



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. LUIS RAZETTI - BARCELONA

**COLECISTECTOMÍA TEMPRANA VS TARDIA POSTERIOR A
PANCREATITIS BILIAR LEVE**

TUTORES:

JULIO MORENO
ALFONSO CÁCERES.

AUTOR:

FRANCISCO J. MILLAN C.

TRABAJO DE GRADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL
TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUÍA GENERAL.

BARCELONA, NOVIEMBRE DE 2013.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE ANZOATEGUI
POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "DR. LUIS RAZETTI".
BARCELONA. ESTADO ANZOÁTEGUI

ACTA DE EVALUACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

El trabajo de grado presentado por el aspirante: Francisco Javier Millán Carrión como requisito parcial para optar al título de Especialista en Cirugía General, titulada: **COLECISTECTOMÍA TEMPRANA VS TARDIA POSTERIOR A PANCREATITIS BILIAR LEVE**

Tutor: Julio Moreno, Alfonso Cáceres

Hemos evaluado la presentación, contenido, análisis y discusión del trabajo en mención, siendo ésta satisfactoria, por lo que se acordó su APROBACIÓN. En nombre de la Universidad de Oriente, por el jurado examinador: Dando fe de lo cual firmamos:

Tutores:

Dr. Carmelo Romero

Dr. Julio Moreno

Dr. Alberto Arcia

Barcelona, 1 de Noviembre de 2013.

RESUMEN

En pacientes con pancreatitis aguda biliar, la colecistectomía es obligatoria para evitar nuevos eventos biliares, pero el momento de la colecistectomía sigue siendo un tema de debate en curso. En este trabajo se realizó un estudio prospectivo de corte longitudinal de 30 pacientes intervenidos por colecistectomía post pancreatitis leve biliar, se dividió la muestra en 2 grupos, un grupo de 14 pacientes ≤ 7 días y otro de 16 pacientes > 7 días que consultaron a la Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona, edo. Anzoátegui, entre enero 2012 hasta octubre 2013, el objetivo fue conocer la evolución de los pacientes colecistectomizados post pancreatitis leve biliar, determinar el periodo de estancia hospitalaria antes y después de la colecistectomía, complicaciones post operatorias inmediatas y mediatas y relación de los antecedentes biliares con la evolución de los pacientes. De la muestra estudiada, 29 pacientes (96,7%) fueron mujeres, la edad promedio fue de $38,6 \pm 13,4$ años, con rango de 21 a 70 años, no hubo diferencia estadística en las edades entre los grupos de pacientes intervenidos ≤ 7 días y los intervenidos > 7 días. 7(23,3%) pacientes presentaron antecedentes biliares y 8(26,7%) complicaciones mediatas e inmediatas. No hubo diferencia significativa en la estancia postoperatoria en los grupos. El momento de la colecistectomía parece no tener ningún efecto clínicamente relevante sobre las complicaciones, pero, retrasar la colecistectomía pudiese estar asociado a un aumento de la estancia hospitalaria pre-operatoria en pacientes con pancreatitis aguda biliar.

Palabras Claves: Colecistectomía temprana, colecistectomía post pancreatitis leve biliar.

ÍNDICE

RESUMEN	i
ÍNDICE	ii
INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
MARCO METODOLOGICO.	4
TIPO DE ESTUDIO	4
AREA DE ESTUDIO	4
POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.	4
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	4
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	5
TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	5
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	5
RESULTADOS	6
DISCUSION	9
CONCLUSIÓN.....	10
RECOMENDACIONES.....	10
BIBLIOGRAFIA.....	10
ANEXO 1	12
ANEXO 2	16
ANEXO 3	17

INTRODUCCION

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria común de naturaleza no bacteriana, causada por la activación, liberación intersticial y autodigestión del páncreas por sus propias enzimas, es una patología que motiva un número significativo de consultas a los servicios de emergencia. La pancreatitis aguda se presenta con frecuencia considerable en un hospital general y como cuadro abdominal agudo puede ser la segunda causa después de la apendicitis aguda. La mayoría de los episodios de pancreatitis aguda tiene un curso autolimitado, pero las crisis graves pueden conducir a shock, insuficiencia respiratoria y, posiblemente, muerte. La mortalidad temprana y la mayoría de las morbilidades del episodio agudo están causadas por un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y el subsiguiente fracaso multiorgánico. La mortalidad tardía suele deberse a sepsis y sus consecuencias. La frecuencia de muerte temprana (dos primeras semanas) varía entre el 5 y el 50% de todos los fallecimientos causados por pancreatitis aguda (1,2).

