

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**“IN SCIENTIA ET FIDE FORTITUDO NOSTRA”**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS INMEDIATAS POSTOPERATORIAS EN  
EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GOYENCHE –  
AREQUIPA, 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2012 – 30 AGOSTO DEL 2014**

**TESIS PRESENTADA POR EL BACHILLER EN  
MEDICINA HUMANA:  
MILTON ALEXANDRO MERCADO PACCO  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL  
DE MÉDICO CIRUJANO**

**AREQUIPA – PERÚ  
2015**

*Esta tesis que ha requerido dedicación, esfuerzo, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación mencionaré.*

*A Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón y mente.*

*A mis padres por su dedicación, comprensión, consejos, cariño que siempre han procurado mi bienestar.*

*A mis hermanas por su alegría, compañía y su amor*

*A Milagros por ser comprensiva y paciente, por su apoyo y cariño.*

*De igual manera a mi asesor Dr. Suclla, Dr. Saavedra, Ing. Elizabeth por el apoyo y consejos en la realización del tema.*

*A mis miembros de jurado, Dr. Céspedes, Dr. Pino y al Dr. Otto por la revisión del trabajo y sus aportaciones para el mejoramiento de esta investigación.*

## ÍNDICE GENERAL

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

**INTRODUCCIÓN**

<b>CAPÍTULO I:</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO II:</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO III:</b>	<b>DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....</b>	<b>75</b>
<b>CAPÍTULO IV:</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>86</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>89</b>
<b>ANEXOS:</b>		
<b>Anexo Nº 1:</b>	<b>Proyecto de tesis.....</b>	<b>99</b>
<b>Anexo Nº 2:</b>	<b>Ficha de recolección de datos.....</b>	<b>135</b>
<b>Anexo Nº 3:</b>	<b>Tipificación de cirugías Hospital Goyeneche – Arequipa.....</b>	<b>137</b>
<b>Anexo Nº 4:</b>	<b>Constancia de investigación.....</b>	<b>143</b>

## RESUMEN

**Introducción:** En la presente investigación planteamos, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes operados, establecer una casuística propia de las complicaciones postoperatorias en el Hospital Goyeneche – Arequipa.

**Objetivos:** El objetivo de la presente investigación es establecer la frecuencia, distribución y el tipo de las complicaciones postoperatorias en el servicio de Cirugía General ocurridas 01 de Septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014 en el Hospital Goyeneche de Arequipa analizándolas en su ocurrencia según edad, sexo e intervención quirúrgica.

**Metodología:** Se revisaron, de manera aleatoria, 230 Historias Clínicas e Informes quirúrgicos de pacientes varones y mujeres de todas las edades correspondientes al servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche – Arequipa del 01 de Septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014.

**Resultados:** Del 01 de Septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014, en el servicio de Cirugía General de una muestra aleatoria de 230 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 103 (44,78%) casos correspondieron a cirugía mayor; 114 (49,56%) a cirugía mediana y 13 (5,65%) a cirugía menor. De todas las complicaciones, la más frecuente fue infección de herida operatoria con 6 casos (2,61%); le sigue los seromas de herida operatoria con 4 (1,74%) casos; luego prosigue la hemorragia de herida operatoria con 2 (0,86%) casos; los hematomas con 2 (0,86%) casos; 1 (0,43%) caso de Fístula estercorácea y 1 (0,43%) caso de bilirragia.

En cuanto a sexo, se determinó la presencia de 11 varones con complicaciones postoperatorias que representan el 68.75%, así mismo la presencia de 5 mujeres que representan el 31.25% de la población que presentaron complicaciones postoperatorias.

Esto nos determina que la incidencia de complicaciones post operatoria es mayor en varones.

En cuento a la edad, se determinó la presencia de 4 pacientes >60a que representan el 25% de pacientes que presentaron complicaciones quirúrgicas postoperatorias indicando mayor incidencia en dicho grupo etareo.

**Palabras clave:** Complicaciones postoperatorias, frecuencia, infección de herida.



## ABSTRACT

**Introduction:** In the present study we set out with clinical histories reviews of postoperative patients, to set up our own casuistry of postoperative complications at Goyoneche Hospital of Arequipa.

**Objective:** This study has the aim of setting up the frequency, distribution and kind of postoperative complications at General Surgery service happened from September 1st, 2012 to August 30th, 2014 at Goyoneche Hospital of Arequipa, analyzing them regarding age, sex and procedures.

**Methodology:** 230 Clinical histories and surgical reports of males and females of all the ages belonging to the General Surgery Service of Goyoneche Hospital Arequipa from September 1st, 2012 to August 30th, 2014, were randomly reviewed.

**Results:** From September 1st, 2012 to August 30th, 2014 at General Surgery Service, from a random sample of 230 procedures, from which 103 cases (44.78%) were major surgeries, 114 cases (49.56%) were mid surgeries, 13 cases (5.65%) were minor surgeries. Of all the complications, the most frequent was surgical wound infection with 6 cases (2.61%), followed by surgical wound seroma with 4 cases (1.74%), in the next place surgical wound bleedings with 2 cases(0.86%), hematomas with 2 cases(0.86%), then 1 case of cecal fistula(0.43%), and 1 case of bilirachia.

Regarding sex, it was resolved that 11 males had postoperative complications which represent the 68.75%, likewise the presence of 5 females representing 31.25% of the population who had postoperative complications.

This research sets us up that the incidence of postoperative complications is higher in males.

Regarding age, it was resolved the presence of 4 patients over 60 years representing 25% of patients with postoperative complications indicating high incidence in that age group.

**Key words:** postoperative complications, frequency, wound infection



## INTRODUCCIÓN

La determinación del problema planteado en la presente investigación ha sido posible merced al efecto sinérgico y complementario de diferentes mecanismos exploratorios tales como el interés en conocer el tipo, frecuencia y distribución de las complicaciones quirúrgicas inmediatas postoperatorias en el Hospital Goyeneche - Arequipa, la revisión de la bibliografía que existe al respecto y los postulados del tiempo presente de modernidad y crisis referidos a la calidad de atención en los servicios de salud.

De otro lado, la lectura analítica de investigaciones y textos vinculados hacen caer en cuenta de que la frecuencia de presentación de las complicaciones postoperatorias tiene magnitud importante y lo que es más, en la mayoría de los casos ésta es evitable. La presente investigación tiene como instrumento las historias clínicas de pacientes operados para registrar y verificar los casos y establecer una casuística propia de las complicaciones postoperatorias en el Hospital Goyeneche - Arequipa.

El interés de realizar el presente trabajo de investigación es establecer el tipo, frecuencia y distribución de complicaciones postoperatorias según edad, sexo e intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche – Arequipa, 01 de Septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014, dado que en nuestro hospital no hay antecedente de haberse realizado un trabajo similar.

# CAPÍTULO I

## MATERIAL Y MÉTODOS



## I.- MATERIALES Y MÉTODOS

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

#### 1.1. Técnica

##### a. Precisión de la técnica

Se empleó la técnica de OBSERVACIÓN DOCUMENTAL, para recoger información de las variables de interés, en base a la revisión y estudios de las historias clínicas de los pacientes con complicaciones postoperatorias. Esta técnica dará cuenta del cada uno de los objetivos de la investigación.

##### b. Esquematización

VARIABLES	TÉCNICA
Tipo de Complicación	Observación documental
Edad	
Sexo	
Enfermedad	
Procedimiento quirúrgico	
Tipo de intervención quirúrgica	

##### c. Procedimiento

Previa estandarización de las historias clínicas, de acuerdo a los criterios de inclusión, la observación documental de las mismas implicó la revisión y registro de los hallazgos documentales respecto a las variables y sus respectivos indicadores y subindicadores.

## 1.2. Instrumentos

### a) Instrumento documental

#### a.1. Precisión del instrumento

Se empleó un instrumento elaborado, denominado FICHA DE RECOLECCION DE DATOS, estructurado en función a las variables e indicadores del estudio.

#### a.2. Estructura del instrumento

VARIABLES	INDICADORES
Tipo de Complicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heridas</li> <li>• Sistemas específicos</li> </ul>
Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de nacimiento</li> </ul>
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico preoperatorio</li> <li>• Diagnóstico postoperatorio</li> </ul>
Procedimiento Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apendicectomía, etc. Según diagnóstico preoperatorio</li> </ul>
Tipo de intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía mayor</li> <li>• Cirugía mediana</li> <li>• Cirugía menor</li> </ul>

#### a.3. Modelo del instrumento

Este figura en anexos.

### b) Instrumentos mecánicos

- Computadora

- Accesorios

### 1.3. Materiales

- Útiles de escritorio
- Historias clínicas
- Materiales de impresión
- PC iCORE 5 e impresa.
- Sistema Operativo, Procesador de texto Word 2013 y Procesador de Hojas de cálculo Excel 2013, Procesador IBM SPSS versión 19.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación Espacial

#### a. **Ámbito General:**

Hospital Goyeneche de Arequipa, ubicado en la Avenida Goyeneche s/n, Distrito de Cercado.

#### b. **Ámbito Específico:**

Departamento de Archivo y Diagnóstico de dicho hospital.

### 2.2. Ubicación Temporal

La investigación fue realizada desde 01 de Septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014

### 2.3. Unidades de Estudio

a. **Alternativa de manejo u opción:** Población.

b. **Unidades de análisis:** Historias clínicas.

### **c. Población cualitativa**

#### **c.1. Criterios de inclusión**

- Historias clínicas del Hospital Goyeneche.
- Pacientes operados de cualquier tipo de intervención quirúrgica.
- De cualquier procedimiento quirúrgico
- De cualquier edad.
- De ambos sexos.

#### **c.2. Criterios de exclusión**

- Historias clínicas con datos incompletos respecto al informe operatorio y evolución postoperatoria.
- Pacientes con complicaciones postoperatorias relacionadas con la anestesia y con cuidados de enfermería.
- Pacientes cuyos datos se hallen incompletos para su estudio.

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.1. Organización**

Antes de la administración del instrumento, se ejecutarán las siguientes acciones:

- Autorización del Director del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- Coordinación con el Jefe de Archivo y Estadística.
- Formalización de las historias clínicas.
- Aplicación de los instrumentos.

### **3.2. Recursos**

#### **a) Recursos Humanos**

**a.1. Investigador** : Milton Alexandro Mercado Pacco

- a.2. Asesor** : Dr. Oscar Javier Suclla Alarcón  
**a.3. Colaborador** : Dr. Carlos Saavedra Herrera  
Ing. Elizabeth Gordillo Montalvo

#### **b) Recursos Físicos**

Representado por las disponibilidades ambientales e infraestructurales del Departamento de Archivo y Estadística del Hospital Goyeneche de Arequipa.

#### **c) Recursos Económicos**

El presupuesto para la recolección y otras tareas investigativas fue financiado por el investigador.

#### **d) Recurso Institucional**

- Universidad Católica de Santa María.
- Hospital Goyeneche de Arequipa.

### **4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS**

#### **4.1. Plan de Procesamiento de los Datos**

##### **a. Tipo de procesamiento**

Se empleó un procesamiento manual y computarizado, mediante el paquete informático IBM SPSS, versión 19, EXCEL 2013.

##### **b. Operaciones del procesamiento**

###### **b.1. Clasificación:**

La información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos, fue ordenada en una Matriz de Sistematización.

**b.2. Conteo:**

Se requirió de matrices de conteo.

**b.3. Tabulación:**

Se confeccionaron tablas de acuerdo a las variables implicadas en la relación.

**b.4. Graficación:**

Se elaboraron gráficas de barras, en concordancia con el carácter categórico de los datos.

**4.2. Plan de análisis de datos**

**a. Tipo de análisis**

Cuantitativo, categórico, multivariado.

**b. Taxonomía de la investigación**

Enfoque	Tipo de estudio				
	1.- Por la técnica de recolección	2.- Por el tipo de dato que se planifica recoger	3.- Por el nro. de mediciones de las variables	4.- Por el nro. de poblaciones o muestras	5.- Por el ámbito de recolección
Cuantitativo	Observacional	Retrospectivo	Transversal	Descriptivo	Documental



## **CAPÍTULO II**

# **RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES OPERADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ**

TIPO DE CIRUGÍA	NÚMERO	NO HUBO COMPLICACIÓN	COMPLICACIÓN		
			TIPO	N <sup>a</sup>	%
<b>MAYORES</b>	<b>103 (44,78%)</b>	<b>98 (95.15%)</b>		<b>5</b>	<b>4.85%</b>
Colecistectomía abierta	41	38	Infección de herida	2	1.94%
			Seroma	1	0.97%
Colecistectomía laparoscópica	59	58	Bilirragia	1	0.97%
Sigmoidectomía	1	1	-	-	-
Eventroplastia	2	1	Seroma	1	0.97%
<b>MEDIANAS</b>	<b>114 (49,56%)</b>	<b>104 (91.22%)</b>		<b>10</b>	<b>8.78%</b>
Apendicectomía abierta	37	32	Infección de herida operatoria	4	3.51%
			Fístula estercorácea	1	0.88%
Apendicectomía laparoscópica	3	3	-	-	-
Liberación bridas y adherencias	3	3	-	-	-
Hernioplastias	32	30	Seroma	2	1.75%
Safenectomías	17	16	Hematoma	1	0.88%
Hemorroidectomía	12	11	Hemorragia herida	1	0.88%
Fistulectomías	10	9	Hemorragia herida	1	0.88%
<b>MENOR</b>	<b>13 (5,65%)</b>	<b>12 (92.31%)</b>		<b>1</b>	<b>7.69%</b>
Exéresis de ginecomastia	13		Hematoma	1	7.69%
<b>TOTAL</b>	<b>230</b>			<b>16</b>	<b>6.96%</b>

Del 01 de septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014, en el servicio de Cirugía General de una muestra aleatoria de 230 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 103 (44,78%) casos correspondieron a cirugía mayor; 114 (49,56%) a cirugía mediana y 13 (5,65%) a cirugía menor. Se aprecia una ligera predominancia de la cirugía mediana sobre la mayor, no sólo en el número de cirugías sino en el número de complicaciones. La frecuencia global de complicaciones para el periodo de estudio es de 16 casos (6,96%). De todas las complicaciones, la más frecuente fue infección de herida operatoria con 6 casos (2,61%); le sigue los seromas de herida operatoria con 4 (1,74%) casos; luego prosigue la hemorragia de herida operatoria con 2 (0,86%) casos; los hematomas con 2 (0,86%) casos; 1 (0,43%) caso de fístula estercorácea y 1 (0,43%) caso de bilirragia.



GRÁFICA Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES OPERADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE

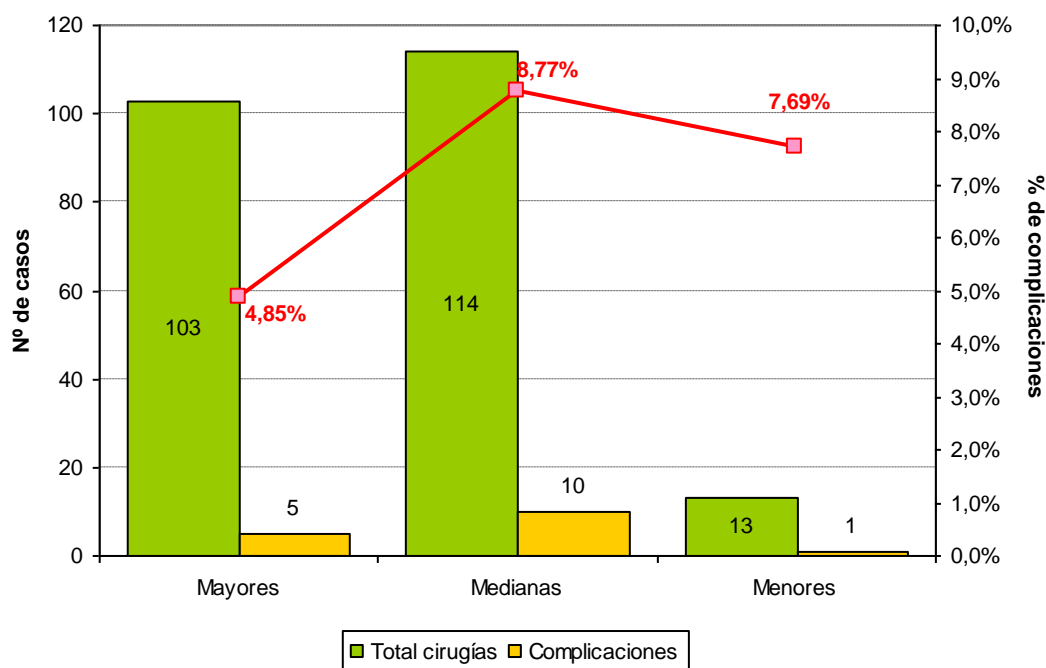


TABLA N° 2

## INCIDENCIA DE COMPLICACIONES SEGÚN LA EDAD

EDAD	NÚMERO DE PACIENTES COMPLICADOS	%
1 – 10	1	6.25%
11 – 20	1	6.25%
21 – 30	3	18.75%
31 – 40	2	12.5%
41 – 50	3	18.75%
51 - 60	2	12.5%
60 a más	4	25%
<b>TOTAL</b>	16	100%

En cuanto a la edad, se determinó la presencia del 6.25% de pacientes entre los 1 y 10 años, 1 (6.25%) pacientes entre 11 y 20 años, 3 (18.75%) pacientes entre 21 y 30 años, 2 (12.5%) pacientes entre 31 y 40 años, 3 (18.75%) pacientes entre 41 y 50 años, 2 (12.5%) pacientes entre 51 y 60 años y 4 (25%) pacientes de 60 a más años.

Lo que determina que los pacientes entre 60 y más años representan la población en la que existe mayor incidencia (25%) de complicaciones postoperatorias, lo mismo que por la edad determina la presencia de complicaciones asociadas a la presencia de enfermedades concomitantes que los predisponen a presentar dichas complicaciones.

## GRÁFICA Nº 2

### INCIDENCIA DE COMPLICACIONES SEGÚN LA EDAD

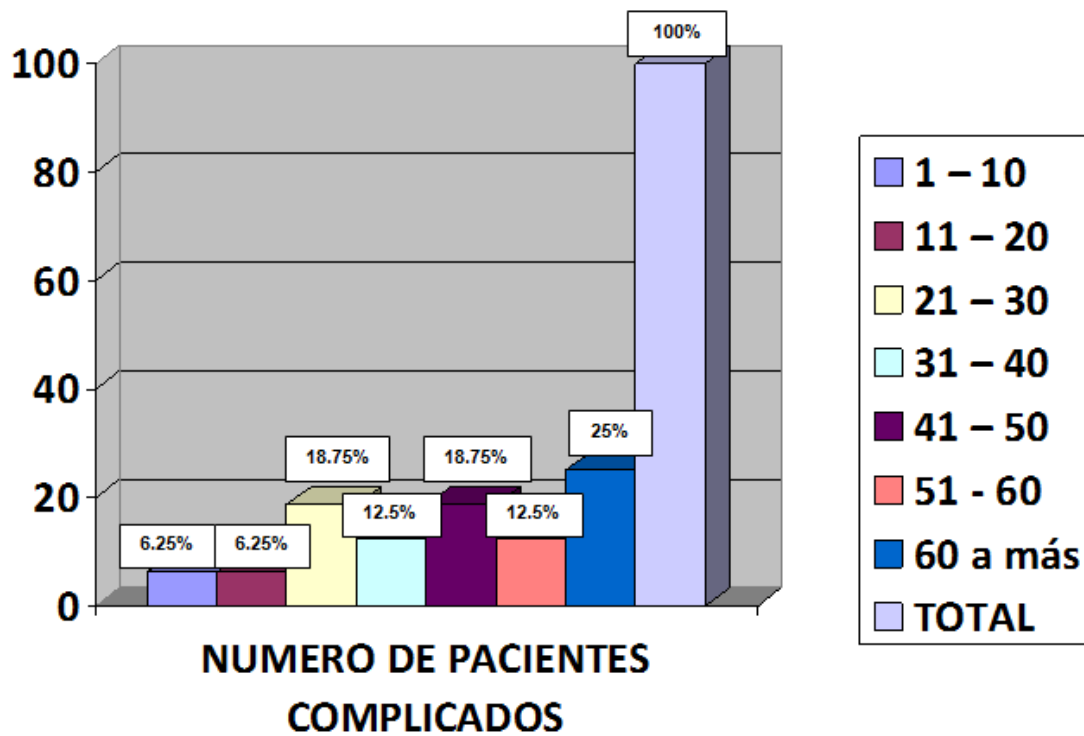


TABLA N° 3

## INCIDENCIA DE COMPLICACIONES SEGÚN LA SEXO

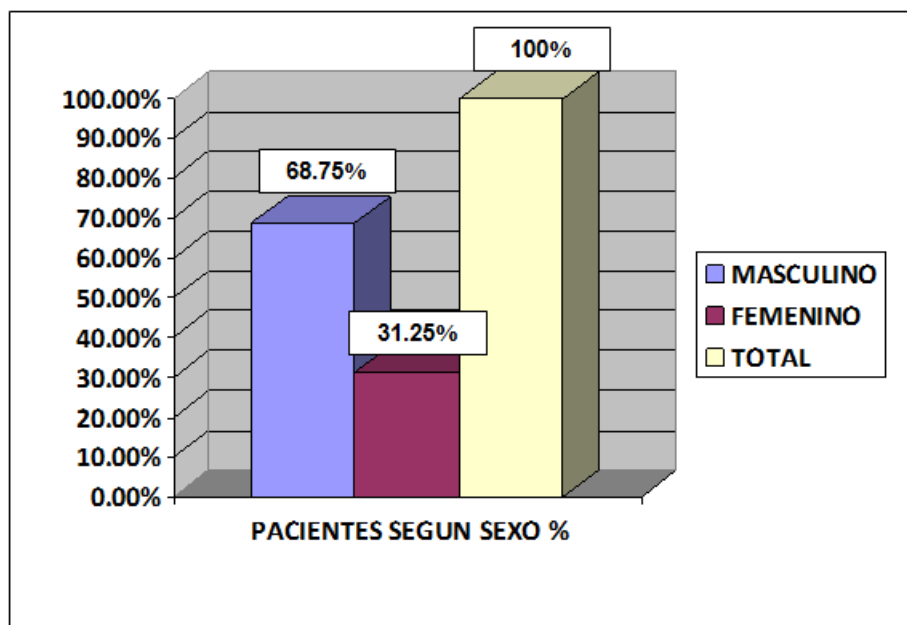
SEXO	NUMERO DE PACIENTES COMPLICADOS	%
MASCULINO	11	68.75%
FEMENINO	5	31.25%
TOTAL	16	100%

En cuanto a sexo, se determinó la presencia de 11 varones con complicaciones postoperatorias que representan el 68.75%, así mismo la presencia de 5 mujeres que representan el 31.25% de la población que presentaron complicaciones postoperatorias.

Esto nos determina que la incidencia de complicaciones post operatoria es mayor en varones.

### GRÁFICA Nº 3

#### INCIDENCIA DE COMPLICACIONES SEGÚN LA SEXO



**TABLA N° 4**

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE COLECISTECTOMIAS  
ABIERTAS Y LAPAROSCOPICAS**

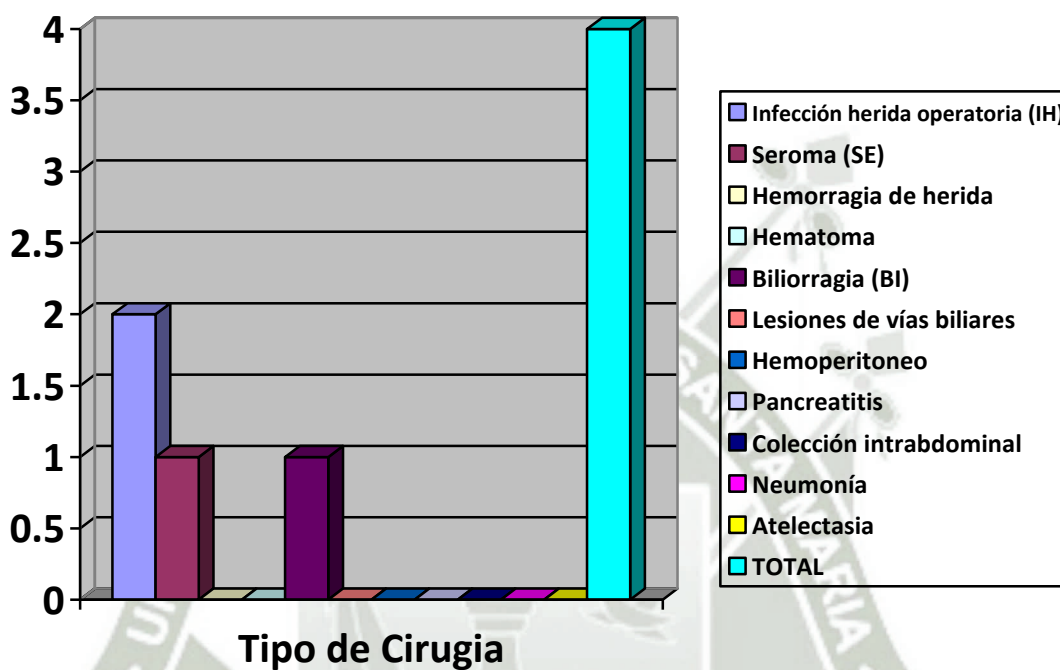
**TOTAL DE COLECISTECTOMÍAS: 100**

<b>Tipo de Cirugía</b>	<b>Número de Complicaciones</b>	<b>%</b>
Infección herida operatoria (IH)	2	2%
Seroma (SE)	1	1%
Hemorragia de herida	-	-
Hematoma	-	-
Biliorragia (BI)	1	1%
Lesiones de vías biliares	-	-
Hemoperitoneo	-	-
Pancreatitis	-	-
Colección intrabdominal	-	-
Neumonía	-	-
Atelectasia	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>

Mostramos 4 complicaciones postoperatorias potenciales de las 100 intervenciones quirúrgicas, de las cuales hemos hallado en la revisión: 2 (2%) casos de infección de herida operatoria, 1 (1%) caso de seroma y 1 (1%) caso de bilirragia, que suman 4 (4%) casos.

