia por siempre darme ánimos para ser mejor cada día, a mis maestros por sus consejos durante mi formación profesional, a mis amigos que estuvieron durante problemas en la formación y poder vencerlos, a mi sede hospitalaria y al personal que labora ahí por su apoyo constante.

## **RESUMEN**

La cirugía de las vías biliares constituye una de las parcelas más interesantes en la cirugía del aparato digestivo. Los procedimientos y técnicas quirúrgicas de las vías biliares se realizan para el tratamiento de las anomalías congénitas, traumatismos, inflamaciones e infecciones y tumores de la vesícula y vías biliares. Aunque la experiencia de los cirujanos en el tratamiento de estas enfermedades ha hecho disminuir de manera importante las complicaciones post-cirugía, siguen existiendo situaciones en las que el propio tratamiento quirúrgico es responsable directo de cuadros de morbilidad y mortalidad. La clasificación de las complicaciones en intraoperatorias y postoperatorias inmediatas y tardías permite apreciar las numerosas posibilidades que pueden plantearse, entre las que destacan las fístulas biliares y, sobre todo, las estenosis del árbol biliar. Desde un punto de vista general, podríamos decir que la reintervención del paciente, independientemente de cual sea la causa que la justifique, es la principal complicación de la técnica quirúrgica, ya que uno de los principios fundamentales de la cirugía es la solución intraoperatoria de cualquier problema en relación con el diagnóstico e incluso con el propio tratamiento. Por eso el porcentaje y tipo de reintervenciones da una idea general del nivel de complicaciones en este campo.

## **ABSTRACT**

The surgery of the biliary tract constitutes one of the most interesting plots in the surgery of the digestive system. Surgical procedures and techniques of the biliary tract are performed for the treatment of congenital anomalies, traumatismos, inflammations and infections and tumors of the gallbladder and bile ducts. Although the experience of surgeons in the treatment of these diseases has significantly reduced post-surgery complications, there are still situations in which the surgical treatment itself is directly responsible. The classification of intraoperative and immediate and late postoperative complications allows us to appreciate the many possibilities that may arise, among which are biliary fistulas and, above all, stenosis of the biliary tree. From a general point of view, we could say that the reoperation of the patient, regardless of the cause that justifies it, is the main complication of the surgical technique, since one of the fundamental principles of surgery is the intraoperative solution of any problem in relation to the diagnosis. That is why the percentage and type of reinterventions gives a general idea of the level of complications in this field.

## **INDICE**

### **I. ASPECTO INVESTIGATIVO**

### **II. MARCO TEORICO**

### **III. MARCO METODOLOGICO**

### **IV. ASPECTO ADMINISTRATIVO**

### **V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **ASPECTO INVESTIGATIVO**

### **Planteamiento del Problema**

#### **1.1. Situación Problemática**

La cirugía de las vías biliares constituye una de las parcelas más interesantes en la cirugía del aparato digestivo. El espectacular desarrollo durante la última década de la cirugía abierta y vía laparoscópica ha hecho posible un cambio en el punto de vista tanto de los médicos como de los pacientes, y ha permitido indicaciones quirúrgicas precoces del paciente con patología de vías biliares. Sin embargo, a pesar del indudable avance tecnológico, las complicaciones biliares siguen estando presentes en un porcentaje no despreciable, que obliga en muchos casos a reintervenciones complejas con una importante morbilidad y mortalidad. La clasificación de las complicaciones en intraoperatorias y postoperatorias inmediatas y tardías permite apreciar las numerosas posibilidades que pueden plantearse, entre las que destacan las fístulas biliares y, sobre todo, las estenosis del árbol biliar. El respeto de los principios básicos de la cirugía (diagnóstico claro, preparación del paciente, exposición adecuada, técnica exquisita y cuidados postoperatorios) es obligado en este campo, ya que es el único modo de garantizar la obtención de los mejores resultados.

