

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**Consideraciones Sobre Complicaciones mas
Frecuentes en Intervenciones de Vías Bi-
liares del Hospital General "San Juan de
Dios" Revisión de 100 Casos Año 1976.**

MARIO ENRIQUE JO CHANG

PLAN DE TRABAJO

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. MATERIAL Y METODOS
- IV. ANTECEDENTES
- V. RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION
- VI. COMENTARIOS
- VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- VIII. BIBIOGRAFIA Y ANEXO

INTRODUCCION:

El presente trabajo, sobre las complicaciones más frecuentes en intervenciones de Vías Biliares del Hospital General "San Juan de Dios", revisión de 100 casos, año 1976, va a formar parte de la documentación que hay sobre este aspecto, el cual esperamos que sirva de referencia para investigaciones posteriores.

Efectuando una revisión de literatura sobre la misma, encontramos varios conceptos de uso general en la mayoría de hospitales internacionales con respecto a las complicaciones e intervenciones de vías biliares y, sumado a la experiencia quirúrgica, se ha demostrado que el hecho de dejar tubos de drenaje en el lecho hepático cuando se efectúa la Colectomía o la Colectomía, permitiendo las salidas de las sustancias acumuladas en el área sub-hepática, ha acarreado un tremendo descenso de las complicaciones tardías, un esclarecimiento de la sintomatología y un tratamiento más inmediato de éstos. Además, de lo difícil que debe ser diferenciar entre una acumulación de bilis subhepática, una hemorragia, un absceso o sólo exudado, problemas ahora más fáciles, gracias al uso de un penrouse.

Desde que se coloca sonda nasogástrica preoperatoria de tipo descompresivo, ha disminuido la incidencia de síndrome de aspiración, la náusea y vómitos que antes perturbaban al paciente. La movilización de pacientes post-operatorios ha bajado la cantidad de atelectasias y tromboflebitis. El conocimiento adecuado del funcionamiento cardiovascular, el estado renal, nutricional, electrolítico y el funcionamiento adecuado endócrino, ha permitido dejar la cirugía en un plano más seguro para el paciente y para el cirujano

Todo el descenso de la morbimortalidad, se debe a una mejoría en los cuidados pre-operatorios, operatorios y en un mejor conocimiento de las complicaciones que se puedan presentar.

Actualmente, aparecen cada vez más frecuentemente artículos sobre determinadas cualidades de ciertas técnicas en colecistectomía, más creo, que el campo de la Cirugía de Vías Biliares, el equipo médico y personal paramédico es mejor entrenado y preparado para afrontar la responsabilidad de determinada técnica quirúrgica.

El resultado de ésto lo tenemos aquí donde la tabulación de los datos de la revisión de 100 casos de intervenciones de vías biliares nos da valores bajos de morbilidad y ninguno de mortalidad, estando la cirugía de urgencia en manos de personal en formación y entrenado en nuestro Hospital.

OBJETIVOS:

1. Conocer la incidencia de complicaciones en intervenciones de Vías Biliares en el Hospital General.
2. Conocer la morbimortalidad causada por las complicaciones de este tipo de operaciones.
3. Conocer la morbilidad más frecuente no relacionada directamente con el tipo de operación.
4. Establecer datos comparativos con otras estadísticas nacionales e internacionales.
5. Constituir un documento de referencia para investigaciones posteriores.

ANTECEDENTES:

En toda serie estadística, de cualquier tipo de intervención, hay una serie de complicaciones, las cuales, están a su vez ligadas a un conjunto de factores, los cuales son, en mayor o menor grado, susceptibles de ser modificados, resultando así, una menor incidencia de trastornos.

Todo el trabajo que se presentará, la revisión y computación de los datos obtenidos en las papeletas y revisión de literatura al respecto, no persigue más que el tratar de bosquejar estos pequeños factores, para luego encuadrarlos dentro de un marco y tratar de modificarlos estableciendo una clasificación de las complicaciones, la cual de por sí es sumamente difícil pues hay diferentes ángulos de donde se puede enfocar el tema y, ninguno de estos, nos da una visión completa, teniendo casi siempre una vista en un solo plano. No se puede pretender al hacer el presente trabajo abarcar todas las complicaciones que se puedan presentar, más bien, se tratará de enumerar las más frecuentes o las que he logrado conocer.

Las complicaciones se pueden dividir en:

1. Pre-operatorias.
2. Operatorias.
3. Post-operatorias.

COMPLICACIONES PRE-OPERATORIAS:

Comprenden el grupo en que se presentan antes o al momento de desarrollarse determinada enfermedad de Vías Biliares, teniendo la mayoría de estas repercusión vital sobre la morbimortalidad, siendo en su mayor parte causantes de alteraciones posteriores. La mayoría de estas ya están bien establecidas y acompañan a muchas de las intervenciones. Tenemos entre éstas:

1. Edad del paciente.
2. Tiempo de evolución de la enfermedad.
3. El estado nutricional del paciente.
4. El funcionamiento cardiovascular.
5. Cuadros de hipersensibilidad a drogas.
6. Enfermedades endócrinas que alteran la homeostasia del individuo.
7. Cuadros agudos básicos que inducen a consultar la emergencia:
 - a) Coleperitoneo
 - b) Colangitis
 - c) Hidrocolecisto
 - d) Gangrena de vesícula, etc.

Estos nos inducen a un tratamiento desesperado no contando con los recursos y cuidados pre-operatorios para llevar a un paciente en las mejores condiciones a la sala de operaciones, confirmandonos con ciertos requerimientos mínimos que no son ni serán los mejores. Es en este punto donde la cirugía tiene sus mayores descalabros y con la adecuada corrección de estos encontraremos su mayor satisfacción.

COMPLICACIONES OPERATORIAS:

Dependen, tanto del cirujano como del equipo y ambiente donde se realiza la intervención. La cirugía de Vías Biliares es muchas veces problema, tanto para el experto y aún más para el novel que tarde o temprano se encontrará con variaciones anatómicas que desconoce.

La experiencia al observar otros casos similares, la capacidad de aplicación de lo aprendido, su habilidad lo han de sacar de este atolladero y, más aún, en nuestro Hospital, la supervisión de un Cirujano con más experiencia. Creo que aquí es en donde la cirugía en los últimos decenios ha efectuado adelantos (anestesia, — equipo, personal, etc.).

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS:

Este grupo es el que nos preocupa en cualquier Centro Hospitalario; es la consecuencia de una valoración — inadecuada del pre y período operatorio, el punto donde repercuten o se plasman los datos pasados por alto. Creo, que no hay una sola complicación para el post-operatorio, creo que todos tienen sus antecedentes y que no son más que una resultante de los puntos anteriores.

Las complicaciones de este grupo se pueden clasificar así:

1. Complicaciones directamente relacionadas con la operación:

- a) Alteraciones de la herida.
- b) Alteraciones de los vasos.
- c) Lesiones en Vías Biliares.
- d) Alteraciones o lesiones hepáticas.
- e) Lesiones pancreáticas. ✓ ?
- f) Alteraciones peritoneales.
- g) Infecciones.

2. Complicaciones colaterales:

- a) Sistema respiratorio.
- b) Sistema cardiovascular.
- c) Sistema renal.
- d) Sistema gastrointestinal.
- e) Sistema nervioso .
- f) Sistema circulatorio.
- g) Sistema vascular.

COMPLICACIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA OPERACION:

1. Alteraciones de la herida:

- a) Hematomas
- b) Infección
- c) Dehiscencia de piel, fascia, peritoneo, muñón, etc.

2. Alteraciones de los vasos:

- a) Inadecuada identificación
- b) Mala ligadura
- c) Mala o insuficiente hemostasia.

3. Lesiones del árbol biliar:

- a) Fístulas
- b) Lesiones a las hepáticas
- c) Lesiones al colédoco
- d) Lesiones al esfínter de Oddi ?
- e) Cístico residual
- f) Litiasis residual
- g) Colangitis

h) Estrechez

i) Lesión intra hepática ? ✓

4. Lesiones Hepáticas:

a) Cirrosis biliar

b) Colangitis

c) Abscesos

d) Hepatitis

e) Fallo hepático ?

5. Lesiones al páncreas:

a) Pancreatitis

6. Lesiones al Peritoneo:

a) Peritonitis biliar

b) Hemoperitoneo

c) Peritonitis bacteriana

d) Adherencias

7. Infecciones:

a) Colangitis

b) Absceso sub-frénico

- c) Absceso sub-hepático o intra hepático
- d) Septicemia
- e) Pileflebitis
- f) Peritonitis

COMPLICACIONES COLATERALES:

1. Sistema Respiratorio:

- a) Embolias sépticas
- b) Atelectasias
- c) Bronconeumonías
- d) Fistulas toraco-abdominales

2. Sistema Cardiovascular:

- a) Insuficiencia cardíaca
- b) Arritmias
- c) Paro cardíaco
- d) Embolismo
- e) Trombosis y tromboflebitis

3. Sistema Renal:

- a) Fallorenal
- b) Abscesos

c) Pielonefritis

d) Cistitis

e) Atonía vesical

4. Sistema Gastrointestinal:

a) Ileo paralítico

b) Dilatación gástrica aguda

c) Úlcera de stress

d) Obstrucción intestinal

e) Diarrea post-colecistectomía

5. Sistema Nervioso:

a) Radiculitis

b) Parálisis por isquemia o compresión

c) Neuroma del muñón

6. Sistema Hematológico:

a) Incompatibilidad sanguínea

b) Septicemia

c) Anemia hemolítica

REVISION DE LITERATURA:LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES RELACIONADAS CON EL TIPO DE OPERACION DIAGNOSTICO Y PREVENCION.INFECCIONES:

Considero que es la más frecuente y es causada por múltiples factores, por ejemplo, mala antisepsia del área operatoria, del personal, del equipo quirúrgico, colangitis, gangrena de vesícula, infecciones en otra parte del cuerpo, etc.

Su diagnóstico debe ser precoz, al momento de encontrar un posible foco de contaminación se deben tomar cultivos. La sintomatología está producida por: fiebre, taquicardia, sudoración, salida de material purulento, por los drenajes, estado tóxico del paciente, empastamiento del área operatoria con enrojecimiento, hipertemia.

Si es sub-frénico puede dar molestias cardiopulmonares. El tratamiento consiste en drenaje y un tratamiento — adecuado específico de antibióticos.

Litiasis Residual:

Puede ser producida por una falta de evaluación de la sintomatología preoperatoria, inadecuada exploración del colédoco o falta de ésta, en algunos casos, ha sido producido por calcificación de materiales de sutura inabsorbibles.

La sintomatología puede presentarse en el post-operatorio reciente, en el tardío o tiempo después; consiste

en dolor tipo cólico, escalofríos, ictericia, fiebre; se sospecha cuando han habido cálculos pequeños, cuando se han extraído algunos del colédoco.

El diagnóstico definitivo se hace por colangiografía en dovenosa o directa. El tratamiento es la reintervención; en algunos lugares usan antiespasmódicos, relajantes, analgésicos. En otros usan algunos aparatos como las Pinzas de Mondet.

HEMORRAGIA POR:

- a) Hípoprotrombinemia
- b) Discrasias sanguíneas
- c) La más frecuente: mala hemostasia.

Su diagnóstico se hace por: dolor difuso en hipocondrio derecho, palidez, taquicardia, hipotensión, sudoración fría, sangrado por el Penrouse y una adecuada respuesta a la transfusión.

BILIORRAGIA POR:

- a) Obstrucción de colédoco por cálculos residuales, angulación o estenosis.
- b) Odditis
- c) Pancreatitis focal
- d) Sección del colédoco o el hepático
- e) Sutura suelta en el muñón

- f) Canaliculos aberrantes biliares
- g) Lesión parénquima hepático
- h) Persistencia de partes de pared vesicular

Se caracteriza por: dolor en hipocondrio derecho más defensa muscular, empastamiento y lo más frecuente salida de bilis abundante por el Penrouse (más de 1,000 a 1,500 cc. diarios). Su tratamiento depende de la causa desencadenante, pero la mayoría de las veces es operatorio.

CISTICO RESIDUAL:

Junto con el de litiasis residual forman parte de la gama de patología responsable de el Término Síndrome post-colecistectomía. Puede ser producido por una mala disección del cístico al momento operatorio (por ser muy largo, corto, grueso, en cañón de escopeta o existir una bolsa de hartman).

Se diagnostica cuando su longitud pasa 0.5 cm, puede ser sintomático o no produce molestias de tipo cólico postprandial de grasas localizado en hipocondrio y que puede irradiar a epigastrio, dorso o escápula, produce náusea y vómitos; y por acompañarse frecuentemente de cálculos de la sintomatología de estos. El diagnóstico se hace por colangiografía y el tratamiento es quirúrgico.

FIBROSIS POST-OPERATORIA:

Resulta, frecuentemente, de lesión directa del colédoco con estrechez posterior, irritación por cálculos, compresión por hematomas no reabsorbidos, angulación por bridas, compresión por suturas, lesión con los dilatadores, infección, carcinoma.

La sintomatología es casi siempre producida por la ictericia que se va acentuando paulatinamente, generalmente es indolora. El diagnóstico es por colecistografía y el tratamiento es quirúrgico.

PERITONITIS BILIAR:

La causa más frecuente es una fístula biliar (lesión al colédoco, hepático, etc.).

El cuadro sintomático puede ser sumamente aparatoso o instalarse gradualmente; sin embargo, tiene una mortalidad sumamente elevada.

Síntomas: Irritabilidad, hiperpirexia, distensión abdominal, dolor abdominal difuso, ausencia de ruidos abdominales, vómitos, náuseas, taquisfigmia, arritmias, ictericia, síndrome compresivo de la cava, hipotensión severa, que no responde rápidamente al paso de líquidos y esto es producido por la gran irritación y aumento de pérdida de líquido en la membrana peritoneal.

El tratamiento es igual al de una quemadura Grado III.

SINDROME POST-COLECISTECTOMIA:

Producido por una serie de factores como: cálculos, cístico residual sintomático, estrechez del colédoco, pancreatitis, odditis megacolédoco, neuroma del muñón; debe ser diferenciado de las molestias que producen ciertos cuadros abdominales como: úlcera gástrica, úlcera duodenal, nefrolitiasis, patología ginecológica, hernia vertebral, hidronefrosis, alteraciones del tono gástrico, enteropatías, hernia diafrágica, pancreatitis, coronariopatías, saturnismo, porfiria, etc. Según Mogená, el síndrome es el conjunto de disturbios que sufre el paciente relacionados, no sólo, con la falta de vesícula biliar sino que por el fallo de la supresión a largo tiempo de las molestias biliares después de la cirugía. La sintomatología, es por lo tanto, la persistencia de náuseas, vómitos, molestias postprandiales, dolor, intolerancia de grasas, dispepsias, ictericia.

El tratamiento es sintomatológico y si falla, quirúrgico, pero siempre hay que descartar los factores antes mencionados.

ACUMULACIONES SUBHEPATICAS:

Es la serie de trastornos según GLENN, por la colección de sangre, bilis, linfa, exudado, etc. Este problema se ha limitado grandemente por el uso de drenajes durante los primeros 3 días del post-operatorio. La sintomatología que produce está dada por la compresión que producen, ejercen, el espasmo que provocan, las lesiones fibróticas que acarrear, el secuestro de volumen sistémico que causan y el posible problema de su infección relativamente fácil.

ALTERACIONES DE LOS DRENAJES:

Estas pueden clasificarse en luxaciones cuando el tubo debía permanecer en determinada posición y por causas como tracción excesiva, mala fijación, etc., pier de su posición adecuada. Puede dar o no síntomas, o bien, ser descubrimiento colangiográfico o por la excesiva salida de bilis alrededor de él.

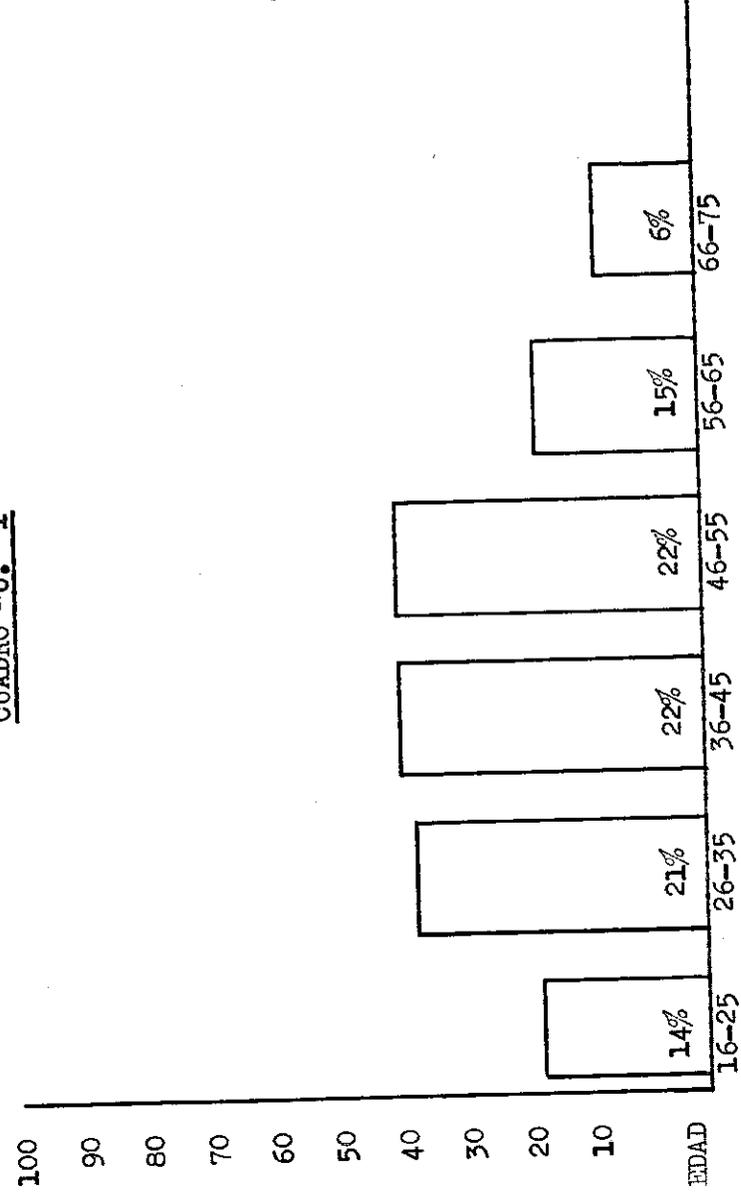
La oclusión es cuando queda bloqueada su luz, esto puede estarlo desde el principio o bien obstruirse por cálculos o angulaciones.

Produce molestia como si fuese un cálculo en el colédoco. El tratamiento es limpiarlo con suero fisiológico o bien retirarlo.

La retención ocurre cuando queda fijado por un punto de material inabsorbible en el colédoco o por ser muy largo.

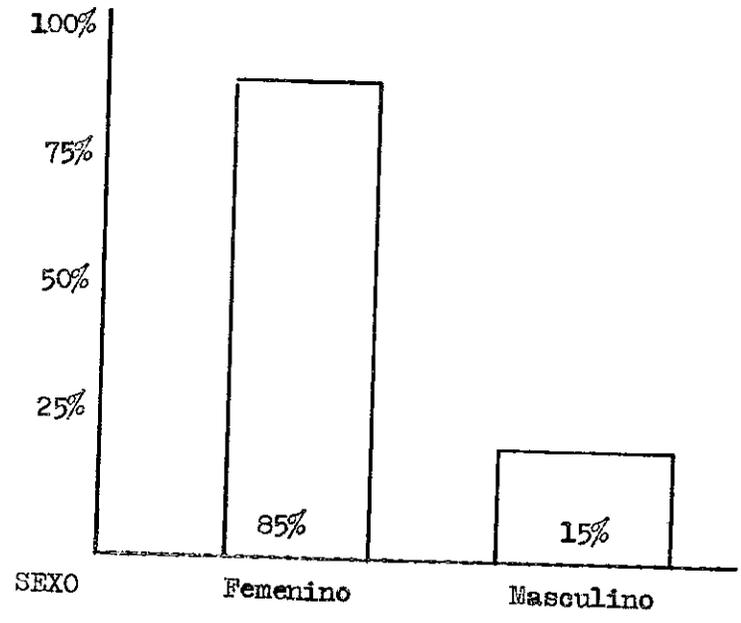
La mayoría de estos problemas se han eliminado usando materiales absorbibles en las suturas, poniendo sus ramas más cortas y haciéndole una incisión en V en la unión de las tres ramas del tubo de Kehr.

CUADRO No. 1



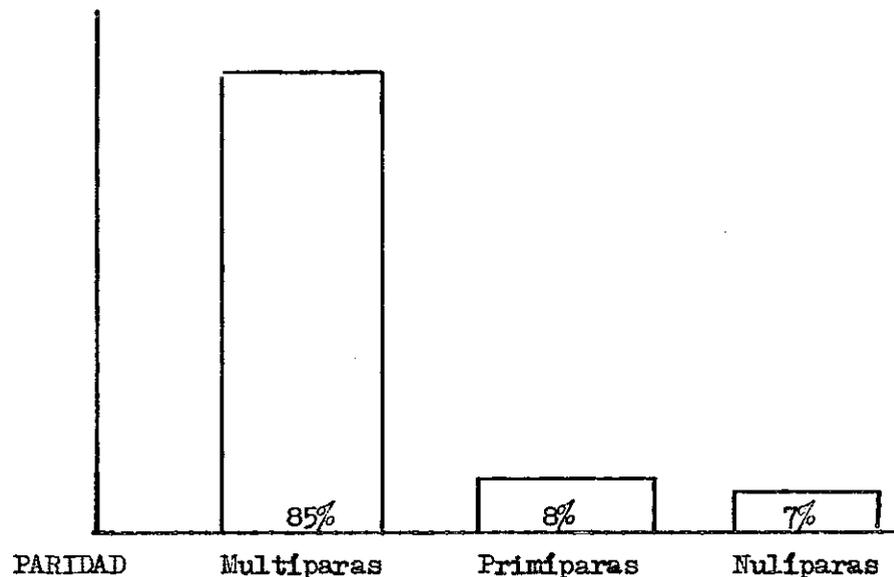
NOTA: Como podemos apreciar la mayoría de casos se presentó en el 20., 30., 40. y 50. decenio. Esto va de acuerdo a las estadísticas de Strhol (13) en donde es más frecuente las operaciones de Vías Biliares.

CUADRO No. 2



NOTA: En nuestro estudio predomina el sexo femenino (85%), lo cual está de acuerdo a otras estadísticas, el motivo no está aún claro.

CUADRO No. 3



NOTA: Atendiendo a la paridad de las 85 pacientes feminas, el 85% de estas fueron multigestas, siendo en ellas más frecuente una intervención quirúrgica de vías biliares.

CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS PRE-OPERATORIOS

Diferencia

DIAGNOSTICO	No. Casos F.	No. Casos M.	Total%
Colecistitis crónica calculosa	44	6	50
Colecistitis aguda	15	4	19
Coledocolitiasis	10	-	10
Litiasis Biliar	4	-	4
Colecistitis crónica aguda	3	-	3
Ictericia Obstructiva por coledocolitiasis	3	2	5
Neoplasia de vías biliares	3	3	6
Colecistitis sub-aguda	2	-	2
Piocollecisto	1	-	1
	<u>85</u>	<u>15</u>	<u>100</u>

CLASIFICACION DE DIAGNOSTICOS POST-OPERATORIOS

DIAGNOSTICOS	<u>No.Casos F.</u>	<u>No.Casos M.</u>	<u>Total</u>
Colecistitis crónica calculosa	44	6	50
Colecistitis Aguda	15	4	19
Coledocolitiasis	15	15	15
Neoplasia de vías biliares	3	2	5
Ictericia Obstructiva por coledocolitiasis	2	2	4
Colecistitis crónica en fase aguda	3	-	3
Litiasis biliar	3	-	3
Colecistitis subaguda	2	-	2
Colecistitis aguda gangrenosa	2	-	2
Fístula colecisto-duodenal	2	-	2
Metástasis hepática por neoplasia biliar	2	-	2
Piocollecisto	1	-	1
Estenosis benigna de colédoco	1	-	1
Colecistitis aguda perforada	1	-	1
Empiema de vesícula	1	-	1
Pancreatitis post-operatoria	1	-	1
Neoplasia gástrica	1	-	1

NOTA: el 95% de diagnósticos pre-operatorios fue confirmado en el post-operatorio. Teniendo un 5% de error diagnóstico los cuales resultaron así:

	<u>Dx.Preoperatorio</u>	<u>Dx.Postoperatorio</u>
1. Caso Femenino 33 años	Colecistitis crónica calculosa	Empiema de vesícula
2. Caso Femenino 54 años	Colecistitis subaguda	Estenosis benigna de colédoco
3. Caso Femenino 65 años	Colecistitis aguda	Neoplasia de vesícula y metástasis hepática
4. Caso Masculino 61 años	Colecistitis crónica calculosa	Neoplasia de vesícula
5. Caso Masculino 65 años	Neoplasia de vesícula	Neoplasia de estómago

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES ENCONTRADAS:

Todas las complicaciones que se encontraron fueron post-operatorias, no hubo ninguna pre-operatoria ni per-operatoria. Las complicaciones encontradas se clasifican así:

DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA OPERACION:

1. Alteraciones de la herida:
 - a) Infecciones de herida operatoria 11%
 - b) Dehiscencia de herida operatoria 5%
 - c) Hematoma de la pared 1%

2. Lesiones al Arbol Biliar:

a) Litiasis residual de colédoco	3%
b) Colangitis ascendente	3%
c) Fístula biliar asintomática	1%
d) Ascaris enclavado en colédoco	1%
e) Desprendimiento de sonda de Nelaton de colecistostomía	1%
f) Drenaje de material purulento por tubo de Kehr	1%
g) Empiema de vesícula	1%

3. Lesiones hepáticas:

a) Ictericia postop. por metástasis hepáticas	3%
b) Metástasis hepáticas por Ca. de vesícula	3%
c) Colangitis ascendente	3%

4. Lesiones al páncreas:

a) Páncreatitis necrosante	1%
----------------------------	----

5. Infecciones:

a) Colangitis ascendente	3%
b) Abscesos sub-hepáticos	2%
c) Empiema de vesícula	1%
d) Material purulento por tubo de Kehr	1%

ANALISIS DE MORBIMORTALIDAD:

Respecto a la mortalidad no hubo ningún caso que falleciera en la operación, antes o después de ella.

Los pacientes que tuvieron mal pronóstico fueron solamente los que presentaron diagnóstico de Ca. de vías biliares y Ca. gástrico (1%) y 5% para Vías Biliares, los cuales fueron retirados del hospital a petición de los familiares.

Ca. Vías Biliares 5 Fem. 3 de 52 - 65 y 75 años

2 Masc. 2 de 46 y 61 años

Masc. 1 de 65 años

Respecto a la morbilidad fueron las complicaciones no relacionadas con el tipo de intervención quirúrgica y que se detalla en "OTROS"; complicaciones no relacionadas con la operación así:

6. OTROS, O SEA, COMPLICACIONES COLATERALES:

- 6.1 Fiebre post-operatoria por dos días por cirugía (trauma) 3%
- a) Sistema respiratorio:
1. Bronconeumonías 9%
 2. Atelectasia pulmonar 1%
- b) Sistema Cardiovascular:
1. Hipertensión neurógena 1%
- c) Sistema Renal:
1. Infecciones urinarias 5%
- d) Sistema gastrointestinal:
1. Enterocolitis aguda 5%
 2. Náuseas y vómitos por anestesia 3%
 3. Distensión abdominal post-alimenticia 3%
 4. Enfermedad péptica 1%
 5. Edema en M.I. nutricional 1%

COMPARACION CON OTRAS ESTADISTICAS:

Quizás, de todos los datos obtenidos anteriormente, los últimos, es decir, las complicaciones son las que realmente nos interesan para tener una idea general de estas, y poder así hablar con un poco de más conocimiento sobre el tema, teniendo así, al menos, un pequeño punto de vista nacional. Se hará, no obstante, un pequeño comentario sobre los aspectos generales de las intervenciones de Vías Biliares.

COMENTARIOS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES DE VIAS BILIARES:

1. En la mayoría de estadísticas predomina el sexo femenino con alto porcentaje (85%) en nuestro estudio, el motivo no está aún claro.
2. La edad promedio tiende al 3o., 4o. y 5o. decenio respectivamente, de acuerdo esto a las estadísticas de Strhol (13), y un poco más arriba de los de Espada (5). En nuestro estudio nos ha aparecido así el 59%.

COMPARACION CON OTRAS ESTADISTICAS NACIONALES E INTERNACIONALES:

3. Los reportes de Muñón Residual varían de un lugar a otro en nuestro estudio no se observó ningún caso. Unido a litiasis, Espada (5) reporta un caso en 523 estudiados y a nivel nacional, Henry Leiva (18) reporta 2 casos en 222.
4. La relación entre cálculo y cístico residual han sido establecidas por Mogena (6) y Rapiasarda (11) que nos dan valores que oscilan entre 50 y 100%. Henry Leiva reporta 2 casos en 222 Estudio H. Roosevelt. En nuestro estudio no se presentó ninguno.

5. El síndrome post-colecistectomía es baja, ya que como estableció Mogena (6) la sintomatología varía su apareamiento entre un mes y varios años, lo que no se sigue controlando en nuestro centro hospitalario. Jonkel reportó una incidencia de 5.4%, Mogena (6) de 5.6%.
6. Las infecciones fue lo más frecuente encontrado en nuestro estudio: 18% (11% infecciones de herida operatoria y 7% de infecciones directamente relacionadas con la operación, inciso "e" infecciones). La tasa de infecciones directamente relacionadas con la operación es muy alta, comparando los reportes de Harkins y Rhoadas (24) que da cifras de 3.4%. Respecto al 11% de infecciones de herida operatoria, quizás se deba al medio en que se desenvuelve nuestra cirugía.
7. La perforación de la vesícula y fístula secundaria se da en 2%, Harkins y Rhoadas (24). Mortalidad del 20%. Henry Leiva (18) da cifras de 4 casos en 222. En nuestro estudio se presentó el 1%, el cual fue asintomático.
8. Pancreatitis postoperatoria, Henry Leiva (18), 1 caso en 222. En nuestro estudio se presentó el 1%. Según Harkins y Rhoadas (24) la pancreatitis postoperatoria tiene mortalidad de 57%.
9. Dehiscencia de herida operatoria encontramos el 5%. Henry Leiva (18) reporta 7 casos en 222=3%.
10. Hematoma de la pared encontramos el 1%, lo cual está de acuerdo con Henry Leiva quién encontró el 1%.

11. Litiasis residual de colédoco encontramos el 3%, Henry Leiva (18) reporta el 2%.
12. Ascaris enclavado en colédoco el 1%, no se encontraron datos comparativos, Henry Leiva (18) reportó 1 caso en 222 de trofozoítos en vesícula.
13. Abscesos sub-hepáticos encontramos el 2%. Henry Leiva (18) reporta 2 casos en 222 por colecistitis aguda gangrenada.

Las restantes complicaciones directamente relacionadas con la operación no se pudieron comparar por no encontrar estadísticas al respecto.

COMPARACION CON OTRAS ESTADISTICAS DE LAS COMPLICACIONES COLATERALES NO RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON LA OPERACION:

1. Las bronconeumonías fue la principal complicación encontrada en el 9% en nuestro estudio. Henry Leiva (18) reporta 3 casos en 222.
2. Atelectasia pulmonar el 1%. Henry Leiva reporta 1 caso en 222.
3. Las infecciones urinarias constituyeron el 5%; no se encontraron datos comparativos.
4. Enterocolitis aguda el 5%, no hay datos comparativos, al igual que las demás complicaciones no hay estudios hechos.

CONCLUSIONES:

1. En nuestro medio las intervenciones de Vías Biliares tienen reconocida seguridad con mortalidad sumamente baja.
2. La morbilidad presentada en OTROS (Complicaciones no relacionadas directamente con la operación). Está determinada por factores multicausales como: edad, tiempo de evolución de la enfermedad, enfermedades concomitantes, etc., y para establecer datos comparativos y conclusiones, es necesario reevaluar y computar otros datos y efectuar más estudios sobre los mismos.
3. La morbimortalidad tiende a disminuir en todas partes gracias al adecuado tratamiento pre-operatorio, y al mejor conocimiento de las complicaciones que se pueda presentar en el acto quirúrgico o en el post-operatorio.
4. La adecuada atención a ciertas técnicas operatorias establecidas en cada departamento, tienen como fruto la reducción de complicaciones.
5. Toda reducción de las complicaciones post-operatorias definitivamente tienen como base alteraciones en la conducta pre y operatoria.
6. Como prevención de variadas complicaciones se ha generalizado lo siguiente: dejar Penrouse para drenajes, en coledocostomías dejar tubo de Kehr, poner sondas nasogástricas de tipo descompresivo, movilización temprana de pacientes.
7. El síndrome post-colecistectomía no es sólo una entidad, sino que puede estar dado por múltiples cuadros patológicos que es necesario ir descartando.

8. Las infecciones post-operatorias son de alta incidencia, y creo que la causa básica en su mayoría es por las condiciones ambientales en que se encuentra la atención hospitalaria actualmente.
9. De las complicaciones colaterales (no relacionadas directamente con la operación), los sistemas respiratorio, renal y gastrointestinal constituyen la mayoría, 20%, en nuestro estudio, lo cual merece un estudio y análisis más profundo.

RECOMENDACIONES:

1. Mantener en nuestro medio hospitalario una tasa de mortalidad baja en las intervenciones de Vías Biliares.
2. Que el personal médico y paramédico en los departamentos de cirugía estén en continuo entrenamiento y estudio de las complicaciones que se puedan presentar en el pre-operatorio, operatorio y post-operatorio de las intervenciones de las Vías Biliares.
3. Disminuir más la alta incidencia de infecciones — post-operatorias, teniendo más cuidado en la asepsia y antisepsia operatoria y post-operatoria de las heridas quirúrgicas.
4. Efectuar una evaluación más minuciosa del pre-operatorio en las enfermedades concomitantes que puedan repercutir en el acto quirúrgico.
5. Analizar y estudiar más profundamente las complicaciones no relacionadas directamente con la operación, ya que éstas pueden decidir en un momento dado el pronóstico de un paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Arriola, Guillermo. "Consideraciones sobre Colecistitis aguda y su tratamiento". Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1958.
2. Arroyave, Roberto. "Contribución al Estudio de la Colectomía". Tesis. _____ 1946.
3. Artz, Hardy. "Complicaciones en Cirugía y su Tratamiento". Versión española de Ramón Rodríguez de Mata, México. Editorial Interamericana. 1965. pp 540-562.
4. Couceiro, Antonio. Et Al. "Complicaciones de la Cirugía Biliar". Revisión de la Asociación Médica Argentina. pp 128-144. 1965.
5. Espada, Rafael. "Morbosidad y morbilidad en Cirugía de Vías Biliares". Tesis. _____ 1969.
6. Mogen, H. G. "La síndrome post-colectomía". Minerva Med. pp 2552-2554. Julio 1966.
7. Bjorn, Thorbjarnarson and Frank Glenn. "Complicaciones de la Cirugía de Vías Biliares". Clínica quirúrgica de Norteamérica. pp 431-447. Abril de 1964.
8. Milla, C. Rigoberto. "Estenosis post-operatoria de las Vías Biliares extrahepáticas". Tesis. _____ 1961.
9. Madden, John. "Atlas de Técnicas Quirúrgicas". Segunda Edición. México. Editorial Interamericana. 1967. pp 490-499.

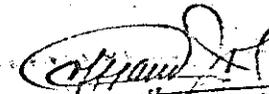
10. Quinteros, G. Manuel. "Consideraciones sobre Colectistectomía de Urgencia". _____, 1958.
11. Rapisarda, L. M. Et Al. "La síndrome del — Moucome cístico nel domani doloroso de la colectistectomía". Minerva Chir. 22p.1967.
12. Baudrez, Colón Héctor René. "Carcinoma de Vías Biliares". Tesis. _____, 1966.
13. Sthrol, E. Lee., W. G. Diffenbaugh y Raymond Anderson. "Importancia del drenaje después de la cirugía de las Vías Biliares". Clínica quirúrgica de Norte América. Febrero, 1964. pp 281-291.
14. Santiago Iepe, Gustavo A. "Breves consideraciones sobre Cístico Residual". Tesis. _____, 1960.
15. Valle, Manuel F. "Colectistectomía". Tesis. _____, 1911.
16. Wiss, Roberto E. "Colangiografía Intravenosa". Buenos Aires. Ed. Atenero. 1965. p 148.
17. Molina M., Francisco. "Colectistectomía". Tesis. _____, 1966.
18. Henry Leiva, Jorge Alberto. "Consideraciones sobre Colectistectomía, Complicaciones, Prevención y tratamiento. Tesis. _____, 1970.

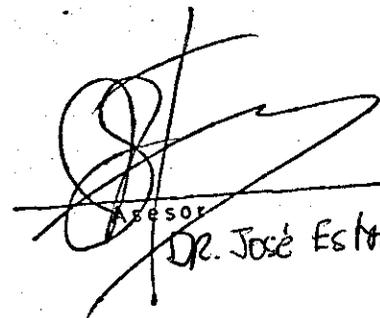
19. Caravantes Flores, Osear Rodolfo. "Algunas Consideraciones sobre el tratamiento médico de las Colectistitis agudas". Tesis. _____, 1970.
20. Zea Flores, Carlos Enrique. "Colangiograma preoperatoria de Rutina". (Su utilidad en la prevención de la Litiasis Residual). Tesis. _____, 1972.
21. Flores Caballeros, José Alberto. "Cáncer de Vías Biliares Extrahepáticas". "Consideraciones Clínico patológicas". Tesis. _____, 1970.
22. Ponce Ortiz, Miguel Angel. "Tratamiento Quirúrgico de la Colectistitis Aguda". Tesis. _____, 1974.
23. Guerrero Roldán, Angel María. "Infección de Herida Operatoria en el Hospital Roosevelt, 1973". Tesis. _____, 1975.
24. Harkins, Rhoads. "Tratado de Cirugía". 4a. Ed. Editorial Interamericana, México. pp 756-765-253.

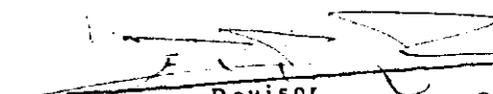
ANEXO

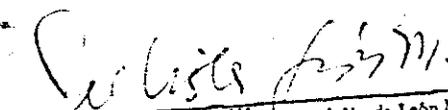
NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS ARCHIVO HOSPITAL GENERAL

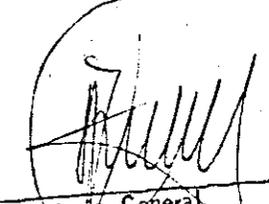
14176-76	21224-65	13912-76	13273-76
10079-76	10850-62	3155-73	13274-76
10449-76	15274-76	24753-65	04453-66
39720-59	14460-67	8722-76	11282-76
10685-76	09247-76	1264-76	10735-76
09092-58	4975-69	8970-75	19476-69
04837-67	08888-76	24041-58	0905-72
8723-76	09606-76	07829-76	9071-76
08967-76	08966-76	13813-61	03155-73
7608-69	16022-71	7743-60	8120-76
5428-76	04377-71	7116-76	00856-77
09850-66	02687-76	17697-64	08516-67
10541-75	00561-76	60038-59	10503-74
10385-65	21216-76	3529-76	11123-75
04663-76	05536-70	06822-76	20245-65
6769-76	04671-76	01293-73	01256-66
15580-60	06414-76	05953-76	15404-73
371-66	3896-71	19744-75	08275-75
03187-70	17525-58	047475-76	3287-76
16004-60	1364-75	05549-69	04230-76
22697-69	20009-66	17772-75	2788-76
1868-76	02352-76	00865-76	24483-63
08904-76	18171-70	00962-76	01790-76
06767-75	3044-72	14078-61	10457-76
13288-76	10373-76	17037-68	13932-76


Br. -MARCO ENRIQUEJO CHANG

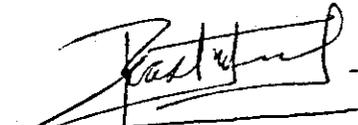

Asesor
Dr. José Estrada


Revisor
Dr. Edgar Muñoz


Director de Fase III Dr. Julio de León Méndez


Secretario General
Dr. RAUL ALCIDES CASTILLO RODAS

Vo.Bo.


Decano
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO