

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE:
MEDICO CIRUJANO

TÍTULO:
“COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DIFERIDA DE COLECISTITIS
AGUDA EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ
ZAMBRANO.”

AUTORES:
ALIATI SOLEDISPA CARLOS JAVIER
TUMBACO MERA KAREN DENISSE

DR. LUIS FERNANDO HIDALGO CALDERON
TUTOR DE TITULACIÓN

DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS
REVISOR DE TITULACIÓN

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2017

DEDICATORIA

El sentimiento de satisfacción por el deber cumplido gracia al esfuerzo requerido me llena de dicha, amor y reconocimiento hacia dios a quien dedico este trabajo en primer lugar, ser lleno de sabiduría y paz. A mis padres ya que mis logros también son los suyos y demás familiares, gracias por el apoyo a nuestros maestros, nuestros amigos/as por compartir sus alegrías, en este transcurso de tiempo.

CARLOS ALIATI SOLEDISPA

DEDICATORIA

A Dios primero él y siempre él, por regalarme una segunda oportunidad de vida y darme la dicha de seguir con mis estudios, sin el nada hubiera sido posible.

A mi pequeña princesa FIORELLA DENISSE, por ser mi ángel de la guarda que me mira y me guía desde el cielo, y me da fuerzas para salir adelante día a día, este pequeño triunfo es por ti mi pequeña guerrera. FE por siempre

A mis padres Rubén y Rossana, por ser el pilar fundamental en mi vida, gracias a ustedes por darme la oportunidad de estudiar , por apoyarme siempre a pesar de las dificultades, por ustedes soy todo lo que soy hasta ahora, les debo la vida, para mí son ser más indispensable que tengo.

A mi TATA por siempre apoyarme en lo que necesitaba y ser la mejor abuela, por el cariño más inmenso del mundo, por ser aquella mujer guerrera, luchadora que siempre dijo un no a las injusticias y que nos enseñó de una a una de sus anécdotas.

A mis hermanos, Gema y Oscar, gracias a ustedes que más que nadie han vivido conmigo todo este proceso de formación y sé que puedo contar con ustedes. A mis sobrinos, mí, Oscarito y Fiorella mi enormes terremotos que ponen mi vida al revés, quiero ser un ejemplo a seguir en el futuro.

A Cristian mi persona favorita, por darme su amor y brindarme su apoyo incondicional, todo este tiempo que ha estado a mi lado, gracias por estar en una meta más en mi vida, aún queda mucho más por lograr y deseo poder seguir contando con usted, gracias por soportarme.

A mi tío Renán por ser parte indispensable de este triunfo, al resto de mi familia, a mis amigos por siempre estar juntos en los momentos tristes y alegres pero siempre juntos, son la familia que he escogido para que mi vida sea más dichosa y sé que puedo contar con ustedes.

A mis maestros guías en todos estos años de formación académica, gracias por cada ayuda. A los que creyeron en mí, para quienes no lo hicieron, para quienes estuvieron y no están, y para aquellos que aún siguen batallando para lograr sus sueños.

KAREN TUMBACO MERA

AGRADECIMIENTO

Agradezco la obtención de este proyecto a la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina que nos brindó la oportunidad de pertenecer a su familia durante nuestra formación como profesionales que tanto hemos añorado.

Al Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tsáchilas, donde nos acogieron en nuestro año de internado rotativo de medicina y realizamos este proyecto de graduación, así como al personal que labora en la institución. A nuestras Familias que ha sido el pilar fundamental de educación que con amor nos formaron de la mejor forma que pudieron, guiándonos por el camino del bien y que siempre me inculcaron valores suficientemente cementados para la superación personal.

A nuestros amigos por su apoyo incondicional y esas palabras de aliento para la consecución de nuevos éxitos. A todas las personas que hicieron posible la realización de este proyecto.

Deseamos hacer honor a este enunciado, al presentar nuestro especial agradecimiento al Dr. Luis Hidalgo Calderón y al Dr. Freddy Hinostroza Dueñas quienes fueron de vital ayuda para la realizar nuestro proyecto previo a nuestra obtención de título, apoyándonos para la culminación de nuestra formación profesional.

Con gratitud eterna

ALATI SOLEDISPA CARLOS JAVIER

TUMBACO MERA KAREN DENISSE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales correspondientes por la Universidad Técnica de Manabí yo, DR. LUIS FERNANDO HIDALGO CALDERON, bajo mi tutoría, certifico que el presente trabajo de investigación: "COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA DIFERIDA DE LA COLECISTITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ ZAMBRANO, ENERO – MAYO 2016". Ejecutada por los egresados: ALIATI SOLEDISPA CARLOS JAVIER Y TUMBACO MERA KAREN DENISSE, se encuentra concluido en su totalidad.

El presente trabajo es original por los autores y ha sido realizado bajo mi tutoría y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de na tesis de grado previo a la obtención del título de: MÉDICO CIRUJANO.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

ATENTAMENTE



Dr. Luis F. Hidalgo
CIRUJANO
MSP: Libro 2 Folio 178 N° 69

DR. LUIS FERNANDO HIDALGO CALDERON
TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Yo, DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS, tengo a bien certificar que el presente tema de investigación “COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA DIFERIDA DE LA COLECISTITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ ZAMBRANO, ENERO – MAYO 2016”. Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores ALIATI SOLEDISPA CARLOS JAVIER Y TUMBACO MERA KAREN DENISSE.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

ATENTAMENTE.

Dr. Freddy Xavier Hinostroza Dueñas
GASTROENTERÓLOGO
Telf. 2 630 - 553 CEL: 984723421
Libro: I Folio: 2659 Nº 6656



DR. FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS
REVISOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL
PROYECTO DE INVESTIGACION**

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

"COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA DIFERIDA DE LA COLECISTITIS
AGUDA EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ ZAMBRANO, ENERO
– MAYO 2016".

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación designado por el
Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de: MÉDICO
.CIRUJANO



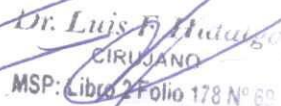
Dra. Yira Vásquez Giler
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD



Lcda. Mirian Barreto Rosado Mg.
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE
TITULACIÓN ESPECIAL DE LA FCS



Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURIDICO



Dr. Luis Hidalgo
CIRUJANO
MSP: Libro 2 Folio 178 N° 60

Dr. Luis Hidalgo Calderón.
TUTOR DE LA INVESTIGACIÓN



Dr. Freddy Hinostroza Dueñas
REVISOR DE LA INVESTIGACION

DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DEL AUTOR

ALIATI SOLEDISPA CARLOS JAVIER y TUMBACO MERA KAREN DENISSE. Egresados de la Escuela de Medicina perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente Trabajo de Investigación titulado “COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA DIFERIDA DE LA COLECISTITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ ZAMBRANO, ENERO – MAYO 2016”, es de nuestra autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Tutor del Trabajo de Investigación, Dr. Luis Fernando Hidalgo Calderón.

Por lo cual declaramos que es de autoría propia, por ende estará protegido por las leyes establecidas en el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se decreta en los Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley de Propiedad Intelectual, por ende la falta de autorización correspondientes o su uso indebido será sancionado por la Ley; de este modo se aceptan todas las responsabilidades y contemplaciones que conllevan al mismo.



ALIATI SOLEDISPA CARLOS JAVIER

AUTOR



TUMBACO MERA KAREN DENISSE

AUTORA

RESUMEN

El diferir una cirugía de colecistitis aguda, se sujeta con frecuencia al desarrollo de complicaciones (enfisematosa, piocolecisto, absceso vesicular, fistulación, necrosis, plastrón, perforación vesicular e incluso cáncer vesicular). Aún es controvertido puntualizar en qué medida la sospecha clínica de colecistitis aguda y el retraso del tratamiento quirúrgico inmediato, sean responsables de la génesis de las complicaciones por cirugía diferida de colecistitis aguda. Teniendo como objetivo determinar las complicaciones de la cirugía diferida de colecistitis aguda en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano. Para ello se utilizó un estudio retrospectivo y descriptivo, que se realizó a partir de Enero a Mayo 2016, cuyos resultados mostraron que la edad predilecta que se diagnostica estuvo comprendida entre los 31-40 años con 53% ligada con un 60% por el sexo género femenino, afectando al sector urbano con un 58%, evidenciándose el 75% de tipo litiasica, con tiempo de evolución de más de 72 horas representado por el 77%, mostrando las complicaciones como: piocolecisto, enfisematosa, fistulación con 44%, 23% y 20% respectivamente, llegando a la conclusión que el diferir cirugía por colecistitis aguda genera inconvenientes en la salud si estas no se resuelven menos de 72 horas, coexistiendo relación entre mayor sea el tiempo de evolución, el retraso en su diagnóstico hasta su intervención quirúrgica representaría el desarrollo de sus complicaciones.

PALABRAS CLAVES: Estudios epidemiológicos, colecistitis aguda-complicaciones, volvulación, sifón vesicular.

SUMMARY

Deferral of acute cholecystitis surgery is frequently associated with the development of complications (emphysematous, pyocolecyst, vesicular abscess, fistula, necrosis, plastron, vesicular perforation and even vesicular cancer). It is still controversial to point out the extent to which the clinical suspicion of acute cholecystitis and the delay of immediate surgical treatment are responsible for the genesis of complications due to delayed surgery of acute cholecystitis. Aiming to determine the complications of delayed acute cholecystitis surgery at the Dr. Gustavo Dominguez Zambrano Hospital. A retrospective and descriptive study was carried out from January to May 2016. The results showed that the age of diagnosis was between 31-40 years, with 53% linked to 60% by sex Female gender, affecting the urban sector with 58%, evidencing 75% lithiasic type, with a time of evolution of more than 72 hours represented by 77%, showing complications such as: piocolecisto, emphysematous, fistulation with 44%, 23 % And 20% respectively, concluding that deferring surgery for acute cholecystitis generates health disadvantages if they are not resolved less than 72 hours, with a relationship between the longer the time of evolution, the delay in diagnosis until its intervention Surgery would represent the development of its complications.

KEY WORDS: Epidemiological studies, acute cholecystitis-complications, volvulation, vesicular siphon.

ÍNDICE

CONTENIDOS	Pág.
Portada	i
Dedicatorias	ii-iii
Agradecimiento	iv
Certificación del Tutor de trabajo de titulación	v
Certificación del Revisor de trabajo de titulación	vi
Certificación tribunal de revisión y evaluación.	vii
Declaración de autoría	viii
Resumen	ix
Summary	x
 CAPÍTULO I	
Introducción	1
Justificación	3
Planteamiento del problema	5
Subproblemas	7
Delimitación del problema	8
Objetivos	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Antecedentes	10
 CAPÍTULO II	
Marco teórico	12
Variables	23
Operacionalización de variables	24
 CAPÍTULO III	
Diseño metodológico	27
Análisis e interpretación de resultados	31
 CAPÍTULO IV	
Conclusiones	42
 CAPÍTULO V	
Recomendaciones	43
Cronograma de actividades	44
Presupuesto económico	45
Bibliografía	46
Anexos	48
	xi

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

N°	Contenido	Pág.
Grafitabla N° 1	Edad de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.	31
Grafitabla N° 2	Sexo de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.	32
Grafitabla N° 3	Procedencia de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.	33
Grafitabla N° 4	Causa más común de colecistitis de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.	34
Grafitabla N° 5	Horas de evolución del cuadro de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.	35
Grafitabla N° 6	Existen complicaciones postquirúrgicas en los pacientes sometidos a colecistectomía después del diagnóstico de colecistitis aguda del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.	36
Grafitabla N° 7	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico en la emergencia hasta la intervención quirúrgica en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.	37
Grafitabla N° 8	Factores socioeconómicos que están asociados a las complicaciones post colecistectomía del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.	38
Grafitabla N° 9	Antecedentes patológicos familiares de colecitis aguda en los pacientes atendidos en la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.	39
Grafitabla N° 10	Antecedentes patológicos personales de los pacientes atendidos en la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda	

del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo
2016. 40

Grafitabla N° 11 Horas de evolución del cuadro de los pacientes atendidos en la
emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de
colecistitis aguda del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano
Enero-Mayo 2016. 41

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda, señala (Blaivas, 2012), es una de las causas más frecuentes de urgencias abdominales en especial en mujeres adultas y de edad avanzada. En la colecistitis aguda el 90% al 95% de los casos aparece como complicación de una colecolitiasis. En los casos restantes se produce en ausencia de cálculos, pero se producen como consecuencia de la obstrucción del cístico por un cálculo en presencia de bilis sobresaturada.

Se supone que los microcristales de colesterol y las sales biliares, expresa (Colleti, 2011), que lesionan la mucosa vesicular y que ello favorece la invasión bacteriana y la activación de la fosfolipasa A2. Por ello al iniciarse la cascada inflamatoria se producen prostaglandinas las cuales actúan como proinflamatorios y favorecen la distensión vesicular, el aumento de presión dentro de la vesícula dificulta el flujo de sangre a través de sus paredes, lo que provoca su necrosis y perforación; la parte bacteriológica juega un papel importante en el desarrollo de las complicaciones en especial en diabéticos y ancianos.

Por lo que esta patología, advierte (Yoshida, 2013), que es de origen multifactorial, donde los períodos hipotensivos, pacientes politraumatizados, así como en los sometidos a cirugía muy agresiva y en los tratados con fármacos inotropos por hipotensión arterial, pueden tener un papel patogénico.

También se le ha atribuido a una hipersensibilidad a los antibióticos, y en otros a la estasis biliar determinada por el ayuno prolongado o a la alimentación parenteral y el aumento de la viscosidad biliar. La infección bacteriana es, en general, secundaria, pero, cuando se produce, favorece la formación de una colecistitis gangrenosa (50%) o enfisematosa.

Entre, las alternativas quirúrgicas en esta patología vesicular de curso crónico no son muchas, básicamente la colecistectomía convencional con algunas variantes en su técnica operatoria. Más bien existen estudios donde nos indica que el tratamiento de elección

para la colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica temprana, durante las primeras 72 horas de haber inicio de los síntomas. Sin embargo, en ocasiones, no es posible realizar el procedimiento debido a diversos motivos como lo son: una disponibilidad de quirófano cuando sea necesario, patrimonios humanos adecuados, retraso en el diagnóstico, etc.

JUSTIFICACIÓN

La colecistitis aguda, dice (Álvarez, 2012), es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro medio e indiscutiblemente vinculada a la litiasis, donde los factores que generan que se diferiera su cirugía son motivo de investigación ya que si no son tratados a tiempo desarrollan varias complicaciones con el transcurso desde su clínica hasta su cirugía trayendo consigo problemas en lo económico, familiar y en la salud del paciente.

Por eso justifica la necesidad de determinar las complicaciones que desencadenaría diferir la cirugía para colecistitis aguda ¿cómo? Buscando ayuda, con la finalidad de intervenir de manera precoz esta patología (menos de 72 horas), evitando complicaciones que conlleva y disminuir los costos que implica el manejo de esta patología en nuestro medio, siendo beneficiarios directos las dos partes el paciente y la salud pública. En este sentido el presente trabajo tiene propósito determinar las complicaciones por cirugía diferida en pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda en las áreas de emergencia y consulta externa del servicio de cirugía.

Este proyecto es factible de realizar porque se cuenta con la suficiente bibliografía, la motivación y el interés por parte de los investigadores, el tiempo y los recursos económicos necesarios para desarrollar el estudio. La siguiente investigación será realizada como requisito para la obtención del título de tercer nivel.

Este trabajo se pudo realizar gracias a que se contó con la autorización por parte del Representante del Departamento de Estadística del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano. Así mismo, el estudio establece su debida originalidad, a pesar que existen investigaciones sobre este tipos, pero no de sus complicaciones y respectivo tratamiento, que se apunta de modo relevante, por ser un evento que se da con cierta frecuencia en el medio manabita, donde los pacientes afectados, les incide en su forma de vida y de la familia.

También la investigación, contó con la debida factibilidad e información actualizada, datos de historias clínicas y la motivación de los investigadores y el tiempo necesario para

su ejecución, seguido por la disposición de recursos económicos para su financiación y la predisposición de los directivos de esta institución de salud. Donde el interés de parte de los investigadores, radicó en establecer las complicaciones en relación de donde proviene el afectado, su manejo, determinando las complicaciones de la cirugía diferida de colecistitis aguda en el hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones biliares tienen una alta incidencia debido a la elevada prevalencia de la colecistolitiasis, se dice que el 90 al 95% de las colecistitis agudas tienen este origen, dejando solo un 5-10 % para las de origen alitiásico, confirma (Parekh, 2012). La incidencia de bacteriobilia, es decir la presencia de bacterias en la vesícula biliar, según (Everhart, 2011) puede llegar al 20 % en los pacientes sometidos a intervenciones sobre el tracto biliar sin colecistitis aguda, en contraposición, hasta un 72% de pacientes con colecistitis gangrenosa presentan bacteriobilia. Los organismos entéricos constituyen la mayor parte de la flora bacteriana de la infección biliar.

Muchos pacientes con esta patología 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. 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

Hay una controversia considerable con respecto al momento de la colecistectomía en la colecistitis aguda. Las complicaciones pueden aumentar la morbimortalidad si el diagnóstico y el manejo no son a tiempo y efectivos. Se estima que un factor importante en la incidencia de las complicaciones es el tiempo que demora en acudir un paciente durante su episodio agudo y el número de episodios previos, ya que al ser un dolor tipo cólico auto limitado, permite que el paciente se tarde más en consultar y acuda a los servicios de salud cuando ya hay complicaciones.

Los resultados de los estudios realizados en nuestro medio no difieren significativamente de los comunicados en la literatura extranjera, respecto de la

positividad del cultivo en la bilis vesicular. Cabe señalar que los trabajos publicados a cerca de este tema tienen aproximadamente una década, y no se encuentran variables como las complicaciones, y su relación a la carga bacteriana. Por lo manifiesto con anterioridad se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las complicaciones de la cirugía diferida de colecistitis aguda en el hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano?

SUBPROBLEMAS

¿Se podrá identificar las complicaciones de la cirugía diferida de colecistitis aguda en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano?

¿Es importante determinar las características sociodemográficas de la población en estudio?

¿Es imprescindible establecer el porcentaje de pacientes que se les difiere la cirugía de colecistitis aguda?

¿Es necesario analizar los factores de riesgo que predisponen a las complicaciones?

¿Se hace importante establecer las complicaciones más frecuente de la cirugía diferida?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Salud

Área: Medicina

Aspecto: Complicaciones de la cirugía diferida de colecistitis aguda

Delimitación Espacial: Pacientes en el hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

Delimitación Temporal: Enero a Mayo del 2016.

Línea de Investigación: Según la Comisión Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, entre las líneas de investigación vigentes desde el año 2015 al 2016, el presente trabajo de investigación se encuentra encasillado en el numeral 1, que corresponde a factores de riesgo para la salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones de la cirugía diferida de colecistitis aguda en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.

Establecer el porcentaje de pacientes que se les difiere la cirugía de colecistitis aguda.

Analizar los factores de riesgo que predisponen a las complicaciones.

Establecer las complicaciones más frecuente de la cirugía diferida.

ANTECEDENTES

Existe una mayor incidencia en mujeres que en hombres, llegando en algunos países en 10 a 1 de mujeres a hombres, así lo señala la Organización Mundial de la salud (OMS., 2014), y En la actualidad las edades con mayor predominio son aquellas en etapas productivas, de 20 a 40 años. Donde de acuerdo al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP., 2014), se consideran factores predisponentes el hecho de ser mujer esto debido a las hormonas estrogénicas, ya que estas aumentan las proteínas de baja densidad al igual que las proteínas de muy baja densidad y el colesterol en el jugo biliar y disminuyen dentro del mismo la concentración de ácidos y sales biliares lo que facilita la formación de litos dentro de la vesícula. Debido a los niveles de hormonas estrogénicas que se presentan en el embarazo el hecho de que las mujeres sean multíparas (o multigesta) se considera como un factor de riesgo al igual que el sobrepeso ya que el perfil lipídico en estas pacientes suele ser más alto.

Desde el 15 de Julio de 1882 en que el Doctor Carl Joharnn August Langerbach realiza la primera colecistectomía, muchas publicaciones en la cirugía de vesícula y vías biliares demostraron los avances en su tratamiento tanto médico como quirúrgico, señala (Ferraina, 2013)

La patología biliar inflamatoria como es la colecistitis aguda, ocupa el segundo lugar de la cirugía inflamatoria en la emergencia de un hospital general como el nuestro; su importancia en el diagnóstico, tratamiento médico y las alternativas quirúrgicas son motivo de gran controversia sobre todo a partir de la década del 60 en que Essehigh populariza el tratamiento quirúrgico temprano, años después estas pautas de su manejo fueron mejor encaminadas por múltiples autores y en diferentes medios, como en nuestro hospital a partir de 1975, según (Bazire, 2012).

En la actualidad son muy pocos los detractores de la cirugía temprana, convencidos de los beneficios que brinda el tratamiento quirúrgico realizado dentro de las primeras 72 horas de iniciado el cuadro agudo, con el fin de encontrar la inflamación vesicular en fase de edema y la disección se realice con muy poca dificultad, a diferencia de la progresión

que pueda tener ésta hacia fases de mayor dificultad quirúrgica como es la fase gangrenosa o la inflamación organizada.

Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica o vídeo cirugía desde 1987 se tuvo a la colecistectomía como la "operación de Oro" de esta nueva técnica; sin embargo, la enfermedad vesicular aguda en un inicio era una contraindicación para ser realizada con ella señala (Fumihiko, 2011) y el avance en la implementación, tanto de equipos como moderno instrumental, y sobre todo la experiencia quirúrgica en cirugía laparoscópica, hace que esta técnica operatoria sea una nueva, alternativa en el tratamiento de la enfermedad vesicular de curso agudo.

Por ello, el presente estudio resume nuestra experiencia en la que nos tocó vivir las tres alternativas, una primera etapa en la que ésta patología debía "enfriarse" para luego realizar la cirugía; una segunda etapa, con el tratamiento quirúrgico temprano mediante la técnica convencional o abierta; y una tercera etapa, en la que con nuestra experiencia desde 1990 en cirugía laparoscópica, proponemos esta como la mejor alternativa en el tratamiento quirúrgico temprano de la colecistitis aguda.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Las complicaciones de la cirugía diferida de colecistitis aguda Consiste en un evento inflamatorio de la vesícula biliar. Causa alrededor del 10% de muertes a nivel mundial, en especial la de tipo acalculosa, solo a pacientes con una edad igual o superior a los 75 años y aun si las mismas presentan ciertas condiciones (diabetes, inmunodeprimidos), lo indica (Kelley, 2011)

Como etiopatogenia, indica (Melgarejo, 2012), establece que la causa usual de esta patología son cálculos biliares. Se determinan dos mecanismos en la agudización de la esta enfermedad y es la duración y el sitio obstruido. Si es incompleta la obstrucción y cuyo tiempo es mínimo el paciente percibe un espasmo biliar. No obstante cuando la obstrucción es completa y perdurable provoca un aumento en la presión intravesicular que ligada a la irritación mucosa, la activación del evento inflamatorio agudo y al poco flujo vascular generan este cuadro.

Así mismo, la invasión microbiana hacia la bilis, sostiene (Royers, 2011), que probablemente por otra causa, a la colecistitis aguda, pues solo una porción de los afectados la muestran. Los microorganismos que comúnmente se encuentran: *E .coli*, *K pneumonia*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobactr spp* y *Estreptococos faecalis*. Mientras en procesos graves se hallan anaerobios como *Bacteroides fragilis* o *Clostridium perfringens*.

Otras causas de colecistitis aguda son: angulación del conducto vesicular, quistes, tumores benignos, neoplasia vesicular, y anomalías vasculares. La afectación de colecistitis aguda está ligada al género femenino que al masculino y tiende a aumentar con la edad en ambos géneros. (Madrado, 2012)

En su clasificación según su causa, afirma (Naranjo, 2011), se evidencia la colecistopatía de tipo mecánico, de tipo séptico, de tipo química, de tipo isquémica o afectación vascular. Donde la colecistopatía de tipo mecánico, es la que lidera de todas

las causas colecistitis agudas y entre las causas de tipo somáticas, están los cálculos en la vesícula, afectación tipo cicatriz del cístico, tumor origina en la vesícula, tumor primitivo hepatocolodoco, adenopatía de tipo metastásicas y por parásitos. Entre las causas de tipo espasmódicas, está el espasmo en el esfínter de Oddis.

Mientras que la colecistopatía de tipo séptico, señala (Canales, 2012), generadas por continuación canalicular, son por vía sanguínea metastásicas y por aproximación, donde los Microorganismos bacterianos principales: Proteus, Anaerobios Gram negativo, Klebsiella, E. col., Bacteroides fragilis y Enterobacter. Es muy común en pacientes de mayor edad la presencia de anaerobios.

En relación a la colecistopatía de tipo químico, manifiesta (Takada, 2011), que es producida por entrada de los componentes del jugo pancreático resultante del disturbio circulatorio biliopancreatico. En relación a la colecistopatía de tipo isquémica, que según su origen es de volvulacion de la vesícula que presiona la arteria cística. Trombos o émbolos que causan infarto en la pared de la vesícula. Tensiones a los vasos nutricios de causa extrínseca por cálculos localizados en el cístico o adenopatías. Manifestaciones apopléjicas visceral (De Gregoine-Couvelaire) y colecistitis desecante sustractora.

En lo referente al cuadro clínico, sostiene (Concha, 2012), que generalmente los pacientes refieren con anterioridad dispépticas por ingesta de colecistoquinéticos o de cólicos vesiculares. Menos del 40%, la sintomatología de colecistitis aguda es la primera causa de consulta del paciente. Generada inmediatamente después de una comida copiosa. Siendo el dolor el síntoma más constante y progresivo, localizado en el hipocondrio derecho, ya que cuando la vesícula se distiende más, comprometiendo el peritoneo parietal, lo que incrementa el dolor en esta área.

El malestar, dice (Colleti, 2011) puede propagarse a epigastrio, a la región dorsolumbar derecha y al hombro homolateral. Aunque tambien puede dirigirse a hipocondrio izquierdo, cuando está involucrando al páncreas. Se generaliza cuando se produce complicaciones como perforación, sumándosele fiebre, náuseas, vómitos y anorexia. La fiebre, es otro síntoma significativo, suele comenzar con escalofríos, y solo el paciente siente mejoría cuando se está quieto y acostado.

La palpación del hipocondrio derecho, (Cárcamo, 2012) muestra hipertonía muscular por hipersensibilidad y defensa. La contractura se exterioriza cuando mayor es el compromiso peritoneal. Anatómicamente la resistencia peritoneal en los ancianos suele ser menor. No es frecuente (12 % Acosta Pimentel) palpar la vesícula, aun si está se encuentra distendida. En la práctica la maniobra de Murphy se la utiliza en el examen del dolor vesicular. Existiendo varias formas de ejecutarse esta maniobra, siendo habitual la exacerbación del dolor cuando se le pide al paciente que inspire ya que provoca que el hígado baje con la vesícula originando la molestia. La zona vesicular es paralelo entre epigastrio y línea axilar media y estaría por debajo del reborde hepático.

(Royers, 2011), sugería que el paciente se hallara en decúbito dorsal mientras que a la derecha del mismo se ubicara el médico colocando ambos pulgares en el sitio que anatómicamente se ubica la vesícula, donde su mano izquierda en especial la palma se apoye en el reborde de la costilla y sobre el abdomen se sitúe la derecha. Pidiéndole al paciente que inspire y que con una ligera y mantenida presión se originaria el dolor lo que caso correspondería a una prueba positiva.

También puede ser efectuada ubicando en forma de gancho la mano, considerando que la parte palmar de las últimas falanges estén en el sitio de la vesícula. Cuando existe perforación, filtración o evidencia de uno o varios abscesos, el dolor es semiológicamente diferente irradiándose a flanco y cuadrante inferior derecho. No obstante, si hay esparcimiento biliar por el espacio parietocólico el resultado es coleperitoneo, expresa (Bazire, 2012)

En cuanto al tratamiento, sostiene (Concha, 2012), que la sospecha clínica. El cuadro clínico debe sugerir la existencia de una colecistitis aguda, diferenciándose del causado por úlcera gástrica y duodenal, úlceras pépticas perforadas, cáncer de vesícula, apendicitis, pancreatitis aguda, obstrucción intestinal, cólico renal, colangitis bacteriana aguda, hepatitis aguda, Pielonefritis, neumonía lobar derecha, hígado congestivo, angina de pecho, infarto de miocardio, rotura de aneurisma aórtico, tumores o abscesos hepáticos, herpes zoster y síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

En pacientes críticos, sedados, obnubilados o con deterioro de la conciencia, ingresados en unidades de cuidados intensivos, dice (Siccardi, 2012), suele dificultarse la tipificación del cuadro sintomatológico típico, retrasando el diagnóstico y tiende a elevar la mortandad en estos pacientes (30%-50%). Debe descartarse colecistitis aguda a pacientes con estas particulares como fof, trombocitopenia, sepsis, hiperbilirrubinemia, niveles de fosfatasa alcalina altos o trastorno relacionados con insulina sin causa demostrable.

La sintomatología de la colecistitis aguda complicada expresa (Rutkowski, 2013), aparenta ser parecida a las no complicadas, por lo cual el diagnóstico comúnmente se descubre durante la cirugía o con técnica de imagen. En ciertos casos preexisten caracteres que muestran el riesgo del proceso y la presencia de complicaciones supurativas; vesícula palpable, fiebre mayor de 39°C, adinamia, escalofríos, leucocitosis marcada e inclusive inestabilidad hemodinámica.

Mientras que las analítica, en colecistitis aguda que no estén con complicaciones es usual la leucocitosis con desviación izquierda (12-15000) y que los niveles de GGT, AST, ALT, amilasa, FA, bilirrubina y PCR sean doble o triple del rango normal (Everhart, 2011), en tanto que el rx de abdomn. Apoya al clínico a descartar causas de malestar abdominal como: perforación visceral hueca, abdomen obstructivo e incluso complicaciones de colecistitis aguda como, neumobilia. Es viable que los cálculos se consigan identificar en un 20% de casos ya que poseen calcificación evidente. En ocasiones se originan precipitaciones de calcio en la pared vesicular, que suelen observarse en placa de abdomen.

La ultrasonografía, afirma (Parekh, 2012) utilizada en la valoración inicial a pacientes con sospecha de inflamación vesicular por su facilidad de uso, ofrece un diagnóstico seguro cuando es ejecutado por especialistas, cirujanos adiestrados y personal médico del servicio de emergencia. Autores como (Blaivas, 2012) señala como criterios de esta enfermedad, como cálculo en el cuello vesicular o en el cístico (difícil de reconocer), edema vesicular, que se expresa por crecida de su volumen (mayor de 5 mm), gas

intramural en forma de áreas muy reflexógenas con sombra posterior, y signo de Murphy ecográfico que el dolor al presionar el sitio vesicular.

Otros autores como (Deutsch, 2012) mencionan como signos de esta patología a vesícula con presencia de cálculos y aumento de la pared vesícula. Donde la tríada clásica: litiasis, Murphy ecográfico y pared vesicular edematizada es incuestionable de colecistitis aguda. El líquido peri vesicular, los revestimientos intraluminales, el aumento anormal de sus paredes con un anillo hiperecogénico en el espesor orienta a la presencia de gangrena vesicular; la evidencia de sombras anómalas que provienen de la pared vesicular alude la presencia de colecistitis enfisematosa.

En la gammagrafía de vías biliares, se maneja con derivados del ácido iminodiacético (HIDA, DISIDA, PIPIDA) marcados con ^{99m}Tc los mismos son eliminados por la bilis. Es específica y con sensibilidad alta en CA sospechosa. El que no se observe la imagen de la vesícula 60 minutos hora después de inyectar el radionucléido revela que el conducto cístico esta obstruido, su sensibilidad es del 80 a 90% para colecistitis aguda. Si el conducto funciona con normalidad la vesícula es observada a la media hora, señala (Ferraina, 2013) y la gammagrafía solo es utilizada en 20% de cuadros clínicos cuyo diagnóstico de colecistitis aguda mediante ecografía es confuso.

Mientras que la (TAC) y (RMN) expresa (Bazire, 2012), no es muy apropiada para la localización de cálculos no complicados, una TAC es ventajosa para el descubrimiento de complicaciones como abscesos, perforación vesicular biliar, colédoco o una pancreatitis, igualmente como para indicar dilatación biliar y neumbilia. La TAC fomentada con contraste y la colangiografía con resonancia magnética suelen ser útiles como un método no invasivo de descartar cálculos coledocianos.

En lo referente al tratamiento, expresa (Blaivas, 2012)' que existe el dx dudoso de colecistitis aguda y se procura, el ingreso hospitalario conjuntamente iniciar dieta absoluta. Requerir: hemograma, bilirrubina, amilasa, transaminasas, fosfatasa alcalina sérica, PCR, ionograma, hemocultivos, gasometría, placa de abdomen y cavidad torácica, eco abdominal, gammagrafía biliar y EKG. En situaciones necesarias colocar sonda

nasogástrica que impida generar la contracción vesicular, el íleo paralítico y la dilatación gástrica. Analgesia. Disponer de sueros salinos regidos según su estado de deshidratación o por los valores del ionograma. Este régimen resulta ser de vital importancia en aquellos pacientes con cuadro de colecistitis complicada, insuficiencia prerenal o desequilibrio hemodinámico.

La infección suele no relacionarse directamente con colecistitis aguda y, se sugiere la utilización de antibióticos, antes del diagnóstico, ya que está justificado que minimiza complicaciones supurativas, como empiema vesicular, colangitis ascendente) y las infecciosas postquirúrgicas. Si la sintomatología no es substancialmente grave, el paciente se halla estable, no es un anciano ni diabético ni padece alguna otra enfermedad, se suele administrar antibióticos hacia: k. Pneumonia, E. Coli, Enterococcus spp y

Enterobacter El régimen Cefotaxima o Ceftriaxona suele ser idóneo para contrarrestar la infección relacionada a procesos no complicados, sostiene (Concha, 2012)

La Cefotaxima se da 1 o 2 gr\8 hs endovenosa lenta diluida con 100 cc solución salina en intervalo de 50 a 60 minutos. La Ceftriaxona dosis de 1o 2 gr sea por vía venosa o también i.m diariamente. Ambas cefalosporinas actúan contra gérmenes gram+ y gram-(Klebsiella, E. Coli, Enterobacter) pero es escaso su efecto en anaerobios y Enterococo faecalis, por lo cual valdría añadir metronidazol. Amoxicilina/clavulánico (1 a 2 gr c/8h IV); asociación Piperacilina (4 g/8 horas IV) con Tazobactan (0,5 g/8 horas IV), o ampicilina más IBL (1 gr c/8h IV), que son activos hacia gérmenes que frecuentemente se descubren en CA sin complicaciones afirma (Rutkowski, 2013)

En existencia de reacción anormal a β -lactámicos, los antibióticos antes mencionados se pueden substituir por quinolonas, especialmente por ciprofloxacino (200 o 400 mg c\12 hs, VO, IV) u ofloxacino en iguales dosis. En disfunción renal, las cantidades de medicación deben reducirse y adecuarse al grado de función renal. Se puede manejar ceftazidima (1 g/12 horas) con ampicilina (500 mg c\6 horas) y metronidazol (500 mg c/8hs), declara (Takada, 2011) y cuando la sintomatología se vuelve grave (temperatura mayor de 38,5°C, peritonitis, ictericia, leucocitosis mayor de 14.000/ml, amilasa mayor 500 UI/l, bilirrubina mayor 3 mg/dl, desequilibrio hemodinámico, presencia de líquido

peritoneal libre, pared e interior vesicular ocupado por aire y su vía biliares estén dilatadas), si es anciano, diabético o que exista alguna otra enfermedad, lo más probable es que la microbiota bacteriana biliar sea heterogénea y que coexistan anaerobios, incluyendo *P. aeruginosa*, *C. perfringens*, *B. fragilis* y *Enterococcus*.

Aquí las composiciones de antibióticos anteriormente señalados pueden no ser suficientes entonces suele adaptarse diversas opciones, indica (Bazire, 2012), la combinación de Piperacilina (4 gr c/6 hs) con Tazobactan (500 mg c/6 hs) o un amino glucósido (ej. gentamicina de 3 a 5 mg/Kg/día). Combinación Imipenem/cilastatina (500 mg a 1 g c/6 hs) que es eficaz contra gram +, gram-negativos (*Klebsiella*, *E. Coli* y *Enterobacter*) anaerobios (*Clostridium*, *Bacteroides*). (Siccardi, 2012)

En cuestión de hipersensibilidad a los β -lactámicos, se emplea quinolonas (ciprofloxacino, ofloxacino) coligadas a metronidazol (1 g c/12h), y casualmente con gentamicina (3 a 5 mg/Kg/8 hs). Estos antibióticos se convienen mantener posteriormente a la cirugía durante 2 a 7 días, regidos por el progreso clínico. Cuando coexiste daño renal, la dosis de cefalosporinas, amino glucósidos y de quinolonas deben ser adecuadas a la capacidad funcional renal. (Everhart, 2011)

Cerca del 80% mejoran antes de 48 horas. No obstante, este tratamiento no excluye la iniciación del padecimiento ni tampoco impide los mecanismos que inducen las complicaciones ni evade que esta patología se reactive de forma periódica. Por tal motivo, el tratamiento concluyente de este proceso requiere de la intervención quirúrgica o de otros métodos invasivos. (Colleti, 2011)

En el tratamiento quirúrgico, la colecistectomía es el tratamiento indicado de esta patología dice (Deutsch, 2012), teniendo en consideración las condiciones del individuo y el alto riesgo que pueden adquirir distintas técnicas ya se por colecistectomía o colecistectomía laparoscópica y logra ser una de los procedimientos más sencillos o dificultosos de efectuar y ello depende del paciente en particular (ej. obesidad), inflamación e intervenciones abdominales previas.

Las conjeturas para la colecistectomía son, colecistitis aguda, crónica, litiasis asintomática, cálculos vesiculares asintomáticos mayores de 2 cm de diámetro, vesícula biliar no funcionante, vesícula biliar calcificada, tumor vesicular, portador de *Salmonella typhi* con cultivos biliares positivos y traumatismo vesicular (Canales, 2012).

Con diagnóstico ya establecido, dice (Concha, 2012), se indica la colecistectomía, y esta debe determinarse la forma y momento y debe concluirse según el estado del paciente en operación urgente o suspendida o forzosamente postergada. En la urgente debe ser realizada tan pronto como lo ceda el estado del paciente y las razones para ejecutarse son, peritonitis evidencia de absceso, fase tóxica, persistencia del dolor, temperatura mayor de 39°C, leucocito mayor a 20.000/mm³, masa abdominal apreciable, presión sistólica inferior de 90 mmHg, intestino obstruido e ictericia.

Seguido por ultra sonográficos, describe (Everhart, 2011), líquido alrededor de la vesícula, gas dentro de la vesícula, pared vesicular engrosada, pared vesicular edematizada, presencia de líquido en cavidad abdominal, Murphy ecográfico positivo, presencia purulenta a nivel pericolecístico. Cuando se elige la operación urgente, debe considerarse el riesgo quirúrgico es elevado, procurando valorar si es viable realizar colecistectomía abierta.

Por ello, sostiene (Rutkowski, 2013), que la intervención quirúrgica antes 72 horas sea por técnica abierta o laparoscópica deben tomarse precauciones. La intervención precoz juega un papel muy importante. Según estudios de meta-análisis, respaldan la colecistectomía temprana, vs las operaciones diferidas, por el período quirúrgico es corto minimiza, las recaídas y mejora biliar.

Según (Cárcamo, 2012), la intervención temprana de colecistitis aguda, en los 4 días subsiguientes al evento agudo se asocia con una reducción de laparotomía y de complicaciones postoperatorias, si se resuelve de manera inmediata por laparoscopia. A diferencia con la cirugía aplazada, mientras más rápido se la practique durante el período inflamatorio, se hará más fácil la disección debido al edema. De manera general está indicada la colecistectomía inmediata y la laparoscópica solo es realizada por el cirujano

según su experiencia; estudios randomizados controlados comparan los procedimientos tempranos con los de conducta diferida de acuerdo sus ventajas, los primeros la pérdida sanguínea es mínima, la duración quirúrgica es menor, mínimas complicaciones y permanencia hospitalaria es temporal.

Si se la realiza al mes a dos meses, señala (Ferraina, 2013) este ya con diagnóstico cuyo tiempo haya transcurrido 72 horas, debe atenderse al paciente como por vez primera, debe instaurarse un tratamiento vigilante, que incluya antibiótico y líquidos intravenosos esperando mejoría del cuadro. Transcurrido 72 horas, el proceder quirúrgico se dificulta por la inflamación lo que resulta de una disección adecuada con posibles complicaciones quirúrgicas.

(Takada, 2011), alude que si la colecistectomía es realizada en fases agudas de la colecistitis o si es efectuada por un cirujano con poca experiencia, las complicaciones y daño biliar son muy comunes. Si es agudo severo y la terapéutica iniciada, es favorable la colecistectomía puede ser realizada al mes a dos meses posteriores. No obstante si la evolución no es favorable o hay recurrencia del dolor, se procederá a colecistectomía inmediata, sin esperar a que pasen las 6 a 8 semanas. (Yoshida, 2013)

En la operación aplazada o pospuesta, sostiene (Melgarejo, 2012), que solo se la efectúa en colecistitis aguda moderada, similares a la anterior pero antecedentes de enfermedades crónicas que aumentan el compromiso quirúrgico sujetando al paciente a mejorar su enfermedad de base para poder ser intervenido en un tiempo no perjudicial con el fin de impedir que acontezca otra recurrencia de colecistitis, anteriormente se estimaba antes del mes y medio, pero actualmente se lo fija por la recuperación del paciente.

En complicaciones de colecistitis aguda, dice (Rutkowski, 2013), que se explica, la perforación, absceso pericolecístico empiema, ruptura, gangrena, fistulización 1. Colecisto, intestinal, duodenal, yeyunal, colónica, duodenocolónica, Íleo Biliar y absceso Subfrenico. En la perforación la mayor complicación de una colecistitis aguda, es que la vesícula se perfora, a causa de la isquemia con su posterior necrosis en pared vesicular

debido a cambios vasculares. Es frecuente colecistitis gangrenosas en diabéticos, ancianos, pacientes con muchas comorbilidades, y en aquellos en estado críticos.

La perforación vesicular origina el desarrollo de un absceso para vesicular que si se rompe provocaría invasión al peritoneo o penetrar en el lecho hepático, produciendo un coleperitoneo o una peritonitis purulenta dependiendo si el cístico se encuentra obstruido. Incluso se puede fistulizar a otros órganos, según en orden de afectación: duodeno, ángulo hepático del colon, estómago y yeyuno. El diagnóstico se lo realiza por presencia d aire en las vías biliares en rx directa de abdomen o cuando el contraste está dentro de la vesícula en una seriada esófago gastroduodenal o en un enema de colon, lo indica (Deutsch, 2012)

La fistula mayor riesgo y la que más complicación da es el íleo biliar que se origina por paso d uno o varios cálculos de tamaños variables desde la vesícula hacia el duodeno, que obstruye el intestino delgado distal y otros el cálculo no puede progresar obstruyendo el duodeno (síndrome de Bouveret). Su tratamiento es similar al de peritonitis generalizada (lavado peritoneal), la colecistectomía solo se efectúa si las condiciones lo permiten, pero existe un alto riesgo quirúrgico. Su mortalidad es menos de 20% dice (Colleti, 2011). En el absceso pericolecístico, sostiene (Cárcamo, 2012), es la segunda más usual. Se traduce en la recolección de material purulento cerca d la vesícula, resultado d una perforación o ruptura vesicular por dispersión de los elementos contaminantes a l pared vesicular. Tratamiento; lavado más colecistectomía.

El Hospital Dr. Gustavo Domínguez es un establecimiento de Salud Pública, construido a partir de 1967, el informe justificativo para su creación fue elaborado por los doctore Gustavo Domínguez, Director del Hospital Augusto Egas, y Gonzalo Cárdenas, Jefe de Fomento y Protección del mismo hospital, lo señala el (Jaramillo., 2012) . Inicio sus servicios al público con 36 usuarios, distribuidos en las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía, Gineco Obstetricia y Pediatría.

En la actualidad el hospital se encuentra en una intervención integral de remodelación y repotenciación para mejoramiento del servicio de salud pública. A partir del año 2012

el hospital es declarado en emergencia, lo que conlleva al proceso de remodelación y repotenciación integral, mismo que inicio con el servicio de Emergencia. En este mismo año, de acuerdo a los nuevos lineamientos del MSP se crean a nivel nacional las gerencias hospitalarias, naciendo así una nueva estructura organizacional en pro de mejorar la atención en la salud. En junio del 2012 se posesiona como el primer Gerente el Ing. Patricio Cabrera y como directora asistencial la Dra. Ligia Fernández, instaurando una nueva generación de cambios y rompiendo los paradigmas establecidos en el pasado. Se da continuidad a las obras de construcción y es así que se concluye en un primer periodo la intervención del servicio de emergencia, actualmente continua la intervención integral del hospital para mejorar su infraestructura como una de las prioridades del actual gobierno.

Teniendo como misión, prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de justicia y equidad social.

Como visión, ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

VARIABLES

Colecistitis aguda

Complicaciones de la cirugía diferida

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
COLECISTITIS AGUDA	Es la afección más común y característica de la patología de las vías biliares; es un proceso inflamatorio que se desarrolla en la pared de la vesícula biliar, siendo la complicación más frecuente de la colecistitis crónica.	Características Sociodemográficas	Grupos etarios	- Adulto joven 20 – 40 - Adultez 40 – 60 - Adulto mayores 65
			Sexo	- Masculino - Femenino
			Procedencia	- Urbana - Rural
		Diagnóstico en la historia clínica	Tipo de colecistitis	- Litiasica - Alitiásica
		Tiempo de evolución	Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico	- Menos de 48 horas - 48 – 72 horas - Mayor 72 horas

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA DIFERIDA	Escualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente quirúrgico.	Complicaciones	Post Operatorio	- Si - No
		Factores asociados a las complicaciones	Tiempo transcurrido desde el diagnostico hasta la intervención quirúrgico	- Menos de 48 horas - 48 – 72 horas - Mayor 72 horas
			Socioeconómicos	- Familiar - Económica - Medica - Institucional (Hospital)
			Antecedentes patológicos familiares	- Si - No
			Antecedentes patológicos personales	- Obesidad - Multiparidad Hipertensión arterial - Diabetes Mellitus

		Complicaciones	- Enfisematosa - Piocolecisto - Absceso vesicular - Fistulacion - Necrosis - Plastrón - Perforación vesícula	
--	--	----------------	--	--

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación retrospectiva, descriptiva, que determinó el porcentaje de pacientes que se les difiere la cirugía de colecistitis aguda; durante los meses de enero a mayo del presente año en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

ÁREA DE ESTUDIO

Área de emergencia y consulta externa de cirugía del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

UNIVERSO Y POBLACION

171 pacientes que se atendieron en el área de emergencia y consulta externa del servicio de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda durante el periodo de estudio

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que son derivados a la consulta externa después de haber egresado de la emergencia sin diagnóstico de colecistitis aguda.

Pacientes que egresaron de la emergencia con diagnóstico de colecistitis aguda y que nunca llegaron a consulta externa.

Pacientes que llegaron a la consulta externa con diagnóstico de colecistitis aguda con referencia del primer nivel de salud.

FUENTE DE INFORMACION

Primaria: Departamento de Estadística del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

Secundaria: historias clínicas.

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS

Los datos se expresaran en frecuencia, porcentaje, promedios y se graficaran datos estadísticos obtenidos didácticamente a través de: tablas, pasteles columnas entre otras.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

GUIA DE OBSERVACION (ver anexos)

HISTORIAS CLINICAS

102 historias clínicas de pacientes que se encuentran registrados en la consulta externa de cirugía del Hospital Dr. Gustavo Domínguez.

RECURSOS INSTITUCIONALES

Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

Departamento de estadística del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

RECURSOS HUMANOS

Investigadores: Aliati Soledispa Carlos Javier

Tumbaco Mera Karen Denisse

Personal que conforma el tribunal de seguimiento, análisis, evaluación y Calificación de tesis.

RECURSOS FÍSICOS

Papel bond

Bolígrafo

Lapiceros

Computadora

Internet

Dispositivo USB

Tinta de impresora

Teléfono

Textos

Revistas

Recargas telefónicas

Transporte

RECURSOS ECONÓMICOS

El gasto económico de la investigación en su totalidad será solventado por los autores.

TRABAJO DE CAMPO

Organización, y revisión crítica de la información recolectada.

Tabulación de los resultados, mediante una base de datos computarizada y el programa Excel 2010.

TIEMPO DE EJECUCIÓN

El tiempo estimado fue aproximadamente “Enero – Mayo 2016”.

ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos obtenidos se aplicó la estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencia de cada una de las variables evaluadas y de sus posibles combinaciones.

TABULACIÓN

Se lo realizó en forma manual y posterior se analizaron con el programa Excel 2010.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para la presentación de los resultados de esta investigación se utilizaron tablas en base a los datos de las variables recogidos y luego fueron graficadas en columnas 3D, normales, horizontales y pasteles.

ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

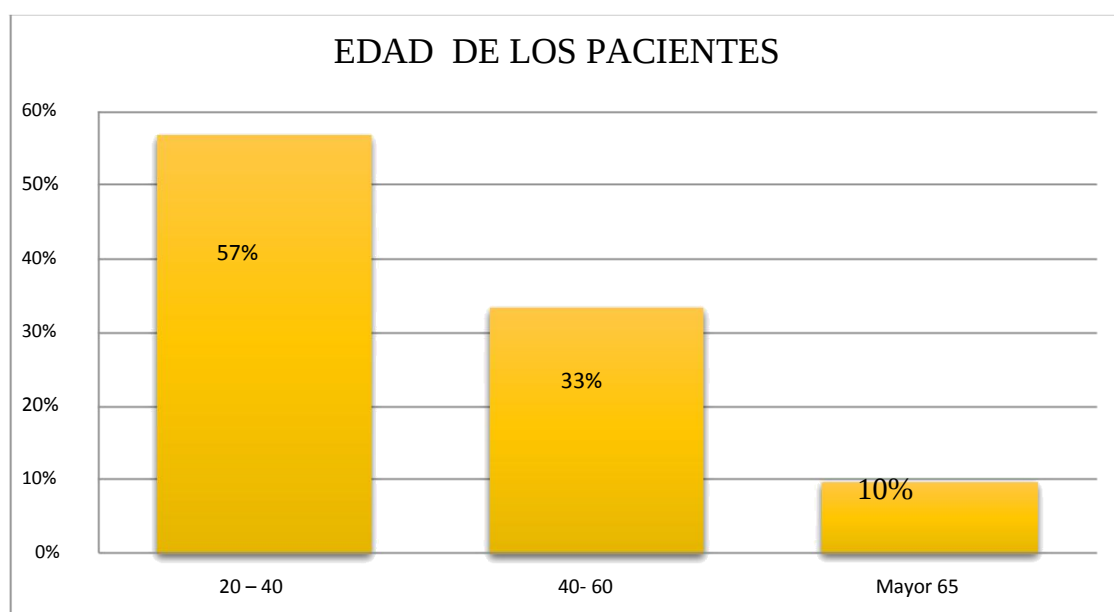
La realización del estudio fue efectuado en todo momento de acuerdo a las normas de buena práctica, el protocolo fue revisado, aprobado y defendido por el personal que conforma el tribunal de seguimiento, análisis, evaluación y calificación de tesis.

Los investigadores obtuvieron de cada informe el consentimiento para este estudio, fechado y firmado antes de la inclusión en el estudio. Con la autorización pertinente de las autoridades del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano para la revisión de las historias clínicas de los pacientes dentro del estudio.

ANALISIS E INTERPRETACION DE

Grafitabla N° 1. Edad de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 – 40	58 34 10	57% 33% 10%
40- 60		
Mayor 65		
TOTA	102	100%



Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

Del 100% de pacientes estudiados la mayoría se encuentra entre los 20 - 40 años como edad media para desarrollar colecistitis aguda, así lo señala la Organización Mundial de la salud (OMS., 2014), que en la actualidad las edades con mayor predominio son aquellas en etapas productivas, en el cual se convergen varios factores en el cual aparece como complicación de una colecistolitiasis y los casos restantes se produce en ausencia de cálculos, pero se producen como consecuencia de la obstrucción del cístico por un cálculo en presencia de bilis sobresaturada.

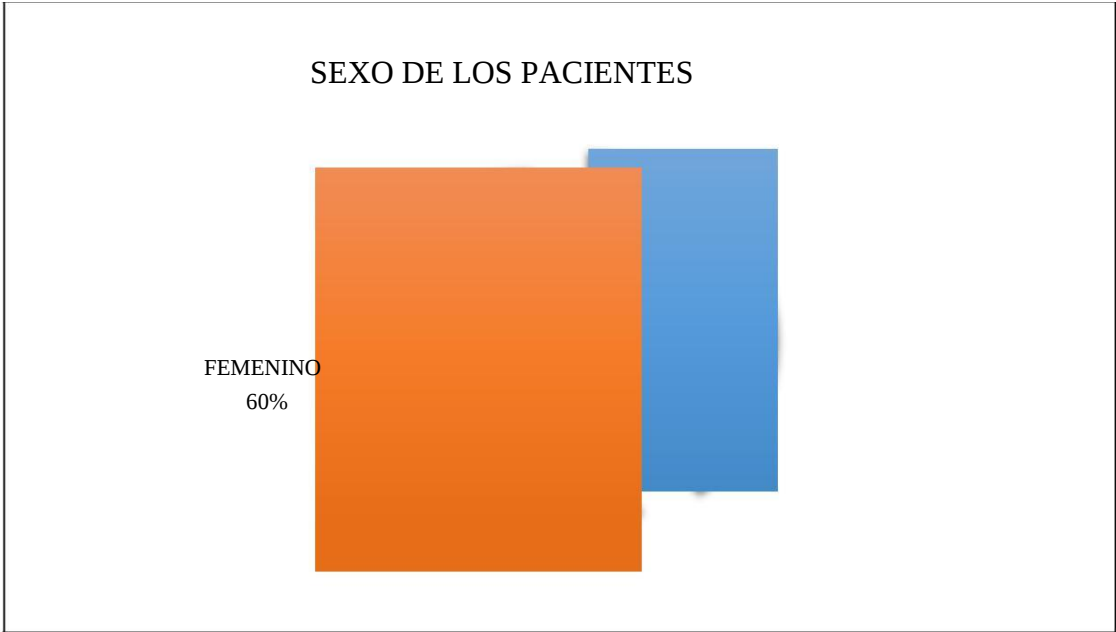
Grafitabla N° 2. Sexo de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	40	40%
FEMENINO	60	60%

PORCENTAJE %

MASCULINO
40%

TOTAL	100	100%
-------	-----	------



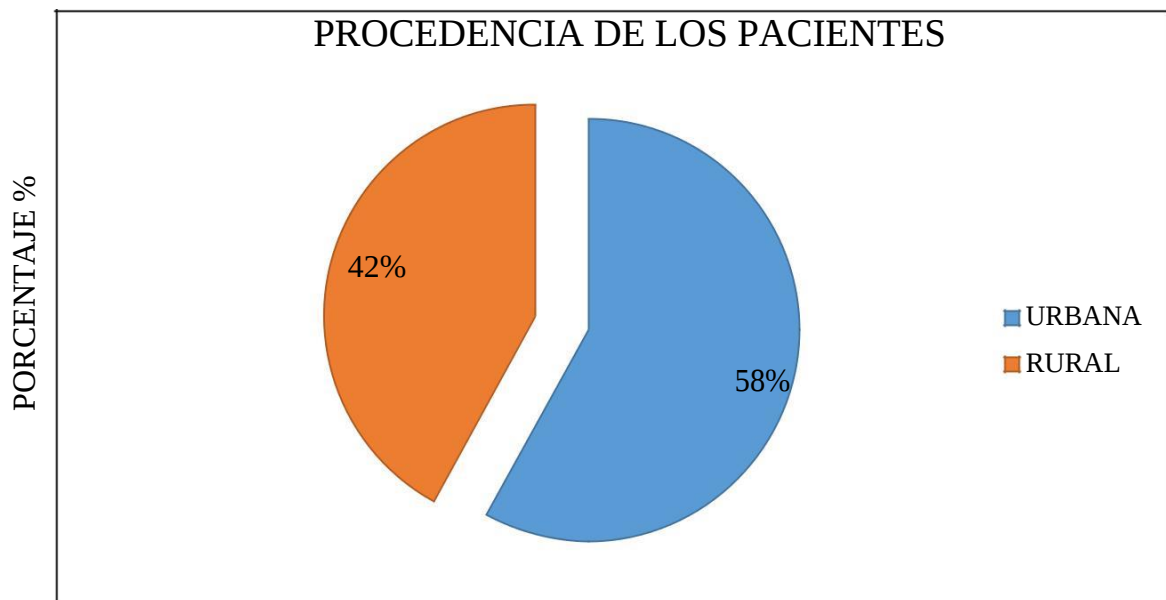
Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

El mayor número de ingreso a emergencias y consulta externa correspondió al sexo femenino, pudiendo estar relacionado con el hecho de que las mujeres tienden mayor riesgo de sufrir cálculos biliares por los siguientes factores de riesgo: ser mujer, embarazos, terapia hormonal, obesidad, bajar o subir de peso rápidamente, entre otros. Debido a que existe una mayor incidencia en mujeres que en hombres, llegando en algunos países en 10 a 1 de mujeres a hombres, Donde de acuerdo al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP., 2014), se consideran factores predisponentes el hecho de ser mujer esto debido a las hormonas estrogénicas, ya que estas aumentan las proteínas de baja densidad al igual que las proteínas de muy baja densidad y el colesterol en el jugo biliar.

Grafitabla N° 3. Procedencia de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	58	58%
RURAL	42	42%
TOTAL	100	100%



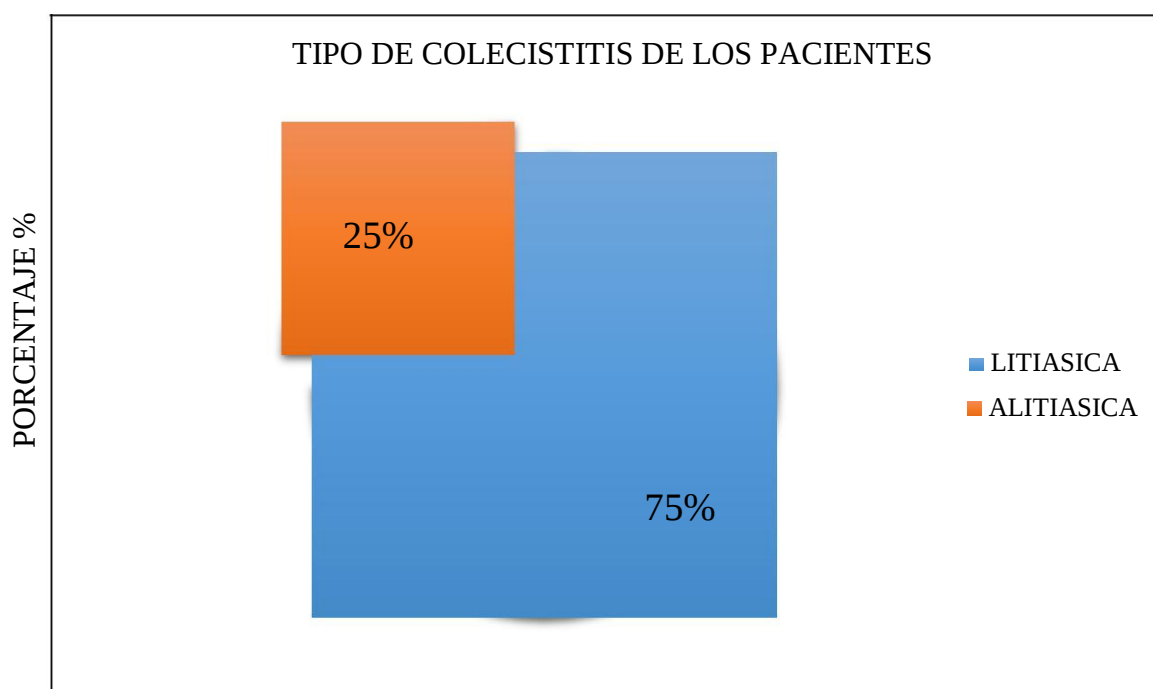
Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

El mayor número de ingreso a emergencias y consulta externa correspondió la procedencia Urbana en un 58%, de los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda. Por lo que esta patología, advierte (Yoshida, 2013), que es de origen multifactorial, donde los períodos hipotensivos, pacientes politraumatizados, así como en los sometidos a cirugía muy agresiva y en los tratados con fármacos inotropos por hipotensión arterial, pueden tener un papel patogénico.

Grafitabla N° 4. Causa más común de colecistitis de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

TIPO DE COLECISTITIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LITIASICA	75	75
ALITIASICA	25	25
TOTAL	100	100



Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

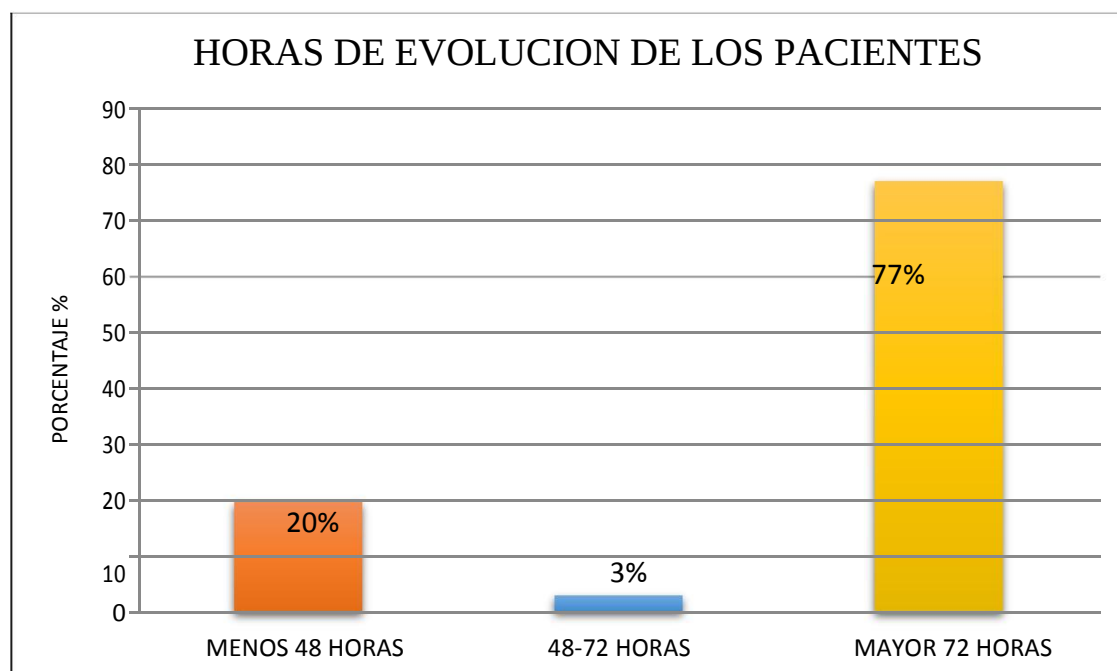
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

La mayoría de pacientes atendidos en la emergencia y consulta externa del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano con diagnóstico de colecistitis aguda, presentan etiología más común una colecistitis litiasica. Evidenciando que las infecciones biliares tienen una alta incidencia debido a la elevada prevalencia de la colecistolitiasis, se dice que el 90 al 95% de las colecistitis agudas tienen este origen, dejando solo un 5-10 % para las de origen alitiásico, confirma (Parekh, 2012)

Grafitabla N° 5. Horas de evolución del cuadro de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

HORAS DE EVOLUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS 48 HORAS	20	20%
48-72 HORAS	3	3%
MAYOR 72 HORAS	77	77%
TOTAL	100	100%



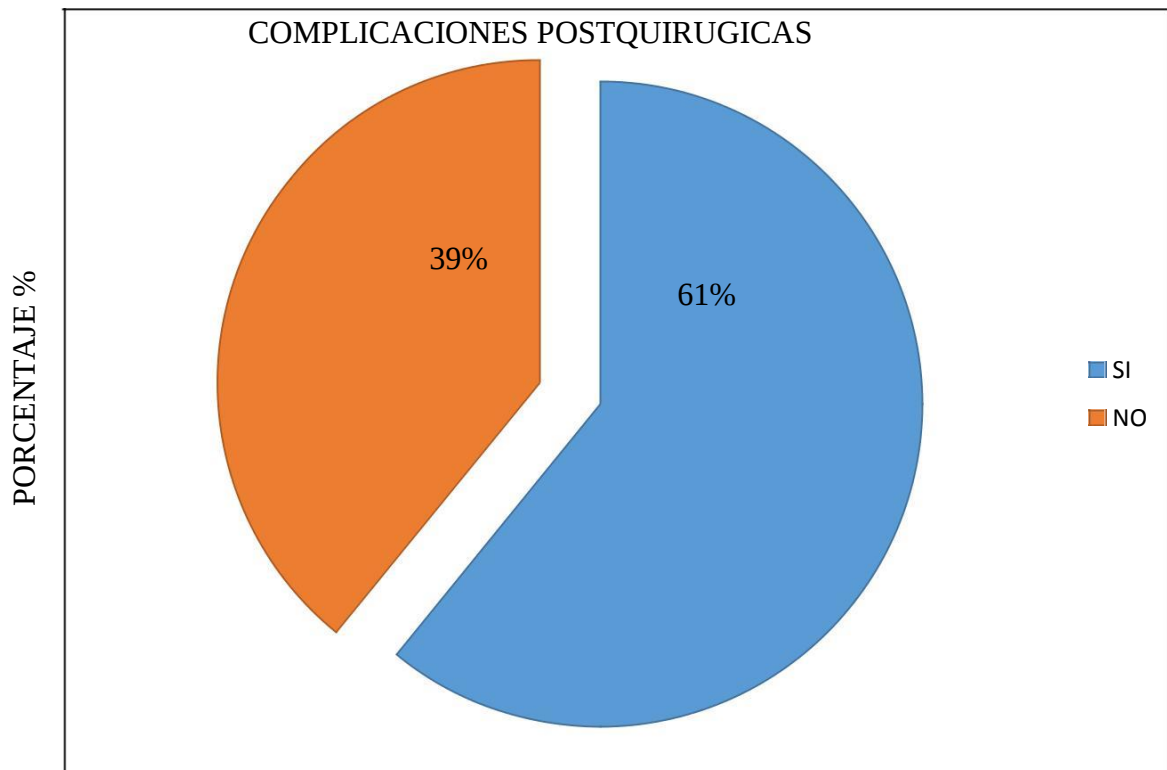
Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

La mayoría de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda han presentado horas de evolución mayor a 72 horas, por lo cual esto conlleva a un gran porcentaje de presentar complicación en la cirugía. Por ello cerca del 80% mejoran antes de 48 horas. No obstante, este tratamiento no excluye la iniciación del padecimiento ni tampoco impide los mecanismos que inducen las complicaciones ni evade que esta patología se reactive de forma periódica. Por tal motivo, el tratamiento concluyente de este proceso requiere de la intervención quirúrgica o de otros métodos invasivos. (Colleti, 2011)

Grafitabla N° 6. Existen complicaciones postquirúrgicas en los pacientes sometidos a colecistectomía después del diagnóstico de colecistitis aguda del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	62	57%
NO	40	33%
TOTAL	102	100%



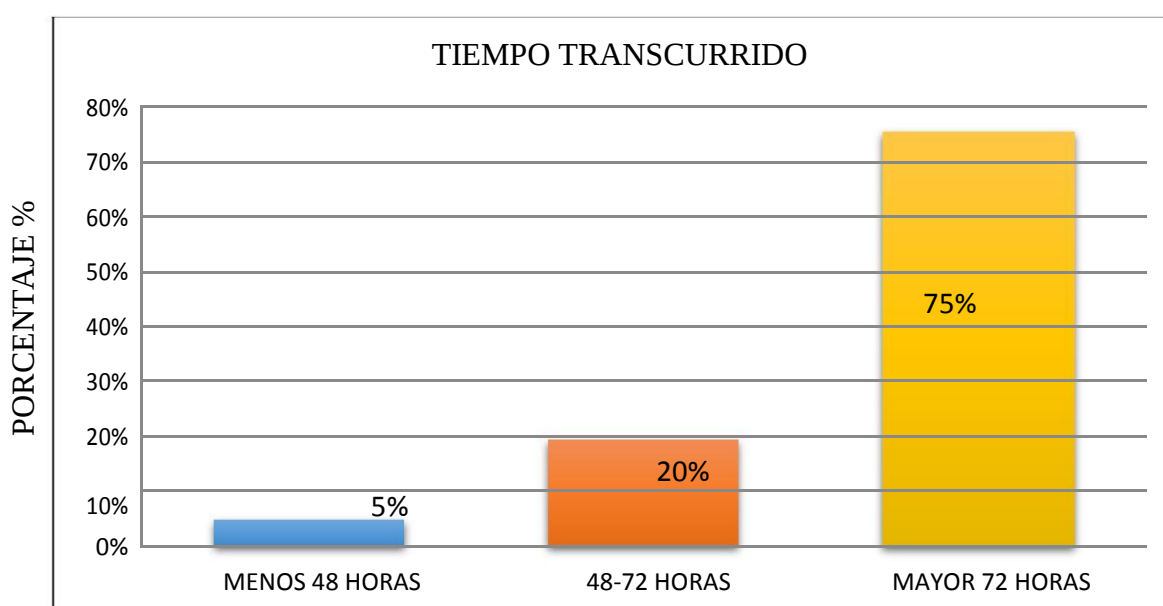
Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

Del 100% de pacientes estudiados la mayoría presentó complicaciones postquirúrgicas. Por ello en complicaciones de colecistitis aguda, dice (Rutkowski, 2013), que se explica, la perforación, absceso pericolecístico, empiema, ruptura, gangrena, fistulización 1. Colecisto, intestinal, duodenal, yeyunal, colónica, duodenocolónica, Íleo Biliar y absceso Subfrenico. En la perforación la mayor complicación de una colecistitis aguda, es que la vesícula se perfora, a causa de la isquemia con su posterior necrosis en pared vesicular debido a cambios vasculares. Es frecuente colecistitis gangrenosas en diabéticos, ancianos, pacientes con muchas comorbilidades, y en aquellos en estado críticos.

Grafitabla N° 7. Tiempo transcurrido desde el diagnostico en la emergencia hasta la intervención quirúrgica en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

TIEMPO TRANSCURRIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS 48 HORAS	5	5%
48-72 HORAS	20	20%
MAYOR 72 HORAS	77	75%
TOTAL	102	100%



Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

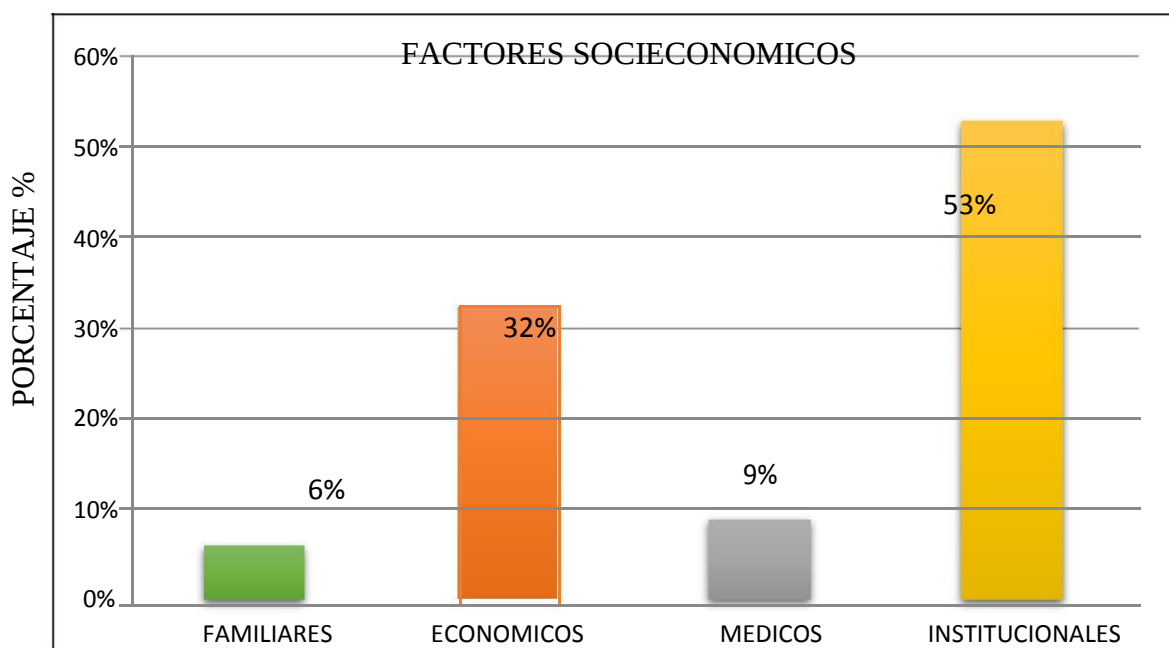
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

El mayor número de ingreso a emergencias y consulta externa correspondió al sexo femenino, pudiendo estar relacionado con el hecho de que las mujeres tienden mayor riesgo de sufrir cálculos biliares por los siguientes factores de riesgo: ser mujer, embarazos, terapia hormonal, obesidad, bajar o subir de peso rápidamente, entre otros. Por ello con diagnóstico ya establecido, dice (Concha, 2012), se indica la colecistectomía, y esta debe determinarse la forma y momento y debe concluirse según la estado del paciente en operación urgente o suspendida o forzosamente postergada

Grafitabla N° 8. Factores socioeconómicos que estan asociados a las complicaciones post colecistectomía del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

FACTORES SOCIOECONOMICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIARES	6	6%
ECONOMICOS	33	32%
MEDICOS	9	9%
INSTITUCIONALES	54	53%
TOTAL	102	100%



Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

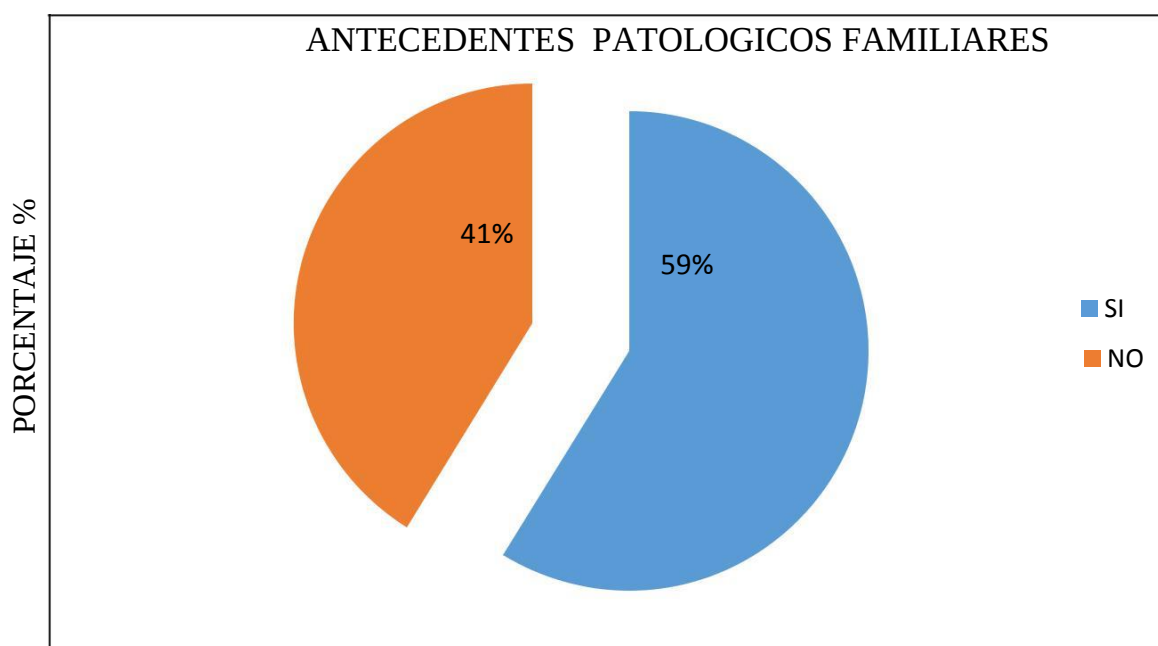
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

El factor socioeconómico que está más asociado a las complicaciones postquirúrgicas son los institucionales en un 53%, evidenciando que la colecistitis aguda, dice (Álvarez, 2012), es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro medio e indiscutiblemente vinculada a la litiasis, donde los factores que generan que se difiera su cirugía son motivo de investigación ya que si no son tratados a tiempo desarrollan varias complicaciones con el transcurso desde su clínica hasta su cirugía trayendo consigo problemas en lo económico, familiar y en la salud del paciente.

Grafitabla N° 9. Antecedentes patológicos familiares de colecistitis aguda en los pacientes atendidos en la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	60	59%
NO	42	41%
TOTAL	102	100%



Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.

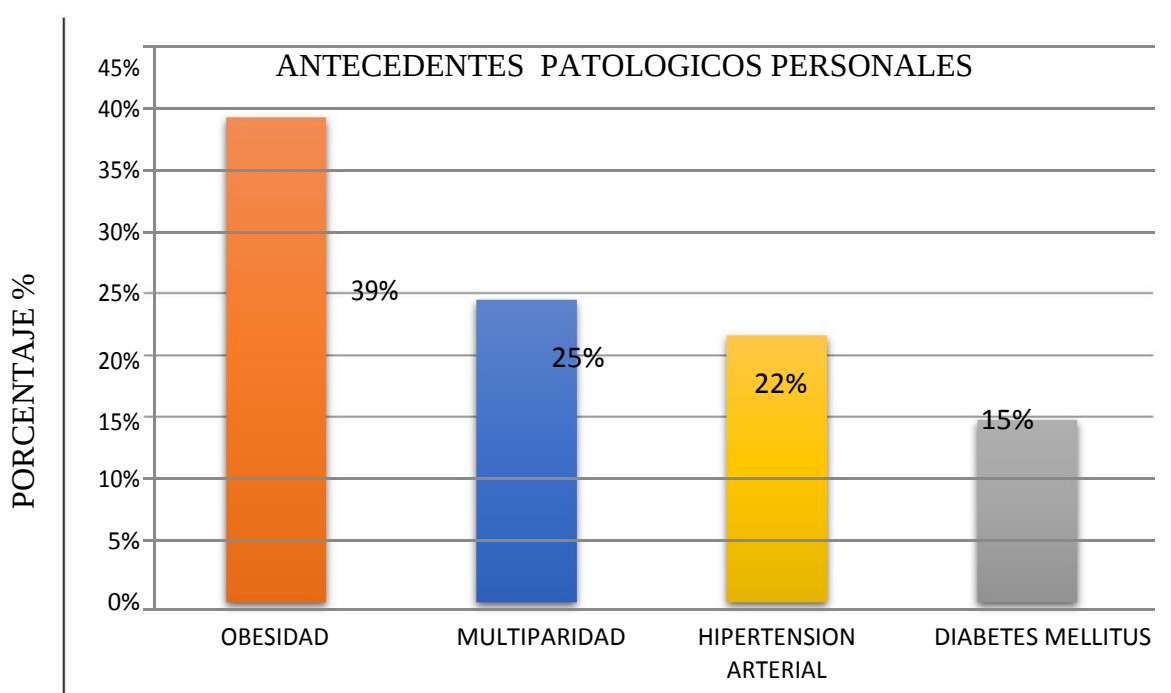
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

La mayoría de pacientes sometidos a colecistectomía presentan antecedentes familiares de personas con colecistitis aguda en un 59%. Atendidos en la consulta externa del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano. En lo referente al cuadro clínico, sostiene (Concha, 2012), que generalmente los pacientes refieren con anterioridad dispepticas por ingesta de colecistoquinéticos o de cólicos vesiculares. Menos del 40%, la sintomatología de colecistitis aguda es la primera causa de consulta del paciente. Generada inmediatamente después de una comida copiosa. Siendo el dolor el síntoma más constante y progresivo, localizado en el hipocondrio derecho, ya que cuando la vesícula se distiende más, comprometiendo el peritoneo parietal, lo que incrementa el dolor en esta área.

Grafitabla N° 10. Antecedentes patológicos personales de los pacientes atendidos en la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OBESIDAD	40	39%
MULTIPARIDAD	25	25%
HIPERTENSION ARTERIAL	22	22%
DIABETES MELLITUS	15	15%
TOTAL	102	100%



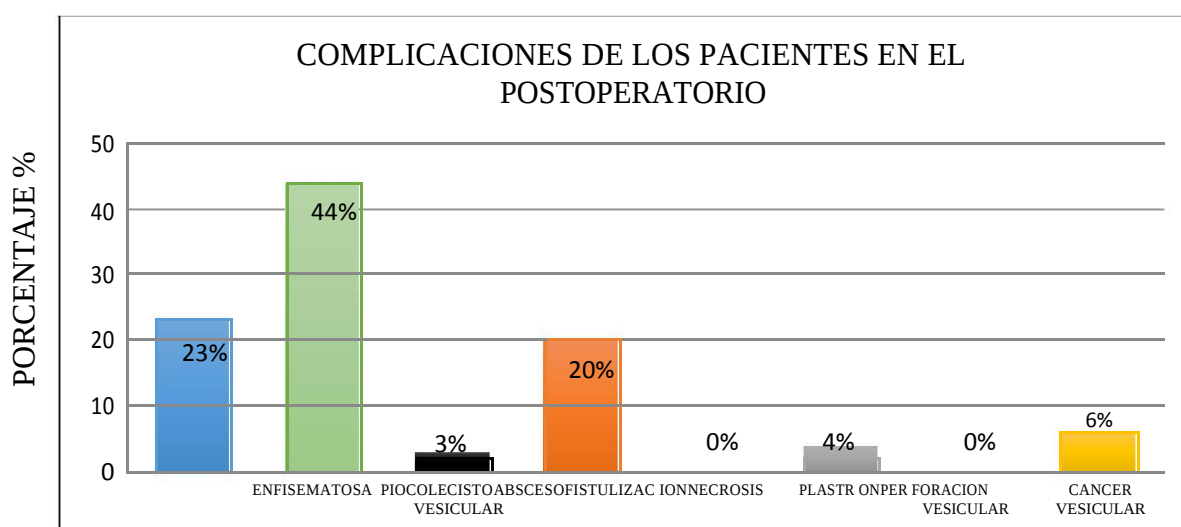
Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

La mayoría de pacientes presentan diagnóstico de colecistitis aguda son obesos en un 39% un factor importante que predispone complicaciones postquirúrgicas. En la operación aplazada o pospuesta, sostiene (Melgarejo, 2012), que solo se la efectúa en colecistitis aguda moderada, similares a la anterior pero antecedentes de enfermedades crónicas aumentan el compromiso quirúrgico sujetando al paciente a mejorar su enfermedad de base para poder ser intervenido en un tiempo no perjudicial con el fin de impedir que acontezca otra recurrencia por la recuperación del paciente.

Grafitabla N° 11. Horas de evolución del cuadro de los pacientes atendidos en la emergencia y la consulta externa de cirugía con diagnóstico de colecistitis aguda del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano Enero-Mayo 2016.

COMPLICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFISEMATOSA	23	23%
PIOCOLECISTO	44	44%
ABSCESO VESICULAR	3	3%
FISTULIZACION	20	20%
NECROSIS	0	0%
PLASTRON	4	4%
PERFORACION VESICULAR	0	0%
CANCER VESICULAR	6	6%
TOTAL	102	100%



Fuente: Historias clínicas Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano.
Elaboración: Aliati Soledispa Carlos y Tumbaco Mera Karen.

Análisis e Interpretación

La mayoría de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda a los cuales se les ha diferido la cirugía, han presentado como complicación más común la piocolecisto en un 44%, por lo cual esto conlleva a un gran porcentaje de presentar complicación en la cirugía diferida después de las 72 horas. En el tratamiento quirúrgico, la colecistectomía es el tratamiento indicado de esta patología dice (Deutsch, 2012), teniendo en consideración las condiciones del individuo y el alto riesgo que pueden adquirir distintas técnicas ya sea por colecistectomía o colecistectomía laparoscópica y logra ser una de los procedimientos más sencillos o dificultosos de efectuar y ello depende del paciente en particular (ej. obesidad), inflamación e intervenciones abdominales previas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se establecen las siguientes conclusiones:

Acorde al primer objetivo, el cual identificó las características sociodemográficas de la población en estudio, se determinó que el 100% de pacientes estudiados la mayoría se encuentra entre los 20 - 40 años, de ellos el 60% correspondieron al género femenino y el 40% masculino, donde el 58% provino del sector urbano.

Con respecto al segundo objetivo, el cual estableció el porcentaje de pacientes que se les difiere la cirugía de colecistitis aguda, se pudo observar que el 75% tuvo la patología más común es la litiasica y el 77% presentaron horas de evolución mayor a 72 horas, por lo cual esto conlleva a un gran porcentaje de presentar complicación en la cirugía y el 100% de pacientes estudiados la mayoría presento complicaciones postquirúrgicos, siendo el tiempo de estancia hospitalaria mayor de 72 hora así lo estableció el 75% y el 53% atribuyó a institucionales.

En el cuarto objetivo se establecieron las complicaciones más frecuente de la cirugía diferida, el cual se debió a antecedentes patológicos familiares con el 59% y la mayoría de pacientes presentan diagnóstico de colecistitis aguda son obesos en un 39% un factor importante que predispone complicaciones postquirúrgicas a los cuales se los ha diferido la cirugía, han presentado como complicación más común la piocolecisto en un 44%, por lo cual esto conlleva a un gran porcentaje de presentar complicación en la cirugía diferida después de las 72 horas.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones emitidas, se recomienda:

Al Ministerio de Salud Pública

Que las programaciones de las cirugías sean realizadas por el personal especializado.

Capacitación al personal de emergencia y consulta externa sobre esta problemática.

Al Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano

Promover el diagnóstico oportuno de colecistitis aguda y colecistectomía temprana para evitar complicaciones como piocolecisto sobre todo en el género femenino.

Al Personal de salud

Ante la sospecha clínica de colecistitis aguda por más de 48 horas realizar urgentemente tratamiento quirúrgico y monitorizar estrechamente a los pacientes cuya ecografía presente signo de inflamación en obstrucción.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Año	2016																				2017			
Meses	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero			
Actividades semanales	1	2	3	4	1	1	2	3	4	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Aprobación del Proyecto.																								
Primera Reunión: Revisión de antecedentes, justificación, planteamiento del problema, y objetivos generales y específicos.																								
Segunda Reunión: Revisión de criterios de inclusión, exclusión, Operacionalización de las variables y diseño metodológico.																								
Tercera Reunión:																								
Presentación del Primer borrador del Informe final																								
Presentación de correcciones																								
Entrega de Tesis																								

PRESUPUESTO ECONÓMICO

ITEMS VALOR	UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Copias	0.05	300	\$15.00
Horas de Internet	0.85	100	\$85.00
Revistas científicas	12.00	2	\$24.00
Refrigerio	2.00	50	\$100.00
Impresión Colores	0.70	50	\$35.00
Impresión B/N	0.40	90	\$36.00
CD	1.75	4	\$7.00
Papel bond	0.02	500	\$10.00
Bolígrafo	0.25	3	\$0.75
Lápiz de papel	0.35	2	\$0.70
Dispositivo USB	14.00	1	\$14.00
Tinta de impresora	25.00	4	\$100.00
Textos		9	
Recargas telefónicas	3.00	15	\$45.00
Transporte			\$100.00
Imprevistos			\$30.00
TOTAL			\$600.45

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Álvarez. (2012). *Patología Biliar aguda*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana.
- Bazire. (2012). *Estrategias para el Diagnóstico y tratamiento de colecistitis colelitiasis aguda*. Reino Unido: Editorial Quay Books.
- Blaivas. (2012). *Utilidad diagnóstica del ultrasonido en el área de emergencias en pacientes con sospecha de Colesistitis Aguda*. Santa Fé de Bogotá, Colombia: Editorial Interamericana. Emergencias Médicas.
- Canales. (2012). *colecistopatía de tipo séptico*. Madrid, España: Editorial Campbell.
- Cárcamo. (2012). Hipertonía muscular por hipersensibilidad y defensa. *Revista Médica de Honduras*, Pá, 32-33.
- Colleti.(2011). *Ecografía en tiempo real en sospecha de colecistitis aguda.Evaluación prospectiva de signos primarios y secundarios*. México D.F.: Editorial Labor.
- Concha. (2012). *Dispépticas por ingesta de colecistoquinéticos o de cólicos vesiculares*. Cali, Colombia: Hospital Universitario de Cali.
- Deutsch. (2012). *colecistitis aguda* . Madrid, España: Ediciones Jam Academia.
- Everhart. (2011). *Prevalencia y diferencia étnicas en enfermedades de la vesícula en los Estados Unidos*. USA: Ediciones Medical Clinical Gastreontologic.
- Ferraina. (2013). *Infecciones de la Vía Biliar. Cirugía de Michans*. Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo.
- Fumihiko. (2011). *Diagnóstico y Tratamiento de la Colistitis aguda*. Tokio: Editorial Epringer.
- Jaramillo. (2012). *El Hospital Dr. Gustavo Domínguez*. Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador: Hospital Dr. Gustavo Domínguez.
- Kelley. (2011). *Tratado de Medicina Interna*. México D.F.: Editorial Panamericana.
- Madrazo. (2012). *Antibiotic dosing in renal failure*. UAS: Clin North América.
- Melgarejo. (2012). *Urgencia Médicas Digestivas*. Málaga, España: Editorial Espasa.
- MSP. (2014). *Estrategias para el Diagnóstico y tratamiento de colecistitis colelitiasis aguda*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Naranjo. (2011). *Enfermedades del aparato digestivo*. Madrid, España: Editorial Idepsa.
- OMS. (2014). *Urgencias Médicas Digestivas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

- Parekh. (2012). *Surgical management of biliary gallstone disease during pregnancy*. USA: Am J Surg.
- Royers. (2011). *Hígado y páncreas*. México D.F.: Editorial El Ateneo. Biblioteca de Semiología.
- Rutkowski. (2013). *Cuadro clínico en pacientes con colecistitis aguda*. Madrid, España: Edicion Jama.
- Siccardi. (2012). *Colecistitis Aguda*. Buenos Aires, Argentina: Prensa Médica.
- Takada. (2011). *Estrategias para el diagnóstico y tratamiento de colecistitis colelitiasis aguda*. Tokio: Editorial Springer.
- Yoshida. (2013). *Antimicrobial Therapy for acute Cholecystitis*. Tokio Guidelines: Editorial Hepatobiliary Pancreat Surg.

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



TRABAJO DE TITULACIÓN
HOJA GUÍA PARA RECOLECCION DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS
DE LA INVESTIGACIÓN

1. Grupos etarios

Adulto joven 20 – 40

Adultez 40 – 60

Adultos mayores 65

2. Sexo

Masculino

Femenino

3. Procedencia

Urbana

Rural

4. Tipo de

colecistitis Litiasica

Alitiásica

5. Horas de evolución de la enfermedad hasta que se hace el
diagnostico Menos de 48 horas

48 – 72 horas

Mayor a 72 horas

6. Complicaciones Post Operatorio

Si

No

7. Tiempo transcurrido desde el diagnostico hasta la intervención quirúrgico Menos de 48 horas

48 – 72 horas

Mayor a 72 horas

8. Socioeconómicos

Familiar

Económica

Medica

Institucional (Hospital)

9. Antecedentes patológicos familiares

Si

No

10. Antecedentes patológicos

personales Obesidad

Multiparidad

Hipertensión arterial

Diabetes Mellitus

11. Complicaciones

Enfisematosa

Piocollecisto

Absceso vesicular

Fistulacion

Necrosis

Plastrón

Perforación vesicular

FODA

FORTALEZA

- El Hospital Dr. Gustavo Dominguez Zambrano, atiende a pacientes de todas partes de la provincia.
- Cuenta con el espacio físico y personal de salud especializado para la atención integral a los pacientes de emergencia .

OPORTUNIDAD

- Se cuenta con personal médico especializado en la rama de cirugía de medicina.
- Es dotado de recursos e insumos médicos por parte del Ministerio de Salud Pública.
- Esta unidad tiene convenio con otras unidades de salud para efectuar pruebas de diagnóstico adicionales y transferencias en casos necesarios.

AMENAZAS

- Demanda de pacientes en los servicios especializados que obligan a consultas máximo 15 minutos.
- Atención especializada individualizada a pacientes pluripatológicos por médicos tratantes.

DEBILIDAD

- La no disponibilidad del centro quirúrgico casi la mayoría de veces.

