UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

"COLECISTITIS AGUDA Y COMPLICACIONES EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL ENTRE 2014-2015"

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

BYRON WALTER CHAVEZ GUERRERO

NOMBRE DEL TUTOR

DR. PABLO CHANG CHOOTONG

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO

2016

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	**COLECISTITIS AGUDA Y COMPLICACIONES EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL ENTRE 2014-2015**		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	BYRON WALTER CHAVEZ GUERRERO		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR. PABLO CHANG CHOOTONG		
INSTITUCIÓN:	**UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL**		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		**No. DE PÁGINAS:**	47
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Colecistitis, complicaciones		

RESUMEN/ABSTRACT

La Colecistitis Aguda es la afección más común y característica de la patología de las vías biliares; es la complicación más frecuente de la colelitiasis. Dada la versatilidad de sus síntomas presididos por el dolor es la segunda patología quirúrgica, superado sólo por la apendicitis aguda. La Colecistitis Aguda es la complicación más común de los cálculos biliares y una causa frecuente de urgencias abdominales, en especial en mujeres de edad adulta. Casi el 20% de las 500 000 Colecistectomía que se practican cada año en Estados Unidos es por Colecistitis Aguda.

El propósito de la investigación, es analizar las complicaciones de la colecistitis aguda, en pacientes del Hospital universitario de Guayaquil periodo 2014-2015, de esta manera se espera actualizar información de esta patología de gran demanda en el hospital y proporcionar recomendaciones que sirvan para elaborar estrategias de prevención de complicaciones y minimizar el impacto negativo de esta patología. A través de un estudio descriptivo, y retrospectivo, se analizará las frecuencias y complicaciones de la colecistitis aguda en el área de emergencia y hospitalización del hospital universitario de Guayaquil, de los pacientes atendidos durante el periodo del 2014-2015.

Palabras Claves: Colecistitis, complicaciones.

ADJUNTO PDF:	SI [X]	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**Teléfono:** 0985556153	**E-mail:** Byrch_2323@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	**Nombre: UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL**	
	Teléfono: 042288126	
	E-mail: http://www.ug.edu.ec/	

.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRGIDO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR EL SR. BYRON WALTER CHAVEZ GUERRERO CON C.I: 0926577016

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: **COLECISTITIS AGUDA Y COMPLICACIONES. EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL ENTRE 2014-2015"**

REVISADA Y CORREGIDO EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

_____

DR. PABLO CHANG CHOOTONG

TUTOR

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA.

Este trabajo de Titulación cuya autoría corresponde al Sr: **Byron Walter Chávez Guerrero,** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de médico.

_____

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

_____ _____

MIEMBRO DEL TRIBUNAL **MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

_____

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA.

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, **BYRON WALTER CHAVEZ GUERRERO** con **C.I. No. 0926577016** certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es:

"COLECISTITIS AGUDA Y COMPLICACIONES. EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL ENTRE 2014-2015"

Son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

BYRON WALTER CHAVEZ GUERRERO

C.I. No. 0926577016

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no

DEDICATORIA

A mis padres, con amor y gratitud
Por su apoyo de toda la vida
A mi familia que con paciencia es parte de este logro
A mis amigos los loquillos
Por compartir mi tiempo a la realización de esta meta.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento total a mi ser supremo, Dios,
A mi familia, por su apoyo y paciencia
Y a personas especiales que dejaron huellas
en mi camino por ser incondicionales en la realización
de mis metas…

COLECISTITIS AGUDA Y COMPLICACIONES EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL ENTRE 2014-2015"

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ GUERRERO

TUTOR: DR. PABLO CHANG CHOOTONG

RESUMEN

La Colecistitis Aguda es la afección más común y característica de la patología de las vías biliares; es la complicación más frecuente de la colelitiasis. Dada la versatilidad de sus síntomas presididos por el dolor es la segunda patología quirúrgica, superado sólo por la apendicitis aguda. La Colecistitis Aguda es la complicación más común de los cálculos biliares y una causa frecuente de urgencias abdominales, en especial en mujeres de edad adulta. Casi el 20% de las 500 000 Colecistectomía que se practican cada año en Estados Unidos es por Colecistitis Aguda.

El propósito de la investigación, es analizar las complicaciones de la colecistitis aguda, en pacientes del Hospital universitario de Guayaquil periodo 2014-2015, de esta manera se espera actualizar información de esta patología de gran demanda en el hospital y proporcionar recomendaciones que sirvan para elaborar estrategias de prevención de complicaciones y minimizar el impacto negativo de esta patología. A través de un estudio descriptivo, y retrospectivo, se analizará las frecuencias y complicaciones de la colecistitis aguda en el área de emergencia y hospitalización del hospital universitario de Guayaquil, de los pacientes atendidos durante el periodo del 2014-2015.

Palabras Claves: Colecistitis, complicaciones.

ABSTRACT

Acute cholecystitis is the most common and characteristic condition of the pathology of the bile ducts; Is the most frequent complication of cholelithiasis. Given the versatility of his symptoms chaired by pain is the second surgical pathology, surpassed only by acute appendicitis. Acute cholecystitis is the most common complication of gallstones and a frequent cause of abdominal urgencies, especially in women of adulthood. Almost 20% of the 500,000 cholecystectomy performed each year in the United States is for acute cholecystitis.

The purpose of the investigation is to analyze the complications of acute cholecystitis in patients from the University Hospital of Guayaquil in the period 2014-2015. This way, it is expected to update information on this pathology of great demand in the hospital and to provide recommendations that will serve to elaborate Strategies to prevent complications and minimize the negative impact of this pathology. Through a descriptive, retrospective study, the frequencies and complications of acute cholecystitis in the emergency area and hospitalization of the university hospital of Guayaquil, of patients treated during the period 2014-2015, will be analyzed.

Keywords: Cholecystitis, complications

ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS 4

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS 1

DEDICATORIA I

AGRADECIMIENTO II

RESUMEN III

ÍNDICE DE CONTENIDO V

ÍNDICE DE TABLAS VI

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES VIII

INTRODUCCIÓN 2

CAPÍTULO I 4

1 EL PROBLEMA 4

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 4

1.2 JUSTIFICACIÓN 5

1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA 7

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 7

1.5 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN 7

1.6 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS 8

1.1 OBJETIVO GENERAL 8

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 8

CAPÍTULO II 9

2 MARCO TEÓRICO 9

1.3 COLECISTITIS AGUDA: 9

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, año 2014-2015, según: Grupo etario……..…….27

Tabla 2: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Raza…….……29

Tabla 3 Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en EL Hospital Universitario de Guayaquil, año 2014-2015, según: Sexo. …….30

Tabla 4: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Lugar de procedencia. …….31

Tabla 5: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Escolaridad. ……..……..32

Tabla 6: Distribución de los 240 pacientes colecistitis aguada en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Ocupación. ……33

Tabla 7: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Comorbilidades. ……...……..34

Tabla 8: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Factores de riesgo. ……..…35

Tabla 9: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014--2015, según: Tipos de factores de riesgo……..…….36

Tabla 10: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Complicaciones……..…….37

Tabla 11: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Tipos de complicaciones……38

Tabla 12: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Relación entre complicaciones y factores de riesgo……...40

Tabla 13: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Relación entre complicaciones y grupo etario……42

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil 2014-2015, según: Grupo etarios……..28

Ilustración 2: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Raza…….....……29

Ilustración 3. Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, año 2014-2015, según: Sexo…….……..…….30

Ilustración 4: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Lugar de procedencia……31

Ilustración 5: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Escolaridad……..32

Ilustración 6: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Ocupación…….33

Ilustración 7: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Comorbilidad……34

Ilustración 8: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Factores de riesgo…….…….35

Ilustración 9: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Tipos de factores de riesgo…….……..36

Ilustración 10: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Complicaciones…….37

Ilustración 11: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Tipo de complicaciones……39

Ilustración 12: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Relación entre complicaciones y factores de
riesgo…….41

Ilustración 13: Distribución de los 120 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Relación entre complicaciones y grupo etario. ……..……43

INTRODUCCIÓN

La Colecistitis Aguda es la afección más común y característica de la patología de las vías biliares; es la complicación más frecuente de la colelitiasis. Dada la versatilidad de sus síntomas presididos por el dolor es la segunda patología quirúrgica, superado sólo por la apendicitis aguda.(1)

Las afecciones de la vesícula biliar son los problemas médicos más frecuentes en el mundo de la cirugía y la colecistectomía uno de los procedimientos más comunes de cirugías electivas en todos los hospitales de segundo nivel, representando un tercio de dichas cirugías. A nivel mundial se diagnostican 800,000 nuevos casos cada año. (2)

La enfermedad sintomática puede progresar a complicaciones relacionadas con los cálculos biliares que incluyen la colecistitis aguda, coledocolitiasis con o sin colangitis o pancreatitis biliar, fístula colecistoduodenal o fístula colecistoentérica que conduce a íleo biliar y a carcinoma de vesícula biliar. (3)

La Colecistitis Aguda es la complicación más común de los cálculos biliares y una causa frecuente de urgencias abdominales, en especial en mujeres de edad adulta. Casi el 20% de las 500 000 Colecistectomía que se practican cada año en Estados Unidos es por Colecistitis Aguda. (4).

En el mundo contemporáneo existen dos vertientes en el tratamiento de esta entidad están los que prefieren el tratamiento médico y posteriormente la intervención quirúrgica, argumentando que el proceso inflamatorio dificulta el proceder de urgencia, corriendo el riesgo de mayores complicaciones, y el grupo que defiende los criterios intervencionistas donde preconizan que el edema de la pared vesicular por el proceso inflamatorio, ayuda al plano de clivaje para la disección del órgano, disminuyendo de esta forma la estadía y los costos hospitalarios.(5)

El propósito de la investigación, es analizar las complicaciones de la colecistitis aguda, en pacientes del Hospital universitario de Guayaquil periodo 2014-2015, de esta manera se espera actualizar información de esta patología de gran demanda en el hospital y

INTRODUCCIÓN

La Colecistitis Aguda es la afección más común y característica de la patología de las vías biliares; es la complicación más frecuente de la colelitiasis. Dada la versatilidad de sus síntomas presididos por el dolor es la segunda patología quirúrgica, superado sólo por la apendicitis aguda.(1)

Las afecciones de la vesícula biliar son los problemas médicos más frecuentes en el mundo de la cirugía y la colecistectomía uno de los procedimientos más comunes de cirugías electivas en todos los hospitales de segundo nivel, representando un tercio de dichas cirugías. A nivel mundial se diagnostican 800,000 nuevos casos cada año. (2)

La enfermedad sintomática puede progresar a complicaciones relacionadas con los cálculos biliares que incluyen la colecistitis aguda, coledocolitiasis con o sin colangitis o pancreatitis biliar, fístula colecistoduodenal o fístula colecistoentérica que conduce a íleo biliar y a carcinoma de vesícula biliar. (3)

La Colecistitis Aguda es la complicación más común de los cálculos biliares y una causa frecuente de urgencias abdominales, en especial en mujeres de edad adulta. Casi el 20% de las 500 000 Colecistectomía que se practican cada año en Estados Unidos es por Colecistitis Aguda. (4).

En el mundo contemporáneo existen dos vertientes en el tratamiento de esta entidad están los que prefieren el tratamiento médico y posteriormente la intervención quirúrgica, argumentando que el proceso inflamatorio dificulta el proceder de urgencia, corriendo el riesgo de mayores complicaciones, y el grupo que defiende los criterios intervencionistas donde preconizan que el edema de la pared vesicular por el proceso inflamatorio, ayuda al plano de clivaje para la disección del órgano, disminuyendo de esta forma la estadía y los costos hospitalarios.(5)

El propósito de la investigación, es analizar las complicaciones de la colecistitis aguda, en pacientes del Hospital universitario de Guayaquil periodo 2014-2015, de esta manera se espera actualizar información de esta patología de gran demanda en el hospital y

proporcionar recomendaciones que sirvan para elaborar estrategias de prevención de complicaciones y minimizar el impacto negativo de esta patología.

A través de un estudio descriptivo, y retrospectivo, se analizará las frecuencias y complicaciones de la colecistitis aguda en el área de emergencia y hospitalización del hospital universitario de Guayaquil, de los pacientes atendidos durante el periodo del 2014-2015.

La muestra será obtenida de los pacientes que acudieron a la emergencia y estuvieron en hospitalización. Los resultados del estudio permitirán conocer las características demográficas de la población que cursaron con colecistitis aguda, complicaciones. Permitirá comparar con la estadística internacional de la región y determinar los resultados de los métodos de diagnóstico y tratamientos utilizados, con lo que se espera establecer un mejor diagnóstico y oportuno manejo de esta enfermedad.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La colecistitis aguda suele ser una complicación de la litiasis vesicular que se encuentra con mayor frecuencia en aquellos que han cursado con sintomatología asociada a estos litos. Ocurre en el 6 al 11% de los pacientes con enfermedad litiásica vesicula sintomática. Su tratamiento quirúrgico, se incluye dentro los procedimientos realizados más frecuentemente en Ecuador. (7)

La colecistitis amerita de tratamiento efectivo en la fase aguda y un manejo inadecuado puede derivar en un gran número de complicaciones con impacto negativo en la salud. Es por ello que se ha motivado a la definición de criterios diagnósticos y de tratamiento con la intención de estandarizar la práctica médica, favorecer la investigación clínica y brindar la mejor atención a los enfermos. Es importante destacar que la mayor parte de las personas que se encuentren con litiasis vesicular permanecerán asintomáticas en el transcurso de su vida.

La inflamación aguda de la vesícula biliar se relaciona con la obstrucción del conducto cístico, que suele deberse al impacto de un cálculo biliar en el mismo o en el infundíbulo. (5) Muchos pacientes con Colecistitis Aguda tienen antecedentes de cólico biliar episódico. El dolor relacionado con la inflamación aguda de la vesícula biliar es de inicio y carácter similares al cólico biliar pero persiste más de las 4-6 horas usuales. Con el tiempo y la progresión de la enfermedad la vesícula biliar se distiende, la inflamación se extiende al peritoneo parietal contiguo y el paciente se queja de un dolor en el cuadrante superior derecho. (6)

La realización de este estudio se fundamenta en la necesidad de diagnóstico precoz de la colecistitis aguda en emergencia como en la hospitalización, así como de valorar las complicaciones de la misma, que permitirá ofrecer un diagnóstico y tratamiento adecuado, rehabilitación precoz, acortar el tiempo de reincorporación a las actividades laborales y cotidianas evitando secuelas funcionales. (4)

Además el aumento de la población de pacientes que consultan a esta institución, y siendo una enfermedad que afecta pacientes que están en edad productiva, de alta demanda laboral, ocasionado perdida del trabajo, sumado al aumentando de la morbimortalidad cuando se presenta en pacientes de edad productiva, ocasiona la necesidad del de estudio.

En las revisiones bibliográficas realizadas acerca del tema se encontraron pocas investigaciones sobre colecistitis aguda en Ecuador y países vecinos; pero estudios que hagan referencia a la enfermedad según el grado de complicación de la colecistitis aguda no se encontró en los archivos de la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, razón por la cual es de suma importancia que la investigación se llevó a cabo (4).

En el Hospital Universitario de Guayaquil, según los reportes estadísticos internos de los últimos 4 años se observa un incremento significativo del número de pacientes que consultan a la institución, además de no contar con investigaciones actualizadas sobre colecistitis aguda, motivo por el cual se plantea una propuesta de investigación que permita en forma documentada identificar la colecistitis aguda de forma oportuna, la cual evitaría motivar un desenlace desfavorable de esta patología.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La patología de la vesícula biliar, hoy en día, es una de las causas más frecuentes de consulta por abdomen agudo; a nivel latinoamericano corresponde al 33.3% del total de las cirugías electivas, Ecuador no es la excepción, teniendo cifras iguales a los demás países del área. (4)

Es un problema que afecta sobre todo a la población económicamente activa y de preferencia a las de sexo femenino, lo que es importante conocer para tomar las medidas necesaria en el momento de su diagnóstico y no esperar que aparezcan sus complicaciones que pueden ser devastadoras.(8)

Con este estudio deseo conocer cuántos pacientes se han complicado y cuales han sido sus manejos, para poder lograr protocolizar el abordaje de los pacientes y sus diferentes complicaciones de colecistitis aguda. (9)

De manera que se logre reducir costos de atención, como: estancia hospitalaria, incidencia de complicaciones, consumo de insumos médicos y recursos humanos.

A través un estudio descriptivo, correlativo, observacional, utilizando escores o escalas de evaluación pronóstica y con los datos obtenidos de los registros clínicos, se determinará y caracterizará la población susceptible a complicaciones de esta enfermedad.

El presente trabajo se lo realizará para recompensar en forma recíproca los conocimientos otorgados por la Universidad de Guayaquil, la cual dió todas las facilidades necesarias para mi formación y su elaboración es requisito previo a la obtención del título de Médico general.

En el Hospital Universitario de Guayaquil, hay una incidencia importante de pacientes con colecistitis aguda, con tendencia a incrementarse en el transcurso del tiempo. Según datos del archivo del departamento de estadística, en el año 2010 se reportó 123 (1.3%) colecistitis aguda, en relación a las 243 (3.2%) reportadas en el año 2015, de un total de 863 durante ese periodo.(7)

Actualmente no hay estudios que demuestren información estadística específica sobre las complicaciones de la colecistitis aguda, además no hay ningún estudio que nos demuestre las complicaciones más frecuentes en este país ni su relación con los antecedentes de los mismos.

Es mi interés reportar esta serie de pacientes y comentar sobre su evolución posterior y paralelamente correlacionar la colecistitis aguda que fueron en el Hospital universitario de Guayaquil, durante el periodo de estudio ,con los resultados funcionales y correlacionar la ventaja que produjo en el paciente el tratamiento adecuado de la misma.(10)

1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Naturaleza: Es un estudio básico, de observación indirecta y descriptivo.

Campo: Salud pública.

Área: Cirugía general.

Aspecto: Colecistitis aguda

Tema de investigación: Colecistitis aguda. Complicaciones. Estudio a realizar en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo 2014-2015

Lugar: Hospital Universitario de Guayaquil.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones de la colecistitis aguda en los pacientes que acuden al servicio de emergencia y en el Hospital Universitario de Guayaquil, periodo 2014-2015**?**

1.5 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil?
2. ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes del estudio?
3. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de los pacientes con colecistitis aguda?
4. ¿Cuál es la asociación de las ventajas de la colecistitis aguda utilizando tratamiento laparoscópico en comparación con tratamiento de laparotomía tradicional?

1.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las complicaciones de la colecistitis aguda de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil, periodo 2014-2015, mediante la revisión estadística para disminuir su morbimortalidad.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar las características epidemiológicas de los pacientes que acuden con colecistitis aguda al del Hospital Universitario de Guayaquil.
2. Establecer las características clínicas de los pacientes del estudio.
3. Identificar las complicaciones de los pacientes con colecistitis aguda.
4. Determinar la asociación de las ventajas de la colecistitis aguda utilizando tratamiento laparoscópico en comparación con tratamiento de laparotomía tradicional.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 COLECISTITIS AGUDA:

La Colecistitis Aguda es la complicación más frecuente de las patologías de la vesícula biliar. Dada la versatilidad de sus síntomas presididos por el dolor es el factor etiológico porcentualmente mayor de abdomen agudo, superado sólo por la apendicitis aguda. **(11)**

2.2 ETIOLOGÍA

La causa principal de la colecistitis aguda es la colelitiasis cuyos cálculos obstruyen el cístico generando el 95% de los casos. En el 5% la colecistitis aguda obedece otras causas como el edema de la mucosa del conducto cístico, este porcentaje comprende a la colecistitis aguda alitiásica para que la concurran otros factores como sepsis, traumatismos, afecciones del colágeno y aun el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y diabetes. (12)

Clásicamente, se han resumido los factores de riesgo para el desarrollo de colelitiasis con la nemotecnia en inglés de las cuatro F *female* (sexo femenino), *fat* (obesidad), *fertile* (partos múltiples) y *forty* (cuarta década de la vida); características que en su mayoría se relacionan con niveles altos de progesterona y la subsecuente alteración en la motilidad de la vesícula y la vía biliar. Se ha demostrado que las mujeres son dos veces más propensas a padecer colelitiasis y que cierto grado de obesidad (IMC mayor de 34 kg/m2 en hombres y de 38 kg/m2 en mujeres) otorga un riesgo significativo para el desarrollo de colecistitis. (9,12)

No debe dejarse de mencionar como propiciadores de la colecistitis aguda, menos frecuentemente, la volvulación de la vesícula biliar, la angulación del sifón vesicular,

tumores benignos, quistes, el cáncer vesicular, y aun las anomalías vasculares excepcionalmente. (2,4)

2.3 FISIOPATOLOGIA

A consecuencia de la obstrucción cística, la vesícula, sea litiásica o alitiásica, se afecta de un proceso que cursa con etapas biofísicas, bioquímicas, hipertensas y bacteriológicas, que de la inflamación o colecistitis aguda sigue una de estas dos formas clínicas: una es la regresión fisiopatológicas en un período de 72 horas de promedio que ocurre en el 90 a 95% de los casos, y la otra conducta evolutiva es la persistencia y agravamiento de la afección con complicaciones como el empiema, la perforación, la ruptura y aún puede avanzar a la gangrena vesicular.(13)

La bilis inicia la inflamación química de la mucosa vesicular por liberación de fosfoquinasa que desdobla los fosfolípidos. (6)

La presencia de bacterias con virulencia aumentada determinan el factor infeccioso. Se debe a P. Mirizzi el estudio bacteriológico de la colecistitis aguda en 1945,13 y a R. Reis la comprobación de que cuando la concentración bacteriana supera 10.000 bacterias/ml se presentan complicaciones en el paciente a partir de 72 horas de iniciado el cuadro. La producción de moco aumenta la presión intravesicular y genera dolor afectando la circulación venosa y arterial con isquemia de la pared, áreas de infarto, perforación y aún gangrena de la vesícula. La repercusión sistémica dará lugar a bacteriemia, fiebre, leucocitosis e incremento de las transaminasas. (5,6)

2.4 SÍNTOMAS

La colecistitis aguda tiene un complejo sintomático caracterizado por manifestaciones locales en el hipocondrio derecho y manifestaciones sistémicas que comprometen el resto del organismo. **(5, 7,12)**

SIGNOS Y SÍNTOMAS LOCALES

Dolor: Se localiza en el punto de Murphy bajo el reborde costal en la línea medio clavicular y se irradia hacia el hombro y región escapular homolaterales. Se presenta generalmente después de comidas ricas en grasas o alimentos no tolerados por el hígado, es de gran intensidad y se mantiene por varias horas, constituye de buen indicador del proceso, pues remite si la afección se resuelve, pero aumenta de intensidad cuando aparece una complicación (14)

Tumor doloroso palpable: de localización subcostal en la línea medio clavicular. Corresponde al fondo de la vesícula biliar inflamada. Es dolorosa a la palpación. Se presenta del 20 al 33%. (6)

SIGNOS Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS: (9,12)

1. Náuseas y Vómitos: En el 50% de los casos.

2. Fiebre Moderada: 38 a 39º, con frecuencia de 50 a 60%, eventualmente acompañada de escalofríos.

3. Ictericia: Aparece en el 20% de los pacientes, es de ligera intensidad. Se la explica por comprensión de la vía biliar principal por la vesícula tumefacta.

4. Leucocitosis Moderada: De 12.000 a 15.000 leucocitos, causada por la proliferación y virulencia de las bacterias del contenido vesicular y la eventual bacteriemia.

La evolución clínica de la colecistitis aguda es prácticamente periódica. Los síntomas se mantienen por un término de 72 horas en el 90% de los pacientes, remitiendo espontáneamente y normalizándose el paciente en el lapso de ocho a diez días. En cambio, si al contrario el cuadro no remite y se intensifica el dolor, los signos locales, la fiebre, la leucocitosis y se agrava el estado general del paciente, debe admitirse que ya se ha instalado muy probablemente una complicación como empiema, perforación. (6, 9,12)

Esta es la historia natural de la colecistitis aguda y permite al cirujano una sistemática y estrecha observación del paciente para aplicar el tratamiento médico o quirúrgico

oportunamente y apropiadamente, recurriendo a los métodos modernos del diagnóstico, nutrición, antibioterapia, cuidados intensivos y aplicar el principio de la "intervención temprana" para la curación y los beneficios socioeconómicos del paciente. (9)

Estos "principios clásicos" de la relación Historia Natural de la Colecistitis Aguda y tratamiento son producto de la observación y seguimiento, por los cirujanos, de miles de casos a través de los tiempos que sin tener la rigidez de una ecuación matemática, si son un marco referencial -conceptual para el cirujano actual. (10)

2.5 COMPLICACIONES DE LA COLECISTITIS AGUDA:

Las complicaciones de la colecistitis aguda constituyen graves urgencias en la evolución de las enfermedades presentándose en el 5 al 10% y produciéndose en algunas de ellas hasta el 25 al 30% de muertes, por lo que requieren un tratamiento inmediato y especializado. **(9)**

La mortalidad total por complicaciones llega al 20%. Se presentan generalmente al término de la primera semana pero hacerlo al segundo o tercer día de diagnosticada la enfermedad, está asociado a las comorbilidades del paciente y la variedad particular de la complicación. Esta última realidad es el argumento principal para los que inician el tratamiento quirúrgico temprano dentro de las primeras 72 horas. **(12)**

COMPLICACIONES DE LA COLECISTITIS AGUDA Y CLASES DE COLECISTITIS AGUDA. (6,9,16)

Complicaciones de colecistitis aguda

a) Perforación.
b) Absceso pericolecístico.
c) Empiema.
d) Ruptura.
e) Gangrena.
f) Fistulización.

g) Íleo Biliar.

I) Sindrome de Mirizzi.

h) Pancreatitis biliar.

Perforación: (6,9)

La perforación tiene dos modalidades: con acción localizada y con peritonitis generalizada.

Se produce cuando hay reacción peritoneal con concurrencia del epiplón mayor para confinar el pus y originar un absceso pericolecístico o una peritonitis localizada. Los signos locales y efectos sistémicos se exacerban; el dolor se intensifica con reacción peritoneo-parietal de contractura. Los síntomas generales igualmente aumentan: fiebre, escalofríos y leucocitosis de 20.000 o más. (6,9)

Para el diagnóstico es útil el ultrasonido abdominal. El tratamiento: Colecistectomía y evacuación del absceso con drenaje, en la base de antibióticos y bactericidas.

Perforación con peritonitis generalizada es la difusión de la biliopus, al resto de la cavidad peritoneal, se da cuando no hay reacción peritoneo epiploica tabicante y se contamina toda la cavidad peritoneal produciendo peritonitis generalizada. Los signos y síntoma son los correspondientes a esta última afección. El diagnóstico es clínico e imagenológico, con punción diagnóstica dirigida que propiciará cultivo y antibiograma del contenido. (6,9)

El tratamiento es el normativo de peritonitis generalizada con evacuación del derrame y lavado peritoneal; y colecistectomía si el estado general lo permite, pero si el riesgo operativo es alto se hará colecistostomía. La mortalidad alcanza el 15 a 20%.**(10)**

Absceso pericolecístico

Es la más frecuente de las complicaciones. Consiste en la colección de pus alrededor de la vesícula biliar, proveniente de una perforación de la vesícula, o aún sin perforación por diapédesis de los elementos contaminantes. Limitan al absceso tanto el epiplón como la aposición del intestino con producción de fibrina y membranas fibrinoleucocitarias. (6,9)

El diagnóstico es clínico-imagenológico. El tratamiento consiste en evacuación, lavado y colecistostomía. Si las complicaciones generales del paciente lo permiten se efectuará colecistectomía. (3, 6)

c) Empiema

Es la transformación del contenido de la vesícula en pus. Resulta de la invasión, proliferación e incremento de la virulencia de las bacterias que contaminan el contenido de la vesícula, transformándola en una bolsa de pus a tensión. La sintomatología del empiema corresponde a la infección de la vesícula y sepsis abdominal con todo el complejo local y sistémico de dolor, fiebre, escalofríos y leucocitosis de sobre 20.000. Es lo más común de las complicaciones, alrededor del 50% de ellas, con un índice de mortalidad de un 15%.**(**3,6,9)

El diagnóstico es clínico, por ultrasonido y hemático. El tratamiento consiste en colecistectomía de urgencia, o colecistostomía si la flogosis local y el mal estado del paciente requieren un tiempo quirúrgico menor y acción menos traumatizante. **(6)**

d)Ruptura de la vesícula

Se ha descrito como una de las complicaciones más serias. Confluyen anatomo-patológicamente el aumento del contenido vesicular y su acción sobre las paredes de la misma que experimenta el colapso circulatorio venoso arterial con presencia de isquemia e infartos múltiples; el aumento de la tensión intravesicular actuando sobre una pared

debilitada produce la ruptura de la misma. La salida violenta del contenido vesicular altamente contaminante produce una reacción peritoneal localizada inicialmente pero que rápidamente se extiende. El diagnóstico es por ultrasonido abdominal. **(6)**

El tratamiento es la colecistectomía con drenaje. La mortalidad es elevada, alrededor del 20%. **(6)**

e) Gangrena

Es el estado más avanzado de daño de la pared vesicular y clínicamente el más grave. Se produce por isquemia de la pared y necrosis localizada o total, con distensión de la vesícula por un contenido empiematoso; pudiendo contribuir la torsión de la vesícula. Suele presentarse en diabéticos e inmunodeprimidos. En presencia bacteriana predominan anaerobios y clostridios. (3,6)

La gangrena vesicular puede presentar perforación y ruptura con alivio pasajero del dolor por cese de la distensión que se reactiva por la irritación que produce el contenido extravasado. El diagnóstico se hace por imágenes y el tratamiento es la colecistectomía con saturación antibiótica del paciente. (3)

f) Fistulización

Las fístulas constituyen el 2 al 3% de las complicaciones; las más frecuentes son las colecisto-duodenales y las colecisto-colónicas constituyendo las primeras el 75% y las segundas el 15% del universo de las fístulas vesiculares. Les siguen en frecuencia las colecisto-duodenocolónicas, colecisto-gástricas y colecisto-entéricas. (3,6)

Las fístulas se originan por la aposición de la vesícula a una víscera hueca vecina cuya pared irrita y al producirse la perforación vesicular compromete la pared de la víscera a que está adherida, circunscribiéndose de adherencias peritoneales. (3)

Clínicamente son difíciles de diagnosticar, y ocasionalmente pueden descubrirse por la tinción de las vías biliares en un estudio radiológico gastroduodenal o colónico. El tratamiento consiste en colescistectomía y rafia del defecto en el tubo digestivo. (6)

g) Íleo biliar

Es la complicación originada por el paso de un cálculo biliar de 2 a 2.5 centímetros por una fístula colecisto-entérica, sea en el duodeno o en el yeyuno y el alojamiento o "entrampamiento" del cálculo en el íleon terminal (válvula ileocecal generalmente) por no poder franquearla. (1, 3,6)

La sintomatología corresponde a un abdomen agudo obstructivo intestinal. La imagen radiológica que proporciona el tránsito gastrointestinal se conoce como de "serpiente con cabeza blanca" por la presencia del medio de contraste en el íleon y la imagen de substracción producida por el cálculo frente a la válvula ileocecal.

El tratamiento consiste en la extracción del cálculo y sutura de la incisión. No se efectúa en la misma intervención la reparación de la fístula colecisto-entérica. (3,6)

En la operación debe explorarse todo el intestino delgado para descubrir si hay otro u otros cálculos en el lumen, que si hubieran se los haría progresar hasta el íleon terminal para utilizar incisión y no hacer otra enterotomía para su extracción. (3)

Síndrome de Mirizzi

Síndrome de Mirizzi es una forma de ictericia obstructiva, descrito por primera vez por Mirizzi en 1948 causada por una piedra o piedras impactadas en el cuello de la vesícula biliar o en el conducto cístico, de tal manera que el conducto hepático común se estrecha. (1) Dependiendo del grado de incidencia y la cronicidad de la condición, puede haber una fístula colecisto colédoco. Esta rara complicación de cálculos biliares se produce en aproximadamente el 0,1 % a 0,7 % de los pacientes que tienen cálculos biliares. (11)

También hay un mayor riesgo de cáncer de vesícula biliar que se encuentra en estos pacientes, al alza de 25 %. La condición fue clasificado por McSherry y colegas en los tipos 1 y 2 en 1982 y reclasificado por Csendes y colegas en 1989 en las clases 1 a 4. (6,11) La clasificación Csendes del síndrome de Mirizzi se desglosa de la siguiente manera: (11)

Tipo 1: Compresión externa del conducto biliar común.

Tipo 2: Una fístula colecistobiliar está presente involucrando a menos de un tercio la circunferencia del conducto biliar

Tipo 3: Una fístula está presente la participación de hasta dos terceras partes de la circunferencia el conducto biliar

Tipo 4: Una fístula está presente con la destrucción completa de la pared del conducto biliar.

Los síntomas son esencialmente las de colecistitis o coledocolitiasis. La mayoría de los pacientes presentan epigástrico o en el cuadrante superior derecho dolor, ictericia y pruebas de función hepática elevadas. **(11)**

El tratamiento puede consistir en la colecistectomía, colecistectomía parcial con la extracción de piedra, el uso del remanente de la vesícula biliar para cerrar una fístula colecisto colédoco o hepaticoyeyunostomía en Y de Roux debido a la destrucción inflamatoria del conducto hepático común. **(11)**

h) Pancreatitis Biliar.

La pancreatitis biliar ocurre como resultado de una obstrucción del conducto pancreático a nivel del esfínter de Oddi por un cálculo biliar. Está asociado a factores como la edad, el sexo femenino, medicamentos que contienen estrógeno, obesidad, altos niveles de colesterol, embarazo y diabetes.

Los síntomas podrían ser similares a los causados por los cálculos biliares, sumándose el dolor en cuadrante superior izquierdo o espalda que generalmente aparecen de forma repentina, agudo, de gran intensidad, de carácter opresivo y con frecuencia acompañado de náuseas y vómitos. (10)

El diagnóstico se basa en la elevación de la alanina aminotransferasa (ALT o TGP), aspartato aminotransferasa (AST o TGO), fosfatasa alcalina y bilirrubina y se comprueba por medio de tomografía computarizada que detecta el grado de inflamación del páncreas y su gravedad. **(**10)

2.6 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la colecistitis aguda tiene tres modalidades: Clínico, pruebas de laboratorio y por imágenes. **(1)**

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Se basa en una Historia Clínica minuciosa. El interrogatorio investigará los síntomas subjetivos de la colecistitis aguda tanto locales como sistémicas y establecerá su cronología y características. El examen físico descubrirá la afectación local hipocondrio derecho y el resto del abdomen practicando las destrezas y habilidades semiológicas apropiadas para constatar si corresponden a colecistitis aguda. **(2,3)**

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Consiste en Biometría Hemática y Bilirrubinemia, básicamente, además algunas pruebas funcionales hepáticas. (1, 2,15)

-Fosfatasa alcalina >120 U/L.

-ALT o AST elevado. (40 U/L y 48U/L)

-Bilirrubina total > 2 mg/dl.

-Bilirrubina total, AST o fosfatasa alcalina o cualquiera elevado.

-Leucocitosis (>10.000/ml)

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

1) Radiografía Simple del Abdomen: Permite observar las características de la vesícula biliar, la existencia de cálculos radiopacos que constituyen 15% en la litiasis vesicular, y la presencia de neumoperitoneo por perforación o ruptura colecística. (2)

2) Ultrasonido de abdomen superior: Constituye la prueba de elección por la facilidad para obtenerla, no ser invasiva, y tener sensibilidad de 89%, especificidad de 98% y 96% de exactitud en la colecistitis aguda. Proporcionará imagen útil del tamaño, grosor de las paredes y la presencia de cálculos en la vesícula. (2)

Los criterios ultrasonograficos de colecistitis son los siguientes: (6)

-Engrosamiento de pared vesicular. (>4 mm; si el paciente no tiene enfermedad hepática crónica, ascitis o falla cardiaca derecha)

-Vesícula biliar aumentada de tamaño. (eje longitudinal mayor de 8 cm, eje corto con diámetro mayor de 4 cm)

-Cálculo enclavado, barro biliar, colección de líquido pericolecístico.

-Capa ecolúcida en la pared vesicular, ecolucencias estriadas intramurales y signos Doppler.

3) Gammagrafía (Centellografía, Escintigrafía)

Es producto de las nuevas técnicas de escanografía, con sensibilidad de 100% y especificidad del 95%. El método se basa en la combinación del isótopo radioactivo 99mTc con ácido imidoacético HIDA o ácido Dimidoácido DIDA que una vez inyectado

llega al hepatocito y es excretado por los canalículos biliares llegando a las vías biliares y a la vesícula biliar en 15 a 45 minutos a través del conducto cístico permeable; si la vesícula biliar no se tiñe es porque el cístico está obstruido como ocurre en la colecistitis aguda. La no tinción de la vesícula da el diagnóstico de la enfermedad. Es el método imagenológico más preciso y eficaz para el diagnóstico de la colecistitis aguda. (1, 2,15)

4) Tomografía Axial Computada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear:

Son métodos imagenológico de gran resolución pero no son de primera elección para la investigación que nos ocupa, a menos que se necesite escrutar el hígado y órganos vecinos eventualmente patológicos. (1, 2,15)

- Pared vesicular engrosada
- Colección de líquido pericolecístico
- Vesícula biliar aumentada de tamaño
- Áreas lineales de alta densidad en el tejido adiposo pericolecístico.

2.7 TRATAMIENTO

El tratamiento de la colecistitis aguda es el punto clave de su estudio. Por tratarse de una acción compleja e ineludible, hay múltiples criterios en cuanto a su secuencia. (3, 6)

La escuela europea era partidaria del tratamiento médico y no de la intervención quirúrgica inicial por la resolución espontánea del 95% de los casos casi siempre en el término de 72 horas, lo que permite diferir la operación y solo acometerla inicialmente en las complicaciones. Por su parte la escuela americana fue siempre más intervencionista y propugnaba realizar el tratamiento quirúrgico de entrada. (17)

Al presente se admite que la meta es la solución del problema extirpando la vesícula biliar, pero siguiendo una secuencia metodológica que tienen dos etapas o momentos: el tratamiento básico inicial y la intervención quirúrgica oportuna y definitiva, es decir la

colecistectomía. Estos dos momentos son concordantes y en la práctica se complementan y aun se superponen. (16)

TRATAMIENTO BÁSICO O INICIAL

El objetivo es lograr la restauración del paciente combatiendo el dolor, la infección, el desequilibrio hidroelectolítico y atendiendo la nutrición para la estabilización del paciente y la curación de la colecistitis aguda. Habrá por tanto que administrar analgésicos, antibióticos, restablecer el balance hidroelectrolítico y dar alimentación de apoyo vía parenteral o enteral según el caso. Estas medidas requieren la observación y atención permanente del paciente en el área de emergencias. (13, 16)

Si en el curso de los tres primeros días los síntomas se acentúan debe intervenirse al paciente para evitar alguna complicación. Esta conducta es atinente a la colecistitis aguda simple, no complicada, y menos a las formas graves de colecistitis como la tifoidea o enfisematosa. (18, 19)

En conclusión este tratamiento básico inicial puede constituirse en definitivo o en la primera fase del tratamiento quirúrgico. (20, 21)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se acepta que el tratamiento indicado para la colecistitis aguda es la colecistectomía, sin embargo las condiciones del paciente de alto riesgo pueden adquirir otras técnicas como la colecistostomía percutánea transhepática o la colecistostomía clásica. (6)

COLECISTECTOMÍA

Se discute sólo la oportunidad de su ejecución en función de las particularidades de los pacientes, y puede ser:

a. Operación de Urgencia: Le obligan la gravedad de la colecistitis aguda ante la inminencia de complicaciones o mayormente si ya se han presentado. Juega papel apremiante la edad superior a 50 años, grupo sanguíneo difícil y la inmunodeficiencia. Está indicada en solo el 5% de los pacientes que tienen un mal riesgo quirúrgico. Se opera tan pronto se estabiliza al paciente. (17)

b. Operación Diferida u Obligadamente Pospuesta: Comprende a los pacientes cuya colecistitis aguda tienen caracteres moderados, son semejantes a los del grupo anterior pero con el agravante de tener enfermedades crónicas que incrementan el riesgo quirúrgico y que obligan a tratar al paciente mejorándolo de su enfermedad para operarlo en un tiempo prudencial para evitar que sobrevenga otro episodio de colecistitis, antes estimaba seis semanas, pero hoy lo determina la recuperación del paciente. Acceden a esta cronología del 15% de los pacientes. (18)

En conclusión, esta jerarquización de los pacientes tiene doble ventaja de aplicar un tratamiento correcto y oportuno, y hacer menos costosos los valores socioeconómicos del tratamiento. (3)

CAPÍTULO III

3 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La ciudad de Guayaquil se encuentra en la región litoral o costa de Ecuador, cercana al Océano Pacífico por medio del Golfo de Guayaquil. Se localiza en la margen derecho del río Guayas, bordea al oeste con el Estero Salado y los cerros Azul y Blanco, por el sur con el estuario de la Puntilla de Guayaquil que llega hasta la isla Puná.

El Hospital Universitario de Guayaquil es un hospital de segundo nivel, es decir con atención tanto para la urgencia y emergencia, es la unidad médica de mediana complejidad, de referencia zonal, que presta atención médica de hospitalización y ambulatoria de segundo nivel, cuenta además con los servicios de cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica, y auxiliares de diagnóstico y tratamiento y las especialidades clínico quirúrgicas. Atiende a la población que no cuenta con seguridad social, por lo tanto el primer objeto de estudio es la dinámica poblacional de los que no presentan seguro social. Está constituido por un edificio vertical de hormigón armado y cemento que consta de un pabellón de 50 m de longitud, consta de 2 pisos, en el ala sur se encuentra los servicios de consulta externa.

Al principio de la década, se inició la planificación de este centro hospitalario en Guayaquil. Tiene como visión ser una Unidad Médica Líder de segundo nivel, cumpliendo con la responsabilidad social en materia de prestación de servicios de salud oportunos, con calidez y eficiencia.

El Hospital Universitario de Guayaquil, otorga servicios médicos de alta calidad a través del desarrollo de nuestro talento humano. Impulsando la Investigación científica y el desarrollo tecnológico dentro de las políticas de Mejoramiento continuo.

El Departamento de Cirugía general está conformado por médicos especialistas y médicos residentes, internos de medicina, distribuidos en las diferentes áreas de

emergencia, hospitalización, quirófano y consulta externa. Posee licenciadas de enfermería altamente capacitadas para el manejo de pacientes complicados y asistencia de auxiliares de enfermería.

El área de hospitalización está ubicada en el 2do piso del hospital, consta de 20 camas, posee 1 estación de enfermería y un ambiente para pacientes infectados. El área quirúrgica consta de 4 quirófanos inteligentes con tecnología de punta.

El área de consulta externa de los servicios Cirugía general consta de 2 consultorios y e1 área atiende un promedio de 100 pacientes por día entre los servicios de consulta externa y emergencia. El área de emergencia consta de 15 camillas y dos salas de hidratación, atiende un promedio de 50 pacientes al día.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1 Universo

El universo estará formado por todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil captados desde el 1 de enero del 2014 hasta el 31 de diciembre del 2015.

3.2.2 Muestra

De tipo no Probabilística cuantitativa, constituida por 120 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda y que fueron atendidos durante el periodo de estudio.

3.3 VIABILIDAD

Este trabajo de titulación es un estudio viable porque tiene la aprobación del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Universitario de Guayaquil, que permitirá el acceso a las historias clínicas.

Cuenta con el área de emergencia, (residente, especialistas y enfermeras), equipos, tratamientos y materiales necesarios para dicha investigación. Además laboro en la institución en calidad de Interno de medicina.

Es de interés de la institución que existan datos estadísticos que demuestren la prevalencia de colecistitis aguda, además de facilitar el diagnóstico de manera precoz y oportuna utilizando los conocimientos necesarios para llegar a un diagnóstico oportuno. Además se cuenta con el apoyo de los representantes de la Universidad de Guayaquil y existen las correspondientes autorizaciones para su ejecución.

3.6 VARIABLES

Variable independiente: Complicaciones.

Variable dependiente: Colecistitis aguda.

Variables Intervinientes:

- Edad, sexo, ocupación, residencia, procedencia.
- Grado de gravedad.
- Factores de riesgo.
- Enfermedades asociadas.
- Tratamiento recibido
- Complicaciones

3.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará la observación directa e indirecta, se elaboró una hoja de recolección de datos, la cual se aplicará a los pacientes en el momento de ingreso a la unidad hospitalaria. Se utilizará las historias clínicas y hoja de epicrisis de los pacientes, las cuales fueron elaboradas por los médicos de residentes de cada servicio, donde se detallan antecedentes clínicos, clasificación, diagnóstico, evolución y tratamiento quirúrgico recibidos.

Posteriormente, ya teniendo seleccionadas los pacientes, se procederá al seguimiento y vigilancia de los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, sin intervenir activamente en el diagnóstico y tratamiento, revisando continuamente el registro médico que fue tomado como unidad de análisis.

Para realizar este estudio de investigación, se contará con los recursos materiales bibliográficos, estadísticos, económicos, metodológicos necesarios para el desarrollo y ejecución del mismo. Entre los cuales usamos los siguientes:

Hoja o formulario de recolección de datos.

Para la recolección de la información se utilizará técnicas secundarias: análisis de contenidos bibliográficos, lecturas científicas y revisión de historias clínicas.

Los equipos médicos a utilizar por parte del investigador serán la balanza, termómetro, radiografías, computador de escritorio, scaner, libros y revistas.

3.8 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizará en hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel, donde todos los datos se expresaran como frecuencia absoluta y porcentaje. Posteriormente la información será ingresada en el programa estadístico IBM SPSS 19.0. Se utilizará estadística descriptiva y pruebas no paramétricas para el análisis de los datos. Para la descripción de las variables se emplearan frecuencias simples, porcentajes, promedios, desviación estándar e intervalos de confianza al 95%.

Para la determinar la relación entre variables cualitativas se empleará la prueba de Chi cuadrado considerándose significativos valores de $P < 0.05$. Se utilizará Odd Ratio y riesgo relativo para establecer los factores protectores y de riesgo de esta enfermedad.

3.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2015-2016	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC
DISEÑO DEL PROYECTO	X				
APROBACIÓN DEL PROYECTO	X				
EJECUCIÓN DEL PROYECTO		X	X		
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	X	X			
ANALISIS ESTADÍSTICO			X		
RESULTADOS					
PRESENTACION DEL PROYECTO			X		

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

OBJETIVO 1. DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA.

Tabla 1: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, año 2014-2015, según: Grupo etarios.

Grupos etarios	Frecuencia	Porcentaje
20-30 años	20	8%
31- 50 años	62	26%
Mayores de 51años	158	66%
Total	240	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHÁVEZ GUERRERO

Ilustración 1: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil 2014-2015, según: Grupo etarios.

Interpretación: De los 240 pacientes evaluados durante el periodo de estudio, el 8%corresponde al grupo etario de 20 a 30 años, de 31 a 50 años corresponde al 26 %, de 51 años en adelante corresponde al 66%.

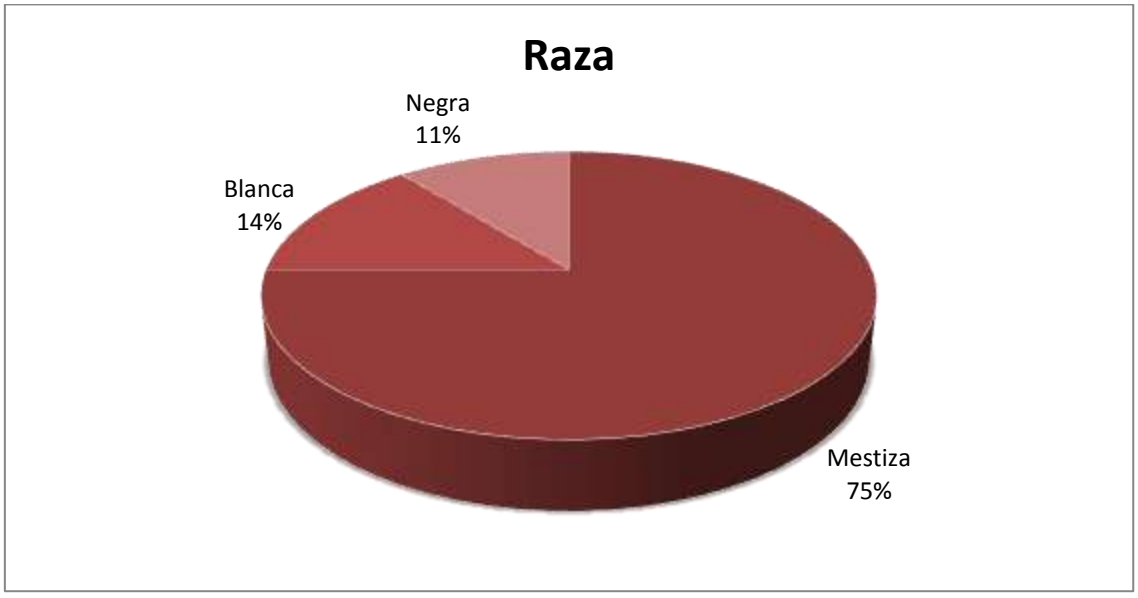
Tabla 2: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Raza

Raza	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	180	75%
Blanca	34	14%
Negra	26	11%
Total	240	100%

Fuente: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

Autor: BYRON WALTER CHÁVEZ GUERRERO

Ilustración 2: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Raza



Interpretación: Del total del paciente de estudio (240), el 75% fueron mestizas, seguido de la raza blanca 14% y la raza negra 11%.

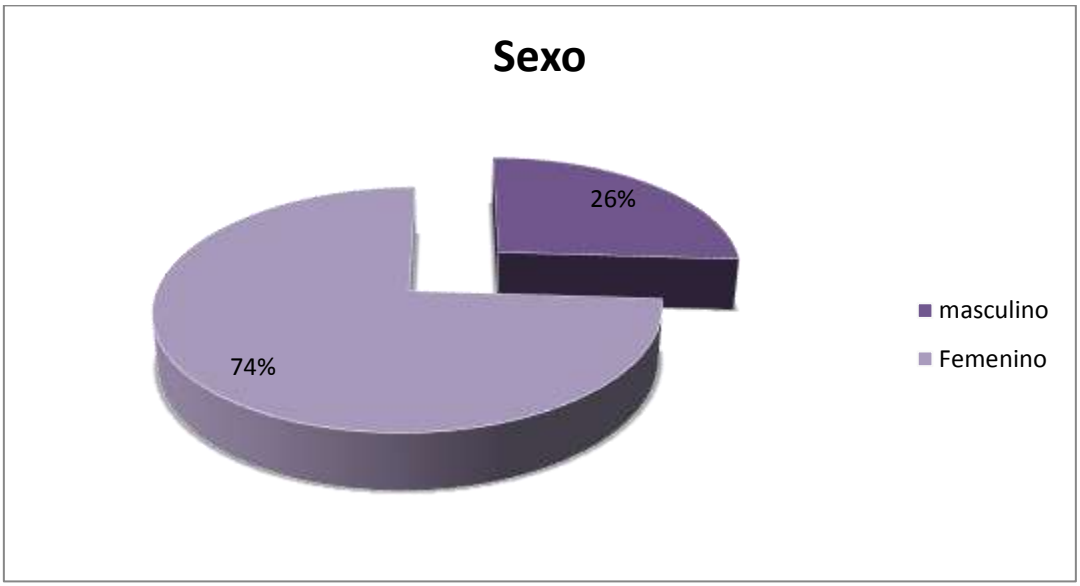
Tabla 3 Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en EL Hospital Universitario de Guayaquil, año 2014-2015, según: Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	**62**	**26 %**
Femenino	**178**	**74 %**
Total	**240**	**100%**

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Ilustración 3. Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, año 2014-2015, según: Sexo.

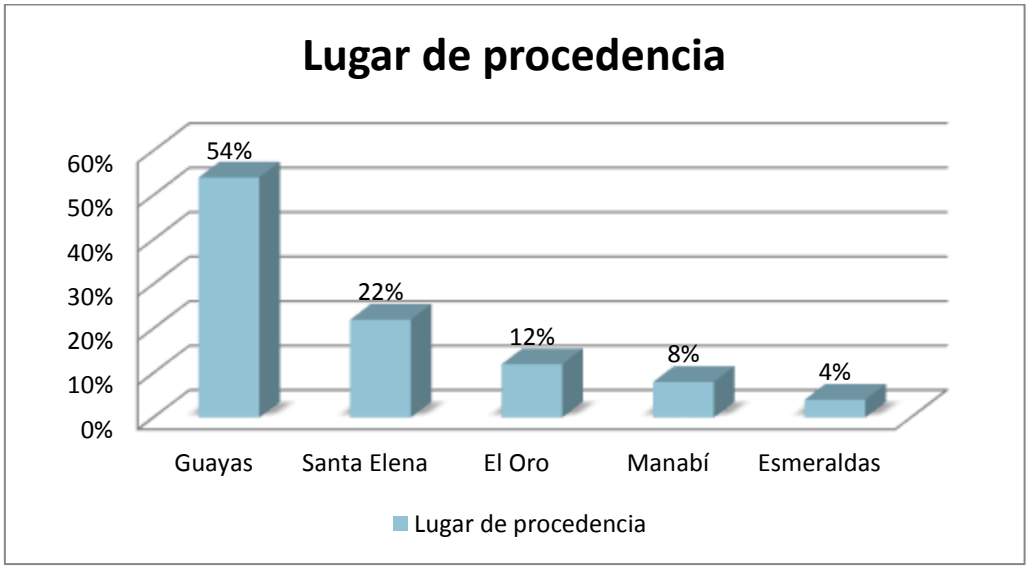


Interpretación: De los 240 pacientes de estudio, el grupo de pacientes más afectados fueron los de sexo masculino con 74% y el 26% correspondió al sexo femenino.

Tabla 4: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Lugar de procedencia.

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Guayas	130	54%
Santa Elena	52	22%
El Oro	28	12%
Manabí	20	8%
Esmeraldas	510	4%
Total	240	100%

Ilustración 4: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Lugar de procedencia.



Interpretación: Del total de pacientes en estudio (240), la provincia de Guayas presentó la mayor cantidad de paciente (54%), seguido en menor proporción por la provincia de Santa Elena.

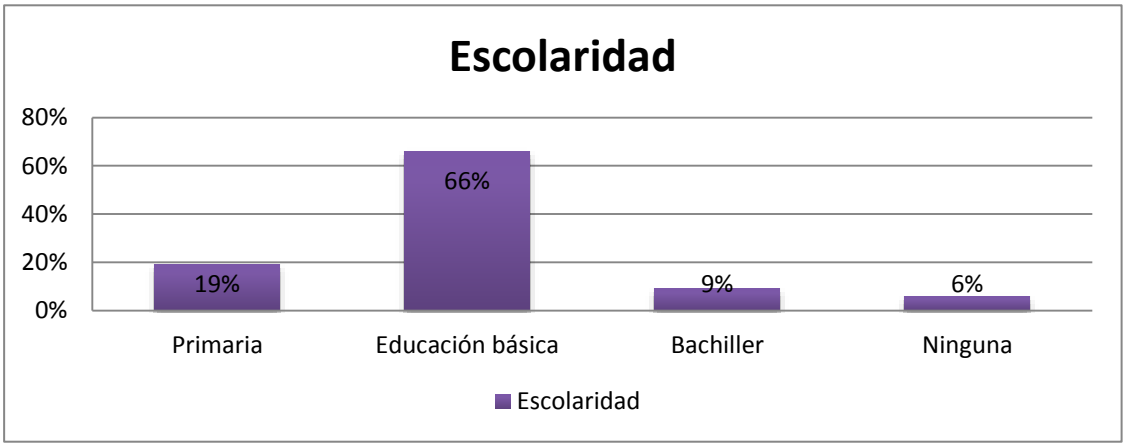
Tabla 5: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	46	19%
Educación básica	158	66%
Bachiller	22	9%
Ninguna	14	6%
Total	240	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Ilustración 5: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Escolaridad.



Interpretación: De los 240 pacientes estudiados, el tipo de escolaridad que obtuvo un mayor porcentaje en presentar este tipo de problema fueron los que cursan la educación básica con (66%), seguido de la primaria en un (19%), y en menor cuantía las bachilleres con un (9%).

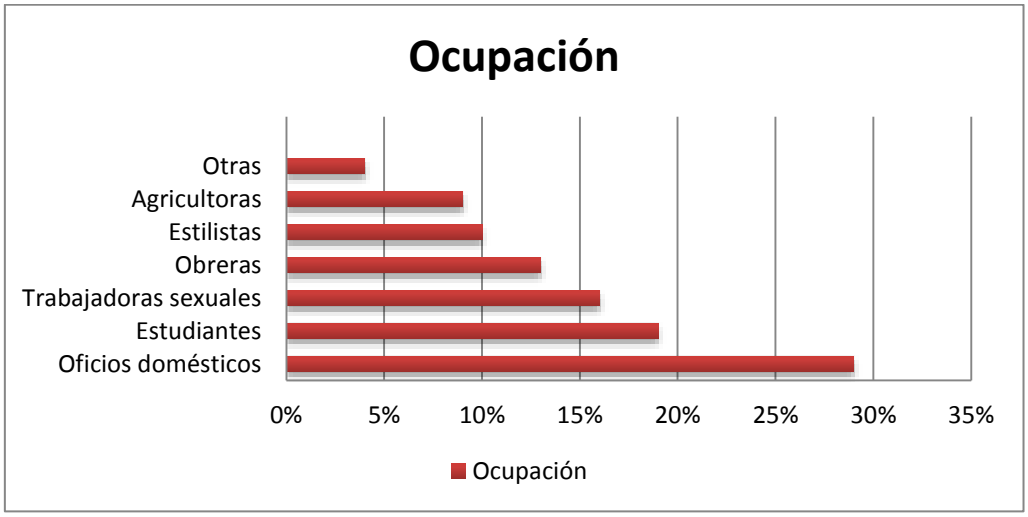
Tabla 6: Distribución de los 240 pacientes colecistitis aguada en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Oficios domésticos	70	29%
Estudiantes	46	19%
Trabajadoras sexuales	38	16%
Obreras	30	13%
Estilistas	24	10%
Agricultoras	22	9%
otros	10	4%
Total	240	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Ilustración 6: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Ocupación.



Interpretación: De los 240 pacientes evaluados, las amas de casa fueron las que mayormente presentaron colecistitis aguda..

OBJETIVO 2. ESTABLECER LAS CARACTERISTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO.

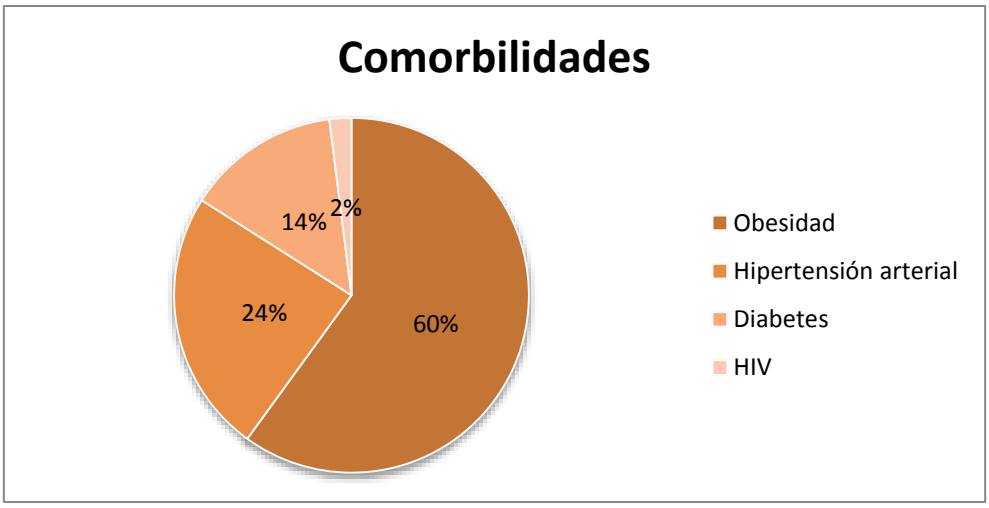
Tabla 7: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Comorbilidades.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad	144	60%
Hipertensión arterial	58	24%
Diabética	34	14%
HIV	4	2%
Total	240	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Ilustración 7: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Comorbilidad.



Interpretación: La comorbilidad más importante los pacientes con IVU recurrentes en un 60%, Hipertensión inducida en el embarazo con 24%, HPV con 14%, y HIV con 2%.

OBJETIVO 3. DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES DE LA COLECISTITIS AGUDA.

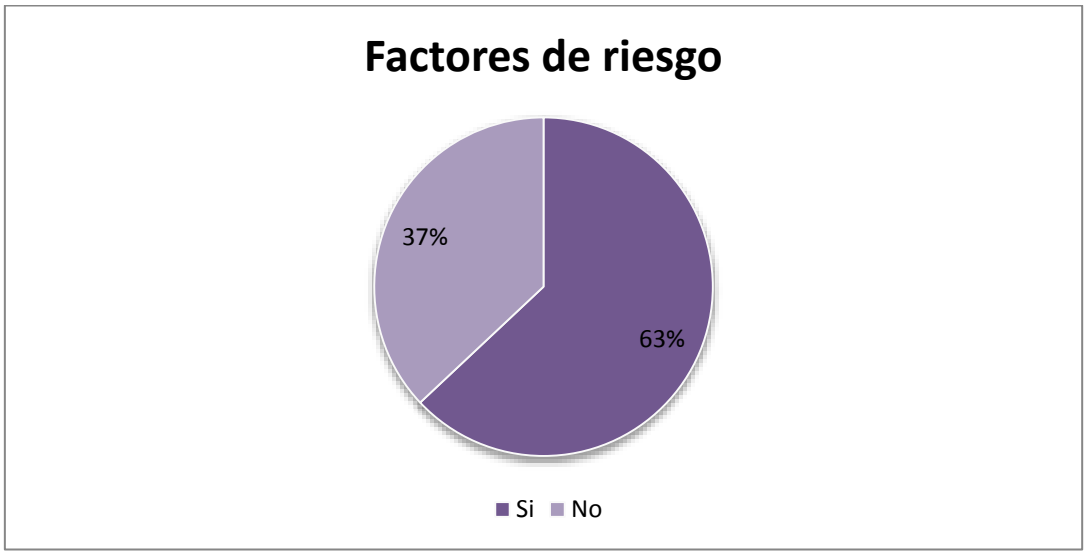
Tabla 8: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Factores de riesgo.

Factores de Riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Si	152	63%
No	88	37%
Total	240	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Ilustración 8: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda**, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Factores de riesgo.**



Interpretación: Del total de pacientes del estudio (240), el 63 % se asoció a factores de riesgo para cesáreas en estas adolescentes.

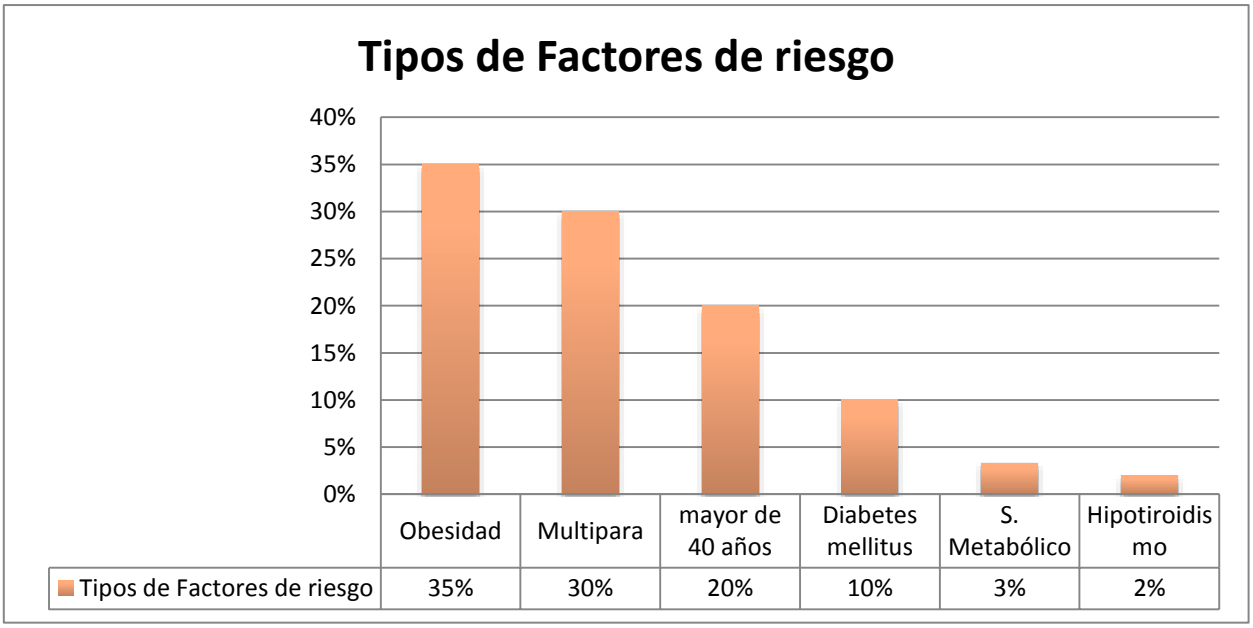
Tabla 9: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014--2015, según: Tipos de factores de riesgo.

Tipos de Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad	53	35 %
Multípara	46	30 %
Mayor de 40 años	30	20 %
Diabetes mellitus	15	10 %
Sindrome Metabólico	5	3.3 %
Hipotiroidismo	3	1.7 %
Total	152	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Ilustración 9: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Tipos de factores de riesgo.



Interpretación: Del total de tipos de factores de riesgo (152), la obesidad es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar colecistitis aguda, con (35%), seguida de con la multiparidad con el 30 %.

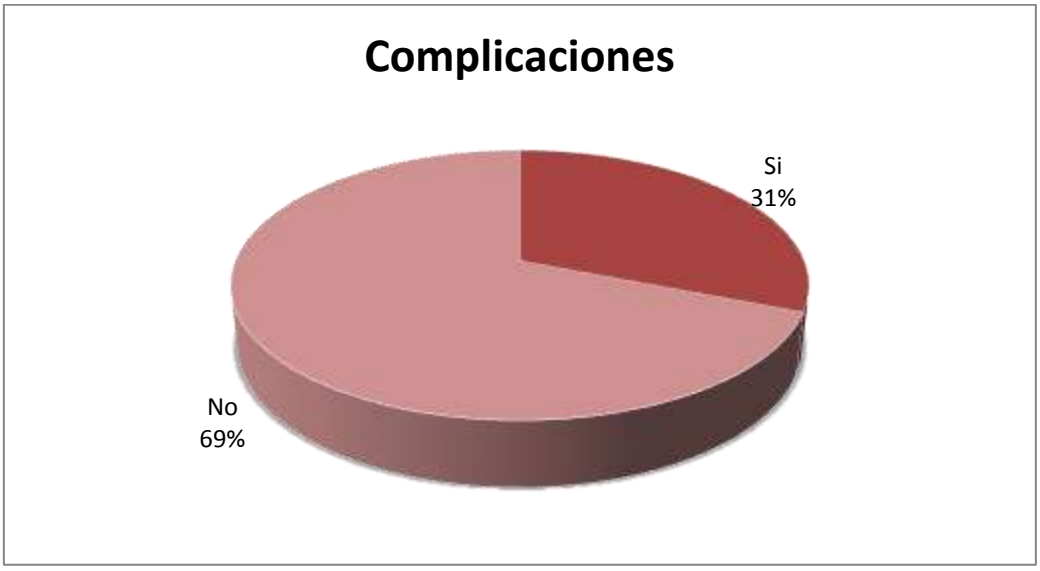
Tabla 10: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Complicaciones.

Complicaciones	Frecuencias	Porcentajes
Si	23	31%
No	51	69%
Total	74	100%

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Ilustración 10: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Complicaciones.



Interpretación: De los 240 pacientes evaluados el 31 % (74) tuvieron complicaciones, mientras que el 69% de los pacientes no tuvieron ninguna complicación.

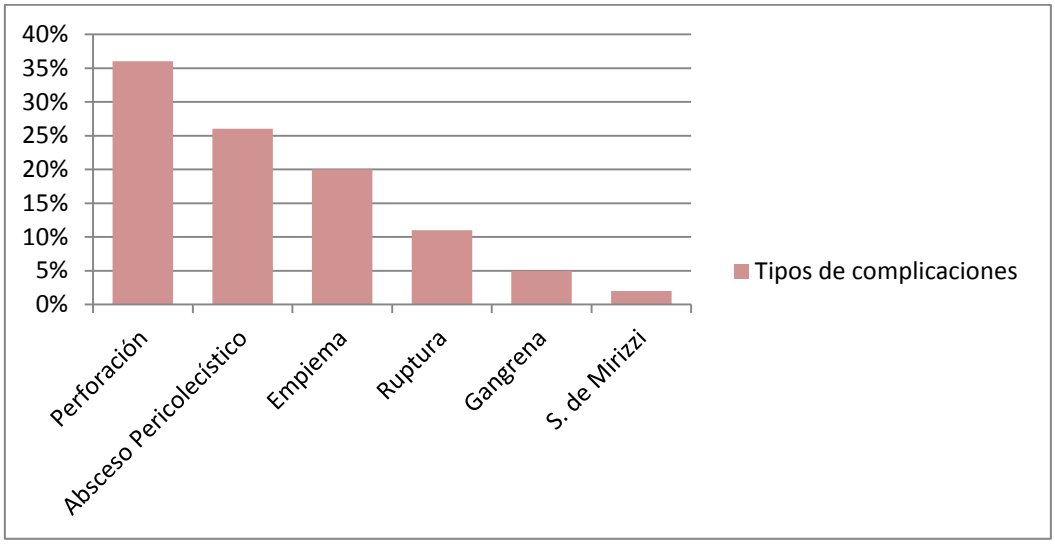
Tabla 11: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Tipos de complicaciones.

Tipos de complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Perforación	**27**	**36 %**
Absceso periolecístico	**19**	**26 %**
Empiema	**15**	**20**
Ruptura	**8**	**11**
Gangrena	**4**	**5**
Sindrome de Mirizzi	**1**	**2**
Total	**74**	**100%**

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Ilustración 11: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Tipo de complicaciones.



Interpretación: De los 240 pacientes evaluados, las complicaciones se presentaron en el 31 % (74) de las cuales las más frecuentes fueron las perforación en 69%, mientras que el absceso pericolecistítico el 26 % y empiema con 20 %.

OBJETIVO 4. DETERMINAR LA ASOCIACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE COLECISTITIS AGUDA CON LAS VARIABLES: FACTORES DE RIESGO, GRUPO DE ETARIOS.

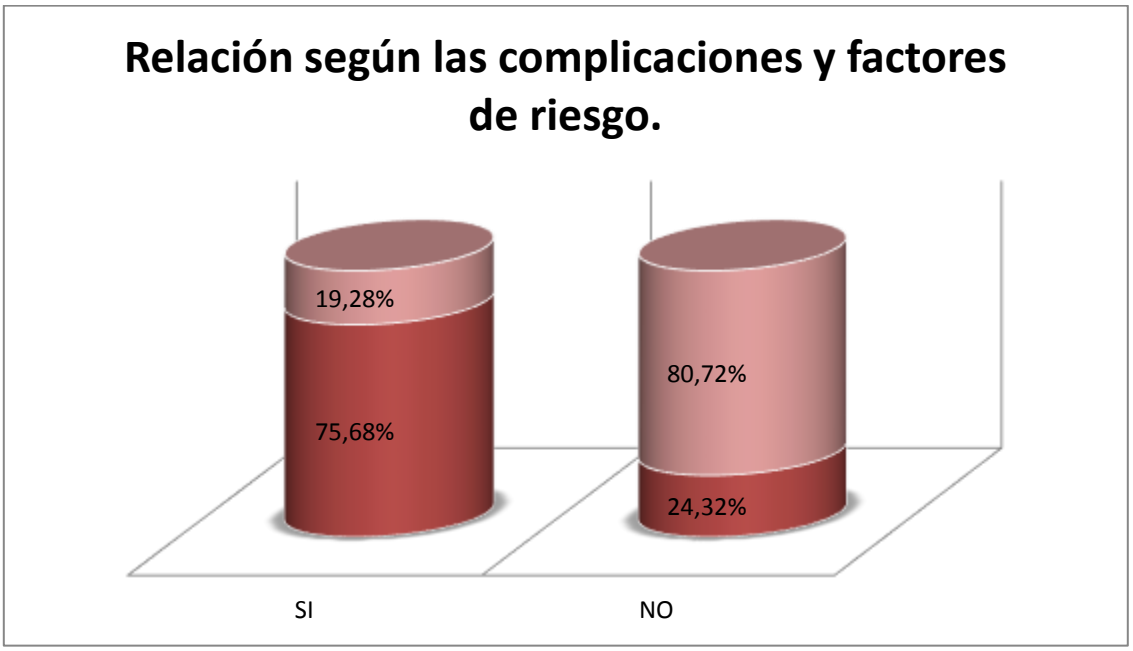
Tabla 12: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Relación entre complicaciones y factores de riesgo.

Relación según las complicaciones y factores de riesgo.		Complicaciones		Total
		Sí	No	
Factores de riesgo Si	Recuento	56	32	88
	% dentro de complicaciones	75,6%	19,28%	37%
Factores de Riesgo No	Recuento	18	134	152
	% dentro de complicaciones	24,32%	80,72%	63,00%
Total	Recuento	74	166	240
	% dentro de complicaciones	100,00%	100,00%	100,00%
Chi cuadrado de Pearson		16,801/ GL 7	p 0.001	

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Ilustración 12: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Relación entre complicaciones y factores de riesgo.



Interpretación: De los 240 pacientes del estudio, 74 pacientes presentaron complicaciones durante su evolución clínica, de los cuales el 75,68% (56) comprendió al grupo que presentaron factores de riesgo asociados. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y la presencia de factores de riesgo (p 0,001).

Tabla 13: Distribución de los 240 pacientes con colecistitis aguda, en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Relación entre complicaciones y grupo etario.

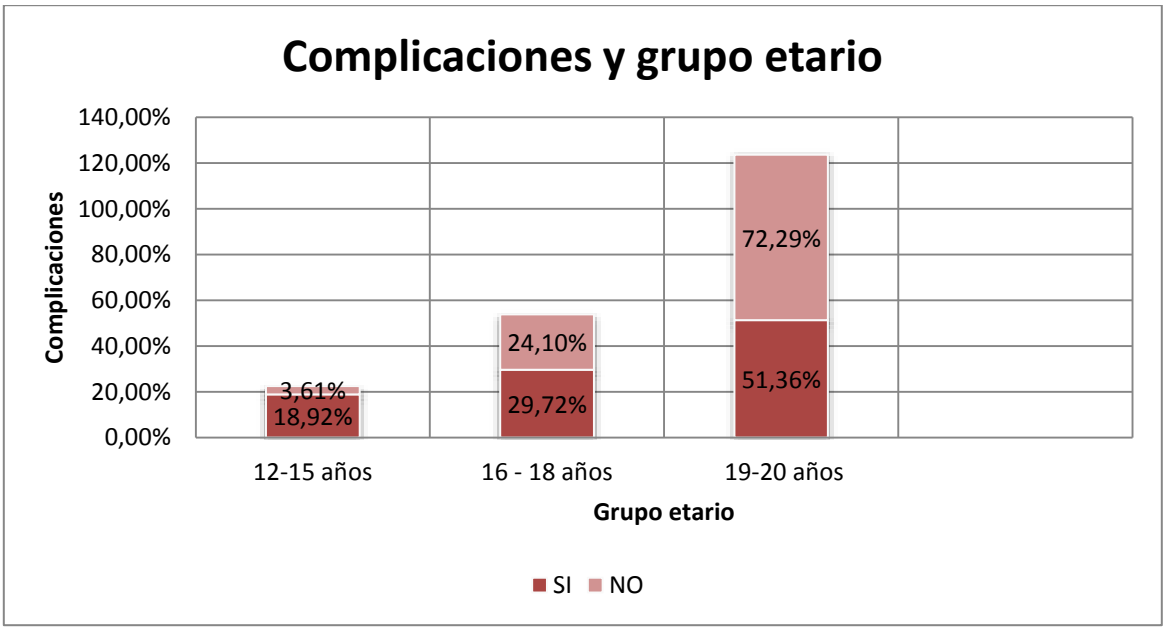
Relación según las complicaciones y factores de riesgo.		Complicaciones Sí	No	Total
Factores de riesgo 51 años Y MÁS	Recuento	38	120	158
	% dentro de complicaciones	51,36 %	72,29	66%
Factores de Riesgo 31-50años	Recuento	22	40	62
	% dentro de complicaciones	29,72%	24,10%	26%
Factores de riesgo 20-30años	Recuento	14	6	20
	% dentro de complicaciones	18,92%	3,61%	8,00%
Total	Recuento	74	166	240
	% dentro de complicaciones	100%	100%	100%
Chi cuadrado de Pearson		21,099/ GL 7		p 0.003

FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Interpretación: De los 240 pacientes del estudio, 74 presentaron complicaciones durante su evolución clínica, de los cuales 51,36% (38) correspondieron al grupo etario de 51 años y más. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y la edad (p 0,003).

Ilustración 13: Distribución de los 120 pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Universitario de Guayaquil, 2014-2015, según: Relación entre complicaciones y grupo etario.



FUENTE: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

AUTOR: BYRON WALTER CHAVEZ

Interpretación: De los 120 pacientes del estudio, 74 pacientes presentaron complicaciones durante su evolución clínica, de los cuales el 51,36% (38) correspondieron al grupo etario de más de 51 años. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y la edad (p 0, 003).

DISCUSIÓN

El presente estudio se centró en analizar los factores de riesgo y complicaciones de la colecistitis aguda, en pacientes del Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo 2014- 2015.

Los resultados del presente trabajo de titulación reportaron que las personas que están en el grupo etario de más de 51 años, son las personas más propensas a desarrollar colecistitis aguda, este grupo predominó con el (66%). En el trabajo realizado por Castellón C, 2012 sus resultados fueron similares a los nuestros, donde la edad de mayor prevalencia de colecistitis aguda era similares a las nuestras. Otros autores como Cadavid A, reportaron datos similares a los nuestros reportando a los grupos etarios de más de 51 años como los más prevalentes en cuanto a colecistitis aguda. (Cadavid A, 2013).

La Colecistitis Aguda es la complicación más común de los cálculos biliares y una causa frecuente de urgencias abdominales, en especial en mujeres de edad adulta. Casi el 20% de las 500 000 Colecistectomía que se practican cada año en Estados Unidos es por Colecistitis Aguda. Los factores de riesgos más importantes fueron la obesidad, multípara y mayores de 40 años.

De los 240 pacientes evaluados, las complicaciones más frecuentes fueron el la perforación con 69%, mientras que con y seguido de empiema con el 31%.De las mismas pacientes del estudio, 74 presentaron complicaciones durante su evolución clínica, de los cuales 51,36% (19) correspondieron al grupo etario de 18- 40 años. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y la edad (p 0,003).

CONCLUSIONES

La colecistitis aguda es una patología muy común en la actualidad, donde se va cada vez con mayor prevalencia, sobre todo en países del subdesarrollo. La mayor proporción de pacientes con colecistitis fueron los del grupo etario de mayor a los 51 años de edad el grupo con mayor prevalencia.

Los factores de riesgo más frecuentes fueron la perforación con 35 % seguido de empiema con 30 %.De los 240 pacientes del estudio, 74 pacientes presentaron complicaciones durante su evolución clínica, de los cuales el 75,68% (56) comprendió al grupo que presentaron factores de riesgo asociados. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y la presencia de factores de riesgo (p 0,001).

La colecistitis en cuanto al oficio, las amas de casa ocupan el primer lugar con un 29%, seguida de estudiantes que llegan al 19%.

En cuanto al lugar de procedencia, la provincia del Guayas ocupa el primer lugar con el 54 %, seguido de la provincia de santa Elena con el 22 % y la provincia de EL Oro con un 12%.

Se asoció a comorbilidades, siendo la diabetes las más prevalentes con el 60 % y enfermedades endócrinas con 24 %.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y los factores de riesgo (p0, 001) y la edad (p0, 003).

RECOMENDACIONES

Categorizar los pacientes en grupos de riesgo a través de la identificación de factores predisponentes de complicaciones y registrar los antecedentes patológicos, ya que permitirá iniciar el tratamiento oportuno y además implementar medidas de prevención de embarazo.

Manejo integral y capacitado desde el primer momento de la consulta, para poder llevar un control del paciente de una manera óptima y así reducir la incidencia y prevalencia de colecistitis.

Desarrollar otras líneas de investigación para evaluar la asociación entre las características demográficas como factores de riesgo para complicaciones lo cual ayude a optimizar el tratamiento y descubrir grupos de riesgo.

Realizar seguimiento de los pacientes por un lapso mayor de tiempo para la evaluación de complicaciones tardías y mejoramiento de comorbilidades preexistentes y debido a la tasa de incidencia y prevalencia continúa siendo elevada

BIBLIOGRAFIA

1. Sabiston. Tratado de Cirugía. 17ª edición. España: 2007.

2. Schwartz. Principles of Surgery. 8ª edición. 2004.

3. Schwartz Seymour I. Vesícula Biliar y Sistema Biliar Extrahepático. 7ma edición. México: 2009.

4. Solís Herruzo J. A., Muñoz Yagüe M. T. Servicio de Medicina del Aparato Digestivo. Universidad Complutense de Madrid: Revista Medicine pág 626 – 640; 2008.

5. Asociación de Cirujanos de Marietta y Hospital de Kennestone. Colecistitis. Surgical Clinics of North América pág 1241 – 1252; 2008.

6. Martindale R. G., Gadacz T. R. Zuidema Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract: Operative Management of Cholecystitis and Cholelithiasis. 5ta edición. Copyright © W. B. Saunders Company; 2002.

7. García Guerrero V., Zárate A., Corral A. Manejo Actual de la Coledocolitiasis. México: Revista Médica del Hospital General; 2001.

8. Castellón C. et al. Coledocolitiasis: Indicaciones de CPRE y CRM. Unidad de Medicina Digestiva. Hospital San Pedro de Alcántara: España; 2002.

9. Cadavid A., et al. Guías de Manejo en Cirugía de coledocolitiasis. Comité de Cirugía Gastrointestinal ACC: Colombia; 2005.

10. Choi Y., Silverman W. B. Biliary Tract Disorders, Gallbladder Disorder and Gallstone Pancreatitis. The American College of Gastroenterology. Iowa City; 2009.

36

11. Revista Chilena de Cirugía. Experiencia en manejo del Síndrome de Mirizzi. Santiago de Chile; 2008.

12. Skandalakis. Surgical Anatomy. 2006.

13. Angarita F. A., Acuña S. A., Jiménez C., Garay J., Gómez D., Domínguez L. C., Colecistitis calculosa aguda.

14. . Nassar AHM, Ashkar KA, Mohamed AY, Hafiz AA. Is laparoscopic cholecystectomy possible without video technology? Minimally Invasive Therapy 1995;4:63–65.

15. Acute Cholecystitis, Surg. Clin. North An. 2008.

16. BARBOZA BESADA EDUARDO. Colecistitis Aguda de Intervención Temprana; Tesis Doctoral. U. P.C. H. 2006.

17. Clavien PA, Sanabria JR, Mentha G, Borst F, Buhler L,

18. Roche B, et al. Recent results of elective open cholecystectomy in a North American and a European Center. Ann Surg. 1992;216:618–26.

19. Trowbridge RL, Rutkowski NK,Shojania KG. Does this patient have acute cholecystitis? JAMA. 2003;289:80-6.

20. Claesson B, Holmlund D, Mätzsch T. Biliary microflora in acute cholecystitis and the clinical implications. Acta Chir Scand. 1984;150:229-37.

21. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJC, Baron EJ,et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010;50:133-64