#### **1.2. Formulación del Problema**

**¿CUÁL ES LA FRECUENCIA Y CARACTERISTICAS DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA CIRUGIA DE VIAS BILIARES EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO PERIODO 2012-2017?**

#### **1.3. Hipótesis**

Son frecuentes las complicaciones postoperatorias de la cirugía de vías biliares en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

No son frecuentes las complicaciones postoperatorias de la cirugía de vías biliares en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Son la lesión de vía biliar y el sangrado intraoperatorio las principales complicaciones postoperatorias de la cirugía de vías biliares en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

No son la lesión de vía biliar y el sangrado intraoperatorio las principales complicaciones postoperatorias de la cirugía de vías biliares en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

#### **1.4. Objetivos General y Específicos**

##### **OBJETIVO GENERAL**

- DETERMINAR LA FRECUENCIA Y CARACTERISTICAS DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA CIRUGIA DE VIAS BILIARES EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO DURANTE EL PERIODO 2012-2017.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la frecuencia de complicaciones posteriores a la cirugía de vías biliares que tienen los pacientes en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el período 2012-2017.
- Determinar las principales complicaciones de los pacientes que tienen complicaciones posteriores a la cirugía de vías biliares en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el período 2012-2017.

### 1.5. Justificación e Importancia

Se realiza el presente estudio con el objetivo de determinar la frecuencia y características de las complicaciones postoperatorias de la cirugía de vías biliares en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo para conocerlas y conocer los riesgos preoperatorios y evitar mayor morbimortalidad a los pacientes tanto en el transoperatorio como en el postoperatorio.

### 1.6. Limitaciones y viabilidad

**Viabilidad:** El presente estudio es viable en medida que cuenta con los casos clínicos, los recursos humanos, financieros y materiales para llevar a cabo dicho estudio.

**Limitación:** pérdida de pacientes en el transcurso del tiempo, falta de datos relevantes para el estudio en algunas historias clínicas.

## Marco Teórico

### 2.1. Antecedentes del estudio

Las complicaciones postoperatorias de la cirugía de vías biliares se pueden clasificar en inmediatas como: Hemorragia postoperatoria, Absceso subhepático y absceso subfrénico, Peritonitis biliar y fístula biliar, Colestasis postoperatoria por la lesión de la vía biliar, Fístula duodenal, Coledocolitiasis, pancreatitis. Además presenta complicaciones postoperatorias tardías: Ictericia, colestasis y estenosis biliar, Coledocolitiasis, colangitis y pancreatitis. (5)

El Dr. Ricardo Almeida realizó un estudio retrospectivo descriptivo con el objetivo de conocer la prevalencia de complicaciones tras las colecistectomías en el Hospital Docente «Miguel Enríquez», en el período de 1998 a septiembre de 2005, las causas más frecuentes de las colecistectomías, la edad, sexo, raza y antecedentes patológicos personales de los pacientes operados, los datos reflejados en las historias clínicas acerca del transoperatorio y el tiempo de estancia hospitalaria. Se revisaron 296 historias clínicas de pacientes colecistectomizados. En el 63 % de los casos se indicó esta operación por colecistitis crónica litiásica. El 82 % de los pacientes eran del sexo femenino y en el 23 % se utilizó la vía videolaparoscópica en comparación con el 77 %, en que se usó la convencional. Las complicaciones más frecuentes fueron la salida de líquido por el drenaje durante más de 48 h, con características

serohemáticas en el 12,5 % y de tipo bilioso en el 5 % de los pacientes. La estancia hospitalaria en general fue de 64 h como media geométrica y de 48 h, la mediana. (6)

El Dr. Victor Elizalde Valdez analizó 136 expedientes para identificar las complicaciones de la colecistectomía temprana vs la colecistectomía tardía, no encontrando significancia estadística entre la estancia hospitalaria, la edad y sexo y el momento de la colecistectomía (temprana vs tardía). La colecistectomía por laparoscopia se practicó en 93 (68.4%) pacientes y la colecistectomía abierta en 43 (31.6%) pacientes. Las comorbilidades se registraron en 21 (15.4%) pacientes, siendo las más comunes la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. La intervención temprana se practicó en 56 (41.2%) y la tardía en 80 (58.8%). Las complicaciones se presentaron en 24 (17.6%) pacientes y la hemorragia transoperatoria la más frecuente, siendo en la colecistectomía tardía donde se pierde menor cantidad de sangre en mililitros, con una diferencia estadística significativa ( $P < 0,001$ ). (7)

Vicente Bladimir Ponce Sánchez realizó un estudio para describir las complicaciones más frecuentes que se presentan con la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período Enero 2009 a Agosto 2010. En este estudio predominó el género femenino con 288 pacientes. El grupo etario más afectado con las complicaciones laparoscópicas estuvo entre los 20 a 40 años. La técnica quirúrgica cerrada fue la más empleada (306; 86%). El tiempo promedio de duración de la colecistectomía laparoscópica fue entre 1 a 2 horas (229; 64,3%). Se presentó conversión de técnica quirúrgica solo en 65 pacientes (18,3%). La complicación temprana que más se presentó fue el sangrado. La complicación tardía más frecuente fue la infección de la herida, siendo esta última, la más frecuente de las dos. (8)

En un Meta-análisis realizado para evaluar la efectividad de la colecistectomía laparoscópica frente a la abierta se encontró que hay evidencia de mayor efectividad de la colecistectomía laparoscópica frente a la abierta en términos de complicaciones, mortalidad y estancia hospitalaria. (9)

Dr. Jorge Luis Estepa Pérez se planteó como objetivo describir los resultados obtenidos con la colecistectomía convencional abierta, en el tratamiento de la litiasis vesicular. Fueron operados 147 pacientes; predominó el grupo de 41 a 60 años y el sexo femenino; el dolor en hipocondrio derecho y la intolerancia a los alimentos grasos y granos, fueron los síntomas y signos que prevalecieron. La cefazolina fue el antibiótico más utilizado. Los pacientes evolucionaron de forma satisfactoria, las complicaciones fueron mínimas. Concluye su estudio: la colecistectomía convencional abierta sigue siendo una opción favorable para el tratamiento de la litiasis vesicular, ante la ausencia de tecnología de avanzada. (10)

## 2.2. Marco Teórico: bases teóricas

Los procedimientos y técnicas quirúrgicas de las vías biliares se realizan para el tratamiento de las anomalías congénitas, traumatismos, inflamaciones e infecciones y tumores de la vesícula y vías biliares. Aunque la experiencia de los cirujanos en el tratamiento de estas enfermedades ha hecho disminuir de manera importante las complicaciones post-cirugía, siguen existiendo situaciones en las que el propio tratamiento quirúrgico es responsable directo de cuadros de morbilidad y mortalidad. A pesar del importante refinamiento técnico del que hoy se dispone, la transgresión de cualquiera de los principios básicos de la cirugía puede ser consecuencia de una lesión o secuela a veces irreparable. La mayoría de las complicaciones se producen durante el tratamiento quirúrgico de la patología específicamente hepatobiliar; sin embargo, la proximidad topográfica con otras vísceras del abdomen como estómago,



duodeno, hígado, ángulo hepático del colon, riñón y glándula suprarrenal derecha, hace que eventualmente puedan producirse lesiones en las mismas durante la práctica de procedimientos quirúrgicos en dichos órganos. Existen una serie de factores predictivos relacionados con la aparición de las complicaciones biliares, entre los que debemos resaltar por encima de los demás el factor cirujano, ya que la experiencia y pericia del mismo unida a la dosis necesaria de sentido común constituye sin lugar a dudas el factor determinante para la consecución de los mejores resultados. (1)