GRÁFICA Nº 4

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE COLECISTECTOMÍAS  
ABIERTAS Y LAPAROSCÓPICAS



**TABLA N° 5**

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN COLECISTITIS AGUDA SEGÚN  
TIPO DE INTERVENCIÓN POR GRUPOS DE EDAD**

GRUPOS DE EDAD	Colecistectomía abierta					
	Total	Complicad os	%	No complicados	%	TOTAL %
1 – 10	-	-	-	0	0.0%	0%
11 – 20	2	-	-	2	11.8%	12%
21 – 30	1	-	-	1	5.9%	6%
31 – 40	2	1 (IH)	5.9%	1	5.9%	12%
41 – 50	3	-	0.0%	3	17.6%	18%
51 – 60	3	-	0.0%	3	17.6%	18%
> 60	6	1 (IH)	5.9%	5	29.4%	35%
<b>TOTAL</b>	17	2	11.8%		88.2%	100%

Chi<sup>2</sup> = 4.156

p = 0,527

p>0.05

De la población tomada, con colecistitis aguda se observó 17 colecistectomías abiertas; de las cuales se presentaron complicaciones en 2 (11.8%) casos, habiéndose presentado en el grupo etáreo de 31 – 40 años 1 caso con infección de herida operatoria y otro caso con la misma complicación en el grupo etáreo mayor de 61 años, siendo el grupo etáreo mayor de 61 años donde se practicaron la mayor parte de colecistectomías abiertas.

GRUPOS DE EDAD	Colecistectomía laparoscópica					
	Total	Complica dos	%	No complicados	%	TOTAL %
1 – 10	0	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
11 – 20	0	0	0.0%	0	0.0%	0.0%
21 – 30	9	0	0.0%	9	22.5%	22.5%
31 – 40	8	0	0.0%	8	20.0%	20.0%
41 – 50	3	0	0.0%	3	7.5%	7.5%
51 – 60	9	0	0.0%	9	22.5%	22.5%
> 60	11	1 (BI)	2.5%	10	25.0%	27.5%
<b>TOTAL</b>	40	1	2.5%	39	97.5%	100.0%

Complicaciones según edad:  $\text{Chi}^2 = 2.704$   $p = 0,609$   $p > 0.05$

Asimismo, se han practicado 40 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales se complicó 1 (2,5%) caso con bilirragia en el grupo etáreo mayor de 61 años.

No hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en colecistitis aguda para ambos casos ( $p > 0.05$ )

\*IH: Infección de herida operatoria

BI: Bilirragia

### GRÁFICA Nº 5

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN COLECISTITIS AGUDA SEGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

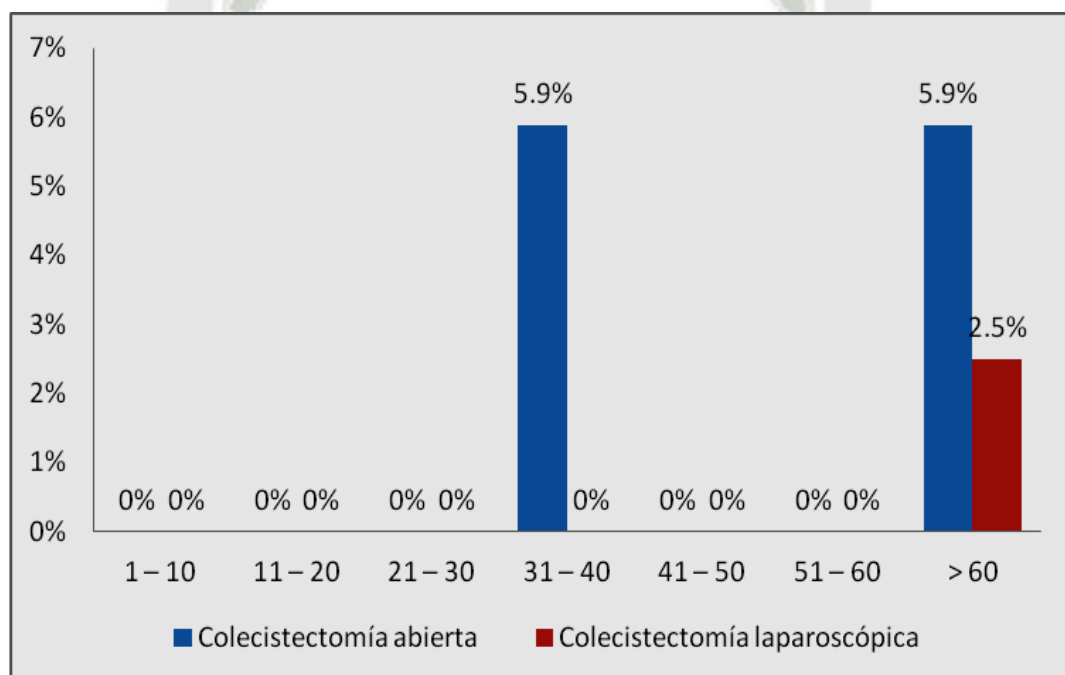


TABLA N° 6

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN COLECISTITIS AGUDA POR  
TIPO DE INTERVENCIÓN SEGÚN SEXO**

SEXO	Colecistectomía abierta					
	Total	Complicados		NO COMPLICADOS		TOTAL
		N°	%	N°	%	
Hombre	8	1 (IH)	5.9%	7	41.2%	47.1%
Mujer	9	1 (IH)	5.9%	8	47.1%	52.9%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>11.8%</b>		<b>88.2%</b>	<b>100.0%</b>

OR =1.14

OR>1

SEXO	Colecistectomía laparoscópica					
	Total	Complicados		NO COMPLICADOS		TOTAL
		N°	%	N°	%	
Hombre	14	0	0.0%	14	35.0%	35.0%
Mujer	26	1 (BI)	2.5%	25	62.5%	65.0%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>2.5%</b>		<b>97.5%</b>	<b>100.0%</b>

OR=0.625

OR<1

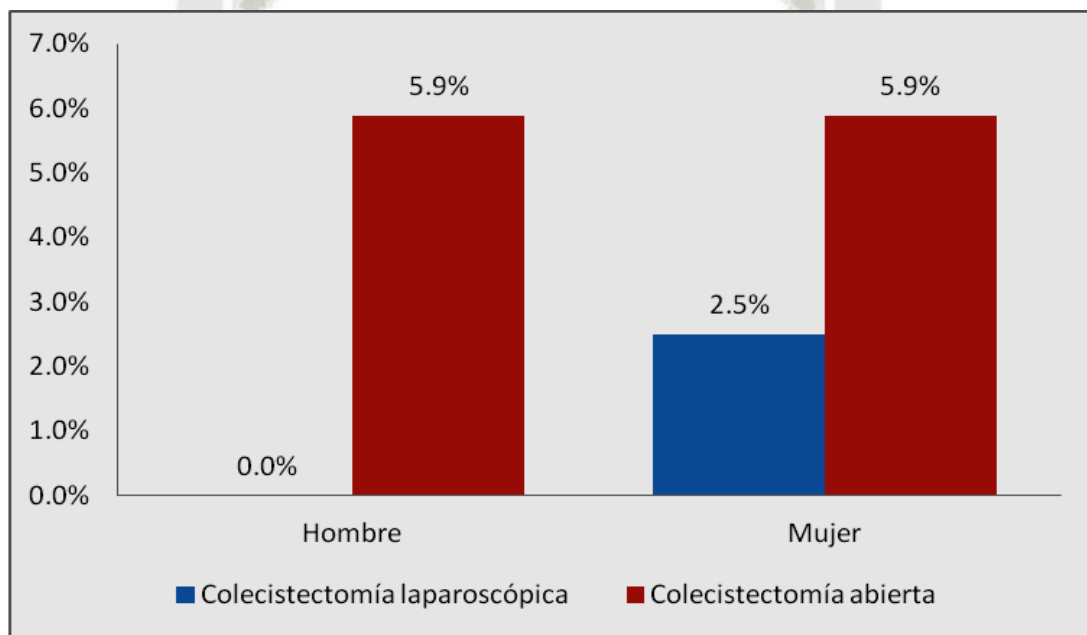
En cuanto a sexo, por colecistitis aguda se observó 17 colecistectomías abiertas, de las cuales 8 pacientes fueron del sexo masculino y 9, del sexo femenino; se complicaron 2 (11,8%) casos con infección de herida operatoria, uno en el hombre y otro en la mujer. Se practicó 40 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales 14 pacientes fueron hombres y 26 fueron mujeres; se complicó 1 (2,5%) caso con bilirragia correspondiente al sexo femenino, no habiendo complicaciones en el sexo masculino.

\*IH: Infección de herida operatoria

BI: Bilirragia

### GRÁFICA Nº 6

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN COLECISTITIS AGUDA POR TIPO DE INTERVENCIÓN SEGÚN SEXO



**TABLA N° 7**

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN COLECISTITIS CRÓNICA  
SEGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN POR GRUPOS DE EDAD**

GRUPOS DE EDAD	Colecistectomía abierta					
	Total	Complicados	%	No Complicados	%	TOTAL
1 – 10	-	-	0%	0	0%	0%
11 – 20	1	-	0%	1	4.2%	4%
21 – 30	3	-	0%	3	12.5%	13%
31 – 40	9	1 (SE)	4.2%	8	33.3%	38%
41 – 50	2	-	0%	2	8.3%	8%
51 – 60	3	-	0%	3	12.5%	13%
> 60	6	-	0%	6	25.0%	25%
<b>TOTAL</b>	24	1	4.2%		95.8%	100%

Complicaciones según edad:  $\text{Chi}^2 = 1,626$

$p = 0,804$

En cuanto a la edad, por colecistitis crónica se observó 24 colecistectomías abiertas, de las cuales se presentó 1 (4,2%) caso de seroma de herida operatoria en el grupo de edad de 31 – 40 años. Se aprecia predominancia de las colecistectomías abiertas en dicho el grupo con un 38%.

GRUPOS DE EDAD	Colecistectomía laparoscópica					
	Total	Complicados	%	No Complicados	%	TOTAL
1 – 10	-	-	0%	0	0%	0%
11 – 20	-	-	0%	0	0%	0%
21 – 30	9	-	0%	9	47%	47%
31 – 40	7	-	0%	7	37%	37%
41 – 50	0	-	0%	0	0%	0%
51 – 60	2	-	0%	2	11%	11%
> 60	1	-	0%	1	5%	5%
<b>TOTAL</b>	19		0%		100.0%	100%

Complicaciones según edad:  $\text{Chi}^2 = 1,626$

$p = 0,804$

Asimismo, por colecistitis crónica se practicó 19 colecistectomías laparoscópicas, no habiendo ningún caso de complicación. No hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en colecistitis crónica para ambos casos ( $p > 0,05$ )

### GRÁFICA Nº 7

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN COLECISTITIS CRÓNICA SEGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

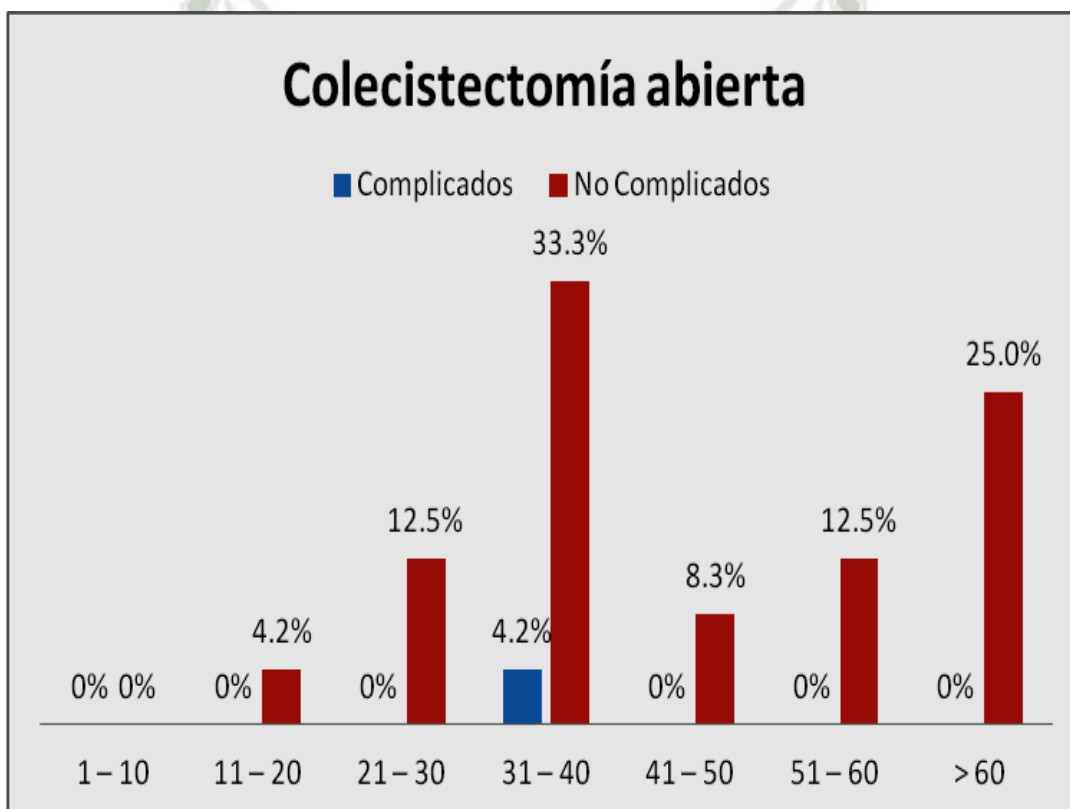


TABLA N° 8

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN COLECISTITIS CRÓNICA POR  
TIPO DE INTERVENCIÓN SEGÚN SEXO**

SEXO	Colecistectomía abierta					
	Total	Complica dos	%	No complicados	%	total
Hombre	8	1 (SE)	4.2%	7	29.2%	33.3%
Mujer	16	-	0%	16	66.7%	66.7%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>4.2%</b>		<b>95.8%</b>	<b>100.0%</b>

OR=1.14

OR>1

SEXO	Colecistectomía laparoscópica					
	Total	Complica dos	%	No complicados	%	total
Hombre	7	-	0	7	36.8%	36.8%
Mujer	12	-	0	12	63.2%	63.2%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>-</b>	<b>0</b>		<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

OR=1

OR=1

Según el sexo, por colecistitis crónica se observó 24 colecistectomías abiertas, de las cuales 33.3% correspondieron al sexo masculino y 66.7% al femenino; se presentó 1 (4,2%) caso de seroma de herida operatoria en el sexo masculino. También se aprecia predominancia de las colecistectomías abiertas en el sexo femenino sobre el masculino. Asimismo, por colecistitis crónica se practicó 19 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales el 36.8% fueron pacientes varones y 63.2% fueron mujeres; no hubo ningún caso de complicación. Se aprecia clara predominancia de las colecistectomías laparoscópicas en el sexo femenino con respecto al masculino.

\*SE: Seroma

### GRÁFICA Nº 8

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN COLECISTITIS CRÓNICA POR TIPO DE INTERVENCIÓN SEGÚN SEXO

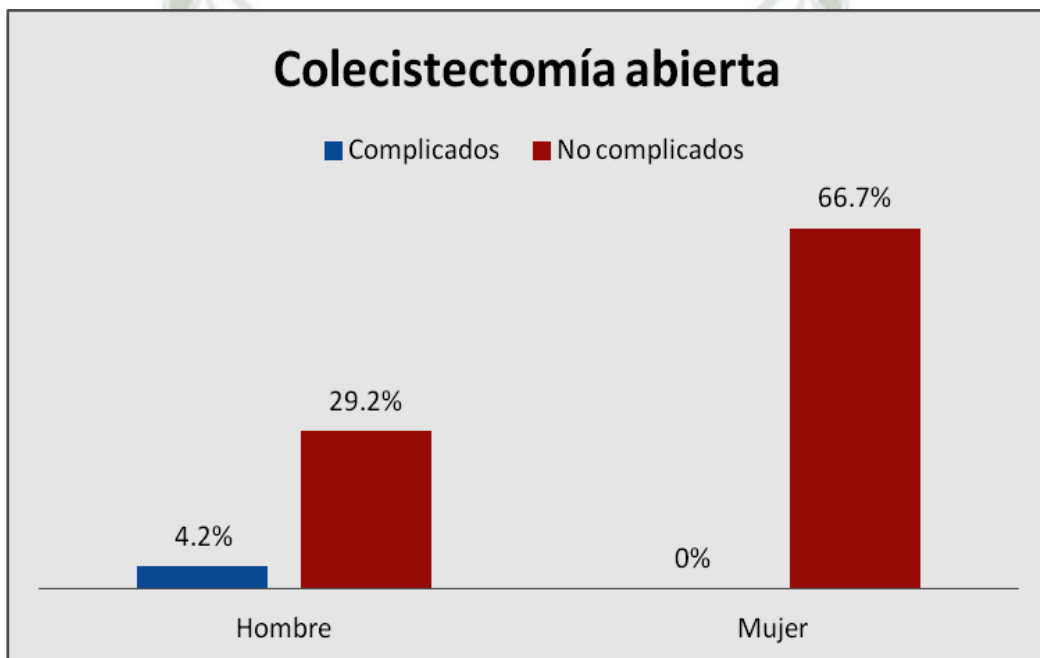


TABLA N° 9

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE APENDICECTOMÍAS  
ABIERTAS Y LAPAROSCÓPICAS****TOTAL APENDICECTOMÍAS: 40**

Complicación	Número	%
Infección de herida (IH)	4	10%
Seroma	-	-
Hematoma	-	-
Hemorragia de herida	-	-
Absceso intrabdominal	-	-
Fístula enterocutánea	-	-
Fístula estercoriácea (FES)	1	2,5%
Infección urinaria	-	-
Neumonía	-	-
Atelectasia	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>12,5%</b>

Mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 4 (10%) casos de infección de herida operatoria y 1 (2,5%) caso de fístula estercoriácea.

\***IH:** Infección de herida operatoria

\***FES:** fístula estercoriácea

### GRÁFICA Nº 9

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE APENDICECTOMÍAS ABIERTAS Y LAPAROSCÓPICAS

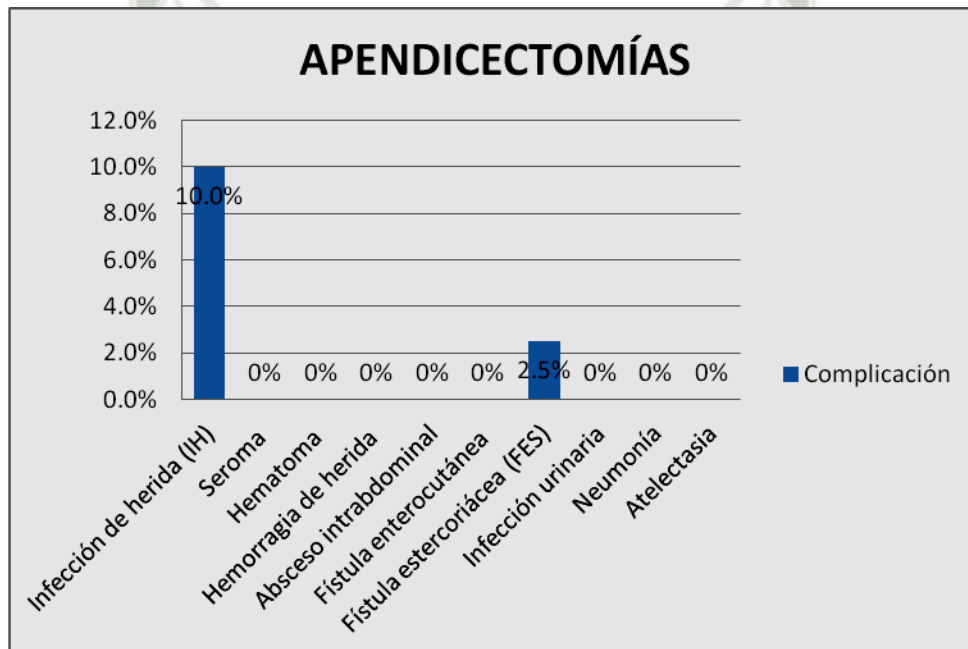


TABLA N° 10

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN APENDICITIS AGUDA SEGÚN  
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO POR GRUPOS DE EDAD**

GRUPOS DE EDAD	Apendicitis aguda complicada					
	Total	Complica dos	%	No complicados	%	Total
1 – 10	1	1 (IH)	16.7%	0	0%	16.7%
11 – 20	1	1 (IH)	16.7%	0	0%	16.7%
21 – 30	2	1 (FES)	16.7%	1	16.7%	33.3%
31 – 40	1	-	0%	1	16.7%	16.7%
41 – 50	1	1 (IH)	16.7%	0	0%	16.7%
51 – 60	-	-	0%	0	0%	0.0%
> 60	-	-	0%	0	0%	0.0%
<b>TOTAL</b>	6	4	66.7%	31	33.3%	100.0%

Complicaciones según edad:  $\text{Chi}^2 = 3.750$

**p = 0,441**

Según grupos etáreos, por apendicitis aguda complicada, se observó 6 apendicectomías abiertas, de los cuales el 50.1% de los casos presentaron infección de herida: el 16.3% en el grupo de edad de 1 – 10 años, 16.3% en el grupo de 11 – 20 y otro 16.3% en el grupo de 41 – 50 años. También el 16.3% presentó fístula estercorácea en el grupo de 21 – 30 años.

GRUPOS DE EDAD	Apendicitis aguda no complicada					
	Total	Complica dos	%	No complicados	%	Total
1 – 10	-	-	0%	0	0%	0.0%
11 – 20	9	-	0%	9	29%	29.0%
21 – 30	12	1 (IH)	3.2%	11	35%	38.7%
31 – 40	7	-	0%	7	23%	22.6%
41 – 50	2	-	0%	2	6%	6.5%
51 – 60	-	-	0%	0	0%	0.0%
> 60	1	-	0%	1	3%	3.2%
<b>TOTAL</b>	31	1	3.2%		96.8%	100.0%

Complicaciones según edad:  $\text{Chi}^2 = 1.636$

**p = 0,802**

Asimismo, por apendicitis aguda no complicada, se practicaron 31 apendicectomías abiertas, de las cuales se complicó sólo el 3.2% por infección de herida operatoria en el grupo etáreo de 21 – 30 años. En lo referente a cirugía laparoscópica en apendicitis aguda no complicada, se practicaron 3 apendicectomías en el grupo etáreo de 11 – 20 años.

No hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en apendicitis aguda para ambos casos ( $p > 0,05$ )

\*\* : Estos 3 casos de apendicectomías laparoscópicas no están incluidas en el global de la presente tabla, las que sumadas serían 34 apendicectomías en apendicitis aguda no complicada.

\*IH: Infección de herida operatoria;

FES: Fístula estercoracea;

### GRÁFICA N° 10

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN APENDICITIS AGUDA SEGÚN DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO POR GRUPOS DE EDAD

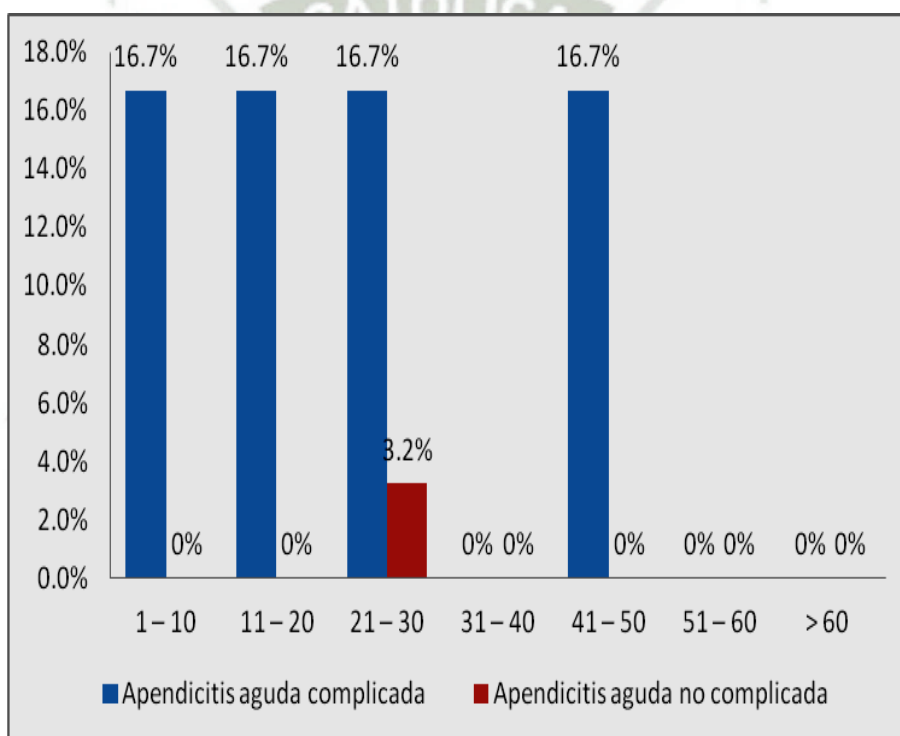


TABLA N° 11

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN APENDICITIS AGUDA SEGÚN  
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO POR SEXO**

SEXO	Apendicitis aguda complicada					
	Total	Complica Dos	%	No complicados	%	Total
<b>Hombre</b>	4	3 (IH)	50.0%	1	16.7%	66.7%
<b>Mujer</b>	2	1 (FES)	16.7%	1	16.7%	33.3%
<b>Total</b>	6	4	66.7%		33.3%	100.0%

OR=2

OR>1

Según el sexo, por apendicitis aguda complicada se practicaron 6 apendicectomías abiertas, el 66.7% se realizaron en el sexo masculino y el 33.3%, en el sexo femenino; presentándose como complicación postoperatoria infección de herida operatoria en el 50% de los casos en el sexo masculino y el 16.7% de fístula enterocutánea en el sexo femenino.

SEXO	Apendicitis aguda no complicada					
	Total	Complicados	%	No complicados	%	Total
Hombre	20	1 (IH)	3.2%	19	61.3%	64.5%
Mujer	11	-	0%	11	35.5%	35.5%
<b>Total</b>	31	1 (IH)	3.2%		96.8%	100.0%

OR=1.05

OR>1

Asimismo, por apendicitis aguda no complicada se practicaron 31 apendicectomías abiertas, de las cuales el 64.5% de pacientes fueron de sexo masculino y 35.5% del sexo femenino, se complicó el 3.2% con infección de herida operatoria en un varón. Hay predominancia de las apendicectomías abiertas del sexo masculino sobre el femenino. En lo referente a cirugía laparoscópica se practicaron 3 apendicectomías.

GRÁFICA N° 11

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN APENDICITIS AGUDA SEGÚN  
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO POR SEXO

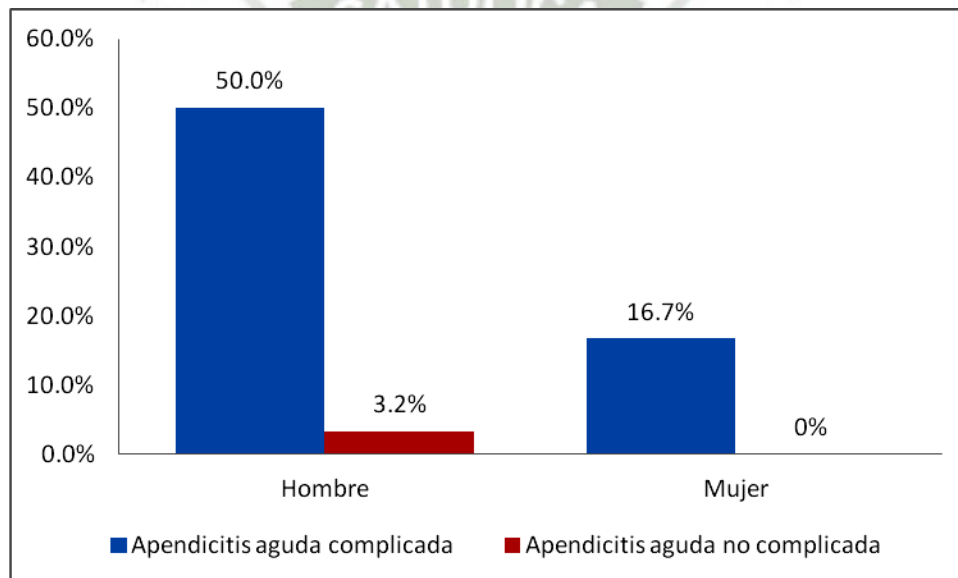


TABLA Nº 12

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MÁS FRECUENTES DE  
HERNIOPLASTIAS****TOTAL HERNIOPLASTIAS: 32**

COMPLICACIÓN	NÚMERO	%
Seroma (SE)	2	6,25%
Hematoma	-	-
Infección de herida	-	-
Hidrocele	-	-
Orquitis isquémica	-	-
Neuralgia	-	-
TOTAL	2	6,25%

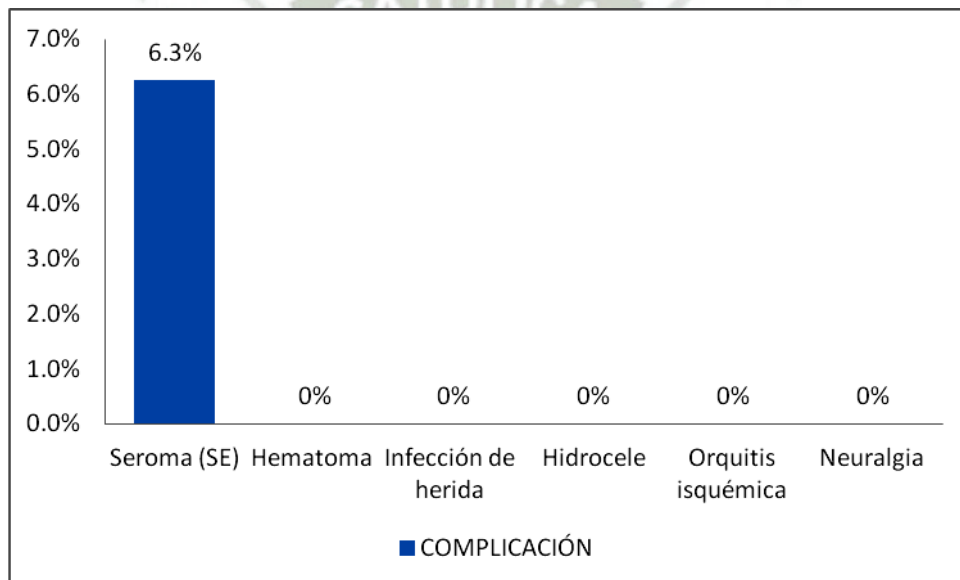
Mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 2 (6,25%) casos de seroma de herida operatoria del total de hernioplastias

\*SE: Seroma

### GRÁFICA N° 12

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MÁS FRECUENTES DE HERNIOPLASTIAS

TOTAL HERNIOPLASTIAS: 32



**TABLA N° 13**

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE HERNIOPLASTIAS SEGÚN  
GRUPOS ETÁREOS**

GRUPOS DE EDAD	Hernioplastía inguinal					
	Total	Complicados	%	No complicados	%	Total
1 – 10	-	-	0%	0	0%	0%
11 – 20	-	-	0%	0	0%	0%
21 – 30	3	-	0%	3	12.5%	13%
31 – 40	4	-	0%	4	16.7%	17%
41 – 50	6	-	0%	6	25.0%	25%
51 – 60	1	-	0%	1	4.2%	4%
> 60	10	1 (SE)	4.2%	9	37.5%	42%
<b>TOTAL</b>	24	1	4.2%		95.8%	100%

Complicaciones según edad:  $\text{Chi}^2 = 1,461$   $p = 0.834$

Según grupos etáreos, se observó 32 hernioplastias: 24 hernioplastias inguinales y 8 umbilicales. De las hernioplastias inguinales, se presentó complicación en 1 (4,2%) caso correspondiente a seroma de herida, habiéndose presentado en el grupo etáreo de mayores de 60 años.

GRUPOS DE EDAD	Hernioplastía umbilical					
	Total	Complicados	%	No complicados	%	Total
1 – 10	-	-	0%	0	0%	0%
11 – 20	-	-	0%	0	0%	0%
21 – 30	-	-	0%	0	0%	0%
31 – 40	1	-	0%	1	13%	13%
41 – 50	3	1(SE)	12.5%	2	25%	38%
51 – 60	1	-	0%	1	13%	13%
> 60	3	-	0%	3	38%	38%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>12.5%</b>		<b>87.5%</b>	<b>100%</b>

Complicaciones según edad:  $\chi^2 = 1,905$   $p = 0.592$

En el caso de las hernioplastias umbilicales se presentó 1 (12,5%) caso de complicación, también seroma de herida, presentándose en el grupo etáreo de 41 – 50 años. No hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en colecistitis crónica para ambos casos ( $p > 0,05$ )

GRÁFICA N° 13

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE HERNIOPLASTIAS SEGÚN  
GRUPOS ETÁREOS

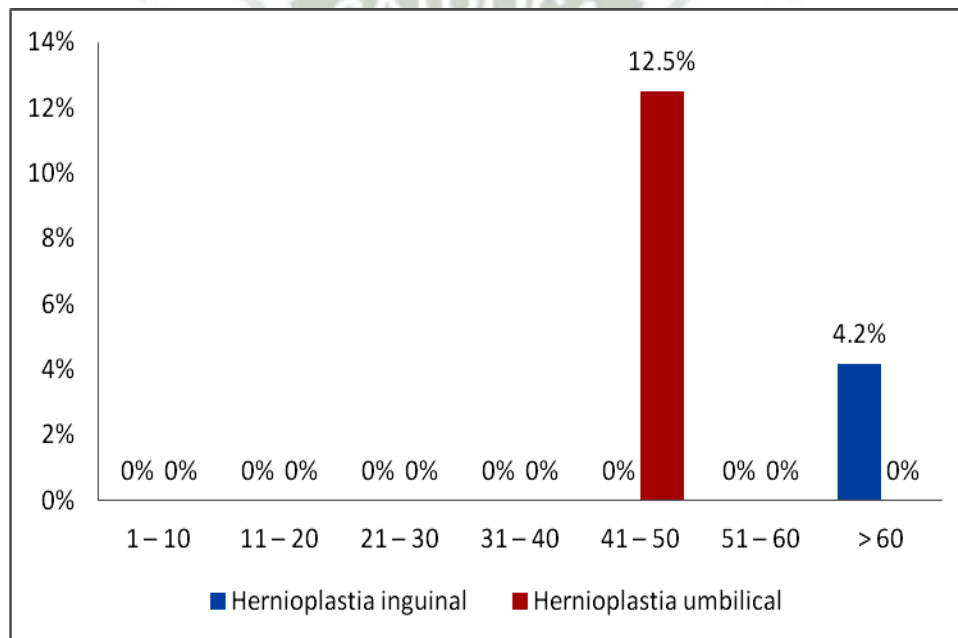


TABLA N° 14

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE HERNIOPLASTIAS SEGÚN  
SEXO**

SEXO	Hernioplastia inguinal			Hernioplastia umbilical			Total complicados		
	Total	Complica dos	%	Total	Complica dos	%	Total	Complica dos	%
<b>Hombre</b>	24	1 (SE)	4.2%	1	-	0.0%	25	1 (SE)	4.2%
<b>Mujer</b>	-	-	0.0%	7	1(SE)	14.3%	7	1 (SE)	14,3
<b>Total</b>	24	1	4.2%	8	1	14.3%	32	2	16.5

En cuanto al sexo, se practicaron 24 hernioplastias inguinales, de las cuales todas se realizaron en hombres. Asimismo se realizaron 8 hernioplastias umbilicales, 1 en el sexo masculino y 7 en el sexo femenino. Se presentó 1 (4,2%) caso de seroma de herida en hernioplastia inguinal en el hombre y 1 (14,3%) caso de seroma de herida en hernioplastia umbilical en la mujer.

\*SE: Seroma

### GRÁFICA N° 14

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE HERNIOPLASTIAS SEGÚN SEXO

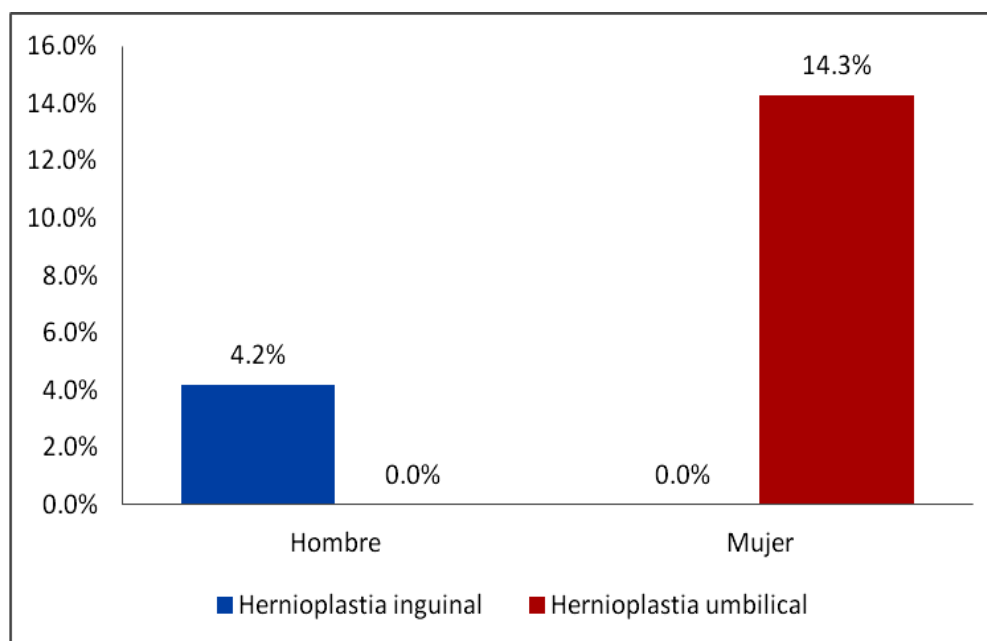


TABLA N° 15

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MÁS FRECUENTES DE  
SAFENECTOMÍAS****TOTAL SAFENECTOMIAS: 17**

COMPLICACION	Nº	%
Hematoma (HE)	1	5,88%
Seroma	-	-
Hemorragia	-	-
Infección de herida	-	-
Linforragia	-	-
TOTAL	1	5,88%

Mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 1 (5,88%) casos de hematoma de herida operatoria.

\*HE: hematoma

### GRÁFICA N° 15

## COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MÁS FRECUENTES DE SAFENECTOMÍAS

TOTAL SAFENECTOMIAS: 17

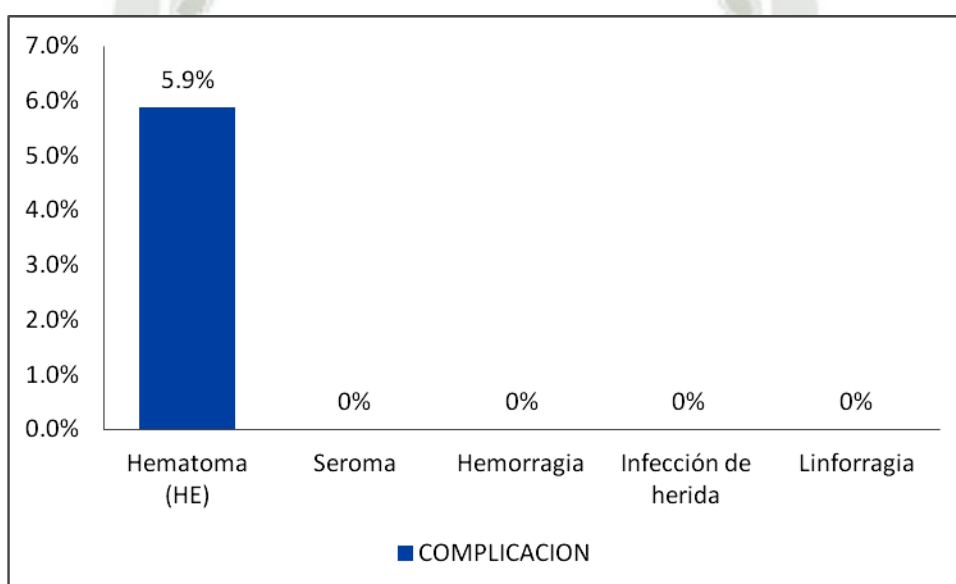


TABLA N° 16

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN SAFENECTOMÍAS SEGÚN  
GRUPOS DE EDAD**

GRUPOS DE EDAD	Safenectomías					
	Total	Complicados	%	No Complicados	%	Total
1 – 10	-	0	0%	0	0.0%	0.0%
11 – 20	5	0	0%	5	29.4%	29.4%
21 – 30	8	0	0%	8	47.1%	47.1%
31 – 40	-	0	0%	0	0.0%	0.0%
41 – 50	3	0	0%	3	17.6%	17.6%
51 – 60	-	0	0%	0	0.0%	0.0%
> 60	1	1 (HE)	5.9%	0	0.0%	5.9%
<b>TOTAL</b>	17	1	6%		94.1%	100.0%

Chi<sup>2</sup> = 17

p = 0.001

Según grupos etáreos, por várices de miembros inferiores se practicó 17 safenectomías, de las cuales se complicó 1 (5,9%) caso con hematoma, en el grupo etáreo mayor de 61 años. Se aprecia predominancia de la safenectomía con un 47.1% en el grupo etáreo de 21 – 30 años. Si hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en safenectomías según grupos de edad (p <0,05)

GRÁFICA N° 16

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN SAFENECTOMÍAS SEGÚN  
GRUPOS DE EDAD

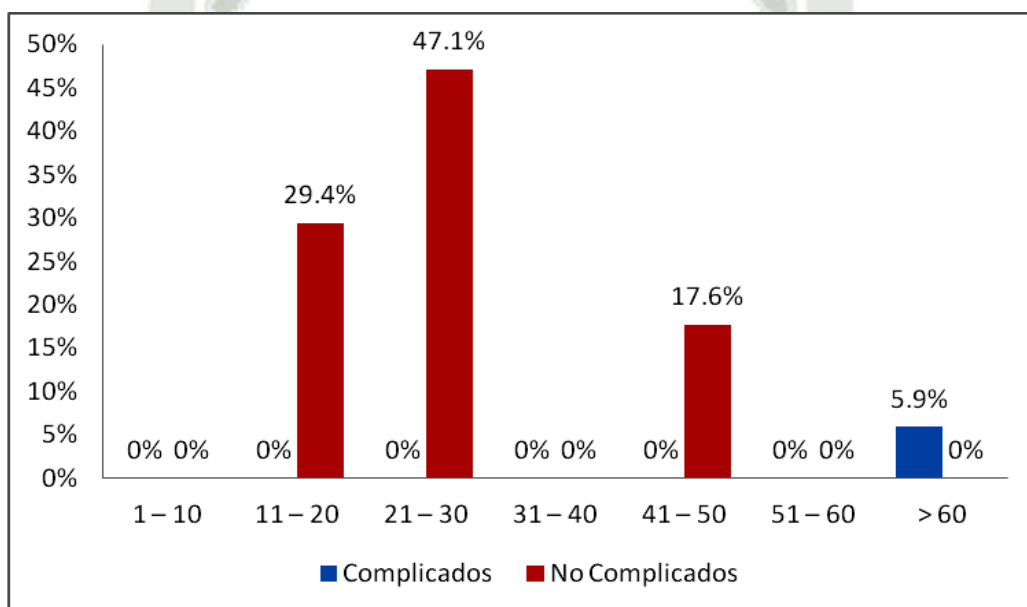


TABLA N° 17

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN SAFENECTOMÍAS SEGÚN  
SEXO**

SEXO	Safenectomías					
	Total	Complicados	%	No complicados	%	Total
Hombre	14	1 (HE)	5.9%	13	76.5%	82.4%
Mujer	3	-	0.0%	3	17.6%	17.6%
Total	17	1	5.9%	16	94.1%	100.0%

De acuerdo al sexo, por várices de miembros inferiores se practicaron 17 safenectomías, de las cuales el 82.4% de pacientes fueron de sexo masculino y el 17.6%, del sexo femenino; se complicó 1 (5.9%) caso con hematoma de herida

GRÁFICA N° 17

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN SAFENECTOMÍAS SEGÚN  
SEXO

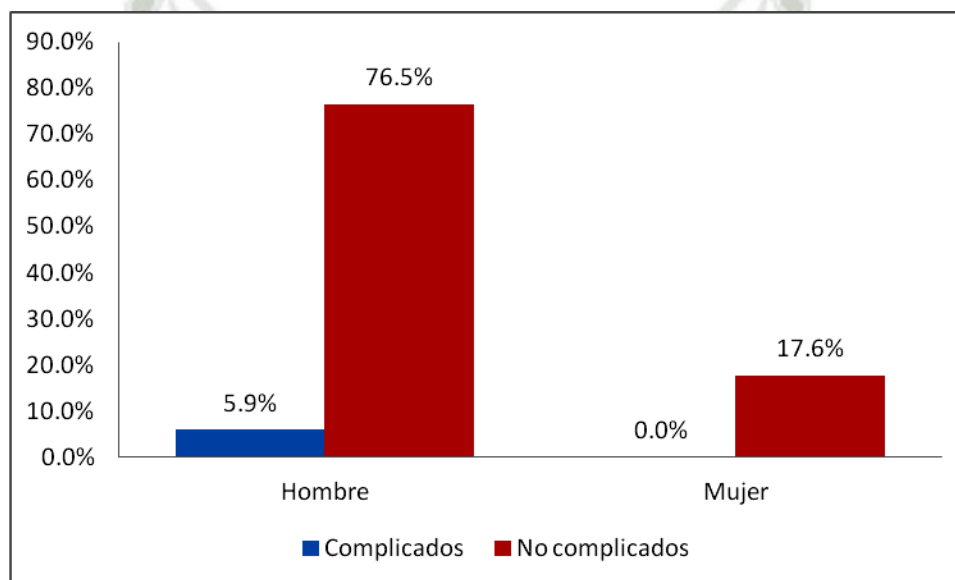


TABLA N° 18

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MÁS FRECUENTES DE LAS  
HEMORROIDECTOMÍAS****TOTAL DE HEMORROIDECTOMÍAS: 12**

<b>Complicación</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Hemorragia de herida (H)	1	8,33%
Estenosis anal	-	-
Retención urinaria aguda	-	-
Incontinencia fecal	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>8,33%</b>

Mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 1 (8,33%) caso de hemorragia de herida operatoria como complicación postoperatoria.

### GRÁFICA N° 18

## COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MÁS FRECUENTES DE LAS HEMORROIDECTOMÍAS

TOTAL DE HEMORROIDECTOMÍAS: 12

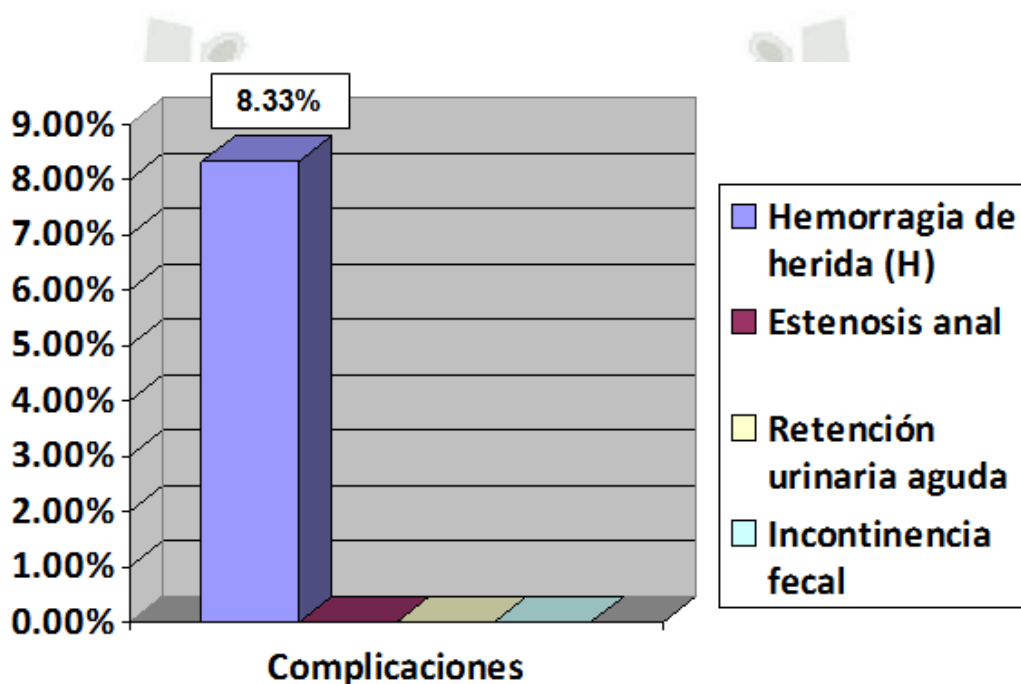


TABLA N° 19

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN HEMORROIDECTOMÍAS  
SEGÚN GRUPOS DE EDAD**

GRUPOS DE EDAD	Hemorroidectomías					
	Total	Complicados	%	No Complicados	%	Total
1 – 10	-	-	0%	-	0%	0%
11 – 20	-	-	0%	-	0%	0%
21 – 30	-	-	0%	-	0%	0%
31 – 40	2	-	0%	2	16.7%	17%
41 – 50	6	1 (H)	8.3%	5	41.7%	50%
51 – 60	2	-	0.0%	2	16.7%	17%
> 60	2	-	0.0%	2	16.7%	17%
<b>TOTAL</b>	12	1	8.3%	11	91.7%	100%

Chi<sup>2</sup> = 1.091

p = 0.779

Según grupos etáreos, por hemorroides se realizó 12 hemorroidectomías; de las cuales se complicó 1 (8,33%) caso con hemorragia de herida operatoria en el grupo etáreo de 41 – 50 años. Se aprecia predominancia de hemorroidectomías con un 14.7% en el grupo etáreo de 41 – 50 años. No hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en hemorroidectomías según grupos de edad (p >0,05)

\*H: Hemorragia

GRÁFICA N° 19

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN HEMORROIDECTOMÍAS  
SEGÚN GRUPOS DE EDAD

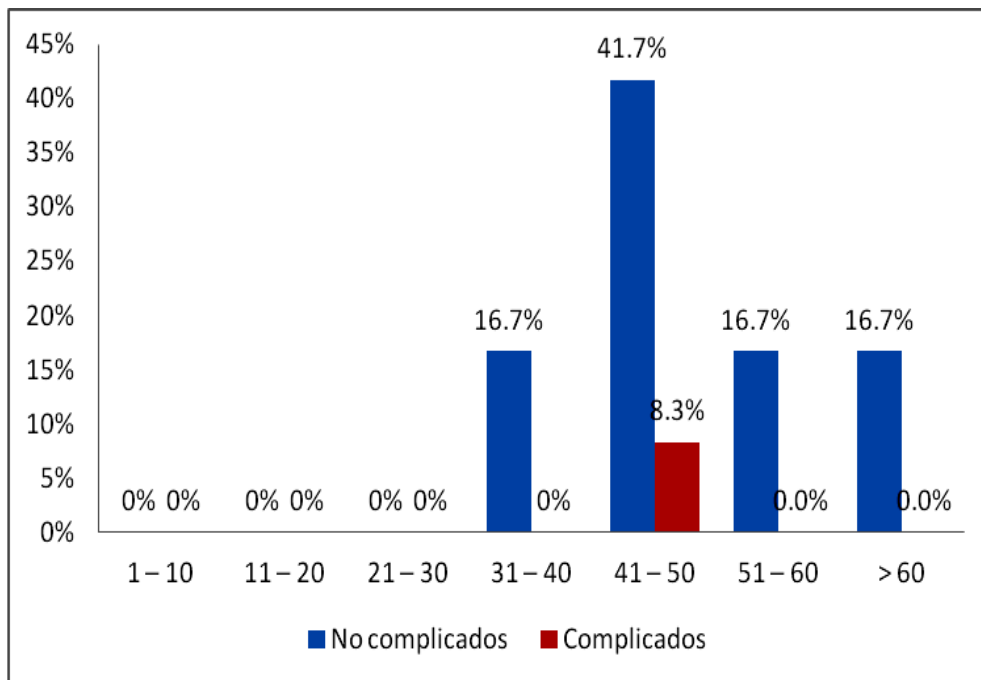


TABLA N° 20

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN HEMORROIDECTOMÍAS  
SEGÚN SEXO

SEXO	Hemorroidectomías					
	Total	Complicados	%	No Complicados	%	Total
Hombre	10	1 (H)	8.3%	9	75.0%	83.3%
Mujer	2	0	0.0%	2	16.7%	16.7%
Total	12	1	8.3%		91.7%	100.0%

Según sexo, por hemorroides se operó 12 hemorroidectomías, de las cuales: el 83.3% de los pacientes fueron hombres y el 16.7% fueron mujeres; se complicó 1 (8.3%) caso con hemorragia de herida operatoria en 1 varón. Se aprecia gran predominancia de las hemorroidectomías en el sexo masculino sobre el femenino.

\*H: Hemorragia

GRÁFICA N° 20

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN HEMORROIDECTOMÍAS  
SEGÚN SEXO

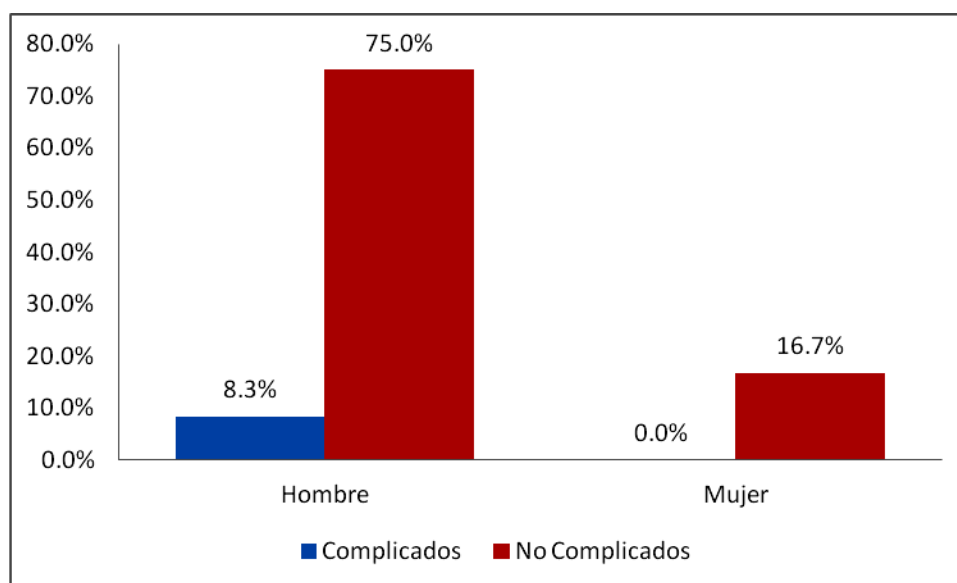


TABLA N° 21

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE FISTULECTOMÍAS****Total de Fistulectomías: 10**

<b>Complicaciones</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
Retención aguda de orina	-	-
Hemorragia	1 (H)	10%
Celulitis	-	-
Granuloma de la herida	-	-
Recidiva	-	-
Total	1	10%

Mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 1 (10%) caso de hemorragia de herida operatoria como complicación postoperatoria.

### GRÁFICA N° 21

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE FISTULECTOMÍAS

Total de Fistulectomías: 10

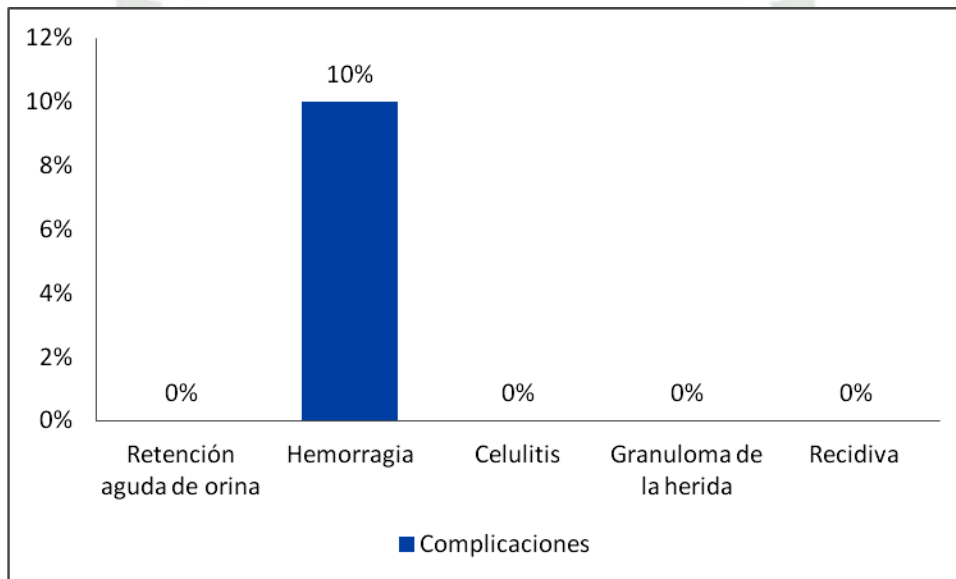


TABLA N° 22

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN FISTULECTOMÍAS SEGÚN  
GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	Fistulectomías					
	Total	Complicados	%	No Complicados	%	Total
1 – 10	-	0	0%	0	0%	0%
11 – 20	-	0	0%	0	0%	0%
21 – 30	-	0	0%	0	0%	0%
31 – 40	6	0	0%	6	60%	60%
41 – 50	2	0	0%	2	20%	20%
51 – 60	2	1 (H)	10%	1	10%	20%
> 60	-	0	0%	0	0%	0%
<b>TOTAL</b>	10	1	10%		90%	100%

Chi<sup>2</sup> = 4.444

p = 0.108

Según grupos etáreos, por fístulas anales se practicó 10 fistulectomías, de las cuales se complicó 1 (10%) caso con hemorragia de herida operatoria en el grupo etáreo de 51 – 60 años. Se aprecia predominancia de fistulectomías con un 60% de pacientes en el grupo etáreo de 31 – 40 años.

No hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en fistulectomías según grupos de edad (p >0,05)

\*H: Hemorragia

GRÁFICA N° 22

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN FISTULECTOMÍAS SEGÚN  
GRUPOS DE EDAD

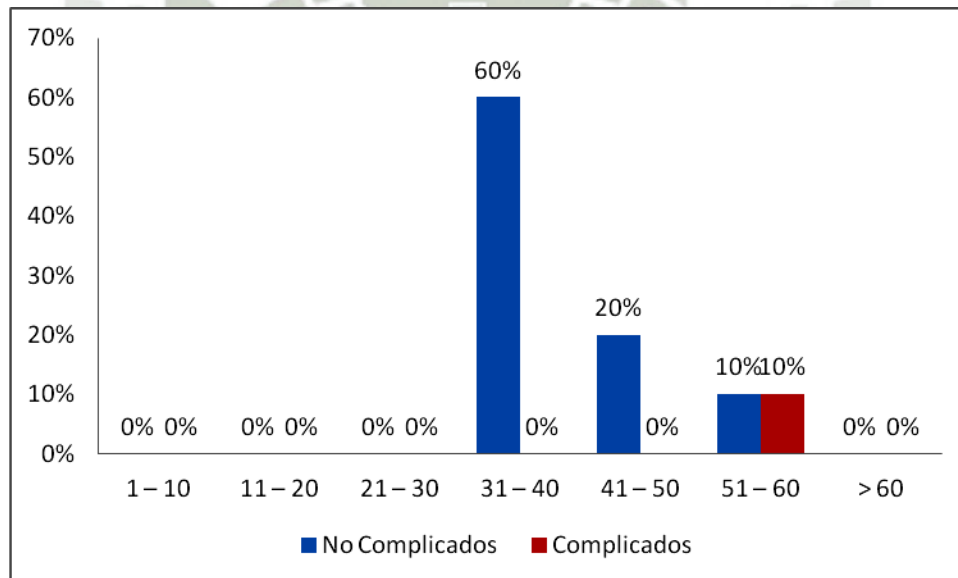


TABLA N° 23

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN FISTULECTOMÍAS SEGÚN  
SEXO**

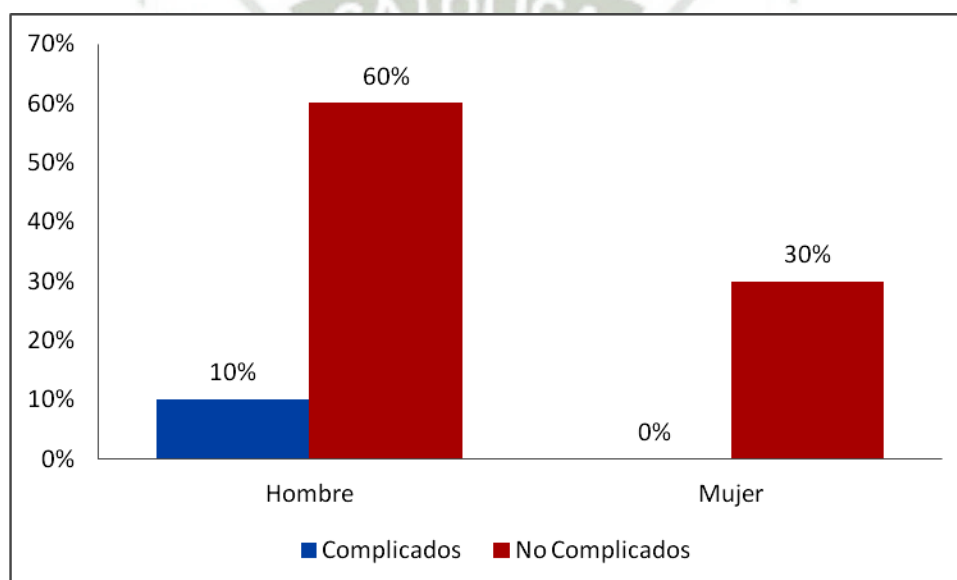
SEXO	Fistulectomías					
	Total	Complicados	%	No Complicados	%	Total
Hombre	7	1 (H)	10%	6	60%	70%
Mujer	3	-	0%	3	30%	30%
Total	10	1				100%

En cuanto a sexo, por fístulas anales se practicaron 10 fistulectomías, de las cuales el 70% se realizaron en varones y el 30%, en mujeres; se complicó 1 caso con hemorragia de herida operatoria en el sexo masculino.

\*H: Hemorragia

GRÁFICA N° 23

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN FISTULECTOMÍAS SEGÚN  
SEXO



**TABLA N° 24**

**COMPLICACIONES POSOPERATORIAS DE EXÉRESIS DE GINECOMASTIAS**

**Total de Exéresis: 13**

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>No. DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
Hematoma de la herida quirúrgica.	1 (HE)	7,69%
Seroma.	-	-
Infección superficial del sitio quirúrgico	-	-
Granuloma.	-	-
Senos de línea de sutura	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>7,69%</b>

Mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 1 (7,69%) caso de hematoma de herida como complicación postoperatoria.

\*HE: Hematoma

### GRÁFICA N° 24

### COMPLICACIONES POSOPERATORIAS DE EXÉRESIS DE GINECOMASTIAS

Total de Exéresis: 13

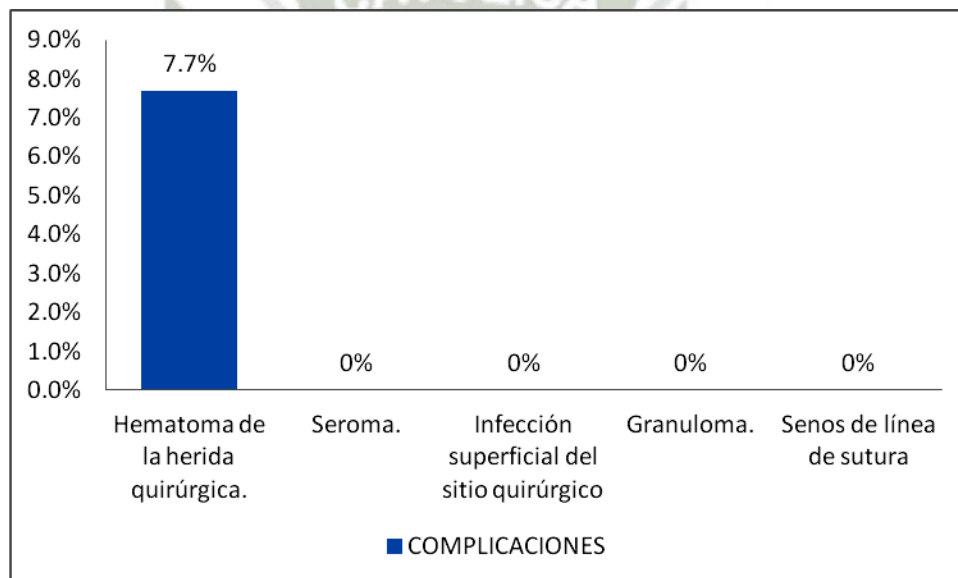


TABLA N° 25

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EXÉRESIS DE GINECOMASTIA  
SEGÚN GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	Exéresis de Ginecomastia					
	Total	Complicados	%	No Complicados	%	Total
1 – 10	-	-	0%	0	0%	0%
11 – 20	8	-	0%	8	61.5%	62%
21 – 30	5	1 (HE)	7.7%	4	30.8%	38%
31 – 40	-	-	0%	0	0%	0%
41 – 50	-	-	0%	0	0%	0%
51 – 60	-	-	0%	0	0%	0%
> 60	-	-	0%	0	0%	0%
<b>TOTAL</b>	13	1	8%		92%	100%

Chi<sup>2</sup> = 1.733      p = 0.008

Según grupos etáreos, debido a ginecomastia se realizaron exéresis de la ginecomastia en 13 casos; de los cuales el 61.5% de pacientes fueron del grupo etáreo de 11 – 20 años y 38% de pacientes fueron del grupo etáreo de 21 – 30 años. Se complicó 1 (7,7%) caso con hematoma en el grupo etáreo de 21 – 30 años. Se observa la existencia de esta patología en gente joven, con predominancia del grupo etáreo de 11 – 20 años.

Si hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en exéresis de ginecomastia según grupos de edad (p <0,05)

\*HE: Hematoma

GRÁFICA N° 25

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EXÉRESIS DE GINECOMASTIA  
SEGÚN GRUPOS DE EDAD

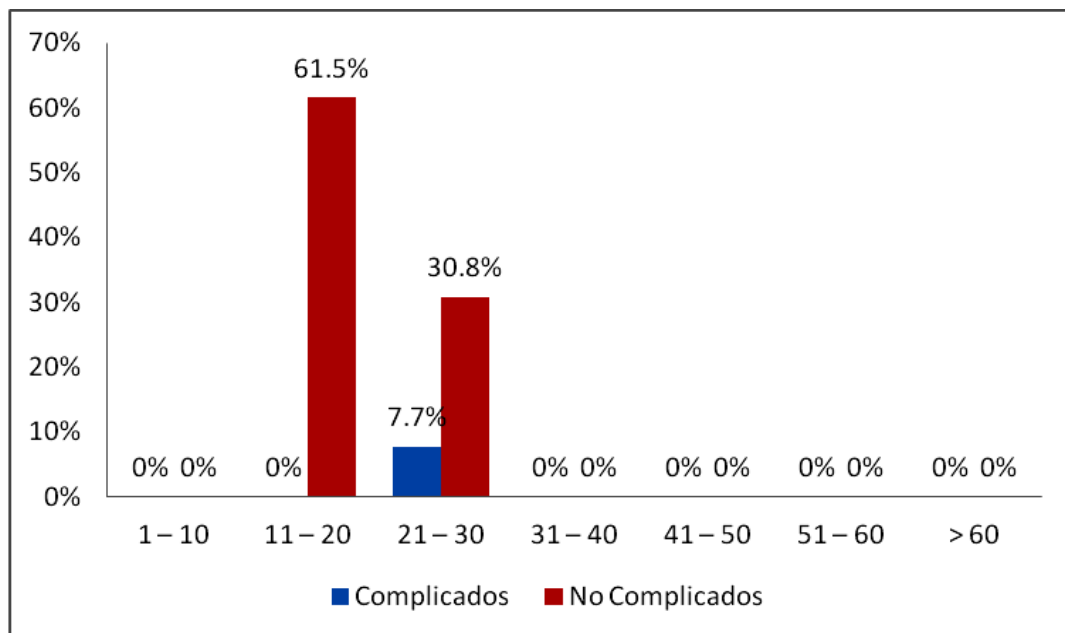


TABLA N° 26

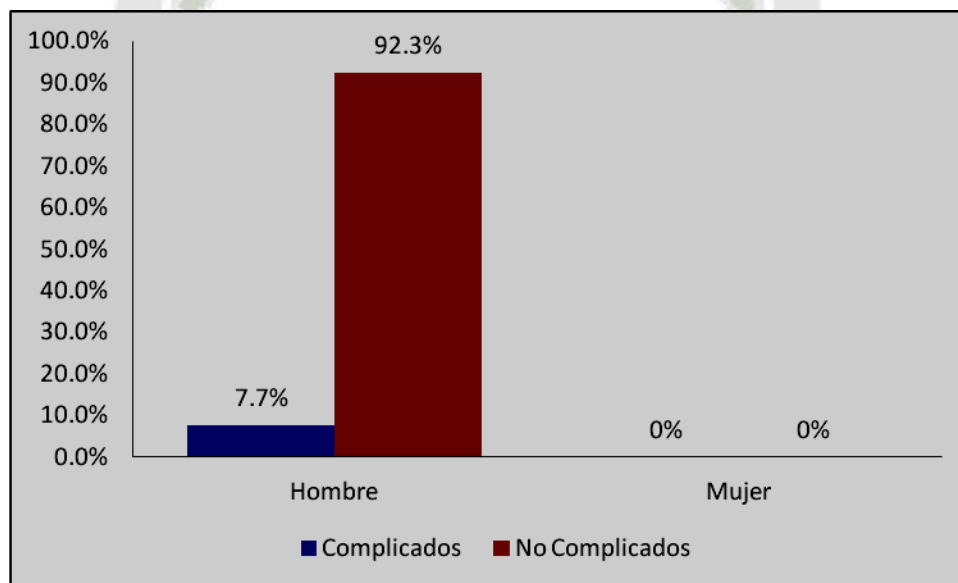
**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EXÉRESIS DE GINECOMASTIA  
SEGÚN SEXO**

SEXO	Exéresis de Ginecomastia					
	Total	Complicados	%	No Complicados	%	Total
Hombre	13	1	7.7%	12	92.3%	100.0%
Mujer	-	-	0%	0	0%	0.0%
Total	13	1	7.7%		92.3%	100.0%

De acuerdo a sexo, por ser una patología exclusiva del sexo masculino, todas las exéresis de ginecomastia (13=100%) se practicaron en este género; se complicó 1 (7.7%) caso con hematoma.

### GRÁFICA N° 26

### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EXÉRESIS DE GINECOMASTIA SEGÚN SEXO



## **CAPÍTULO III**

# **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En el periodo del 01 de Septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014, en el servicio de Cirugía General de una muestra aleatoria de 230 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 103 (44,78%) casos correspondieron a cirugía mayor; 114 (49,56%) a cirugía mediana y 13 (5,65%) a cirugía menor. Se aprecia una ligera predominancia de la cirugía mediana sobre la mayor, no sólo en el número de cirugías sino en el número de complicaciones. La frecuencia global de complicaciones para el período de estudio es de 16 casos (6,96%). De todas las complicaciones, la más frecuente fue infección de herida operatoria con 6 casos (2,61%); le sigue los seromas de herida operatoria con 4 (1,74%) casos; luego prosigue la hemorragia de herida operatoria con 2 (0,86%) casos; los hematomas con 2 (0,86%) casos; 1 (0,43%) caso de fístula estercorácea y 1 (0,43%) caso de bilirragia.

En cuanto a la edad, se determinó la presencia de 4 pacientes >60a que representan el 25% de pacientes que presentaron complicaciones quirúrgicas postoperatorias indicando mayor incidencia en dicho grupo etáreo

En cuanto a sexo, se determinó la presencia de 11 varones con complicaciones postoperatorias que representan el 68.75%, así mismo la presencia de 5 mujeres que representan el 31.25% de la población que presentaron complicaciones postoperatorias.

Esto nos determina que la incidencia de complicaciones post operatoria es mayor en varones.

### COLECISTECTOMÍAS

En la **tabla 4** mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 2 (2%) casos de infección de herida operatoria, 1 (1%) caso de seroma y 1 (1%) caso de biliorragia, que suman 4 (4%) casos.

Por colecistitis aguda, se han practicado 17 colecistectomías abiertas (**tabla 5**); de las cuales se presentaron complicaciones en 2 casos (11,8%), habiéndose presentado en el grupo etéreo de 31 – 40 años 1 caso con infección de herida operatoria y otro caso con la misma complicación en el grupo etéreo mayor de 61 años, siendo el grupo etéreo mayor de 61 años donde se practicaron la mayor parte de colecistectomías abiertas. Asimismo, se han practicado 40 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales se complicó 1 caso (2,5%) con bilirragia en el grupo etéreo mayor de 61 años. Se aprecia mayor número de colecistectomías laparoscópicas en el grupo etéreo mayor de 61 años. Comparando nuestros resultados con las casuísticas locales como la mostrada por Zamata<sup>81</sup> en el hospital Honorio Delgado, vemos que sus resultados son similares a los nuestros cuando ellos usan profilaxis antibiótica; sin profilaxis antibiótica llega a 30%. Comparando con casuísticas nacionales, como la mostrada por Del Castillo en el Hospital Cayetano Heredia<sup>23</sup>, vemos que tienen tasas menores de infección del orden del 10% cuando ellos usan profilaxis antibiótica. En cuanto a la casuística internacional de Leclerc<sup>1146</sup> y Meyer<sup>51</sup> se aprecia un idéntico porcentaje de complicaciones a la nuestra (11%). En cuanto a las colecistectomías laparoscópicas, efectuando comparaciones, nuestros resultados de complicaciones son similares a las casuísticas locales de Cabala en el Hospital HNCASE Arequipa<sup>5</sup>, nacionales como Del Castillo<sup>23</sup> e internacionales como Leclerc<sup>46</sup>, Meyers<sup>51</sup> y Pitt<sup>61</sup>. No hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en colecistitis aguda para ambos casos ( $p>0.05$ ).

En cuanto a sexo (**tabla 6**), por colecistitis aguda se practicaron 17 colecistectomías abiertas, de las cuales 8 pacientes fueron del sexo masculino y 9, del sexo femenino; se complicaron 2 casos (11,8%) con infección de herida operatoria: 1 caso en hombre y 1 caso en la mujer. En cuanto al sexo, hay ligera predominancia de las colecistectomías agudas abiertas por parte del sexo femenino con respecto al masculino. Se practicó 40 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales 14 pacientes fueron hombres y 26 fueron mujeres; se complicó 1 (2,5%) caso con bilirragia correspondiente al sexo femenino, no

habiendo complicaciones en el sexo masculino. En las diferentes casuísticas locales como la de Zamata<sup>81</sup>, nacionales como la de Del Castillo<sup>23</sup> e internacionales de Leclerc<sup>46</sup> y de Meyers<sup>51</sup>, el sexo en el que predomina esta complicación es el femenino, sin embargo, en nuestra casuística la complicación es similar tanto en el sexo masculino como en el femenino, de 1 caso para cada género. Lo mismo sucede con las colecistectomías laparoscópicas, las complicaciones predominan en pacientes del sexo femenino sobre el masculino, tal como se observa en las casuísticas locales<sup>5, 81</sup>, nacionales<sup>23</sup> e internacionales<sup>46, 51, 61, 69</sup>. En general no hubo diferencia significativa de las complicaciones según el sexo

En cuanto a la edad, por colecistitis crónica se practicaron 24 colecistectomías abiertas (**tabla 7**), de las cuales se presentó 1 (4,2%) caso de seroma de herida operatoria en el grupo de edad de 31 – 40 años. Se aprecia predominancia de las colecistectomías abiertas en dicho grupo. Asimismo, por colecistitis crónica se practicó 19 colecistectomías laparoscópicas, no habiendo ningún caso de complicación. Las diferentes casuísticas locales<sup>81</sup>, nacionales<sup>23, 66</sup> e internacionales<sup>46, 51, 69</sup> refieren complicaciones de infección de herida operatoria menor al 10%. En lo referente a colecistectomías laparoscópicas, efectuando comparaciones con casuísticas locales<sup>5</sup>, nacionales<sup>23</sup> e internacionales<sup>46, 51, 61</sup> se aprecia que sus casuísticas presentan complicaciones postoperatorias en una frecuencia de 2% en promedio. No hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en colecistitis crónica para ambos casos ( $p > 0,05$ )

Según el sexo (**tabla 8**), por colecistitis crónica se practicó 24 colecistectomías abiertas, de las cuales 8 (33.3%) correspondieron al sexo masculino y 16 (66.7%) al femenino; se presentó 1 (4.2%) caso de seroma de herida operatoria en el sexo masculino. También se aprecia predominancia de las colecistectomías abiertas en el sexo femenino sobre el masculino. Asimismo, por colecistitis crónica se practicó 19 colecistectomías laparoscópicas, de las cuales 7 (36.8%) fueron pacientes varones y 12 (63.2%) fueron mujeres; no hubo ningún caso de complicación. Se

aprecia clara predominancia de las colecistectomías laparoscópicas en el sexo femenino con respecto al masculino. Comparando con casuísticas locales<sup>81</sup>, nacionales<sup>23, 66</sup> e internacionales<sup>46, 51, 69</sup> se aprecia que también hay predominancia de la colecistectomías abiertas en el sexo femenino sobre el masculino, y que las complicaciones por infección de herida operatoria en el sexo femenino son, también, mayores que en el masculino, pero por debajo del 10%. En cuanto a colecistectomía laparoscópica, efectuando comparaciones con casuísticas locales<sup>5</sup>, nacionales<sup>23</sup> e internacionales<sup>46, 51, 61</sup> se aprecia que sus resultados presentan muy escasas complicaciones postoperatorias (2%), también se aprecia predominancia de las colecistectomías laparoscópicas en el sexo femenino sobre el masculino.

## APENDICECTOMÍAS

En la **tabla 9** mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 4 (10%) casos de infección de herida operatoria y 1 (2,5%) caso de fístula estercorácea de las 40 apendicectomías.

Según grupos de edad (**tabla 10**), por apendicitis aguda complicada, se observó 6 apendicectomías abiertas, de los cuales el 50.1% de los casos presentaron infección de herida: el 16.3% en el grupo de edad de 1 – 10 años, 16.3% en el grupo de 11 – 20 y otro 16.3% en el grupo de 41 – 50 años. También el 16.3% presentó fístula estercorácea en el grupo de 21 – 30 años. Asimismo, por apendicitis aguda no complicada, se practicaron 31 apendicectomías abiertas, de las cuales se complicó sólo el 3.2% por infección de herida operatoria en el grupo etáreo de 21 – 30 años. En lo referente a cirugía laparoscópica en apendicitis aguda no complicada, se practicaron 3 apendicectomías en el grupo etáreo de 11 – 20 años, sin presentar ningún tipo de complicaciones. Comparando estos resultados con casuística local de Cabala<sup>6</sup> y Reyes en el Hospital ExObrero<sup>64</sup>, ellos tienen infección de herida operatoria del orden de 5%. Comparando con casuísticas nacionales como la de Farfán<sup>27</sup>, tienen complicaciones del orden de 15%. Comparando con casuísticas internacionales como la de Rodríguez<sup>68</sup>, su tasa de infección de herida es del orden de 10%. No hay evidencia de relación

entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en apendicitis aguda para ambos casos ( $p > 0,05$ ).

Según el sexo (**tabla 11**), por apendicitis aguda complicada se practicaron 6 apendicectomías abiertas, 4 (66.7%) se realizaron en el sexo masculino y 2 (33.3%), en el sexo femenino; presentándose como complicación postoperatoria infección de herida operatoria en el 50% de los casos en el sexo masculino y el 16.7% de fístula enterocutánea en el sexo femenino. Asimismo, por apendicitis aguda no complicada se practicaron 31 apendicectomías abiertas, de las cuales 20 (64.5%) pacientes fueron de sexo masculino y 11 (35.5%) del sexo femenino, se complicó 1 (3,22%) caso con infección de herida operatoria en un varón. Hay predominancia de las apendicectomías abiertas del sexo masculino sobre el femenino. En lo referente a cirugía laparoscópica, se practicaron 3 apendicectomías: 2 en el sexo masculino y 1 en el sexo femenino; sin presentar complicaciones. Estos resultados también se observan en casuísticas locales<sup>6, 64</sup>, nacionales<sup>27</sup> e internacionales<sup>68, 75</sup>, donde las complicaciones de infección de herida operatoria también predomina en el sexo masculino. En general no hubieron significativamente más complicaciones entre varones o mujeres ( $p > 0.05$ ).

## HERNIOPLASTIAS

En la **tabla 12** mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 2 (6,25%) casos de seroma de herida operatoria de las 32 hernioplastias.

Según grupos de edad (**tabla13**) se observó 32 hernioplastias: 24 hernioplastias inguinales y 8 umbilicales. De las hernioplastias inguinales, se presentó complicación en 1 (4.2%) caso correspondiente a seroma de herida, habiéndose presentado en el grupo etáreo de mayores de 60 años. En el caso de las hernioplastias umbilicales se presentó 1 (12.5%) caso de complicación, también seroma de herida, presentándose en el grupo etáreo de 41 – 50 años. Si

comparamos con las casuísticas locales como la de Álvarez del hospital Yanahuara<sup>1</sup> vemos que ellos presentaron complicaciones tipo infección de herida operatoria en un porcentaje de 2,4%, lo cual no presenta nuestra casuística; las complicaciones de seromas son similares a la nuestra (3,4%). Comparando nuestros resultados con casuísticas nacionales, como la de Calderón<sup>10</sup>, tienen complicación similar a la nuestra en referencia a seromas, pero, además presentan infecciones de herida operatoria en 2 pacientes (0,54%), A nivel internacional tenemos que en el trabajo de Goderich del Hospital Clínicoquirúrgico de Santiago de Cuba<sup>29</sup> hay 0,96% de casos de seroma y 0,56% de casos de infecciones de herida operatoria; por lo que se deduce que su tasa de complicaciones es muy baja a pesar de que su casuística es mayor. No hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en colecistitis crónica para ambos casos ( $p > 0,05\%$ )

En cuanto al sexo (**tabla 14**), se practicaron 24 hernioplastias inguinales, de las cuales todas se realizaron en hombres. Asimismo se realizaron 8 hernioplastias umbilicales, 1 en el sexo masculino y 7 en el sexo femenino. Se presentó 1 (4,2%) caso de seroma en hernioplastia inguinal en el hombre y 1 (14,3%) caso de seroma en hernioplastia umbilical en una mujer. Revisando casuísticas locales<sup>1</sup>, nacionales<sup>10</sup> e internacionales<sup>29, 69, 73</sup>, se aprecia la predominancia de las hernioplastias en el sexo masculino sobre el femenino; igualmente las complicaciones predominan en dicho género como seroma y con porcentajes similares a nuestra casuística. Lo mismo sucede al comparar las hernioplastias umbilicales en la que hay predominancia de éstas y su complicación, pero en el sexo femenino. Sin embargo, la diferencia de complicaciones entre los géneros no resultó significativa ( $p > 0.05$ ).

Realizando un comentario referente a las hernioplastias, durante mi rotación por el servicio de Cirugía, pude observar que los cirujanos de planta, para la reparación de las hernias, usan sistemáticamente la malla de Marlex o de polipropileno, con el objeto de disminuir las recidivas, que son del orden del 12% al 1%, tal como se describe en las literaturas nacionales<sup>10, 66</sup> e internacionales<sup>25</sup>.

29, 32, 69, y, si el material protésico se coloca en el espacio preperitoneal, las recidivas son casi nulas.

## SAFENECTOMÍAS

En la **tabla 15** mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 1 (5,88%) casos de hematoma de herida operatoria de las 17 safenectomías.

Según grupos etéreos (**tabla 16**), por várices de miembros inferiores se observó 17 safenectomías, de las cuales se complicó 1 (5,9%) caso con hematoma, en el grupo etéreo mayor de 61 años. Se aprecia predominancia de la safenectomía en 8 (47,1%) casos en el grupo etéreo de 21 – 30 años. No existen trabajos locales sobre complicaciones postoperatorias de safenectomías. Comparando nuestras casuísticas con la nacional como la de Chávez<sup>22, 66</sup>, tenemos que presentan complicaciones similares (5,96%) lo mismo sucede con las casuísticas internacionales de Carbonell<sup>8</sup>, Ferri<sup>28</sup>, Lacour<sup>42</sup> y Quiñones<sup>63</sup>. Si hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en safenectomías según grupos de edad ( $p < 0,05$ )

De acuerdo al sexo (**tabla 17**), por várices de miembros inferiores se observó 17 safenectomías, de las cuales 14 (82,4%) pacientes fueron de sexo masculino y 3 (17,6%), del sexo femenino. No existen casuísticas locales sobre este tema; comparando con casuísticas nacionales<sup>22</sup> e internacionales<sup>8, 28, 42, 63, 69, 73</sup>, vemos que las várices de miembros inferiores predominan en el sexo femenino en relación al masculino (4/1). Las complicaciones postoperatorias en ellos son muy similares a la casuística nuestra, pero predominando en el sexo femenino.

## HEMORROIDECTOMÍAS

En la **tabla 18** mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 1 (8,33%) caso de hemorragia de herida operatoria como complicación postoperatoria de las 12 hemorroidectomías.

Según grupos etéreos (**tabla 19**), por hemorroides se observó 12 hemorroidectomías; de las cuales se complicó 1 (8,33%) caso con una hemorragia de herida operatoria en el grupo etéreo de 41 – 50 años. Se aprecia predominancia de hemorroidectomías con 6 (14,7%) casos en el grupo etéreo de 41 – 50 años. Comparando nuestra casuística con trabajos de nivel local como el de Huarhua Ancalle<sup>35</sup>, muestra un similar porcentaje de complicaciones del orden del 10%. En lo referente a la casuística nacional, vemos que en el trabajo de Rodríguez Gómez<sup>67</sup>, sus complicaciones se asemejan a la nuestra (8,01%). Refiriéndonos a la casuística internacional como Ferri<sup>28</sup> y Sánchez<sup>71</sup>, pese a haber operado hemorroides en estadio IV, tienen similitud de complicaciones a nuestra casuística, que fue un caso de sangrado o hemorragia; cabe destacar que emplean una técnica moderna: sutura mecánica circular según la técnica de Longo, cuyos beneficios son: no infección, no incontinencia, no estenosis. El dolor es mínimo requiriendo solo de un promedio de dos dosis de analgésicos, el tiempo de internación fue de 16 horas y el retorno a la actividad normal fue de una semana. No hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en hemorroidectomías según grupos de edad ( $p > 0,05$ ).

Según sexo (**tabla 20**), por hemorroides se operó 12 hemorroidectomías, de las cuales: 10 (83,3%) pacientes fueron hombres y 2 (16,7%) fueron mujeres; se complicó 1 (8,3%) caso con hemorragia de herida operatoria de sexo masculino. Se aprecia gran predominancia de las hemorroidectomías en el sexo masculino sobre el femenino. Comparando con casuísticas locales<sup>35</sup>, nacionales<sup>67</sup> e internacionales<sup>28, 71</sup>, se aprecia que las hemorroides y hemorroidectomías se presentan en igual proporción en ambos sexos; no obstante nuestra casuística muestra predominancia en el género masculino. El porcentaje de complicaciones que ellos muestran es similar a la nuestra

## FISTULECTOMÍAS

En la **tabla 21** mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 1 (10%) caso de hemorragia de herida operatoria como complicación postoperatoria de 10 fistulectomías.

Según grupos etéreos (**tabla 22**), por fístulas anales se observó 10 fistulectomías, de las cuales se complicó 1 (10%) caso con hemorragia de herida operatoria en el grupo etéreo de 51 – 60 años. Se aprecia predominancia de fistulectomías con 6 (60%) casos en el grupo etéreo de 31 – 40 años. No podemos comparar nuestro trabajo con casuísticas locales, dado que estas últimas no existen. Comparando con casuística nacional como la de Rojas Montoya<sup>65</sup>, vemos que sus complicaciones son similares a nuestra casuística, pues también presentaron 1 caso de hemorragia de herida. Comparando con casuísticas internacionales, como la de Bernal<sup>3</sup>, presenta una similitud de casos y complicaciones con la nuestra, refiriendo 1 (10%) caso de hemorragia de herida operatoria. La casuística de Cárdenas de la Maza<sup>11</sup> presenta idéntica complicación, con la diferencia que ellos refieren, además, como complicación trastornos de la continencia, que no se ha presentado en nuestra casuística.

En cuanto a sexo (**tabla 23**), por fístulas anales se observó 10 fistulectomías, de las cuales 7 (70%) se realizaron en varones y 3 (30%), en mujeres; se complicó 1 caso con hemorragia de herida operatoria en el sexo masculino. Comparando con casuísticas nacionales<sup>65</sup> e internacionales<sup>3, 11, 69</sup> se aprecia que las fístulas y fistulectomías se presentan en igual proporción en ambos sexos; no obstante nuestra casuística muestra predominancia en el género masculino. El porcentaje de complicaciones es similar a la nuestra en el género masculino, sin embargo ellos muestran igual predominancia en ambos sexos.

## GINECOMASTIAS

En la **tabla 24** mostramos las complicaciones postoperatorias potenciales y de las cuales hemos hallado en la revisión: 1 (7,69%) caso de hematoma de herida como complicación postoperatoria.

Según grupos etéreos (**tabla 25**), debido a ginecomastia se observó exéresis de la ginecomastia en 13 casos; de los cuales 8 (62%) pacientes fueron del grupo etéreo de 11 – 20 años y 5 (38%) pacientes fueron del grupo etéreo de 21 – 30 años. Se complicó 1 (7,7%) caso con hematoma en el grupo etéreo de 21 – 30 años. Se observa la existencia de esta patología en gente joven, con predominancia del grupo etéreo de 11 – 20 años. No existen trabajos a nivel local sobre complicaciones de exéresis de ginecomastia. Comparando con casuísticas nacionales, como la de Nicolich<sup>56</sup> se aprecia que tienen complicaciones similares a la nuestra, aunque además presentaron un caso de seroma de herida operatoria. Comparando con casuísticas internacionales de Oroz<sup>59</sup>, vemos que nuestra casuística de hematomas (7,69%) es similar a la presentada en dicho hospital, con la salvedad que ellos además, también tienen 1 complicación por seroma. Si hay evidencia de relación entre la edad de los pacientes y las complicaciones postoperatorias en exéresis de ginecomastia según grupos de edad ( $p < 0,05$ )

De acuerdo a sexo (**tabla 26**), por ser una patología exclusiva del sexo masculino, todas las exéresis de ginecomastia (13=100%) se practicaron en este género; se complicó 1 (7,7%) caso con hematoma.

## **CAPÍTULO IV**

# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

### PRIMERA

De todas las complicaciones, la más frecuente fue infección de herida operatoria con 6 casos (2,61%); le sigue los seromas de herida operatoria con 4 (1,74%) casos; luego prosigue la hemorragia de herida operatoria con 2 (0,86%) casos; los hematomas con 2 (0,86%) casos; 1 (0,43%) caso de fístula estercorácea y 1 (0,43%) caso de bilirragia.

### SEGUNDA

La patología que presentó mayor número de complicaciones postoperatorias fue la apendicitis aguda complicada, con 4 (66,67%) casos.

### TERCERA

En cuanto a sexo, se determinó la presencia de 11 varones con complicaciones postoperatorias que representan el 68.75%, así mismo la presencia de 5 mujeres que representan el 31.25% de la población que presentaron complicaciones postoperatorias.

Esto nos determina que la incidencia de complicaciones post operatoria es mayor en varones.

En cuanto a la edad, se determinó la presencia de 4 pacientes >60a que representan el 25% de pacientes que presentaron complicaciones quirúrgicas postoperatorias indicando mayor incidencia en dicho grupo etáreo.

## RECOMENDACIONES

### PRIMERA

En todas las apendicitis agudas complicadas se sugiere practicarse el cierre diferido de la herida operatoria o utilizar la técnica de laparoscopia.

### SEGUNDA

En todas las colecistitis agudas y crónicas, se sugiere que la colecistectomía laparoscópica es de primera elección debido a que es el gold estándar para esta patología.

### TERCERA

Se recomienda entrenamiento permanente de los Cirujanos para actualización en técnicas quirúrgicas en cirugía laparoscópica.

### CUARTA

Este trabajo será entregado a la dirección del Hospital Goyeneche para su implementación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez Deza, Melanie. Incidencia de complicaciones postoperatorias en cirugía ambulatoria en el Hospital II Yanahuara – Essalud; 1994 – 1996.
2. Bailey RW. Et al. Laparoscopic cholecistectomy. Ann Surg; 2001; 214: 531.
3. Bernal-Sprekelsen, J.C.; J. López; P. Esclapez; R. Trullenque. Fistulectomía tipo core out modificada. Abordaje personal. Hospital Universitario de Valencia; 2000.
4. Bruce S. Cuttler, MD, Mitchell P. Fink MD. Postoperative complications in patients with disabling psychiatric illnesses or intellectual handicaps, Archives of Surgery November 1999; Vol. 125 No 11: 1436 – 1441.
5. Cabala Chiong, José. Cirugía laparoscópica y convencional de vesícula y vías biliares. Hospital Nacional del Sur IPSS. Arequipa; 1995.
6. Cabala Chiong, José. Infección de herida operatoria en apendicitis aguda en el Hospital Nacional del Sur IPSS. Arequipa; 1995.
7. Caraballo López, Selkis. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea en el Hospital Gineco-obstétrico Ramón González Coro, Cuba; 1997-1998.
8. Carbonell – Tatay, Antonio. Varices en miembros inferiores intervenidas en un Hospital Comarcal. Técnica quirúrgica de elección. Arch Cir Gen Dig. España; 2004
9. Carlo P. Artz; Janz D. Hardey. Complicaciones en Cirugía y su Tratamiento. 3 ed. México; 1988.

10. Calderón Flores, Wessmark; Aliaga Flores, Noel. Experiencia en hernioplastia inguinal con anestesia local en la Clínica Fiori. Lima; Octubre 2003.
11. Cárdenas de la Maza, Rene; Pizarro N. Patricio. Cirugía de la fístula anorrectal. Revista chilena de Cirugía. Agosto 2002; Vol. 54 N 4.
12. Céspedes Rojas, Carlos Humberto. Comparación entre cierre primario y secundario en Apendicitis aguda complicada en el Hospital Nacional del Sur Carlos Alberto Seguí Escobedo ESSALUD. Arequipa; 2001.
13. Céspedes Rojas, Carlos Humberto. Comparación de las complicaciones postoperatorias de la cirugía de colon según tipo de cierre y patología en el Hospital Nacional del Sur Carlos Alberto Seguí Escobedo. Arequipa; 2003 – 2005.
14. Céspedes Rojas, Carlos Humberto. Influencia en la oportunidad quirúrgica en el postoperatorio en pacientes referidos a Emergencia del Hospital Nacional del Sur. Arequipa; 1999.
15. Cirugía. Departamento de Cirugía. Escuela de Medicina. Universidad de La Habana. Tomo I-III. Cuba; 2002.
16. Cirugía de Michans. Pedro Ferraina y Alejandro Oría. Ed. El Ateneo. 5 ed.
17. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Arteriopatía de miembros inferiores de carácter obstructivo. Vol. 84, N° 4; 2004.
18. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Cirugía de vías biliares. Vol. 85, N° 6; 2005.
19. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Revisión de las lesiones de vías biliares, Vol. 85, N° 6; 2005.

20. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Trastornos inflamatorios del Colon. Vol. 87, N° 6; 2007.
21. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Traumatismos complejos y desafiantes. Vol. 83, N° 5; 2003.
22. Chávez Reyes, Guillermo. Safenectomía ambulatoria segmentaria en el Hospital Santa Rosa. Lima; 2003.
23. Del Castillo, Mario; Alvarado, Ramón. Revista de Gastroenterología del Perú. Vol. 17, N° 3; 1997.
24. Erwin R. Thal. Traumatismo Abdominal. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Año 2005.
25. Espinoza, Mario. Complicaciones en el Servicio de Cirugía General del Hospital Escuela Manolo Morales Peralta; 2003.
26. Esquivel Mendoza, María Elena. Uso de metronidazol en la prevención de la infección Post-operatoria asociada a la histerectomía abdominal en el Hospital Honorio Delgado. Enero de 1989 a diciembre de 1993.
27. Farfán Espinoza, Oscar. Apendicitis aguda en el Hospital Dos de Mayo. Lima; 2001.
28. Ferri F., Fred M.D. Consultor Clínico Ferri: Diagnóstico y tratamiento en Medicina; 1999.
29. Goderich Lalan, José Miguel. Hernia incisional: puntos de vista para un consenso. Hospital Clínicoquirúrgica de Santiago de Cuba; 2003.

30. Goicochea M.; Diaz P. Obstrucción Intestinal por mal rotación en el adulto a propósito de un caso. Rev. de Gastroenterología Edición Peruana. Vol. 21, N° 1; 2001.
31. Goicochea M.; Diaz P. Obstrucción intestinal por malrotación en un niño a propósito de un caso. Rev. Gastroenterología Peruana. Vol. 23, N° 01; 2002.
32. Gonzales Lozano, Ramiro. Hernias de la pared abdominal. México; 1998.
33. Grez I. Estallido duodenal por cinturón de seguridad. Rev. Med. Maule. Vol. 20, N°02; 2001.
34. Grez I.; Prado A. Hernia Diafragmática Traumática Complicada en Urgencia tres casos clínicos. Rev. Med. Maule. Vol. 20, N°02; 2001
35. Huarhua Ancalle, Roberto Gregorio. Prevalencia, tipo, cuadro clínico, tratamiento quirúrgico y evolución de patología hemorroidal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 1970 - 1996.
36. Icaza C.; Itakahashi M. Enfermedad de Hirschsprung en el adulto, informe de un caso. Revista Gastroenterología mexicana. Vol. 65, N°04, 2000.
37. Ira M. Rutkow. Cirugía de Hernias. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Vol. 85 N°6; 2005.
38. J. Hardey. Risk Factors of Postoperative pulmonary complications after vascular surgery. Vol. 105, N° 3, p. 360. Marzo; 2000.
39. Jarufe C.; Ibañez A. Laparoscopia y ultrasonografía laparoscópica en Cáncer Digestivo. Rev. Chilena Cirugía. Vol. 54, N° 01; 2002.
40. Jiménez A., Elia M., Gracia J, Artigas C, Lamata F, Martínez M. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria, Cir Esp 2004; 76: 325-330.

41. Kromberg V.; Ramirez L. Estudio comparativo entre drenaje biliar interno y sonda en T. para la descompresión de la vía biliar después de una coledocotomía. Rev. Chilena Cir. Vol. 53, N° 06; 2001.
42. Lacour R. En: Insuficiencia venosa de los miembros inferiores. Ed. El Ateneo, Buenos Aires; 1981.
43. Larry C. Carrey. MD, Complicaciones en procedimientos quirúrgicos comunes. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Vol. 86. N°6. Enero; 2006.
44. Lawrence W. Way. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico. 10 ed.; 2003.
45. Lazagna G.; Lazagna R. Colecistitis Aguda en un centro de Trauma. Revista Chilena Quirúrgica. Vol. 53, N° 06; 2001.
46. Leclerc Nicolás, Jean; Villalonga Rodríguez, Juan L; Valera Mena, Rafael; Díaz Abreu, Gabriel. Complicaciones de la colecistectomía. Revista Cubana de Cirugía; 1994
47. Lobos M.; Donoso A. Trauma penetrante abdominal. Boletín del Hospital Viña del Mar Vol. 56, N° 01 - 02; 2000.
48. Manual Cto De Medicina Y Cirugía. Complicaciones Postoperatorias generales. Séptima edición; 2007.
49. Martinez O.; Esmer S. Neurofibromatosis Gastrointestinal una causa poco frecuente de cirugía abdominal. Rev. Gastroenterología mexicana. Vol. 65, N° 01; 2000.
50. Martinez L.; Rolando D. Tumor de Intestino Delgado Perforado: Diagnóstico por Laparoscopia de urgencia. Revista Cubana Med. Vol. 29, N° 03; 2000.

51. Meyers WC. Et al. A Prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecistectomies. N Engl J Med 1991. 324: 1073.
52. Michael M. Meguid, Antonio C. L. Campos. Tratamiento quirúrgico de fístulas gastrointestinales. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica Volumen 85 N°6; 2005.
53. Miranda M.; Oliveira F. Uso da Laparoscopia no manejo das coplicacoes, relacionadas Catéter de diálise peritoneal. Rev. Col. Brasileña Quirúrgica. Vol. 27, N° 3; 2002.
54. Montavani M.; Fontelles M Incidencia de fistulas digestivas nos perimentos toracoabdominales Rev. Col. Brasileña Quirúrgica. Vol. 27, N°03; 2000.
55. Morgenstern L. Wong L. Berci G. Twelve hundred open cholecistectomies before the laparoscopic era. Arch Surg 1992, 127: 400.
56. Nicolich, Flavio; Ponce, Juan Carlos. Diagnóstico preciso de ginecomastia en la elección de la técnica dermato-quirúrgica correctiva. Folia Dermatológica Peruana. Vol. 8 N° 3; 1997
57. Obaldía C.; Generoso O. Experiencia en el manejo quirúrgico de sarcomas retroperitoneales en el CMN 20 de noviembre ISSSTE. Rev. Inst. Nac. Cancerol Mexicana. Vol. 4, N° 4; 2000.
58. Okada T, Yoshida H, Matsunaga T, Kouchi K, Ohtsuka Y, Takano H, et al. Ovarian cyst with torsion in children. J Pediatr Surg 2002; 37:937-940.
59. Oroz, J.; Pelay, M.J.; Roldán, P. Ginecomastia: tratamiento quirúrgico. Hospital Virgen del Camino, Pamplona – España; 2006.
60. Peter J. Fabri. Iatrogenic Injury to the Bile Duct. Archives of Surgery. N° 125. N° 8. Agosto; 2001.

61. Pitt. Complicaciones de la Colectomía. Surgery Vol. 107. N° 6. Junio; 2000.
62. Quesada Aranda, Marianela. Estudio descriptivo clinico-quirúrgico de distopia genital con histerocele de IV grado en pacientes hospitalizadas en el hospital Arzobispo Loayza; 2000-2002.
63. Quiñones M. Safenotracción segmentaria. Una nueva técnica quirúrgica cubana. Rev Cubana Angiolog y Cir Vasc. 2002; 3 (1):75-85.
64. Reyes Schultz T. Evaluación prospectiva del tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. Hospital Central del Sur IPSS Ex-Obrero de Arequipa 1987-1988. Tesis 2da Esp. UNSA. Arequipa; 1988.
65. Rojas Montoya, Guillermo Federico. Experiencias en el servicio de cirugía ambulatoria del departamento de Cirugía del Hospital Cayetano Heredia. Lima; 1992-1993.
66. Romero Torres, Raúl. Tratado de Cirugía. Editorial Interamericana. 3 ed.; 2000.
67. Rodríguez Gómez, Jorge. Proctosigmoidoscopia en pacientes con enfermedades del ano, recto y sigmoides benignas.
68. Rodríguez, J., Loeches, F. Cirugía del Abdomen Agudo. Editorial Científico Técnica, ciudad de La Habana, Cuba; 2004.
69. Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica. 17 ed.; 2005.
70. Salgado J.; Cunha F. Desenvolvimento de modelo de Peritonite Bacteriana para avaliação do tratamento mediante acesso laparotómico e video laparoscópico. Acta quirúrgica brasileira. Vol. 16, N° 01; 2001.

71. Sánchez Casalongue, Manuel. Detalles técnicos para el tratamiento de hemorroides grado IV con sutura mecánica circular. Clínica San Camilo. Argentina; 2007.
72. Sánchez F.; Patricio M. Isquemia mesentérica aguda. Semblanza de una enfermedad agresiva. Rev. Gastroenterología mexicana Vol. 65, N° 03; 2000.
73. Schwartz. Principios de Cirugía. 8 ed.; 2005.
74. Soonis, Abraham. Medicina Sanitaria. Tomo II. Ed. Panamericana; 2000.
75. Universidad Nacional Del Nordeste. Apendicectomía convencional vs laparoscópica. Alternativa terapéutica o método de elección. Argentina; 2006.
76. Usandivares J.; Monaco J. Síndrome de Igilve, a propósito de un caso. Rev. Med. Tucumán. Vol. 7 N°03; 2001.
77. Valdez G.; Martinez L. Absceso hepático amebiano. Experiencia en los últimos 5 años en el Hospital Militar Central. Revista Sanidad Militar. Vol. 54, N° 03, 2000.
78. Vergnaud J.; Lopera C. Corrección laparoscópica de hernias diafragmáticas traumáticas, reporte de 12 casos. Revista Colombiana de Cirugía. Vol. 17, N°3; 2002.
79. Villanueva F.; Henriquez B. Embarazo tubario bilateral espontáneo. Rev. Chilena Obstétrica Vol. 66, N°06; 2001.
80. Yacaman H.; Flores N. Pancreatitis aguda secundaria a fiebre tifoidea en un pre escolar. Rev. Gastroenterología mexicana. Vol. 65, N° 01; 2000.

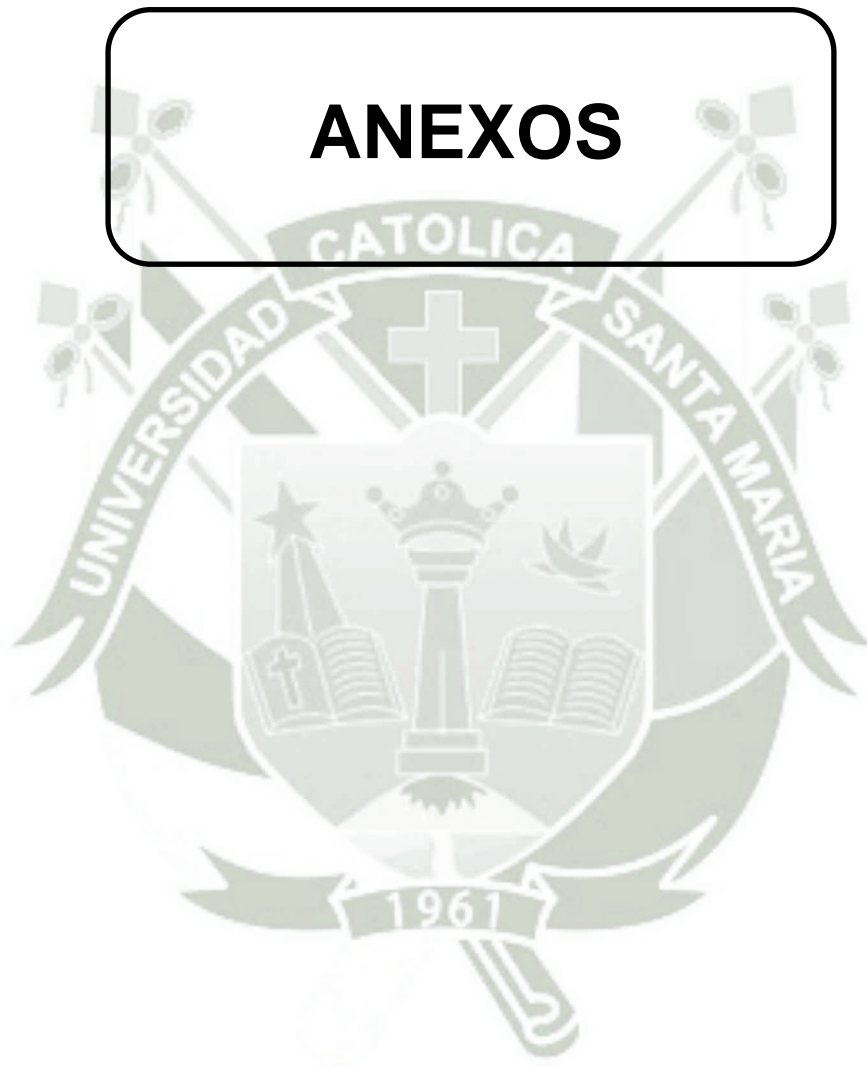
81. Zamata Aguirre, Guido. Factores asociados con letalidad post operatoria de la litiasis biliar en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa, setiembre de 1985 - agosto 1995. Arequipa; 1995

82. Zegarra López, José Manuel. Cáncer de colon en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza entre los años 1960 y 1985. Tesis de bachiller de Medicina UNSA. Arequipa; 1986

83. Zucker Karl, A. Cirugía laparoscópica 2da edición. Editorial Médica Panamericana; 2001.



# ANEXOS



## **ANEXO N° 1**

# **PROYECTO DE INVESTIGACION**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA DE AREQUIPA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS INMEDIATAS POSTOPERATORIAS EN  
EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GOYENCHE –  
AREQUIPA, 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2012 – 30 DE AGOSTO DEL 2014**

**A PROYECTO DE TESIS PRESENTADO POR:  
MILTON ALEXANDRO MERCADO PACCO  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2015**

## I. PREÁMBULO.

La determinación del problema planteado en la presente investigación ha sido posible merced al efecto sinérgico y complementario de diferentes mecanismos exploratorios tales como el interés en conocer la magnitud, tipos, frecuencia y distribución de las complicaciones postoperatorias en los hospitales, la revisión de la bibliografía que existe al respecto y los postulados del tiempo presente de modernidad y crisis referidos a la calidad de atención en los servicios de salud, los mismos que se deben evaluar y acreditar, constituyendo uno de los indicadores sustantivos para tal efecto el de las complicaciones postoperatorias.

De otro lado la lectura analítica de investigaciones y textos vinculados hacen caer en cuenta de que la frecuencia de presentación de las complicaciones postoperatorias tiene magnitud importante y lo que es más, en la mayoría de los casos esta es evitable. Los casos con mayor frecuencia son las infecciones de las heridas postoperatorias y esta demostrado que un adecuado manejo terapéutico disminuye el período de estancia y por tanto los costos de hospitalización.

De ahí que en la presente investigación se plantee revisar las historias clínicas de pacientes operados y verificar los casos y establecer una casuística propia que permita mejorar la atención al paciente y especialmente evitar la complicación.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

### 1. Problema de investigación.

#### Enunciado del problema

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS INMEDIATAS POSTOPERATORIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GOYENCHE- AREQUIPA, 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2012 – 30 DE AGOSTO DEL 2014 SEGÚN EDAD, SEXO E INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

#### Descripción.

##### a) Área del conocimiento

- Área general : Ciencias de la Salud.
- Área específica : Atención médica.
- Especialidad : Cirugía
- Línea : Atención postquirúrgica.

b) Análisis de variables

VARIABLES	INDICADOR. PRESENCIA DE:	CATEGORÍAS	TIPO DE VARIABLE
Tipo de complicación.	<b>HERIDAS.</b> Hematomas Hemorragias Seromas Senos de línea de sutura Infecciones. Abscesos <b>SISTEMAS ESPECÍFICOS.</b> Fístulas.	Diagnóstico en todos los casos.	Categórica nominal
Edad	Fecha de nacimiento	Años cumplidos según historia clínica	Categórica ordinal
Sexo	Masculino Femenino	Masculino Femenino	Categórica nominal
Enfermedad	Diagnóstico Preoperatorio y Postoperatorio	Diagnóstico Preoperatorio y Postoperatorio	Categórica nominal
Procedimiento quirúrgico	Apendicectomía, Colecistectomía, etc., según Dx preoperatorio	Apendicectomía Colecistectomía, etc., según Dx preoperatorio	Categórica nominal.
Tipo de intervención quirúrgica (Clasificación usada en el Hospital Goyeneche-Arequipa)	<b>Cirugía mayor</b> <b>Cirugía mediana</b> <b>Cirugía menor</b>	<b>Cirugía mayor</b> <b>Cirugía mediana</b> <b>Cirugía menor</b>	

c) Interrogantes básicas

c.1. ¿Cuál es el número de complicaciones quirúrgicas inmediatas postoperatorias, por tipo de cirugía en el servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche- Arequipa en el periodo del 2012 al 2014?

c.2. ¿Cuál es la distribución de las complicaciones quirúrgicas inmediatas postoperatorias según intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche– Arequipa en el periodo del 2012 al 2014?

c.3. ¿Cuál es la frecuencia de complicaciones quirúrgicas inmediatas postoperatorias por patologías según edad, sexo e intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche- Arequipa en el periodo del 2012 al 2014?

d) Taxonomía de la investigación

Enfoque	Tipo de estudio				
	1.- Por la técnica de recolección	2.- Por el tipo de dato que se planifica recoger	3.- Por el nro. de mediciones de las variables	4.- Por el nro. de poblaciones o muestras	5.- Por el ámbito de recolección
Cuantitativo	Observacional	Retrospectivo	Transversal	Descriptivo	Documental

## 2. Justificación del Problema

A la fecha no se han realizado investigaciones que comparen descriptivamente el tipo de las complicaciones postoperatorias y su frecuencia y distribución por edad, sexo, enfermedad y tipo de intervención que se realiza en una serie histórica de dos años.

Este estudio se realiza del 01 de setiembre del 2012 al 30 de Agosto del 2014, dándome cuenta que, por ser la casuística reducida en 1 año, tomé la decisión de realizar dicho trabajo en un periodo de 2 años para lograr una casuística significativa desde el punto de vista estadístico.

El tema contiene una relevancia práctica por cuanto al establecer el tipo, frecuencia y distribución se alertará no solo a los profesionales directamente involucrados sino a los que toman decisiones en el uso y distribución de los escasos recursos, tanto en el departamento cuanto en el Hospital, por ello se contribuirá a lograr mayores grados de eficiencia técnica y administrativa.

La investigación tiene relevancia social ya que se inscribe en el contexto de la calidad de atención desde la dimensión técnica de mejoramiento continuo de procesos de intervención y con la autoevaluación de los departamentos en función de la acreditación.

El tema se inscribe dentro de las prioridades de la Política Nacional de Salud al constituir parte sustantiva de la atención integral al paciente. Ello da cuenta también de su relevancia contemporánea.

Existe plena factibilidad para la realización de la investigación ya que se cuenta con los recursos indispensables.

### 3. Objetivos.

3.1 Establecer el tipo de las complicaciones quirúrgicas inmediatas postoperatorias según edad, sexo e intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche- Arequipa, 01 de septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014.

3.2 Determinar la frecuencia de las complicaciones quirúrgicas inmediatas postoperatorias según edad, sexo e intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche- Arequipa, 01 de septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014.

3.3 Establecer la distribución de las complicaciones quirúrgicas inmediatas postoperatorias según edad, sexo e intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía General del Hospital Goyeneche- Arequipa, 01 de septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014.

#### I. Marco Teórico.

**Conceptos Básicos.** Las complicaciones quirúrgicas postoperatorias se han revisado teniendo en cuenta la tipificación establecida por el ministerio de salud ente al cual pertenece el Hospital en el cual se han realizado estas intervenciones quirúrgicas establecidas en el Hospital Goyeneche– Arequipa:

**Cirugía mayor.-** Que comprende operaciones: colecistectomías con o sin exploración de vías biliares; sigmoidectomías, etc.

**Cirugía mediana.-** Que comprende operaciones como: apendicectomías, hernioplastias, hemorroidectomías, etc.

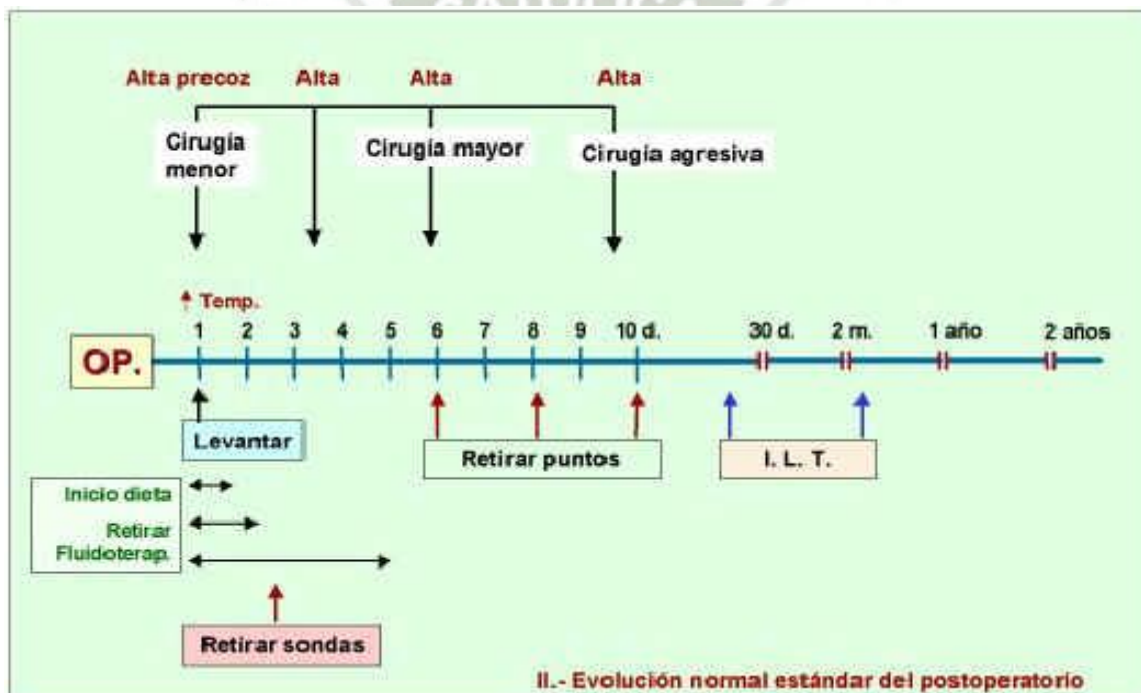
**Cirugía menor.-** Que comprende operaciones como: mastectomía simple por ginecomastias.

Para un conocimiento más amplio, adjunto la tipificación de cirugías en anexos.

## 1) Marco Conceptual

### i. Complicaciones postoperatorias.

Toda desviación de un proceso de recuperación esperable, en un paciente tras una intervención quirúrgica se define como complicación. Pueden ser producto de la enfermedad primaria, la intervención quirúrgica u otros factores no relacionados; hay ocasiones en que una complicación es consecuencia de otra, ejemplo, infarto posterior a hemorragia postoperatoria masiva.<sup>1</sup>



Conviene diferenciar:

1) Aquellas complicaciones generales inherentes a toda intervención quirúrgica y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, debidas a las propias características del enfermo y de su enfermedad (fiebre, hipotermia, shocks, etc.)<sup>2</sup>

2) Las propias de la intervención quirúrgica y que son de carácter local, aunque pueden tener repercusión general (por ejemplo: dehiscencia, peritonitis shock séptico). Cada tipo de procedimiento quirúrgico plantea problemas especiales.<sup>3</sup>

Algunas complicaciones son inevitables, siendo más frecuentes las consecutivas a operaciones urgentes, en las que no hay tiempo para una preparación e investigación diagnóstica completa. Una atención perioperatoria satisfactoria en los pacientes quirúrgicos tiene como objetivo reducir al mínimo la frecuencia y la gravedad de posibles complicaciones.

Entre las principales complicaciones:<sup>4</sup>

#### I. HERIDAS.

**Hemorragia de Herida Operatoria.** Ocurre más frecuentemente en pacientes hipertensos o con defectos de coagulación. El hematoma de las heridas es casi siempre resultado de hemorragia controlable por medios quirúrgicos. Una vez detectado, se debe reabrir la herida, identificar el o los vasos sangrantes y ligarlos. Otras veces es consecuencia de una hemostasia no muy prolija, antes de cerrar definitivamente la herida.<sup>5</sup>

**Hematoma.** Acumulación de la sangre y coágulos en las heridas; constituye una de las complicaciones más frecuentes y casi siempre se debe a hemostasia imperfecta.<sup>6</sup>

**Acumulación de suero o seroma.** Es frecuente en heridas que tienen un gran espacio muerto como las mastectomías o la cirugía de los pacientes obesos. Se las trata mediante la aspiración, o si es voluminosa, mediante una herida por transfixión en el punto más declive aplicando luego un dren con un apósito de compresión. La evacuación debe hacerse lo más precozmente, ya que con frecuencia son asiento de infección.<sup>7</sup>

**Dehiscencia.** La frecuencia de esta complicación varía mucho en función de cirujano, paciente y tipo de operación. En una herida abdominal, la dehiscencia

total produce evisceración y la dehiscencia parcial profunda conduce a la eventración. En la mayoría de casos de dehiscencia, se encuentra que los puntos han desgarrado el tejido. Posiblemente el error más frecuente que condiciona una dehiscencia sea el tensionar demasiado los puntos que van a estrangular los bordes suturados comprometiendo la circulación en esta zona, asimismo los puntos flojos o mal anudados, demasiados puntos, toma de muy poco tejido o material de sutura inapropiado, son otras causas de dehiscencia.<sup>8</sup>

**Senos de las líneas de sutura.** Cuando el material de sutura no absorbible se infecta, se forma el llamado granuloma o cuerpo extraño, que se abre camino hacia la superficie y después de formar una pequeña tumoración fluctuante, drena material mucopurulento, estableciéndose de esa manera **seno o senos en cuyo fondo se encuentra el material de sutura referido**, que a veces es expulsado espontáneamente pero que la mayor parte de veces, requiere la introducción de una pinza de punta fina para explorar y extirparlo. De persistir el seno es preferible abrir la porción de herida comprometida, extraer todo el material de sutura que se encuentra en ese lugar y dejar la herida abierta para cierre por segunda intención.<sup>9</sup>

## II. Infecciones.

Las manifestaciones de infección de herida operatoria aparecen generalmente entre el **tercero y décimo días** del postoperatorio, aunque con menos frecuencia pueden aparecer antes o después.<sup>64</sup> El tejido celular subcutáneo es el más frecuentemente comprometido. La manifestación más frecuente es la fiebre, puede haber aumento de dolor en la herida así como edema y eritema.<sup>10</sup>

La *infección urinaria*, que suele cursar con fiebre y aparece entre el 3º y 6º día. También, pueden aparecer infecciones en el lugar donde se colocan los catéteres que, en ocasiones, pueden llevar a situaciones sépticas.<sup>62</sup> En cuanto al lecho quirúrgico o la propia herida operatoria, déficits inmunológicos, tejidos desvitalizados o cuerpos extraños favorecen la infección. Los abscesos suelen

producir fiebre "en agujas", y diagnosticarse hacia el 5º día del p.o.p. (cavidad abdominal).<sup>4</sup>

En la cirugía limpia las heridas se infectan raramente, pero la presencia de sangre o líquido seroso favorece la proliferación bacteriana.<sup>61</sup> Cuando la herida se contamina (apertura de luz intestinal p.ej.) la infección es aún más probable. Por ello una técnica quirúrgica exquisita resulta obligada.<sup>1</sup>

Bien es cierto que los gérmenes pueden proceder no sólo del propio paciente sino del propio equipo quirúrgico, de instrumentos o del ambiente.<sup>6</sup>

La infección de la herida puede manifestarse ya al 3º día, aunque es más frecuente a partir del 5º día, 6º día. A veces hasta el 9º día pueden observarse infecciones, aunque más raramente.<sup>8</sup>

### III. Eventración.

La Eventración puede deberse a un punto flojo o a uno que está demasiado apretado y ha estrangulado y cortado el tejido que engloba la infección o a una dehiscencia. La reparación de estas eventraciones debe llevarse a cabo después de los seis meses por lo menos, la reparación temprana lleva a la reaparición del problema.<sup>65</sup> Debe evitarse suturar los tejidos sometiéndolos a mucha tensión teniendo entonces que recurrir incluso a las incisiones relajantes. En ocasiones tal vez sea necesario recurrir al uso de malla de marlex.<sup>12</sup>

### IV. Hemorragia.

Ocurren en el postoperatorio inmediato, cursan muchas veces en forma catastrófica llevando al shock hipovolémico lo que lleva a una reintervención inmediata. Otras veces es menos aguda y permite control adecuado de funciones vitales, administración de fluidos, etc. antes de reintervenir.<sup>63</sup> Las anomalías de la hemostasia deben ser identificadas en el preoperatorio.<sup>13</sup>

La causa más común de hemorragia intra o postoperatoria en un paciente con historia clínica y examen físico negativos, además de pruebas de laboratorio normales, es la falla en la ligadura de vasos sanguíneos seccionados.<sup>9</sup>

V. De la anestesia.

Las complicaciones de la Anestesia se manifiestan de distintas formas durante el periodo perioperatorio y pueden variar desde relativamente menores hasta poner en peligro la vida del paciente.<sup>14</sup>

Embolia Gaseosa Venosa: cuando sucede en forma inesperada es muy peligrosa. Se tienen efectos generalizados en el sistema cardiopulmonar. Estos incluyen:<sup>2</sup>

1. Aumento de la presión arterial pulmonar,
2. Disminución del gasto cardíaco,
3. Aumento del espacio muerto,
4. Edema Pulmonar,
5. Cortocircuito con Hipoxemia,
6. Embolias generalizadas.

Un suceso temprano es el aumento de la presión de la arteria pulmonar, causado por dos factores: la oclusión de arteriolas por burbujas pequeñas y la vasoconstricción pulmonar.<sup>60</sup> En la interfase de las burbujas y las proteínas de la sangre se produce desnaturalización y hay agregados de neutrófilos que causan daños del endotelio. La combinación de hipertensión pulmonar y daño endotelial provoca edema pulmonar.<sup>15</sup>

La detección de EGV puede lograrse en las siguientes formas:

- a. Cambios Doppler precordiales.
- b. Disminución del CO<sub>2</sub> al final de la ventilación.
- c. Soplo de "Rueda de Molino",
- d. Dificultad para respirar o tos,

- e. Arritmias cardiacas,
- f. Hipoxemia,
- g. Aumento del Nitrógeno al final de la respiración,
- h. Disminución de la presión arterial,
- i. Aumento de la presión de la arteria pulmonar,
- j. Ecocardiografía.
- k. Aspiración de aires de cánulas venosas.

#### VI. Del tratamiento parenteral.

**Hematomas.** Cuando se usa la vía percutánea, la laceración de la pared venosa puede condicionar la formación de hematoma local. Éste ocurre generalmente cuando se usa aguja de bisel largo en vez de aguja de bisel corto que es lo recomendado. Se ponen de manifiesto inmediatamente cambios de coloración en los tejidos vecinos acompañados de tumefacción y para evitar que progrese este problema, basta con retirar la aguja y hacer compresión local por unos minutos, esto cuando se canaliza una vena superficial. La laceración de la vena subclavia probablemente pase inadvertida, a menos que se forme un gran hematoma disecante hacia mediastino o cuello. Todo hematoma es perfectamente prevenible.<sup>16</sup>

**Flebitis.** La complicación más frecuente de la infusión intravenosa es la inflamación local de la vena usada.<sup>59</sup> Sus manifestaciones son: dolor local, induración en el trayecto de la vena y a veces eritema suprayacente. Esta flebitis por extravasación ocurre más frecuentemente en los miembros superiores que se usan más comúnmente en terapia postoperatoria. Esta complicación es perfectamente prevenible y no es admisible desde que existe pleno conocimiento y recursos para la asepsia y antisepsia.<sup>17</sup>

**Infección Local.** Los gérmenes que infectan el sitio de entrada del catéter pueden ser grampositivos, en cuyo caso predominan los estafilococos, o gramnegativos, en cuyo caso los más comunes son los enteropatógenos.

También está señalado que la candida es causa de este tipo de infección. El diagnóstico de infección en el sitio de entrada del catéter se hace por sospecha en un paciente con catéter permanente, en el cual se desarrolla un cuadro séptico sin ninguna otra causa manifiesta. Puede o no haber signos locales de infección. La aspiración y cultivo de la sangre del catéter puede manifestar gran cantidad de gérmenes si el catéter es la fuente de la infección. El tratamiento consiste en extraer el catéter y limpiar localmente la herida, la mayoría de veces con esto es suficiente. Si hay signos de infección general debe instituirse tratamiento con antibióticos contra el germen causante.<sup>18</sup>

#### VII. Sistemas específicos.

Tres sistemas son los que sufren las mayores complicaciones. El urinario, respiratorio y cardiovascular. Las de mayor frecuencia son las siguientes:

**Retención Urinaria.** En el estrés, el dolor en la anestesia general y raquídea, la liberación de catecolaminas aumenta. Se considera que los receptores alfaadrenérgicos del músculo liso del cuello vesical y la uretra son estimulados por estas hormonas, aumentando su tono por este mecanismo para terminar produciendo retención urinaria, la que se presenta con más frecuencia en varones de edad avanzada. Durante la resección abdominoperineal, el traumatismo al plexo sacro altera la función vesical lo suficiente como para dejar una sonda a permanencia durante 4 – 5 días. A los pacientes con hernia inguinal que puján para orinar como manifestación de hipertrofia prostática se les debe brindar tratamiento contra la hipertrofia antes que a la hernia.<sup>19</sup>

**Insuficiencia Renal Aguda.** La isquemia renal produce lesión de la nefrona, la duración e intensidad de la isquemia van a determinar la gravedad de la lesión. La cantidad de sangre que llega a los riñones después de una hemorragia es desproporcionadamente menor a la disminución del gasto cardiaco.<sup>56</sup> La caída a la mitad de los valores normales de la presión arterial por hemorragia aguda condiciona casi una suspensión del flujo renal sanguíneo. Después del restablecimiento del volumen circulatorio y del gasto cardiaco, la vasoconstricción

renal persiste por un tiempo considerable. La insuficiencia renal aguda según la causa primaria se clasifica en: prerrenal, intrínseca y postrenal.<sup>20</sup>

Las **causas pre-renales** están relacionadas con el gasto cardíaco y el riego renal. La administración insuficiente de líquido durante los procedimientos quirúrgicos prolongados y el secuestro de líquido “al tercer espacio” no reemplazado durante el período postoperatorio son causas comunes. Las **causas intrínsecas** están condicionadas por la necrosis tubular aguda, la nefropatía por pigmento y nefrotoxicidad farmacológica. Entre las **causas post-renales** se consideran uropatía obstructiva, extravasación urinaria, lesión ureteral (esta última se sospecha cuando sobrevienen oliguria y azoemia después de un procedimiento pélvico o abdominal inferior).<sup>12</sup>

La insuficiencia renal aguda que aparece antes de las primeras 24 horas luego de la operación suele tener causa prerrenal o postrenal.<sup>53</sup> Sea cual fuere la causa, puede ocurrir diversos fenómenos que perpetúan la disfunción y retardan la recuperación, lo que incluye obstrucción intratubular ocasionada por edema y acumulación de residuo celular esfacelado y cilindros proteináceos, vasoconstricción renal persistente, fuga retrógrada de líquido luminal a través de los epitelios tubulares dañados y alteración en la permeabilidad de la membrana glomerular.<sup>19</sup>

La frecuencia de esta complicación varía dependiendo del carácter de la operación y la existencia de factores de predisposición.<sup>58</sup> Suele ser una consecuencia común en procedimientos vasculares, urológicos y de trasplante (5 – 25%)<sup>21</sup>

La prevención es el mejor tratamiento de la insuficiencia renal aguda. Es indispensable evitar hipotensión, hipovolemia e hipoxia y si ocurren corregirlas de inmediato.<sup>57</sup> La técnica quirúrgica debe ser lo suficientemente segura para mantener indemnes los vasos renales, uréteres y vejiga urinaria.<sup>22</sup>

Establecida la causa, iniciar rápidamente las medidas correctivas para reducir al mínimo la lesión renal y evitar complicaciones mayores.<sup>6</sup>

**Atelectasia y Neumonía.** Son numerosos los factores etiológicos, entre ellos: narcóticos que suprimen el reflejo de la tos, inmovilización postoperatoria prolongada, vendajes constrictivos, deshidratación, congestión pulmonar, aspiración de materiales extraños, debilidad de músculos respiratorios. La neumonía ocurre después de atelectasia persistente. Es más común en personas de edad avanzada, con sobrepeso, son fumadores y tienen síntomas de enfermedades respiratorias. Se presenta con mayor frecuencia en las **primeras 48** horas, después de la operación y es causa del 90% de los episodios febriles durante este periodo. En los fumadores o en los que sufren de bronquitis, la proporción de complicaciones es mayor, si el paciente deja de fumar cuatro o más días, esta proporción disminuye. En la cirugía electiva la profilaxis debe empezarse por lo menos dos semanas antes de la operación.<sup>54</sup> Es recomendable dejar de fumar, bajar de peso, mejorar el estado general, ejercicios respiratorios. En el postoperatorio es importante la movilización temprana, estimular la ventilación, tos frecuente, cambios de posición, a veces agentes mucolíticos ayudan en la limpieza bronquial.<sup>23</sup>

La neumonía postoperatoria es la complicación más común capaz de causar la muerte en pacientes postoperados, causándola directamente o contribuyendo en forma indirecta. Las manifestaciones clínicas de la neumonía postoperatoria son fiebre, taquipnea, aumento de las secreciones y cambios físicos que sugieren consolidación pulmonar. La radiografía de tórax generalmente muestra consolidación parenquimatosa localizada. La mortalidad total por neumonía postoperatoria varía de 20 a 40%

**Aspiración pulmonar.** Se evita comúnmente por los esfínteres gastroesofágicos y faringoesofágicos. La inserción de sonda nasogástrica y endotraqueal, la depresión del sistema nervioso central por los medicamentos bloquea estas defensas y favorece la aspiración.<sup>80</sup> Otros factores importantes: reflujo gastroesofágico, contenido alimentario en el estómago, la postura del paciente.<sup>50</sup>

El índice de mortalidad por aspiración evidente total y la neumonía subsecuente es alrededor del 50%.<sup>24</sup>

**Embolia Pulmonar.** Todo paciente incluido en el grupo de cirugía general, forma parte de un amplio conglomerado de pacientes por encima de cuarenta años, sometidos a cirugía abdominal mayor que pueden presentar esta complicación; pero también deben considerarse otros tipos de intervenciones: ginecológicas, urológicas, pulmonares, vasculares, mastectomías, etc. que están sometidas al riesgo de presentar como complicación una embolia pulmonar, teniendo como base a una trombosis venosa profunda.<sup>52</sup> Representa la **tercera causa más común de muerte cardiovascular** después del infarto miocárdico y la apoplejía. En estudios practicados en Europa y USA mediante el uso del Test del Fibrinógeno Marcado, se ha detectado que un 25% de pacientes de Cirugía General presentaron trombosis venosa profunda.<sup>49</sup> El promedio de incidencia de embolia pulmonar fue de 1,6% y de embolia pulmonar fatal el 0,8%. Por eso se recomienda preventivamente tomar las medidas adecuadas para evitar esta complicación de suyo grave. El uso de heparina sola o asociada a dihidroergotamina y Heparina de bajo peso molecular han demostrado ser lo más efectivo en reducir la incidencia de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar; el uso de filtros en la vena cava inferior para la profilaxis de la embolia pulmonar en individuos con alto riesgo de trombosis venosa se está volviendo cada vez más común, sobre todo en casos de lesión de la médula espinal o de lesiones traumáticas complejas. No obstante, aún no se ha determinado el resultado a largo plazo en estos pacientes con filtros en la vena cava inferior.<sup>25</sup>

**Embolia grasa:** Es relativamente común, raras veces produce síntomas. En 90% de los pacientes con fracturas de huesos largos o restituciones articulares. En el examen anatomopatológico se aprecia partículas de grasa en el lecho vascular pulmonar.<sup>26</sup>

**Hemoperitoneo:** En las primeras 24 horas posteriores a la intervención quirúrgica abdominal la causa más frecuente de estado de shock es la hemorragia. El hemoperitoneo postoperatorio es una complicación casi mortal de evolución

rápida; suele ser resultado de un problema técnico con la hemostasia, pero los trastornos de la coagulación juegan también un papel importante.<sup>27</sup>

**Complicaciones relacionadas con los drenes:** El drenaje postoperatorio de la cavidad peritoneal es necesario para evitar la acumulación de líquido como el jugo biliar o pancreático, o para tratar abscesos establecidos. Se dejan los drenes para evacuar pequeñas cantidades de sangre, pero este recurso no puede emplearse para obtener una estimación fidedigna de la hemorragia.<sup>51</sup> Últimamente surgió la tendencia a no utilizar drenes en operaciones no complicadas como esplenectomía y colecistectomía.<sup>68</sup> El empleo de drenes en estas circunstancias aumenta el índice de infecciones intraabdominales y de la herida después de las operaciones.<sup>28</sup>

**Complicaciones por alteraciones postoperatorias de la motilidad gastrointestinal:** La actividad, fuerza y dirección del peristaltismo normal son regidas por el sistema nervioso entérico.<sup>67</sup> La anestesia y la manipulación quirúrgica dan lugar a la disminución en la actividad propulsora normal del intestino o lo que se denomina “íleo postoperatorio”.<sup>29</sup>

**Distensión gástrica.** Complicación rara que pone en peligro la vida; consiste en distensión masiva del estómago por gas y líquido.<sup>79</sup> Los factores predisponentes incluyen asma, operación reciente, obstrucción pilórica y ausencia de bazo.<sup>48</sup> El paciente se encuentra con distensión abdominal e hipo. Debido a las pérdidas de líquidos y electrolitos pueden aparecer hipocloremia, hipopotasemia, alcalosis; lo que puede precipitar en arritmias cardíacas.<sup>30</sup>

**Obstrucción intestinal.** Puede ser resultado del íleo paralítico o de una obstrucción mecánica, es causada en su mayoría por adherencias postoperatorias o hernia interna. Casi la mitad de los casos de obstrucción de intestino ocurre después de cirugía colorrectal, que quizá se deba al mayor corte del peritoneo. <sup>23</sup>

**Impacto fecal postoperatorio:** Es el resultado del íleo colónico y percepción alterada de plenitud rectal. Primordialmente es una enfermedad de pacientes

mayores pero se puede presentar en pacientes jóvenes que tienen estados predisponentes como megacolon y paraplejia.<sup>47</sup> El íleo postoperatorio, el uso de analgésicos opiáceos y sustancias anticolinérgicas pueden ser factores agravantes.<sup>7</sup>

**Pancreatitis postoperatorias:** Representan el 10% de los casos de pancreatitis aguda; se presentan en 1 – 3% de los pacientes con operaciones en áreas adyacentes al páncreas y, con más frecuencia, después de intervenciones de las vías biliares. Por ejemplo, 1% en pacientes sometidos a colecistectomía y en 8% en pacientes que se les realiza exploración de vías biliares.<sup>46</sup> La pancreatitis postoperatoria suele ser de tipo necrosante, la necrosis pancreática se desarrolla con frecuencia 3 - 4 veces mayor que en el caso de pancreatitis biliar y de la alcohólica. Se desconoce la razón de la gravedad de la pancreatitis postoperatoria, pero la tasa de mortalidad es 30 – 40%<sup>8</sup>

**Disfunción hepática postoperatoria:** Varía desde ictericia moderada hasta insuficiencia hepática que amenaza la vida; aparece en una frecuencia de 1% de los procedimientos quirúrgicos efectuados bajo anestesia general.<sup>77</sup> La frecuencia es mayor después de la pancreatectomía, operaciones de derivación biliar y anastomosis portocava.<sup>31</sup>

**Colecistitis postoperatoria:** Puede seguir a cualquier tipo de operación, pero es más común después de procedimientos gastrointestinales. Se desarrolla poco después de la esfinterotomía endoscópica en 3-5% de pacientes.<sup>75</sup> Se ha observado colecistitis química en personas con quimioterapia a través de la arteria hepática. La colecistitis fulminante con infarto de vesícula biliar puede ser consecutiva a la embolización percutánea de la arteria hepática por tumores malignos del hígado o una malformación arteriovenosa que incluye esta arteria.

## VIII. Fístulas.

Una de las complicaciones quirúrgicas que, con frecuencia enfrentan los cirujanos es la relacionada con las fístulas enterocutáneas. Actualmente con el uso de nutrición enteral y parenteral la mortalidad es alrededor del 15 al 30%.<sup>45</sup> Dentro de las causas podemos tener obstrucción, trauma, procesos inflamatorios, radiaciones, cuerpo extraño, procesos neoplásicos.<sup>78</sup> Las fístulas enterocutáneas generalmente se establecen a partir del cuarto al séptimo día del postoperatorio o por una complicación técnica en el acto operatorio. Se puede emplear para establecer el diagnóstico: Radiografía, Ecografía, TAC, Radiografía baritada, etc. Establecida la fístula es vital establecer el estado general del paciente, edad, reserva metabólica, infección asociada, neoplasia, sepsis, etc.<sup>32</sup>

También es importante la evaluación relacionada con la fístula:

- a) Nivel del tracto digestivo fistulizado,
- b) Volumen de la fístula en 24 horas,
- c) Hemorragia distal,
- d) Obstrucción distal,
- e) Condiciones de la piel,
- f) Eversión de la mucosa,
- g) Discontinuidad del lumen.

Las causas de las fístulas son múltiples y el tratamiento quirúrgico sigue siendo el origen más frecuente de la fistulización intestinal debido a la fuga en la anastomosis o a una lesión no reconocida del intestino.<sup>76</sup> La persistencia de la fístula puede ser consecutiva a factores adicionales: Cuerpo extraño, radioterapia, infección, epitelización, neoplasias y obstrucción distal. Además, la enfermedad de Crohn está implicada en la formación de fístulas, las cuales pueden presentarse espontáneamente (en un segmento intestinal afectado) o ser secundarias a la fuga en una línea de sutura.<sup>33</sup>

## IX. Abscesos.

**Absceso residual intraabdominal.** Se le considera en algunos estudios como la causa más frecuente de peritonitis, que se acompaña de alteraciones hipovolémicas, hidroelectrolíticas, hipoxia, acidosis, hipoproteinemia, metabolismo energético disminuido y agresión de órganos como el hígado y las glándulas suprarrenales.<sup>74</sup> La acumulación anormal de líquidos intraperitoneales guarda un orden importante a seguir, según sus cualidades irritantes o dolorígenas:<sup>34</sup>

1. Líquidos con enzimas pancreáticas,
2. Líquido gástrico,
3. Líquido fecal: colon, apéndice, intestino delgado,
4. Bilis,
5. Orina,
6. Sangre.

Los abscesos pélvicos, subfrénicos o intraabdominales ocurren hasta en el 20% de los pacientes operados por apendicitis gangrenosa o perforada. Se acompañan de fiebre recurrente, malestar y anorexia de inicio insidioso.<sup>70</sup> El rastreo con la Ecografía, TAC, es muy útil para diagnosticar abscesos intraabdominales y una vez diagnosticados debe drenárselos ya sea por intervención quirúrgica o en forma percutánea.<sup>71</sup> En la Resección Anterior Baja resulta sorprendente que el absceso pélvico sea una complicación inusual. La contaminación evidente con materia fecal y la acumulación de sangre y exudados en la pelvis durante la operación predisponen al paciente a la formación de abscesos. Un absceso puede drenar espontáneamente en la anastomosis rectal o en la vagina.<sup>35</sup>

Si se requiere intervención terapéutica más allá de la administración de antibióticos, el paso inicial debe ser un drenaje percutáneo guiado por TAC. Cuando sea necesario un drenaje a cielo abierto podrá hacerse a través del recto o la vagina. La presencia de peritonitis impone una laparotomía exploratoria.<sup>44</sup>

### **Colecistectomía Laparoscópica:**

Las complicaciones más comunes relacionadas con este procedimiento son: lesiones de conductos biliares, bilirragia, retención de cálculos en Colédoco, perforación vesicular, hemorragia transoperatoria y postoperatoria e infección de la herida.<sup>73</sup> La decisión de convertir una colecistectomía en un procedimiento abierto no se considera como complicación.<sup>43</sup>

### **Lesión del Colédoco**

Las lesiones de las vías biliares extrahepáticas continúan siendo una de las complicaciones más graves de la colecistectomía, ya que una lesión del conducto biliar expone al paciente al riesgo inmediato de una peritonitis biliar en caso de pasar inadvertida la lesión; la reconstrucción biliar es una cirugía de orden mayor y debe ser muy bien realizada para evitar el riesgo de estenosis de dicha vía.<sup>42</sup>

Diferentes publicaciones nos indican que estas lesiones se producen generalmente durante la etapa de aprendizaje de este procedimiento.<sup>72</sup> La colecistectomía laparoscópica lleva un riesgo eminentemente mayor de lesión de conductos biliares que la colecistectomía tradicional.<sup>36</sup>

Hay varios factores técnicos de riesgo de lesión del Colédoco durante esta cirugía:

- a. El uso de un laparoscopio de 0 grados (visión terminal) altera la perspectiva del campo operatorio del cirujano.<sup>69</sup> Debido a que las estructuras portales se ven desde su parte inferior más que directamente por encima como en una colecistectomía abierta y este cambio en la orientación visual puede ocasionar como resultado una identificación errónea del Colédoco, tomándolo como el conducto cístico.<sup>37</sup>
- b. El desplazamiento en dirección cefálica del fondo vesicular hace que el conducto cístico y el Colédoco queden alineados en el mismo plano.<sup>41</sup>

Observado a través del laparoscopio, el conducto Colédoco puede confundirse fácilmente con el cístico y ligarlo y seccionarlo.<sup>66</sup> Igualmente sucede con los conductos hepático común y hepático derecho.<sup>40</sup>

La prevención de la lesión de los conductos biliares depende de la exposición apropiada de la Porta Hepatis, de la identificación precisa de las estructuras dentro del Triángulo de Calot y de la experiencia del cirujano.<sup>39</sup>

## **2) Análisis de antecedentes investigativos.**

### **2.1) Nivel local:**

a. Incidencia de Infecciones intrahospitalarias y factores asociados en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2003. Se trata de un estudio descriptivo, analítico de corte transversal prospectivo cuyo propósito fue determinar la incidencia y factores asociados a infecciones intrahospitalarias en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados del Hospital Honorio Delgado Espinoza. De un total de 354 pacientes atendidos en la UCI el estudio se realizó con una muestra de 71 pacientes que habían presentado infección intrahospitalaria en el año 2003. Se utilizó como técnica la observación documental, pues los datos se obtuvieron a través de la revisión de historias clínicas de pacientes, así como del libro de registros de la atención de la UCI y del Laboratorio, después de lo cual fue consignado en una ficha de recolección de datos. Los resultados indican que la incidencia de infecciones intrahospitalarias en la UCI del Hospital Honorio Delgado Espinoza fue de 20,056% en el año 2003.

b. Prevalencia Puntual de factores asociados a infecciones intrahospitalarias en los principales hospitales de Arequipa. Arequipa – 2001. Para evaluar prevalencia puntual y factores asociados a infecciones intrahospitalarias en los servicios de Medicina, Pediatría, Cirugía, Ginecobstetricia y UCI de los principales hospitales de Arequipa se diseñó un estudio prospectivo transversal no experimental. El presente trabajo se realizó en un solo día determinado del mes de marzo. La población considerada fueron todos los pacientes hospitalizados el día del estudio en dichos servicios de los principales hospitales de Arequipa. Los

datos se extrajeron de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados utilizando fichas de recolección de datos. Luego dichos datos fueron organizados seleccionándose historias clínicas de pacientes con infección intrahospitalaria. Se aplicaron métodos estadísticos descriptivos para variables cualitativas y para los días de hospitalización, tiempo de infección intrahospitalaria y edad; se aplicó promedio mediana, desviación estándar, mínima, máxima. Se aplicó también anova, chi cuadrado y p. Se evaluaron 381 historias clínicas: 203 del Hospital Regional Honorio Delgado; 78 del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo; 91 del Hospital Goyeneche; 9 del Hospital de la Policía. Se halló prevalencia de infecciones intrahospitalaria en los principales hospitales de AQP del 9, 45%.

c. “Complicaciones intrahospitalarias y su importancia en la vigilancia epidemiológica en el Hospital III de Yanahuara” Arequipa – 2002. Autor: Dr. Filiberto Guillén Camargo.

d. “Estudio de prevalencia puntual de Infecciones Intrahospitalarias”. Arequipa, 2001. Autor: Dr. Filiberto Guillén Camargo.

e. Factores relacionados a Infecciones de Herida Operatoria en pacientes con cirugía abdominal en el Hospital Nacional del Sur – Essalud. Enero – Marzo 1999. Autor: Juvitza Mendoza Llerena.

f. Abdomen Agudo Quirúrgico en el departamento de Ginecología del Hospital Honorio Delgado Espinoza. Año 2012. Autor(a): Jessica Chire Álvarez.

g. Incidencia de Complicaciones Postoperatorias en Cirugía ambulatoria en el Hospital II de Yanahuara entre los años 1994 y 1996. Autor(a): Melanie Álvarez Deza.

h. Complicaciones quirúrgicas del Trasplante renal en el Hospital Nacional del Sur – Essalud entre los años 1993 y 1999. Autor: Efraín Concha León.

## 2.2) Nivel nacional:

a. Pacientes portadores de abdomen agudo quirúrgico intervenidos por Laparotomía Exploratoria en el Hospital Militar Central durante 1980-2001. Los principales reportes de tipo de cirugía practicada fue Resección Intestinal más Anastomosis (25.6%), seguida por Rafia Intestinal (10.7%), así mismo en todas las Laparotomías Exploratorias la operación realizada es sólo diagnóstico en un (10.3%) y diagnóstico más tratamiento en un (89.7%). En cuanto a las complicaciones los principales reportes postquirúrgicos fueron: Absceso Intraabdominal (9.9%), seguido por eventración abdominal (9.5%). En cuanto a la estancia hospitalaria se encuentra un promedio de 62.50 días (desviación estándar = 63.92). Se recomienda emplear la Laparoscopia Diagnóstica en el Servicio de Emergencia de Cirugía General del Hospital Militar Central, la misma que se ha ido incrementando en los servicios de Emergencia de hospitales más especializados del mundo de manera significativa por las definitivas ventajas que este método tiene y se traduce en una disminución de la relación costo-beneficio tanto para paciente como para nuestra Institución más aún cuando la población de paciente se encuentra en su mayoría en actividad, además teniendo referencia de tener un porcentaje representativo de Laparotomía Exploratoria en el que sólo se hace diagnóstico y no tratamiento y que la Laparoscopia Diagnóstica bien puede emplearse con todas las ventajas como menor complicación postoperatoria, menor tiempo de estancia hospitalaria, rápida incorporación al trabajo y menor costo beneficio de la Institución.

b. Tratamiento Moderno de Colectomía Laparoscópica para lesiones Benignas y Malignas del Colon. Autores: Dr. Eduardo Barboza, Fernando Calmet, Benjamín Alhalel, Javier Arias Stella y otros. Año 2005. Hospital Cayetano Heredia. Objetivo de la investigación: demostrar la seguridad, eficacia, mortalidad y calidad de vida que ofrece la colectomía laparoscópica asistida en el tratamiento de la patología benigna y maligna del colon. Conclusión: La colectomía laparoscópicas es una alternativa terapéutica moderna que mejora la calidad de vida de los pacientes operados por patología cólica benigna y maligna, la que realizada con los mismos criterios oncológicos de la cirugía abierta, ofrece resultados similares en cuanto a tiempo de sobrevida, tiempo libre de

enfermedad y recurrencia, con las ventajas propias de la cirugía laparoscópica de menor dolor operatorio, menor estancia hospitalaria y, por ende, el costo, además de ser más cosmética y rápido retorno del paciente a sus actividades diarias.

c. Colecistectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Autor: Falero Sánchez, Rodrigo del Carmen. Resumen: Trabajo de investigación de diseño retrospectivo y metodología trasversal sobre pacientes con diagnóstico de colecistitis litiásica/alitiásica. Consideramos que la colecistectomía laparoscópica es un moderno procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la enfermedad vesicular sintomática; posee una morbilidad y mortalidad comparables a la colecistectomía convencional, con la ventaja de un menor tiempo de hospitalización, menores molestias postoperatorias, alimentación precoz, reintegración más rápida a sus actividades diarias y mejores resultados cosméticos.

d. Tratamiento Quirúrgico de la Pancreatitis aguda en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Años 1997 – 2002. Autor: Otiniano Alvarado, Carlos. Resumen: Se revisaron 49 casos que fueron intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Emergencia del Hospital Arzobispo Loayza, con diagnóstico postoperatorio de pancreatitis aguda en algunas de sus formas. La etiología más frecuente de la pancreatitis fue la de origen biliar con 29 pacientes; de los cuales en 5 se halló cálculos en el colédoco. De los otros 20 pacientes, en 6 la etiología estuvo asociada a alcoholismo, 2 postquirúrgicas, 2 postraumáticas y en 10 pacientes fue desconocida.

e. Apendicitis aguda en el Hospital Dos de Mayo. Enero 2000 – Julio 2001. Resumen: Se revisaron las historias clínicas de 1045 pacientes operados por apendicitis aguda. La apendicitis aguda fue más frecuente en los hombres (70%) que en las mujeres (29,95); el grupo etáreo más afectado fue el que comprende edades entre 20 y 29 años; el tiempo de estancia hospitalaria preoperatoria fue de 11 horas. El estadio de la apendicitis aguda más frecuentemente encontrado en el acto operatorio fue el flemonoso (42,58%). Los estadios complicados (necrosado

y perforado) representan el 48,91% de los pacientes operados. La infección de herida operatoria fue la más frecuente (15,2%). Se reoperaron 10 pacientes (0,96%) por presentar absceso intraabdominal. No hubo mortalidad en los pacientes operados por apendicitis aguda durante el periodo de estudio.

f. Nefrectomía radical laparoscópica por cáncer renal. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Resumen: Se realizó el presente estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de reportar los casos de nefrectomía radical laparoscópica (NRL) por cáncer renal realizados en el Servicio de Urología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Se consideraron todos los pacientes que fueron sometidos a NRL por nuestro Servicio durante el periodo entre enero del 2000 y marzo del 2002. La extracción de la pieza operatoria fue íntegra en la totalidad de los casos; 92,9% fueron confirmados como carcinoma de células renales; 14,3% en estadio II. La estancia intrahospitalaria promedio fue de 8,1 días y el periodo de convalecencia promedio fue de 18,6 días; 35% presentó complicación intraoperatoria y 42,9% fue complicación postoperatoria. La tasa de conversión a cirugía abierta fue de 7,1%. Hasta el momento no se han reportado recidivas ni progresión de la enfermedad.

### **2.3) Nivel internacional:**

a. Complicaciones en el servicio de Cirugía General del hospital “Manolo Morales Peralta” (Nicaragua). Junio – Noviembre 1993. Se revisaron un total de 923 casos, de los cuales se complicaron 94% (10% de los pacientes). El grupo etéreo más afectado es el mayor de 50 años.

b. Lesiones iatrogénicas de las vías biliares en el hospital Rodolfo Calderón (Nicaragua). Febrero – Marzo del año 2000. Se evidenció que, de 1252 pacientes a los que se les practicó colecistectomía convencional y laparoscópica, el 0,64% presentó lesiones de las vías biliares.

c. Histerectomía obstétrica en el Hospital de Puerto Montt. Año 2000 – 2005. Autor: José Caro M., Luis Bustos M, Álvaro Ríos. Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital de Puerto Montt. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Resumen:

Se presenta la revisión de 25 pacientes con histerectomía obstétrica periparto ocurridas en el Hospital de Puerto Montt en el periodo 2000 – 2005. La principal causa de histerectomía obstétrica es el acretismo placentario en 12 casos, seguido de atonía uterina en 8 casos. El estudio histológico se hizo en el 76% de casos, de los cuales el 80% confirma acretismo placentario. La histerectomía obstétrica se realizó en 13 casos y subtotal en 12 casos. El tiempo operatorio promedio fue de 124 minutos. El hematocrito postoperatorio tiene un descenso menor en las pacientes con histerectomía subtotal que en la total. La principal complicación fue la lesión vesical, que ocurrió en mayor proporción en el grupo de la Histerectomía obstétrica versus la subtotal, sin diferencias significativas. No se registró la muerte materna asociada a histerectomía obstétrica; hubo 4 muertes neonatales.

d. Laparoscopia en las Complicaciones postoperatorias. Reunión de Consenso. San Juan, 23 – 24 de mayo del 2004. Autores: Dr. Ricardo Torres, Gustavo Sofía, Claudio Iribarren, Felipe Eduardo Fiolo, Juan Pekolij. **Asociación Argentina de Cirugía**. Resumen: Los tópicos abordados fueron: Laparoscopia en la hemorragia postoperatoria; laparoscopia en la obstrucción intestinal postoperatoria, laparoscopia en las complicaciones de la cirugía convencional; laparoscopia en las complicaciones infecciosas.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

##### 1.1. Técnica

##### d. Precisión de la técnica

Se empleó la técnica de OBSERVACIÓN DOCUMENTAL, para recoger información de las variables de interés, en base a la revisión y estudios de las historias clínicas de los pacientes con complicaciones postoperatorias. Esta técnica dará cuenta del cada uno de los objetivos de la investigación.

##### e. Esquemmatización

VARIABLES	TÉCNICA
Tipo de Complicación	Observación documental
Edad	
Sexo	
Enfermedad	
Procedimiento quirúrgico	
Tipo de intervención quirúrgica	

##### f. Procedimiento

Previa estandarización de las historias clínicas, de acuerdo a los criterios de inclusión, la observación documental de las mismas implicó la revisión y registro de los hallazgos documentales respecto a las variables y sus respectivos indicadores y subindicadores.

## 1.2. Instrumentos

### a) Instrumento documental

#### a.1. Precisión del instrumento

Se empleó un instrumento elaborado, denominado FICHA DE RECOLECCION DE DATOS, estructurado en función a las variables e indicadores del estudio.

#### a.2. Estructura del instrumento

VARIABLES	INDICADORES
Tipo de Complicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heridas</li> <li>• Sistemas específicos</li> </ul>
Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de nacimiento</li> </ul>
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostico preoperatorio</li> <li>• Diagnostico postoperatorio</li> </ul>
Procedimiento Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apendicectomia, etc. Según diagnostico preoperatorio</li> </ul>
Tipo de intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía mayor</li> <li>• Cirugía mediana</li> <li>• Cirugía menor</li> </ul>

#### a.3. Modelo del instrumento

Este figura en anexos.

### b) Instrumentos mecánicos

- Computadora

- Accesorios

### 1.3. Materiales

- Útiles de escritorio
- Historias clínicas
- Materiales de impresión
- PC iCORE 5 e impresa.
- Sistema Operativo, Procesador de texto Word 2013 y Procesador de Hojas de cálculo Excel 2013, Procesador IBM SPSS versión 19.

## 3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.4. Ubicación Espacial

#### c. **Ámbito General:**

Hospital Goyeneche de Arequipa, ubicado en la Avenida Goyeneche s/n, Distrito de Cercado.

#### d. **Ámbito Específico:**

Departamento de Archivo y Diagnóstico de dicho hospital.

### 2.5. Ubicación Temporal

La investigación fue realizada desde 01 de Septiembre del 2012 – 30 de Agosto del 2014

### 2.6. Unidades de Estudio

d. **Alternativa de manejo u opción:** Población.

e. **Unidades de análisis:** Historias clínicas.

## f. Población cualitativa

### c.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas del Hospital Goyeneche.
- Pacientes operados de cualquier tipo de intervención quirúrgica
- De cualquier procedimiento quirúrgico
- De cualquier edad.
- De ambos sexos.

### c.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas con datos incompletos respecto al informe operatorio y evolución postoperatoria.
- Pacientes con complicaciones postoperatorias relacionadas con la anestesia y con cuidados de enfermería.
- Pacientes cuyos datos se hallen incompletos para su estudio.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.3. Organización

Antes de la administración del instrumento, se ejecutarán las siguientes acciones:

- Autorización del Director del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- Coordinación con el Jefe de Archivo y Estadística.
- Formalización de las historias clínicas.
- Aplicación de los instrumentos.

### 3.4. Recursos

#### a) Recursos Humanos

**a.1. Investigador** : Milton Alexandro Mercado Pacco

- a.2. Asesor** : Dr. Oscar Javier Suclla Alarcón  
**a.3. Colaborador** : Dr. Carlos Saavedra Herrera  
Ing. Elizabeth Gordillo Montalvo

#### **b) Recursos Físicos**

Representado por las disponibilidades ambientales e infraestructurales del Departamento de Archivo y Estadística del Hospital Goyeneche de Arequipa.

#### **c) Recursos Económicos**

El presupuesto para la recolección y otras tareas investigativas fue financiado por el investigador.

#### **d) Recurso Institucional**

- Universidad Católica de Santa María.
- Hospital Goyeneche de Arequipa.

### **4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS**

#### **4.3. Plan de Procesamiento de los Datos**

##### **a. Tipo de procesamiento**

Se empleó un procesamiento manual y computarizado, mediante el paquete informático IBM SPSS, versión 19, EXCEL 2013.

##### **b. Operaciones del procesamiento**

###### **b.1. Clasificación:**

La información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos, fue ordenada en una Matriz de Sistematización.

**b.2. Conteo:**

Se requirió de matrices de conteo.

**b.3. Tabulación:**

Se confeccionaron tablas de acuerdo a las variables implicadas en la relación.

**b.4. Graficación:**

Se elaborarán gráficas de barras, en concordancia con el carácter categórico de los datos.

**4.4. Plan de análisis de datos**

**c. Tipo de análisis**

Cuantitativo, categórico, multivariado.

**d. Taxonomía de la investigación**

Enfoque	Tipo de estudio				
	1.- Por la técnica de recolección	2.- Por el tipo de dato que se planifica recoger	3.- Por el nro. de mediciones de las variables	4.- Por el nro. de poblaciones o muestras	5.- Por el ámbito de recolección
Cuantitativo	Observacional	Retrospectivo	Transversal	Descriptivo	Documental

### III. CRONOGRAMA DE TRABAJO.

ACTIVIDADES	TIEMPO															
	SETIEMBRE/ OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO/ FEBRERO/ MARZO 2015			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Formulación proyecto tesis	x	x														
Gestión del proyecto			x	x	X	x										
Coordinación Hospital			x	x	X	x										
Revisión instrumentos					X	x										
Tabulación de datos							x	x								
Análisis de información									x	x						
Elaboración de la tesis											x	x				
Gestión de la tesis													x	x	x	
Sustentación																x

## ANEXO N° 2

# FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N°.....

**ENUNCIADO:** COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS INMEDIATAS  
POSTOPERATORIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL  
HOSPITAL GOYENCHE – AREQUIPA, 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2012 – 30  
AGOSTO DEL 2014

**EDAD:**

**SEXO:**

- Masculino  
 Femenino

**INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REALIZADA:**

- Apendicectomía  Colectomía  Hernioplastia  
 Sigmoidectomía  Eventroplastia  Liberación de bridas  Safenectomías  
 Hemorroidectomías  Fistulectomías  Exéresis ginecomastia

**TIPO DE CIRUGÍA:**

- Cirugía mayor  
 Cirugía mediana  
 Cirugía menor

**TIPO DE COMPLICACIÓN:** \_\_\_\_\_

## **ANEXO N° 3**

# **TIPIFICACIÓN DE CIRUGÍAS HOSPITAL GOYENECHÉ - AREQUIPA**

## TIPIFICACIÓN DE CIRUGÍAS HOSPITAL GOYENECHE - AREQUIPA

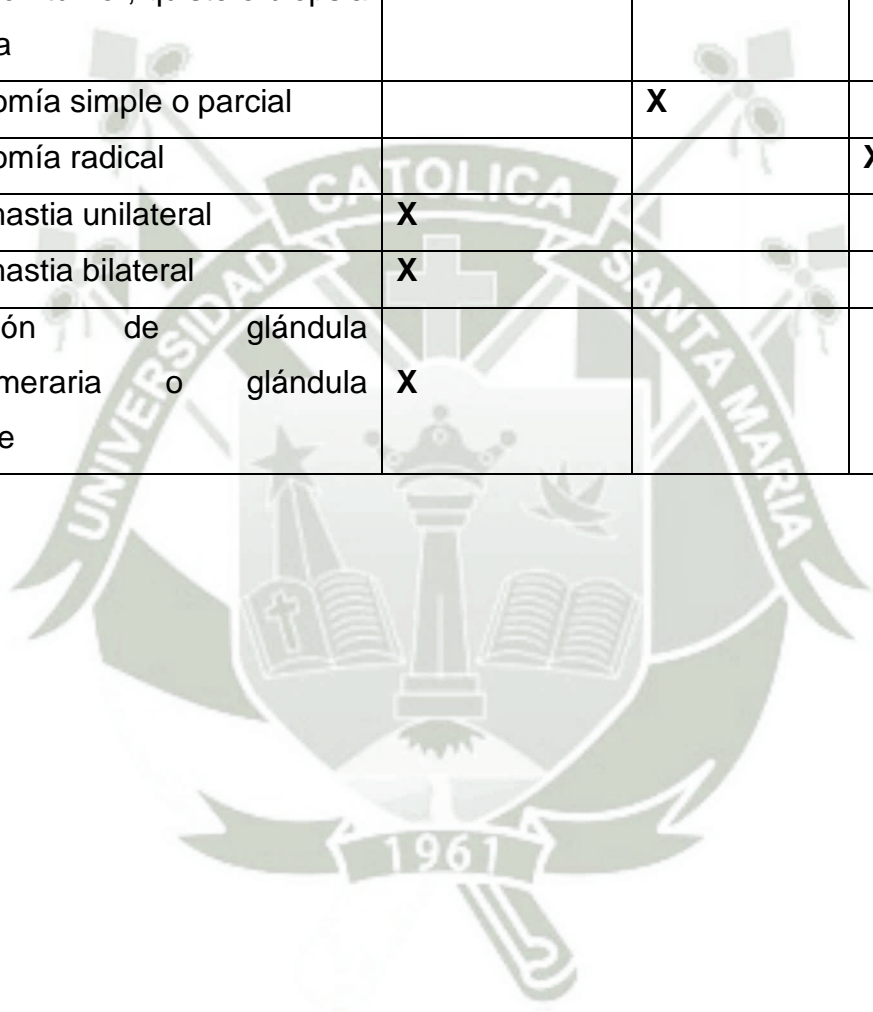
CIRUGÍA	TIPO DE CIRUGÍA		
	Cirugía menor	Cirugía mediana	Cirugía mayor
<b><u>HÍGADO Y VÍAS BILIARES</u></b>			
Sutura de lesión hepática			X
Drenaje de absceso hepático			X
<b><u>TRACTO BILIAR</u></b>			
Derivación biliodigestiva hepático-yeyunal			X
Derivación biliodigestiva colédoco duodenal			X
Colecistectomía			X
Colecistectomía con exploración de vías biliares			X
Papilotomía transduodenal		X	
Colecistotomía		X	
<b><u>PÁNCREAS</u></b>			
Marsupialización de quistes de páncreas			X
Suturas de páncreas			X
<b><u>BAZO</u></b>			
Esplenectomía			X
Sutura de bazo			X
<b><u>VASOS SANGUÍNEOS PERIFÉRICOS</u></b>			
Flebotomía	X		

CIRUGÍA	TIPO DE CIRUGÍA		
	Cirugía menor	Cirugía mediana	Cirugía mayor
<b><u>INTESTINO DELGADO Y GRUESO</u></b>			
Colectomía total			X
Colostomía temporal o definitiva			X
Cierre de colostomía		X	
Drenaje de absceso pelvirrectal o de saco de Douglas.		X	
Enterostomía, biopsia, extirpación de tumor benigno		X	
Ileostomía		X	
Pligadura de Intestino Delgado		X	
Promontofijación por prolapso rectal vía abdominal			X
Yeyunostomía para alimentación		X	
Sigmoidopexia		X	
Remodelación de colostomía		X	
Derivación ileocólica			X
<b><u>RECTO</u></b>			
Escisión papilomas o pólipos		X	

CIRUGÍA	TIPO DE CIRUGÍA		
	Cirugía menor	Cirugía mediana	Cirugía mayor
<b><u>PARED ABDOMINAL</u></b> –			
<b><u>PERITONEO</u></b> –			
<b><u>RETROPERITONEAL</u></b> Hernioplastia epigástrica	X		
Hernioplastia inguinal, umbilical o crural		X	
Hernioplastia inguinal, crural bilateral		X	
Hernioplastia diafragmática		X	
Eventración			X
Laparotomía exploratoria c/s biopsia		X	
Liberación de adherencias peritoneales		X	
Paracentesis evacuadora o diagnóstica	X		
Drenaje absceso subfrénico		X	
Cierre pared por evisceración		X	
Extirpación de tumor de pared abdominal		X	
Derivación ileocólica			X
<b><u>PARED ABDOMINAL</u></b> Incisión y debridación absceso de pared abdominal	X		
Incisión y extirpación de cuerpos extraños superficiales	X		

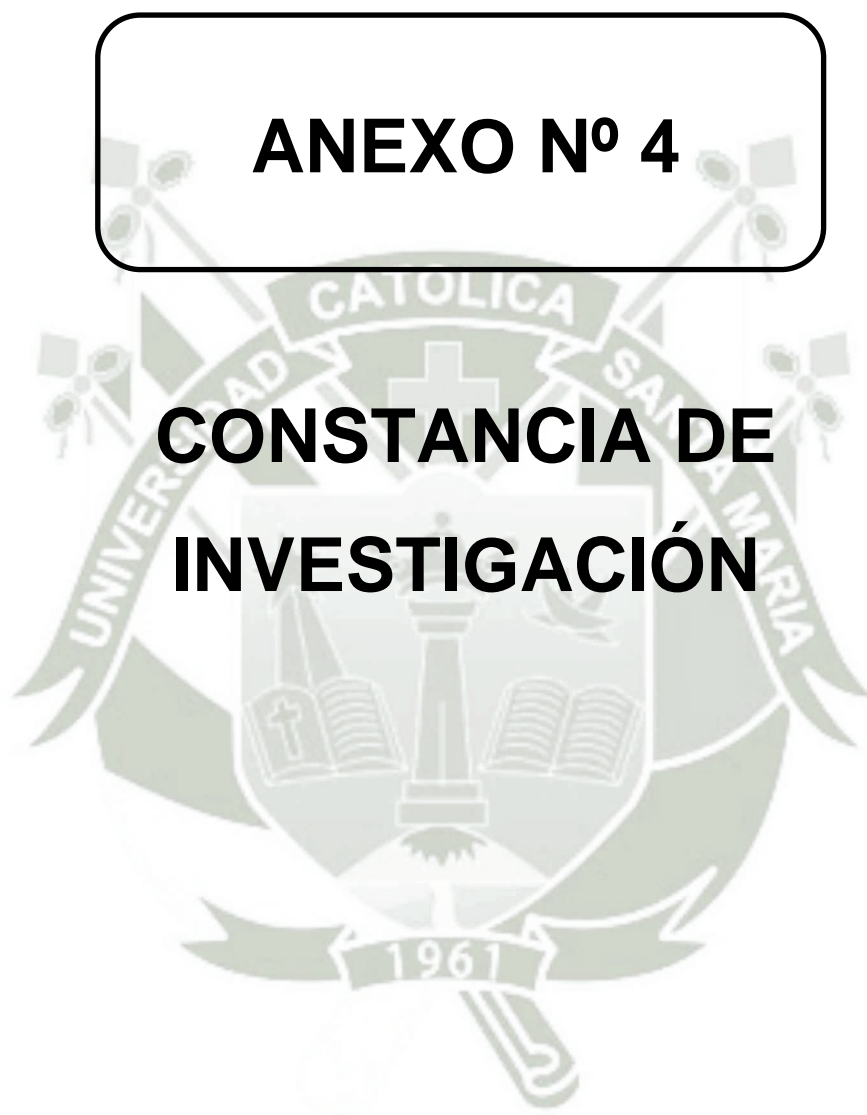
CIRUGÍA	TIPO DE CIRUGÍA		
	Cirugía menor	Cirugía mediana	Cirugía mayor
<b><u>ESTÓMAGO Y DUODENO</u></b>			
Gastrostomía o cierre de gastrostomía		X	
Gastrectomía			X
Vagotomía con piloroplastia o con anastomosis			X
Gastroduodenostomía Gastroeyunostomía			X
Cierre de fístula gastrocólica			X
<b><u>INTESTINO DELGADO Y GRUESO</u></b>			
Apendicectomía		X	
Resección intestino delgado			X
Derivaciones intestinales entero-entérica			X
Extirpación de Divertículo de Meckel		X	
Sigmoidectomía			X
Colectomía parcial			X
Derivación ileocólica			X
<b><u>Mamas</u></b>			
Drenaje de absceso	X		
Punción biopsia de mama	X		

CIRUGÍA	TIPO DE CIRUGÍA		
	Cirugía menor	Cirugía mediana	Cirugía mayor
Escisión de lesión local de mama	X		
Extirpación de quiste de mama	X		
<b><u>Mamas</u></b>			
Extirpación tumor, quiste o biopsia de mama	X		
Mastectomía simple o parcial		X	
Mastectomía radical			X
Ginecomastia unilateral	X		
Ginecomastia bilateral	X		
Extirpación de glándula supernumeraria o glándula aberrante	X		



## **ANEXO N° 4**

# **CONSTANCIA DE INVESTIGACIÓN**



**SOLICITO: REVISION DE HISTORIAS CLINICAS**

**SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL GOYENECHÉ  
DR. GUILLERMO JOSE VELARDE PAREDES**

Yo, **MILTON ALEXANDRO MERCADO PACCO**, identificado con DNI 46137134 Interno de Medicina del Hospital PNP Julio Pinto Manrique, procedente de la Universidad Católica de Santa María, ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Solicito a usted se me autorice la revisión de historias clínicas necesarias para poder elaborar mi trabajo de tesis: "COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS INMEDIATAS POSTOPERATORIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GOYENECHÉ – AREQUIPA, 01 DE SEPTIEMBRE DEL 2012 – 30 DE JUNIO DEL 2014" Siendo mi asesor el Dr. Oscar Javier Suclla Alarcón, R2 del servicio de Neurocirugía del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

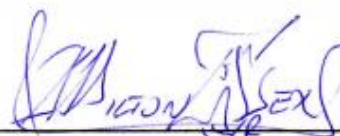
**ADJUNTO:**

Proyecto de tesis

**POR LO EXPUESTO**

Pido a usted acceder a mi solicitud, agradeciendo de antemano la atención prestada a la presente.

Arequipa, 15 de Septiembre del 2014



**MILTON ALEXANDRO MERCADO PACCO**

DNI: 46137134