La incidencia de la pancreatitis aguda biliar está en aumento mundialmente, posiblemente debido a un incremento en la obesidad, con su riesgo asociado de enfermedad litiásica biliar (3,4). Sólo en los estados unidos, los costos anuales por pancreatitis aguda exceden, en la actualidad, los 2,2 billones de dólares (5). En el 80% de los pacientes, la pancreatitis es leve, pero el 20% desarrolla una pancreatitis severa, que se asocia con una alta morbilidad y mortalidad. (6).

Se acepta generalmente que los pacientes con pancreatitis biliar severa deben ser sometidos a colecistectomía cuando se han resuelto los signos de inflamación (esto se denomina, colecistectomía en intervalo) (7). Después de una pancreatitis biliar leve, las guías internacionales actuales aconsejan una colecistectomía “temprana” (8-9). No obstante, la definición de “temprana” varía grandemente entre las guías. La International Association of Pancreatology (IAP) recomienda que todos

los pacientes con pancreatitis biliar deben ser sometidos a colecistectomía tan pronto como el paciente se haya recuperado del ataque [9], mientras que la American Gastroenterological Association (10) y la British Society of Gastroenterology (8) recomiendan la colecistectomía con un intervalo de 2 a 4 semanas después del egreso. Esa falta de consenso se refleja también en varias revisiones del Reino Unido (11-12), Alemania (13), Italia (14) y en un estudio grande de base de datos en EEUU (15). Las diferencias entre esas guías son causadas muy probablemente por una falta de estudios controlados randomizados sobre este tema. El razonamiento para la colecistectomía temprana es reducir el riesgo de eventos biliares recurrentes (por ej., pancreatitis biliar recidivada, colecistitis aguda, coledocolitiasis sintomática, cólicos biliares). Eso puede ser esencial, dado que un ataque recurrente de pancreatitis biliar podría ser grave y, por lo tanto, constituir una amenaza para la vida (16). En el caso de equilibrio clínico, situación en donde no puede hacerse una clara recomendación terapéutica, muchos médicos realizan rutinariamente una colecistectomía en el intervalo, porque ello no presiona sobre la lista (generalmente bastante ocupada) del quirófano de emergencia y por razones de reembolso (13). En consecuencia, es esencial cuantificar el riesgo involucrado en la colecistectomía durante el intervalo, en comparación con la colecistectomía durante la admisión inicial (colecistectomía de inicio) y evaluar la evidencia actual sobre el tema.

En nuestro medio no existe un tiempo definido para realizar colecistectomía, variando desde una a dos semanas del inicio de los síntomas de pancreatitis aguda leve y algunas veces posterior al alta del paciente, condicionando pérdida de los casos, falta de seguimiento, predisponiendo a recidivas y complicaciones futuras. Con la finalidad de evitar dichos problemas se planteó en este estudio determinar los resultados de la colecistectomía en pacientes con pancreatitis aguda leve, con el propósito en el futuro de establecer el tiempo adecuado para realizar la colecistectomía en los pacientes luego del episodio de pancreatitis aguda leve biliar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la evolución de los pacientes con colecistectomía temprana vs tardía posterior a pancreatitis biliar leve. en el Hospital “Dr. Luis Razetti” Barcelona Edo-Anzoátegui durante el periodo desde enero 2012 hasta octubre del 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la estancia hospitalaria de los pacientes con post operado inmediato y mediato de colecistectomía post pancreatitis leve Biliar.
- Determinar las complicaciones inmediatas y mediatas de los pacientes con colecistectomía post pancreatitis leve biliar.
- Determinar la relación de los antecedentes biliares con la evolución de los pacientes con colecistectomía post pancreatitis leve biliar.

MARCO METODOLOGICO.

TIPO DE ESTUDIO

La investigación realizada se enmarca dentro del tipo de investigación prospectivo de corte longitudinal, mediante el cual se trata de evaluar la colecistectomía en los pacientes post pancreatitis aguda leve biliar.

AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” Barcelona Edo-Anzoátegui entre enero de 2012 hasta octubre del 2013.

POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.