Junto a él debemos reflejar otros como la existencia de anomalías anatómicas, grado de inflamación de las estructuras, presencia de adherencias y fibrosis por intervenciones previas que dificultan la identificación de las estructuras, etc. El ambiente en el que se desarrolla la intervención (electiva o urgente), la premura del cirujano, junto con una exposición del campo quirúrgico insuficiente, son factores que en circunstancias adversas pueden influir en la producción de la complicación. Es difícil establecer una cifra absoluta de morbilidad y mortalidad para cada uno de los procedimientos de la cirugía hepatobiliar, pero tomando como referencia la colecistectomía podemos señalar unos valores medios de morbimortalidad e índice de lesión de vía biliar del procedimiento abierto con respecto al procedimiento laparoscópico. (2)

Desde un punto de vista general, podríamos decir que la reintervención del paciente, independientemente de cual sea la causa que la justifique, es la principal complicación de la técnica quirúrgica, ya que uno de los principios fundamentales de la cirugía es la solución intraoperatoria de cualquier problema en relación con el diagnóstico e incluso con el propio tratamiento. Por eso el porcentaje y tipo de reintervenciones da una idea general del nivel de complicaciones en este campo. Entre 3 y 10 de cada 100 pacientes son reintervenidos tras una cirugía de las vías biliares. A pesar que la propia reintervención es necesaria para resolver el problema, es importante considerar las importantes tasas de morbilidad (10-20%) y mortalidad (12%) que tiene una reintervención de este tipo. Existen dos fases en relación con la reintervención: la que se produce en el primer período postoperatorio, o la que se realiza durante un ingreso posterior. (3)

Las razones de una reintervención precoz suelen estar relacionadas con lesiones intraoperatorias de los conductos biliares, fístula biliar procedente del tracto biliar, fístula de anastomosis biliodigestiva, hemorragia postoperatoria, peritonitis biliar, salida del tubo de Kehr, coledocolitiasis no identificada, etc. Sin embargo, las reintervenciones tardías están en relación con coledocolitiasis residual, estenosis de las vías biliares, estenosis de una anastomosis biliodigestiva, estenosis de papila, etc. Es necesario recordar que, hoy día, la disponibilidad de métodos endoscópicos y radiológicos avanzados nos permite tratar algunas de estas complicaciones sin el concurso de la cirugía, especialmente las relacionadas con estenosis del árbol biliar, ya que pueden tratarse mediante dilataciones progresivas o colocación de prótesis. (4)

### 2.3. Definición de Variables y operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	SUB-INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Edad</b>	Socio-demográfica	Número de años cumplidos		CUANTITATIVA DISCRETA
<b>Sexo</b>	Socio-demográfica	Masculino		CUALITATIVA NOMINAL DICOTÓMICA
		Femenino		
<b>Estado civil</b>	Socio-demográfica		Soltero	CUALITATIVA NOMINAL POLITÓMICA
			Conviviente	
			Casado	
			Divorciado	
			Viudo	
<b>Complicación postoperatoria</b>	Quirúrgica			CUALITATIVA NOMINAL POLITÓMICA
<b>Reintervención quirúrgica</b>	Quirúrgica	SI		CUALITATIVA NOMINAL DICOTÓMICA
		NO		

### Marco Metodológico

#### 3.1. Diseño de Investigación, tipo de estudio.

Estudio observacional transversal descriptivo

#### 3.2. Población y Muestra, criterios de inclusión y exclusión.

- **POBLACIÓN:**

Pacientes sometidos a cirugía de vías biliares en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el período 2012-2017

- **MUESTRA:**

Pacientes sometidos a cirugía de vías biliares en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el período 2012-2017

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- ✓ Pacientes sometidos a cirugía de vías biliares electiva y/o de emergencia

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- ✓ Pacientes tienen una intervención quirúrgica adicional a la cirugía de vías biliares en el mismo acto operatorio
- ✓ Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

### 3.3. Procedimientos para la Recolección de Datos

Revisión de historias clínicas. La información obtenida se guardara en una base de datos. Las cuáles serán analizadas. Obteniendo resultados

### 3.4. Aspectos éticos del estudio

No aplica. El presente trabajo de investigación no tiene conflicto de interés

### 3.5. Análisis Estadístico

El análisis estadístico de la información obtenida será procesada con el programa SPSS (StatisticalPackageforthe Social Sciences) versión 15.0 para Windows.

## ASPECTO ADMINISTRATIVO

### Cronograma de Actividades

Actividades Meses	Año 2017													
	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE	
1. Pregunta de investigación	X													
2. Revisión de la bibliografía	X													
3. Elaboración del proyecto		X	X	X										
4. Evaluación metodológica					X	X								
5. Recolección de la Información							X	X	X					
6. Procesamiento de la información										X	X			
7. Análisis e interpretación de la información											X	X		

8. Elaboración del informe de investigación													X	
9. Presentación del informe													X	
10. Publicación														X

#### Presupuesto

<b>BIENES</b>	<b>MONTO (S/.)</b>
• Laptop	2 000.00
• Impresora color	300.00
• Cámara digital	500.00
• Útiles de escritorio	400.00
<b>SERVICIOS</b>	
• Internet	500.00
• Estadista	1 000.00
• Telefonía móvil	300.00
• Impresiones y fotocopias	200.00
• Transporte del investigador	500.00
• Viáticos del investigador	300.00
<b>TOTAL</b>	<b>6 000.00</b>

#### Fuentes de Financiamiento

- Recursos de investigador.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Pérez Jorge Octavio, Medina García Pablo, Ortiz Reyes Sergio Fernando, Lozano Cervantes Hiram Efraín. Lesiones de la vía biliar: Prevalencia en pacientes con colecistectomía laparoscópica en un hospital de especialidades. Cir. gen [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2017 Jun 22] ; 33( 1 ): 38-42. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992011000100007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000100007&lng=es).
2. Eduardo E. Luna-Madrid; Martha E. Quiñonez-Meza. Colecistectomía temprana comparada con tardía. Rev med UAS; Vol. 4: No. 1. Enero-Marzo 2014.
3. Roberto Araiza-Hernández, José Héctor Salazar-Gutiérrez, Sergio Dávila-Flores. Frecuencia de conversión de colecistectomía laparoscópica en un Hospital Universitario. Rev Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica Vol. 17 Núm. 2 Abr.-Jun. 2016
4. LOSADA M HÉCTOR, MUÑOZ C CÉSAR, BURGOS S LUIS, SILVA A JORGE. Reconstrucción de lesiones de la vía biliar principal: La evolución hacia la técnica de Hepp-Couinaud. Rev Chil Cir [Internet]. 2011 Feb [citado 2017 Jun 22] ; 63( 1 ): 48-53. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262011000100008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000100008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262011000100008>.
5. D. Casanova Rituerto. Complicaciones de la cirugía biliar. CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 69, Marzo 2001, Número 3
6. Almeida Varela Ricardo, Bodes Sado A, Samper O. Complicaciones tras colecistectomía en el Hospital Docente Miguel Enríquez (1998 a 2005). Rev Cubana Cir [Internet]. 2006 Jun [citado 2017 Jun 25] ; 45( 2 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932006000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000200002&lng=es).
7. DR. Víctor Manuel Elizalde Valdéz. Complicaciones de la colecistectomía intervención: temprana vs tardía en el HOSPITAL PRIVADO "JESÚS MÉDICO". TESIS DOCTORAL. MÉXICO 2017.
8. Vicente Bladimir Ponce Sánchez. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. TESIS UNMSM. PERÚ.
9. Olaya Pardo Catalina, Carrasquilla Gutiérrez Gabriel. Meta-análisis de efectividad de la colecistectomía laparoscópica frente a la abierta. rev. colomb. cir. [Internet]. 2006 Jun [citado 2017 Jun 24] ; 21( 2 ): 104-115. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822006000200005&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822006000200005&lng=es).
10. Estepa-Pérez J, Santana-Pedraza T, Estepa-Torres J. Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. Medisur [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Mar 11]; 13(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2922>