



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
**“COMPARACION COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN PACIENTES
CON SOBREPESO Y OBESIDAD QUE FUERON SOMETIDOS A
COLECISTECTOMIA ABIERTA ELECTIVA CON DOS TIPOS DE INCISIONES”**

TÉSIS QUE PRESENTA:

DR. ORTEGA LÓPEZ VICTOR HUGO

RESIDENTE 4 AÑO CIRUGIA GENERAL HECMN SIGLO XXI

PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

ASESOR

DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ

MEDICO ADSCRITO DE GASTROCIRUGÍA



MEXICO, D.F.

FEBRERO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DRA. DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ
MEDICO ADSCRITO DE GASTROCIRUGÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación 3SE Unidad de Adscripción Hospital de Especialidades CMN S XXI
Autor Apellido Paterno Ortega Materno López Nombre Víctor Hugo
Matricula Extranjero Especialidad Cirugía General
Fecha Grad. 28/02/2012 No. de Registro F - 2012 - 3601 - 29

Título de la tesis:

“COMPARACION COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD QUE FUERON SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ABIERTA ELECTIVA CON DOS TIPOS DE INCISIONES”

Resumen

Antecedentes. La obesidad es una enfermedad prevalente en México, no se encuentra literatura actualmente que relacionen morbilidad en colecistectomía abierta y pacientes con sobrepeso y obesidad debido a la introducción de procedimientos laparoscópicos. La frecuencia de complicaciones que siguen tradicionalmente a la colecistectomía abierta van del 6 al 21% de todas maneras esos datos no reflejan necesariamente la practica contemporánea, ni la frecuencia de presentación en pacientes con sobrepeso y obesidad. **Objetivo.** Determinar si las complicaciones postquirúrgicas son diferentes entre los pacientes con IMC ≥ 25 a los que se realizó una incisión en línea media en comparación a los que se les realizó una incisión oblicua sometidos a colecistectomía abierta electiva. **Metodología.** Se realizó un estudio observacional, transversal descriptivo con la realización de una encuesta y la revisión del expediente clínico de todo paciente que sometió a colecistectomía abierta electiva. **Resultados.** De los 30 pacientes incluidos, el promedio de IMC para la incisión subcostal fue de 28,9 y 27,3 para incisión de línea media. El tiempo quirúrgico de 61,33 minutos en el primer grupo comparado a 53,73 en el segundo. Sangrado de 105,33 ml. contra 72 ml. Estancia postquirúrgica intrahospitalaria de 1,8 contra 1,33 días ($p = 0,5$). Las complicaciones postoperatorios fueron 3 en el primer grupo y una el en segundo. **Conclusiones.** Se encontró mayor hemorragia y tiempo quirúrgico en pacientes a los que se realizo incisión subcostal derecha y mayor índice de complicaciones. No hubieron complicaciones mayores en ambos grupos.

Palabras Clave:

1) Colecistectomía abierta Págs. 29 2) Incisión Tablas 1 3) Índice masa corporal

Tipo de Investigación: _____

Tipo de Diseño: _____

Tipo de Estudio: _____

INDICE

Resumen	1
Antecedentes	3
Justificación	8
Pregunta de Investigación... ..	8
Hipótesis del estudio.....	9
Objetivo	9
Tipo de estudio	10
Población en estudio	10
Variables	10
Criterios de selección	13
Metodología	14
Consideraciones éticas	15
Recursos	16
Resultados	16
Discusión	17
Conclusiones	19
Bibliografía	20
Anexos	22

1. RESUMEN

Antecedentes. La obesidad es una enfermedad prevalente en México, no se encuentra literatura actualmente que relacionen morbilidad en colecistectomía abierta y pacientes con sobrepeso y obesidad debido a la introducción de procedimientos laparoscópicos. La frecuencia de complicaciones que siguen tradicionalmente a la colecistectomía abierta van del 6 al 21% de todas maneras esos datos no reflejan necesariamente la práctica contemporánea, ni la frecuencia de presentación en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Objetivo. Determinar si las complicaciones postquirúrgicas son diferentes entre los pacientes con IMC ≥ 25 a los que se realizó una incisión en línea media en comparación a los que se les realizó una incisión oblicua sometidos a colecistectomía abierta electiva.

Metodología. Se realizó un estudio observacional, transversal descriptivo con la realización de una encuesta y la revisión del expediente clínico de todo paciente que sometió a colecistectomía abierta electiva.

Resultados. De los 30 pacientes incluidos, el promedio de IMC para la incisión subcostal fue de 28,9 y 27,3 para incisión de línea media. El tiempo quirúrgico de 61,33 minutos en el primer grupo comparado a 53,73 en el segundo. Sangrado de 105,33 ml. contra 72 ml. Estancia postquirúrgica intrahospitalaria de 1,8 contra 1,33 días ($p = 0,5$). Las complicaciones postoperatorias fueron 3 en el primer grupo y una en el segundo.

Conclusiones. Se encontró mayor hemorragia y tiempo quirúrgico en pacientes a los que se realizó incisión subcostal derecha y mayor índice de complicaciones. No hubieron complicaciones mayores en ambos grupos.

1. Datos del alumno
<p>Ortega</p> <p>López</p> <p>Víctor Hugo</p> <p>55 25 31 04 12</p> <p>Universidad Nacional Autónoma de México</p> <p>Facultad de Medicina</p> <p>Cirugía General</p> <p>508710843</p>
2. Datos del asesor
<p>Martínez</p> <p>Ordaz</p> <p>José Luis</p>
3. Datos de la tesis
<p>“Comparación complicaciones postquirúrgicas en pacientes con sobrepeso y obesidad que fueron sometidos a colecistectomía abierta electiva con dos tipos de incisiones”</p> <p>29 p</p> <p>2012</p>

2. ANTECEDENTES.

El sobrepeso y obesidad son una condición que aumenta el riesgo de morbilidad por diabetes mellitus, hipertensión, patología cardiovascular, litiasis vesicular, problemas osteoarticulares y cáncer. Influye en el deterioro de la función cardiovascular, respiratoria e inmunológica.

Es un problema de salud que se presenta con frecuencia en nuestra población, siendo una enfermedad multifactorial en la cual se involucran factores socioeconómicos, genéticos, metabólicos y culturales.

No se encuentra literatura que relacione el sobrepeso y obesidad con procedimientos quirúrgicos específicamente colecistectomía abierta, ya que esta es una técnica que ha sido sobrepasada por la colecistectomía laparoscópica de la cual se pueden encontrar estudios y reportes de casos. Se encuentran en ciertos estudios un aumento de la morbilidad en pacientes con $IMC \geq 25$ en relación con el resto de población en general sobre todo el sangrado que puede influir en la presentación de complicaciones durante el periodo postoperatorio especialmente relacionados con la herida quirúrgica. De la misma manera no hay reportes que comparen los diferentes tipos de heridas y su relación con la morbimortalidad en pacientes con sobrepeso y obesidad.

El índice de masa corporal (IMC) resulta de la razón del peso en kilogramos y la talla, elevado al cuadrado, en metros. El rango de normalidad va hasta un IMC de 24,9, se considera un IMC ≥ 25 y $\leq 29,9$ como sobrepeso, de 30 a 34,9 como obesidad leve, de 35 a 39,9 como obesidad moderada y ≥ 40 como obesidad severa.

Por la composición de la bilis y las alteraciones metabólicas que sufren los pacientes con obesidad, existe una relación entre la presencia de litiasis o el desarrollo de la misma en pacientes con sobrepeso y obesidad.

En cuanto a la técnica de colecistectomía abierta, se utiliza la técnica tradicional con algunas variaciones de acuerdo a la formación del cirujano y a la presentación del cuadro clínico siendo básicamente la siguiente:

El paciente descansa en posición supina para la colecistectomía, puede ser beneficioso colocar una almohada bajo la espalda en el lado derecho. Se utilizan una de las incisiones descritas a continuación.

La incisión en línea media es la rápida y menos demandante incisión de hacer. Ofrece adecuada exposición a la mayor parte de la cavidad abdominal o el retroperitoneo.

Cuando la velocidad es esencial, es claramente la incisión de elección porque puede hacerse rápidamente y, con la técnica adecuada, un cierre satisfactorio. Generalmente tiene poca pérdida sanguínea, no se dividen fibras musculares, y no se lesionan nervios.

Puede extenderse hacia arriba o abajo en el abdomen rodeando el ombligo. La incisión abarca piel, tejido celular subcutáneo, línea alba, grasa preperitoneal y peritoneo. La grasa preperitoneal es abundante en individuos obesos, y vasos de mediano calibre pueden encontrarse. Si se encuentra el ligamento falciforme o interfiere con la exposición, debe ser clampeado y dividirse, después debe ser ligado cuidadosamente.

Las incisiones oblicuas deben estar limitadas a los músculos oblicuos, pueden comprometer la división de parte o de todo el musculo recto del abdomen. Estas incisiones deben seguir las líneas de Langer para mejores resultados cosméticos. Las secciones nerviosas están limitadas a uno o rara vez a dos nervios. Ofrecen buena exposición excepto en un individuo pequeño con un abdomen amplio y un margen costal muy abierto. La incisión subcostal de Köcher se usa generalmente en cirugías de vesícula y via biliar, particularmente en pacientes obesos o complexión muscular con ángulos costales amplios. La incisión estándar empieza en la línea media de 2,5 a 4 cm por debajo del apéndice xifoides y se extiende lateralmente aproximadamente 2,5 cm debajo del margen costal. Si se abre la vaina anterior del musculo recto entonces este se divide, usando electrocauterio se hace control de las ramas vasculares de la arteria epigástrica superior, también se pueden usar ligaduras. El octavo nervio intercostal es dividido generalmente, hay que tener cuidado para preservar el noveno para prevenir debilidad de la musculatura abdominal. A causa de que el musculo tiene una distribución nerviosa segmentaria, no hay riesgo de que una parte significativa quede sin inervación.

Las vísceras abdominales deben inspeccionarse y palpase buscando patología concomitante, el cirujano palpa e inspecciona el hígado, deja entrar aire al espacio

subfrénico para desplazar el hígado y tener una mejor exposición de la superficie inferior. El colon, intestino delgado, y el estomago se retraen de manera atraumática para exponer la vesícula, la porta hepatis y el duodeno.

La identificación de pulso a lo largo del lado derecho de la porta hepatis implica la presencia de una variante de la arteria hepática derecha que se origina de la arteria mesentérica superior y que ocurre en el 20 a 25% de la población.

La vesícula puede ser movilizada desde el fondo hacia la porta hepatis (técnica retrograda). Se incide el peritoneo visceral del fondo de la vesícula cerca de 1 cm de su inserción en el hígado, continua a lo largo de la vesícula paralela al hígado. El conducto cístico y la arteria cística una vez identificadas son divididas. Antes de dividir el conducto cístico, el cirujano debe evacuar cualquier piedra del conducto cístico dentro de la luz de la vesícula con una manipulación gentil. El lecho de la vesícula ordinariamente no se sutura como se ilustraba en los viejos textos.

Los drenajes no deben colocarse en una colecistectomía no complicada. Cuando se ha completado la colecistectomía debe cerrarse el plano aponeurótico con sutura absorbible de manera continua y posteriormente un cierre primario de la herida.

La frecuencia de complicaciones que siguen tradicionalmente a la colecistectomía abierta van del 6 al 21% de todas maneras esos datos no reflejan necesariamente la practica contemporánea. Problemas comunes como infecciones de herida, complicaciones cardiopulmonares o tromboembólicas. Infecciones del tracto urinario históricamente se han

desarrollado con una incidencia del 2 al 6% cada uno. En adición alrededor del 3 al 5 % de los pacientes requirieron readmisión hospitalaria. Complicaciones abdominales como sangrado peritonitis, fuga biliar, litiasis residual, oclusión intestinal, íleo, disfunción hepática, absceso pancreatitis, sangrado tubo digestivo y la necesidad de una reintervención son relativamente raras, ocurren en menos del 1% de los pacientes.

Una complicación de la incisión tipo Köcher es el desarrollo de dolor crónico postoperatorio o parestesias inferiores a la herida típicamente por la división del noveno nervio intercostal. La neuralgia puede responder a la inyección del nervio con anestesia local, o antiinflamatorios o agentes neurolíticos

La incidencia de muertes secundaria a colecistectomía estaba alrededor del 6% durante los años 30, primariamente a causa de enfermedad de vía biliar, cirrosis, errores quirúrgicos y complicaciones anestésicas. La tasa de mortalidad declino a menos del 2% en los años 50, y alrededor del 0,5% en los años 80 sobre todo por enfermedad cardiovascular.

3. JUSTIFICACIÓN

Actualmente existe escasa literatura que apoye diferencias en las complicaciones en pacientes que fueron sometidos a colecistectomía abierta. El presente estudio desea demostrar que existen diferencias en las complicaciones postquirúrgicas entre el tipo de incisión realizada para colecistectomía abierta electiva y las complicaciones en el postquirúrgico en pacientes con $IMC \geq 25$. De existir diferencias entre el resultado favorable entre una y otra incisión permitirán al cirujano predecir el éxito quirúrgico.

Este tipo de estudios (serie de casos, corte retrospectivos) permitirán dar sustento a ensayos clínicos futuros que permitan determinar si existe una diferencia en las complicaciones quirúrgicas y el resultado postquirúrgico cuando se efectúa una incisión media en comparación con una oblicua.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACION

En pacientes con $IMC \geq 25$ sometidos a colecistectomía abierta electiva en el periodo de septiembre 2011 a enero 2012, nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Existirá una diferencia entre las complicaciones postquirúrgicas entre los pacientes a los que se realizó una incisión línea media en comparación a los que se realizó una incisión oblicua?

5. HIPOTESIS DEL ESTUDIO

Existe una diferencia entre las complicaciones postquirúrgicas entre los pacientes a los que se realizó una incisión línea media en comparación a los que se realizó una incisión oblicua.

6. OBJETIVO GENERAL.

Determinar si las complicaciones postquirúrgicas son diferentes entre los pacientes con IMC ≥ 25 a los que se realizó una incisión en línea media en comparación a los que se les realizó una incisión oblicua sometidos a colecistectomía abierta electiva.

6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las características demográficas, clínicas de los pacientes que se sometieron a colecistectomía abierta electiva en los que se realizó una incisión media en comparación a una incisión oblicua.
2. Describir la frecuencia de complicaciones de los pacientes a los que se realizó una incisión media y una incisión oblicua.

7. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio observacional, transversal, descriptivo

8. POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Se incluyeron 30 pacientes con litiasis vesicular programados para colecistectomía abierta electiva con un IMC ≥ 25 , en un periodo de 5 meses en el Hospital Rural Oportunidades # 32 Ocosingo – Chiapas (IMSS – Oportunidades)

9. VARIABLES.

9.1 Variables independientes.

Incisión:

Definición conceptual: Apertura quirúrgica que se realiza para un procedimiento con una localización, dirección y sentido.

Definición Operativa: Incisión subcostal derecha Köcher tradicional o incisión media supraumbilical

Unidad:

1. Subcostal derecha
2. Media supraumbilical

Edad:

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición Operativa: Edad en años del paciente al momento del estudio.

Tipo de variable: Cuantitativa de razón

Unidad: números arábigos.

Género:

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue entre hombre y mujer.

Definición Operativa: Género del paciente como masculino o femenino.

Tipo de variable: Cualitativa Nominal

Unidad:

1 Femenino

2 Masculino

Índice de masa corporal

Definición conceptual: El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Ideado por el estadístico belga, L.A. Quetelet, también se conoce como índice de Quetelet.

Definición operativa: Cociente entre la masa (en kg) y la talla al cuadrado (en m) del paciente registrada en el expediente clínico.

Tipo de variable: Cualitativa Ordinal

Unidad: <18.5, 18.5-24.9, 25-29.9, 30-34.9, 35-39.9 y 40 o más

9.2 Variable dependiente

Complicaciones:

Definición conceptual: Se refiere a La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario y al efecto de éstos trastornos o enfermedades adicionales.

Definición operativa: Complicaciones consignadas en el expediente presentes durante o tras procedimiento quirúrgico.

Unidad:

- 1 Presentó
- 2 No Presentó

10. CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes de ambos géneros
2. Paciente mayor a 18 años
3. Diagnostico litiasis vesicular
4. Índice de masa corporal ≥ 25
5. Paciente que acude a consulta al Hospital Rural Oportunidades # 32

CRITERIOS DE NO INCLUSION

1. Se excluirá a todo aquel paciente con diagnóstico de patología en vía biliar u otra etiología diferente en vesícula biliar.
2. Pacientes a los que se haya realizado algún procedimiento quirúrgico adicional
3. Comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial y otras
4. Colecistitis aguda
5. IMC $\leq 24,9$
6. Cirugía abdominal superior previa

CRITERIOS DE ELIMINACION

No se visualizan

11. METODOLOGIA

Se realizó el estudio en un periodo de 5 meses desde el 05 de Septiembre del 2011 al 05 de Febrero del 2012. Se obtuvieron todos los datos demográficos además del IMC. Se asignó de manera aleatoria consecutiva el tipo de incisión a realizar, subcostal derecha (Köcher) ó línea media supraumbilical. Del procedimiento quirúrgico se registró el tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, y las complicaciones presentadas inmediatamente, a los ocho días en el primer control para retiro de puntos en urgencias y a los 30 días en la consulta externa.

Todos los pacientes fueron sometidos a colecistectomía abierta con la misma técnica salvo el tipo de incisión. La hemostasia se realizó con electrocauterio y sutura no absorbible (seda) así como absorbible (acido poliglicólico). En cuanto a la técnica se inició con la disección del triangulo de Calot, identificación de conducto cístico y arteria cística; posteriormente se realizo colecistectomía retrógrada. El cierre de aponeurosis se realiza con acido poliglicólico del 1 Surgette en un plano y cierre de piel con mononylon 3/0 Sarnoff separados. Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica con 1 gr. de cefotaxima IV 1 hora antes de iniciar el procedimiento.

El tiempo quirúrgico se consideró en minutos desde la apertura de la piel hasta el cierre de la misma.

En el postoperatorio se registró el tiempo de estancia intrahospitalaria en días y las complicaciones para manejo de estadística como si o no la presentó. Todas las intervenciones quirúrgicas se realizaron por el mismo equipo con la misma técnica anestésica, bloqueo peridural.

Se tomaron los datos de la hoja de recolección para su vaciado y análisis en la base de datos SPSS para la obtención de los resultados del estudio.

12. CONSIDERACIONES ETICAS

El protocolo se sometió al comité de investigación de la UMAE HECMNSXXI para su aprobación. La propuesta y la ejecución del presente estudio, no viola la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud ni las Normas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Considerando que entra dentro del grupo de investigaciones sin riesgo. Sin embargo ya que los pacientes son sometidos a una recolección de sus datos se les pedirá su participación por medio de carta de consentimiento (Anexo 18.2), especificando claramente que el que acepten o no participar no interfiere con su atención médica así como también se asegura la confidencialidad de los datos y el resguardo de su identidad.

No viola ninguno de los principios básicos para la investigación en seres humanos, establecidos por la declaración de la Asamblea Mundial del Tratado de Helsinki, Finlandia, ni sus revisiones de Tokio, Hong-Kong, Venecia y Edimburgo.

13. RECURSOS

Recursos humanos

Médico Residente de Cirugía General

Equipo quirúrgico

Asesor metodológico

Recursos materiales

Computadora personal

Papelería y fotocopiadora

Recursos económicos

Fueron proporcionados por el investigador, no requirió financiamiento.

14. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 30 pacientes con sobrepeso y obesidad que se sometieron a colecistectomía abierta electiva durante los meses de septiembre 2011 a enero 2012.

De los 30 pacientes incluidos, el promedio de IMC para la incisión subcostal fue de 28,9 y 27,3 para incisión de línea media. El tiempo quirúrgico de 61,33 minutos en el primer grupo comparado a 53,73 en el segundo. Sangrado de 105,33 ml. contra 72 ml. Estancia postquirúrgica intrahospitalaria de 1,8 contra 1,33 días ($p = 0,5$). Las complicaciones postoperatorias fueron 3 en el primer grupo y una él en segundo

Tabla 1.

Característica	Incisión Subcostal	Incisión Línea Media	Valor de P
IMC promedio (kg/m ²)	28.9	27.3	
Tiempo quirúrgico (minutos)	61,33	53,73	0.01
Sangrado transoperatorio (ml)	105,33	72	0.012
Estancia intrahospitalaria (días)	1,80	1,33	0.5
Complicaciones (n)	3	1	

15. DISCUSIÓN

Aun cuando el presente estudio tiene un tamaño de muestra de solo 30 pacientes, busca comparar las complicaciones de un procedimiento abierto en población rural mexicana del estado de Chiapas; los resultados muestran una tendencia similar a lo reportado con otros estudios y ofrece una alternativa a considerar el tipo de incisión a usar con menores complicaciones en grupos de riesgo para procedimientos electivos.

Sobrepeso y obesidad son condiciones que aumentan la comorbilidades de tipo metabólico y también las relacionadas con desarrollo de litiasis vesicular también por el tratamiento médico y quirúrgico que puedan recibir para el tratamiento de la obesidad. De la misma manera se ha descrito la dificultad técnica que pueden representar los pacientes con cierto grado de obesidad durante el transoperatorio y en su evolución quirúrgica.

Actualmente la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el procedimiento de elección en la mayoría de los casos, aun en pacientes con obesidad mórbida. Sin embargo los procedimientos abiertos se continúan practicando con frecuencia, sobre todo en hospitales rurales donde no se cuenta con equipos de laparoscopia.

Son escasos los reportes de complicaciones específicas del procedimiento en pacientes con sobrepeso y obesidad. Los reportes de cirugía mayor y complicaciones en este tipo de pacientes relacionan la colecistectomía con incidencia de infecciones de herida quirúrgica.

En cuanto al procedimiento abierto, son pocos los estudios respecto al mismo. Incluso uno señala que el grupo de obesidad tiene la misma prevalencia de complicaciones que pacientes no obesos sin diferencia de sexo. En la cirugía laparoscópica se identificaron incidencias aceptables de complicaciones postoperatorias en pacientes obesos por lo cual tiende a ser el abordaje de elección.

El informe de 30 pacientes muestra que los pacientes a los que se realizó una incisión subcostal tuvieron mayor sangrado transoperatorio que los que tuvieron una incisión en línea media. De la misma manera el tiempo quirúrgico fue menor con la herida en línea media. No hubo diferencia significativa en relación a la estancia intrahospitalaria.

Se presentaron 3 complicaciones en el grupo de la incisión subcostal y una en la incisión de línea media. Relacionadas principalmente con la formación de seromas, infección y dehiscencia de herida. Otro tipo de complicaciones relacionados con la obesidad es el desarrollo de hernias incisionales, pero el seguimiento de los pacientes rurales es muy difícil, ya que pocos regresan a las consultas de revisión.

16. CONCLUSION

Este estudio sugiere que en pacientes con sobrepeso y obesidad, la colecistectomía abierta realizada con dos tipos diferentes de incisiones guarda relación con la morbilidad durante el transoperatorio y postoperatorio.

En pacientes con incisiones tradicionales hay mayor sangrado transoperatorio, el tiempo quirúrgico es mayor también. La presencia de complicaciones es mayor con la incisión subcostal derecha, sin embargo, son complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica y no con el procedimiento en si tratándose de pacientes sometidos a procedimientos electivos.

17. BIBLIOGRAFIA

1. David McAneny, MD, FACS. Open Cholecystectomy. *Surgical Clinics of North America* 88 (2008) 1273 – 1294
2. Gurusamy KS, Samraj K. Routine abdominal drainage for uncomplicated open cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2) CD006003. 10.1002/14651858.CD006003.pub2.
3. Dindo D, Müller MK, Weber M, Clavien PA. Obesity in general elective surgery. *Lancet* 2003; 361: 2032 – 2035.
4. Arroyo C, Martínez Ordaz JL, Blanco Benavides R. Morbilidad y mortalidad operatoria posterior a colecistectomía abierta en pacientes con y sin sobrepeso. *Ciruj Ciruj* 2008; 76: 391 – 394.
5. Dittrick GW. Gallbladder pathology in morbid obesity. *Obes Surg* 2005; 15: 238 – 242.
6. Thomas EJ, Goldman L, Mangione CM, Marcantonio ER, Cook EF, Ludwig L, et al. Body mass index as a correlate of postoperative complications and resource utilization. *Am J Med* 1997; 102: 277 – 283.
7. De Roslyn JJ, Binns GS, Hughes EF, Saunders – Kirkwood K, Zinner MJ, Cates JA. Open cholecystectomy: a contemporary analysis of 42474 patients. *Am Surg* 1993; 218: 212.

8. Pemberton LB, Manax WG. Relationship of obesity to postoperative complications after cholecystectomy. *Am J Surg* 1971; 121:87 – 90.
9. Petitti DB. Obesity and cholecystectomy among women: implications for prevention. *Am J Prev Med* 1988; 4: 327 – 330.
10. Doty JR, Salazar JD, Forestiere AA, Heath EI, Kleinberg L, Heitmiller RF. Postoesophagectomy morbidity, mortality, and length of hospital stay after preoperative chemoradiation therapy. *Am Thorac Surg* 2002; 74: 227 – 31.

18. ANEXOS

18.1 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES # 32 IMSS - OPORTUNIDADES					
HOJA DE RECOLECCION DATOS PARA TESIS					
"COMPARACION COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD QUE FUERON SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ABIERTA ELECTIVA CON DOS TIPOS DE INCISIONES"					
NOMBRE: _____			AFILIACIÓN: _____		
SEXO	Masculino	Femenino	EDAD: _____		
LOCALIDAD: _____			Otros: _____		
ANTECEDENTES					
CRONICODEGENERATIVOS	DM	HAS	Otros: _____		
IMC					
TALLA: _____					
PESO: _____					
IMC: _____					
HOJA QUIRURGICA					
Dx.PREOPERATORIO: _____			Dx.POSTOPERATORIO: _____		
TIEMPO QX: _____		SANGRADO TRANSOPERATORIO: _____			
INCISION: _____		COMPLICACION	SI	NO	
COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS	NO	SI			
		INFECCION	SEROMA	SANGRADO	OTRAS:
AMERITO REINTERVENCION		NO	SI		
MOTIVO: _____					
DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA: _____					
COMPLICACIONES MEDIATAS (30 DIAS)		SI		NO	
		CUAL: _____			

18.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL RURAL ESPECIALIDADES # 32 OCOSINGO – CHIAPAS



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO:

Actualmente existe escasa literatura que apoye diferencias en las complicaciones en pacientes que fueron sometidos a colecistectomía abierta. El presente estudio desea demostrar que existen diferencias en las complicaciones postquirúrgicas entre el tipo de incisión realizada para colecistectomía abierta electiva y las complicaciones en el postquirúrgico en pacientes con IMC ≥ 25 . De existir diferencias entre el resultado favorable entre una y otra incisión permitirán al cirujano predecir el éxito quirúrgico.

Este tipo de estudios (serie de casos) permitirán dar sustento a ensayos clínicos futuros que permitan determinar si existe una diferencia en las complicaciones quirúrgicas y el resultado postquirúrgico cuando se efectúa una incisión media en comparación con una oblicua.

PROCEDIMIENTOS:

Ninguno.

POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS:

Ya que el estudio es descriptivo no representa riesgos ni modificara el tratamiento o evolución de los pacientes.

PARTICIPACION O RETIRO:

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma estrictamente confidencial. También se han comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

LUGAR Y FECHA:

Ocosingo – Chiapas, Hospital Rural Oportunidades # 32 IMSS OPORTUNIDADES,
a _____ de _____ del _____

NOMBRE Y FIRMA (O HUELLA)

PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO

18.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

05 al 10 Febrero 2012:

Recolección de casos en pacientes del servicio de Cirugía General, Hospital Rural Oportunidades # 32 Ocosingo – Chiapas (IMSS oportunidades). Llenado de hojas de recolección de datos.

11 al 16 Febrero 2012:

Análisis de datos, aplicación de búsqueda de artículos relacionados en PubMed.

17 al 22 Febrero 2012:

Elaboración y envío de resumen de tesis

23 al 28 Febrero 2012:

Análisis de resultados, realización de gráficos e impresión de los mismos

Actividad/Días	05 a 10 Febrero	11 a 16 Febrero	17 a 22 Febrero	23 a 28 Febrero
Búsqueda de datos de expedientes clínicos	X			
Análisis de datos		X		
Elaboración, envío de resumen de tesis			X	
Análisis final, graficas e impresión de tesis				X