Se presentan 30 pacientes intervenidos por colecistectomía post pancreatitis leve biliar, se dividieron en 2 grupos, un grupo de 14 pacientes ≤ 7 días y otro de 16 pacientes > 7 días, que consultaron a la emergencia del servicio de cirugía general en el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona en el período comprendido entre enero 2012 hasta octubre 2013 los cuales presentaron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Pacientes con diagnóstico clínico y paraclínico de pancreatitis aguda biliar que presentaron una escala equivalente al criterio de ranson ≤ 3 puntos.
2. Se les realizó tomografía computarizada a todos los pacientes con diagnóstico de pancreatitis
3. Pacientes a los que se realizó colecistectomía a partir de las 48 horas de evolución de la pancreatitis con resolución clínica de la enfermedad.

4. Se le participó a los pacientes el procedimiento y las razones que conllevan a la cirugía, en la espera de su consentimiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Pacientes con cuadro de colangitis asociada.
2. Pacientes con cuadro de pancreatitis severa. (ranson > 3ptos)
3. Pacientes con cuadro de pancreatitis de otra etiología.

TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Se recolectaran los datos de los pacientes colecistectomizados post pancreatitis leve biliar a través de un formulario (ver anexo 1), que ingresaron al servicio de cirugía general del Hospital universitario “Dr. Luis Razetti” Barcelona Edo-Anzoátegui, según criterios de inclusión y exclusión.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados en el programa SPSS 21.0. Se calculó frecuencia y porcentaje de las variables categóricas. Se calculó la media, desviación y rango de las variables continuas. Se empleó la prueba de ANOVA con el propósito de comparar las medias de las variables continuas y prueba de CHI^2 en la comparación de los porcentajes. La validez estadística se ubicó en $P < 0,05$.

RESULTADOS

Se evaluaron 30 pacientes que cursaron pancreatitis aguda leve. De ellos, 29(96,7%) fueron mujeres. La edad promedio fue de $38,6 \pm 13,4$ años, con rango de 21 a 70 años, no hubo diferencia en las edades entre los grupos de pacientes intervenidos antes de los 7 días y los intervenidos después ($P=0,285$). 7(23,3%) individuos presentaron antecedentes biliares y 8(26,7%) complicaciones mediatas e inmediatas. (Ver tabla 1)

TABLA 1

Edad	Grupo	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	P
Edad (años)	≤ 7 días	14	35,8	12,5	21	64	0,285
	> 7 días	16	41,1	14,1	24	70	
	Total	30	38,6	13,4	21	70	

TABLA 2

Al comparar los grupos estudiados menores y mayores de 7 días, se observó que en la estancia hospitalaria post operatoria no existe diferencia entre los grupos ($P=0,042$), a diferencia de la estancia media pre-hospitalaria que resultó superior lógicamente en el grupo >7 días ($P=0,001$). (Ver tabla 2)

			Estancia hospitalaria (días)				
Categoría	Grupo	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	P
Pre-operatoria	≤ 7 días	14	4,1	2,2	2	7	0,001
	> 7 días	16	21,2	12,6	10	63	
	Total	30	13,2	12,6	2	63	
Post-operatorio	≤ 7 días	14	2,1	1,9	1	7	0,422
	> 7 días	16	1,7	1,1	1	4	
	Total	30	1,9	1,5	1	7	

TABLA 3

Al agrupar a los pacientes en grupos de intervención: menores y mayores de 7 días, se observó que no existe diferencia estadísticamente significativa en el % de complicaciones de los 2 grupos (P=0,825). Ver tabla 3

Estancia preoperatoria		Grupo		Total	P
		≤ 7 días	> 7 días		
Complicaciones	No	10	4	14	0,825
		71,4%	28,6%	100%	
	Sí	12	4	16	
		75,0%	25,0%	100%	
Total		22	8	30	
		100,0%	100,0%	100,0%	

TABLA 4:

Al estudiar los grupos de pacientes intervenidos se encontró que los antecedentes biliares prevalecen el grupo mayor de 7 días siendo estadísticamente significativo (P= 0,005)

		Grupo		Total	P
		≤ 7 días	> 7 días		
Antecedentes Biliares	No	14 60,9%	9 39,1%	23	0,005
	Sí	0 0,0%	7 100,0%	7	
Total		14	16	30	

DISCUSION

En el presente estudio se evaluaron 30 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda leve, a la cual se les realizaron colecistectomía antes y después de los 7 días de la resolución de la clínica de pancreatitis leve biliar, casi todos fueron de sexo femenino y la edad promedio fue de 38 años, 7 presentaron antecedentes biliares y 8 complicaciones inmediatas y mediatas, los factores relevantes analizados del estudio fueron: la estancia hospitalaria, las complicaciones y la presencia de antecedentes biliares.

En esta investigación la mayoría de los pacientes con colecistectomía antes de los 7 días, disminuyó la duración de la estancia hospitalaria post operatoria en una media de 17 día y la estancia preoperatoria no se evidenció diferencia significativa con respecto al grupo mayor de 7 días, tampoco hubo aumento en el riesgo de las complicaciones inmediatas y mediatas en ambos grupos. Estos resultados son similares a los obtenidos por W. Uhl y Bismar,(17-18) y Nebiker CA, Frey DM, Hamel CT, Oertli D, Kettelhack C (18)

Otros trabajos realizados por investigadores del área, sugieren la conveniencia de resolver este problema en un período más corto en pacientes sin manifestaciones clínicas negativas. Existe una tendencia a realizar este protocolo que consiste en intervenir precozmente a pacientes con pancreatitis aguda leve, Aboulian et al (19) nuestros hallazgos soporta esa predisposición debido a los valores esperados y a la no presencia de complicaciones.

CONCLUSIÓN

Al momento de la colecistectomía parece no haber ninguna consecuencia clínica relevante sobre las complicaciones, retrasar la colecistectomía pudiese estar asociado con un aumento de la estancia hospitalaria en pacientes con pancreatitis aguda biliar.

RECOMENDACIONES

Desarrollar una investigación prospectiva más amplia y con mayor tiempo de seguimiento de los pacientes para descartar las complicaciones en post operatorio tardío.

BIBLIOGRAFIA.

1. Gloor B, Muller CA, Worni M, et al. Late mortality in patients with severe acute pancreatitis. *Br J Surg* 2001; 88(7):975-9.
2. Mutingan M, Rosenbluth A, Tenner SM, et al. Does mortality occur early or late in acute pancreatitis *Int J Pancreatol* 2000; 28(2):91-5.
3. Yadav D, Lowenfels AB. Trends in the epidemiology of the first attack of acute pancreatitis: a systematic review. *Pancreas*. 2006;33:323–330.
4. Torgerson JS, Lindroos AK, Naslund I, et al. Gallstones, gallbladder disease, and pancreatitis: cross-sectional and 2-year data from the Swedish Obese Subjects (SOS) and SOS reference studies. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:1032–1041.
5. Fagenholz PJ, Fernandez-del CC, Harris NS, et al. Direct medical costs of acute pancreatitis hospitalizations in the United States. *Pancreas*. 2007;35:302–307.
6. Banks PA, Freeman ML. Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2379–2400.
7. Nealon WH, Bawduniak J, Walser EM. Appropriate timing of cholecystectomy in patients who present with moderate to severe gallstone-associated acute pancreatitis with peripancreatic fluid collections. *Ann Surg*. 2004;239:741–749.
8. Working Party of the British Society of Gastroenterology; Association of Surgeons of Great Britain and Ireland; Pancreatic Society of Great Britain and Ireland; Association of Upper GI Surgeons of Great Britain and Ireland. UK guidelines for the management of acute pancreatitis. *Gut*. 2005;54(suppl 3):iii1–iii9.
9. Uhl W, Warshaw A, Imrie C, et al. IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis. *Pancreatol*. 2002;2:565–573.
10. Forsmark CE, Baillie J. AGA Institute technical review on acute pancreatitis. *Gastroenterology*. 2007;132:2022–2044.
11. Cameron DR, Goodman AJ. Delayed cholecystectomy for gallstone pancreatitis: re-admissions and outcomes. *Ann R Coll Surg Engl*. 2004;86:358–362.
12. Sargen K, Kingsnorth AN. Management of gallstone pancreatitis: effects of deviation from clinical guidelines. *JOP*. 2001;2:317–322.
13. Lankisch PG, Weber-Dany B, Lerch MM. Clinical perspectives in pancreatology: compliance with acute pancreatitis guidelines in Germany. *Pancreatol*. 2005;5:591–593.

14. Pezzilli R, Uomo G, Gabbrielli A, et al. A prospective multicentre survey on the treatment of acute pancreatitis in Italy. *Dig Liver Dis.* 2007;39:838–846
15. Nguyen GC, Boudreau H, Jagannath SB. Hospital volume as a predictor for undergoing cholecystectomy after admission for acute biliary pancreatitis. *Pancreas.* 2010;39:e42–e47
16. Hernandez V, Pascual I, Almela P, et al. Recurrence of acute gallstone pancreatitis and relationship with cholecystectomy or endoscopic sphincterotomy. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:2417–2423.
17. W. Uhl, C. A. Müller, L. Krähenbühl, S.W. Schmid, St. Schölzel, M. W. Büchler: Acute gallstone pancreatitis: timing of laparoscopic cholecystectomy in mild and severe disease. *Surg Endosc.* 1999; 13(11): 1070.
18. Bismar HA, Al- Salamah SM. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in acute biliary pancreatitis. *Saudi Med Journal.* 2003; 24(6):660-4.
19. Early versus delayed cholecystectomy in patients with biliary acute pancreatitis. Nebiker CA, Frey DM, Hamel CT, Oertli D, Kettelhack C. *Surgery.* 2009 Mar;145(3):260-4. doi: 10.1016/j.surg.2008.10.012. Epub 2009 Feb.
20. Aboulian A, Chan T, Yaghoubian A, et al. Early cholecystectomy safely decreases hospital stay in patients with mild gallstone pancreatitis: a randomized prospective study. *Ann Surg.* 2010;251:615–619.

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad:..... Sexo:.....

PATOLOGIA ASOCIADA:

- Enfermedades asociadas (comorbilidad):

- HTA ()
- Diabetes Mellitus ()
- Cardiopatía ()
- Neumopatías ()
- Ninguno()
- otros()

- Antecedentes quirúrgicos abdominal:

- SI ()
- NO () Especificar:

-Antecedentes biliares:

- Ictericia ()
- Pancreatitis () N° de episodios:.....
- Colecistitis aguda()
- ninguno()
- otros()

ENFERMEDAD ACTUAL:

- Tiempo de enfermedad: DX: Amilasa:Lipasa.....
- Fiebre: SI () NO ()
- Nauseas: SI () NO()
- Ictericia SI() NO()

GRAVEDAD:

- RANSON:.....
- Leucocitos:.....DHL:.....TGO:.....Glucosa:.....
- TOMOGRAFIA (Baltazhar):.....
- ETIOLOGIA:
- Ecografía:
 - Diámetro de colédoco:.....

- Barro biliar: SI () NO ()
- Páncreas edematoso: SI () NO ()
- Colección en páncreas: SI () NO ()

CIRUGIA:

Colecistectomía: ABIERTA () LAPAROSCOPICA ()

Hallazgos intraoperatorios:

- Adherencias ()
- Anatomía distorsionada por proceso inflamatorio ()
- Coledocolitiasis ()
- Piocolecisto ()
- Vesícula escleroatrófica ()
- Sin alteraciones ()
- Otros: () Especificar:.....
- Colangiografía intraoperatoria: SI () NO ()

Hallazgos:.....

Conversión: SI () NO () Motivo:

POSTOPERATORIO:

- Náuseas -vómitos ()
- Atelectasia ()
- Íleo prolongado ()
- Neumonía ()
- Infección de herida operatoria ()
- Comorbilidad descompensada ()
- Retención urinaria aguda ()
- Coledocolitiasis residual ()
- Ninguno()
- Otros()
- Especificar:.....
- Reoperación: SI () NO ()

- Motivo:.....
- Estancia hospitalaria:.....días
- N° días preoperatorios:.....
- N° días postoperatorios:.....
- Condición de salida: Curado () Fallecido ()

ANEXO 2

CRITERIOS TOPOGRÁFICOS CLÁSICOS DE BALTHAZAR

GRADO A	Páncreas normal
GRADO B	Aumento de tamaño focal o difuso del páncreas. Incluyendo: contornos irregulares, atenuación heterogénea del páncreas, dilatación del ducto pancreático, pequeñas colecciones líquidas dentro del páncreas, sin evidencia de enfermedad peri pancreática.
GRADO C	Alteraciones pancreáticas intrínsecas asociadas con: aumento de la densidad peripancreática difusa y parcial, que representa cambios inflamatorios en la grasa
GRADO D	Colección líquida única mal definida
GRADO E	Dos o múltiples colecciones líquidas pobremente definidas o presencia de gas en o adyacente al Páncreas

PORCENTAJE DE NECROSIS

Porcentaje de necrosis	Score
0	0
<30	2
30-50	4
>50	6

ANEXO 3

CRITERIOS DE RANSON

A Las 24 horas	A las 48 horas
Edad > 55 años	Caída del hematocrito 10%
Leucocitosis > 16000/mm ³	BUN >5 mg/dl
Glicemia >200 gr/dl	Calcemia <8mg/dl
SGOT >250 UI/L	PO ₂ <60 con Fio ₂ de 21%
LDH>350 UI/L	Déficit de base >-4Me/L
	Secuestro de volumen > 6 Litros

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	COLECISTECTOMÍA TEMPRANA VS TARDIA POSTERIOR A PANCREATITIS BILIAR LEVE
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / EMAIL
MILLÁN FRANCISCO	CVLAC: v-14462155 E MAIL: millan_francisco@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALABRAS O FRASES CLAVES:

Colecistectomía temprana, colecistectomía post pancreatitis leve biliar.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
Dpto. Cirugía	Cirugía General

RESUMEN (ABSTRACT):

En pacientes con pancreatitis aguda biliar, la colecistectomía es obligatoria para evitar nuevos eventos biliares, pero el momento de la colecistectomía sigue siendo un tema de debate en curso. En este trabajo se realizó un estudio prospectivo de corte longitudinal de 30 pacientes intervenidos por colecistectomía post pancreatitis leve biliar, se dividió la muestra en 2 grupos, un grupo de 14 pacientes ≤ 7 días y otro de 16 pacientes > 7 días que consultaron a la Hospital Universitario Dr. Luis Razetti de Barcelona, edo. Anzoátegui, entre enero 2012 hasta octubre 2013, el objetivo fue conocer la evolución de los pacientes colecistectomizados post pancreatitis leve biliar, determinar el periodo de estancia hospitalaria antes y después de la colecistectomía, complicaciones post operatorias inmediatas y mediatas y relación de los antecedentes biliares con la evolución de los pacientes. De la muestra estudiada, 29 pacientes (96,7%) fueron mujeres, la edad promedio fue de $38,6 \pm 13,4$ años, con rango de 21 a 70 años, no hubo diferencia estadística en las edades entre los grupos de pacientes intervenidos ≤ 7 días y los intervenidos > 7 días. 7(23,3%) pacientes presentaron antecedentes biliares y 8(26,7%) complicaciones mediatas e inmediatas. No hubo diferencia significativa en la estancia postoperatoria en los grupos. El momento de la colecistectomía parece no tener ningún efecto clínicamente relevante sobre las complicaciones, pero, retrasar la colecistectomía pudiese estar asociado a un aumento de la estancia hospitalaria pre-operatoria en pacientes con pancreatitis aguda biliar.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:**CONTRIBUIDORES:**

NOMBRES Y APELLIDOS	ROL / CÓDIGO CVLAC / EMAIL				
	ROL	CA	AS.X	TU	JU
Julio Moreno	CVLAC	v-8.285.251			
	EMAIL	j.c.m.r75@hotmail.com			
	EMAIL				
	EMAIL				
Carmelo Romero	ROL	CA	AS.	TU	JU X
	CVLAC	v-12.575.424			
	EMAIL	cmrb77@hotmail.com			
	EMAIL				
Alberto Arcia	ROL	CA	AS.X	TU	JU
	CVLAC	v-11.344.316			
	EMAIL	Alberto-andrea@hotmail.com			
	EMAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2.013	11	01
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:**ARCHIVO (S):**

NOMBRE ARCHIVO	TIPO MIME
COLECISTECTOMÍA TEMPRANA VS TARDIA POSTERIOR A PANCREATITIS BILIAR LEVE.doc	Aplication /m sword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I
 J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y
 z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ALCANCE:**ESPACIAL:****TEMPORAL:****TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO****Especialista en Cirugía General****NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO****Post- grado.****ÁREA DE ESTUDIO****Escuela de Ciencias de la Salud.****INSTITUCIÓN****Universidad de Oriente.**

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO TESIS Y ASCENSO:

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quién lo participará al Consejo Universitario”.

AUTOR

Dra. Francisco Millán

TUTOR

Dr. Julio Moreno

JURADO

Dr. Carmelo Romero

JURADO

Dr. Alberto Arcia

POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS