

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, QUIRÚRGICAS Y COMPLICACIONES EN PACIENTES
SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL II "GUSTAVO LANATTA
LUJAN" - HUACHO. AGOSTO 2012 A JULIO 2013**

TESIS

Presentada por:

Bach. Diana Lizet Cruz Condori

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

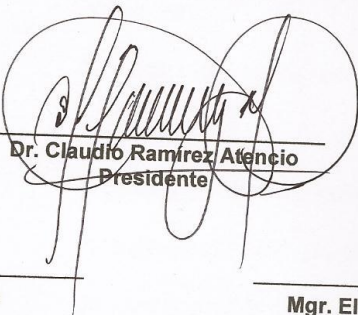
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, QUIRÚRGICAS Y COMPLICACIONES
EN PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL
DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL II
"GUSTAVO LANATTA LUJAN" - HUACHO. AGOSTO 2012
A JULIO 2013**

TESIS

Presentada por:
Bach. DIANA LIZET CRUZ CONDORI

Para optar el Título Profesional de:
MÉDICO CIRUJANO


Aprobado por _____, ante el siguiente Jurado:



Dr. Claudio Ramirez Atencio
Presidente



Mgr. Edgard Carpio Olin
Jurado



Mgr. Elfren Liendo Liendo
Jurado



Dra. Doris Chumpitaz Quispe
Asesora

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a las personas que me apoyaron incondicionalmente y enseñaron a ser crecer como persona, me reconfortaron y dieron ánimos para seguir adelante en este camino.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco Dios, por brindarme Salud y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante en mi formación profesional. A mis padres, por apoyarme en todo momento, por su motivación constante y sus palabras de aliento. A Mis maestros, por su tiempo y dedicación, por enseñarme e incentivar me en mi formación profesional. Gracias. Por haberme apoyado a lograr este sueño.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentos	3
1.2. Antecedentes	6
1.3. Formulación del problema.....	10
1.4. Finalidad.....	11
1.5. Justificación e importancia	11
1.6. Limitaciones del problema.....	12

CAPÍTULO II

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1. Objetivos Generales.....	13
2.2. Objetivos específicos	13

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos generales y definiciones.....	15
--	----

CAPÍTULO IV

VARIABLES E INDICADORES

4.1. Tipo de variables.....	56
4.2. Operacionalizacion de variables	57

CAPÍTULO V

METODOLOGIA Y MATERIALES

5.1. Método empleado	59
5.2. Población	60
5.3. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	60

5.4. Recolección de Datos	61
5.5. Análisis de Información	61

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Resultados	63
------------------	----

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN

Discusión.....	94
----------------	----

CONCLUSIONES	109
--------------------	-----

RECOMENDACIONES	111
-----------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
----------------------------------	-----

ANEXOS	117
--------------	-----

RESUMEN

La Colectomía de Urgencia es un problema vigente en nuestra actualidad, debido a que hoy en día la afección por cálculos biliares es uno de los problemas más comunes que afecta en nuestro medio. Se evaluaron un total de 105 pacientes hospitalizados aplicando los criterios de inclusión y exclusión. La edad más afectada fue de 31-45 años, predominando el sexo femenino, la principal comorbilidad fue el sobrepeso/obesidad. Sólo un 13,3% tuvo antecedente de cirugía de abdomen previa, el tiempo de enfermedad fue en su mayoría <24 horas, Refiriendo dolor en hipocondrio derecho, y las náuseas/vómitos como síntomas principales.

En las características quirúrgicas más frecuentes fue incisión subcostal derecha, el abordaje fue mixto, un tamaño vesicular incrementado y la presencia de múltiples litos.

Las complicaciones intraoperatorias se presentaron en un 10,5%, mientras que las post-operatorias fueron en 31%, entre las que destacaron: infección de sitio operatorio, biliperitoneo.

PALABRAS CLAVES: Colectomía convencional, colectomía de urgencia

ABSTRACT

Emergency cholecystectomy is an ongoing problem in our present, because today gallstone disease (main display) is one of the most common problems that affect our environment. A descriptive, retrospective, cross-sectional study. A total of 105 hospitalized patients were evaluated by applying the inclusion and exclusion criteria.

The most affected age was 31-45 years , predominantly female , the main comorbidity was overweight / obesity. Only 13.3% had a history of prior abdominal surgery , sick time was mostly <24 hours, Referring right upper quadrant pain , and nausea / vomiting as primary symptoms .

In the most frequent surgical characteristics was right subcostal incision, the mixed approach was an increased vesicular size and the presence of multiple stones .

Intraoperative complications occurred in 10.5% , while postoperative were 31% , among which highlighted: surgical site infection , biliperitoneo .

KEYWORDS: conventional cholecystectomy, emergency cholecystectomy

INTRODUCCION

La Colelitiasis es sin duda una de las principales patologías en nuestra sociedad y muy frecuente en nuestro medio, como lo demuestran algunos estudios realizados.

El propósito de este estudio surge por el constante aumento de pacientes sometidos a colecistectomías de urgencia en el servicio de cirugía del Hospital II “Gustavo Lanatta Luján” de Huacho.

Hoy en día su alta incidencia la ubica como un problema de salud pública en virtud de que forma parte de las principales causas de intervención quirúrgica a nivel mundial, por ello es que este trabajo busca contribuir al estudio de las principales características clínicas, quirúrgicas y complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía de urgencia, que influyen en la calidad de vida del paciente.

Además tenemos el propósito de conocer los aspectos epidemiológicos característicos relacionados a esta patología, así como la necesidad de contar con datos que nos muestren la verdadera frecuencia de las complicaciones en los pacientes sometidos a esta intervención quirúrgica.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentos

La Colectomía de Urgencia es un problema vigente en nuestra actualidad, debido a que hoy en día la afección por cálculos biliares (colecistitis) es uno de los problemas más comunes que afecta el tubo digestivo. Teniendo una prevalencia del 11 al 36% de la población en general. (1)

La litiasis biliar es una de las enfermedades más frecuentes que aquejan a la población adulta, especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro, donde es una causa frecuente entre las afecciones quirúrgicas atendidas en los hospitales de nuestro país. (2)

Su frecuencia es mucho más elevada en la mujer que en el hombre; aparece más comúnmente en la edad media de la vida, sobre todo a partir de los 40 años en este género. (1)

Se estima que la incidencia a nivel mundial oscila entre 5.9% y 21.9%, con grandes variaciones geográficas y regionales. Entre 20 a 25 millones de americanos adultos tienen cálculos biliares, constituyendo la enfermedad más frecuente del tracto biliar, los indios americanos tienen una prevalencia alta que va del 60 – 70%. En España se han publicado estudios que la sitúan en un 9.7%; Latinoamérica es una región de alta prevalencia, los indios mapuches de Chile, tienen una prevalencia reportada de 49,4% para las mujeres y 12,6% para hombres. (3)

De los pacientes diagnosticados normalmente en un servicio de urgencias de colecistitis aguda el 50% presentan síntomas 48 horas antes del ingreso, la manifestación clínica predominante es el dolor abdominal que se suele localizar en el 90% de los pacientes en hipocondrio derecho, llegando a

su máxima intensidad a las 48 horas, acompañándose de náuseas, vómitos y fiebre. (4)

Han pasado varios siglos, desde que John Stough Bobbs (1809 a 1870), cirujano de Pensilvania que estuvo presente en la Guerra Civil, pionero en la operación de la vesícula biliar humana, practicara la primera colecistectomía en el año 1867. (5)

Hoy en día, la colecistectomía es el tratamiento quirúrgico para dicha patología, tanto laparoscópicamente, como de manera convencional, de manera electiva o de urgencia.

En nuestro país a pesar de los avances, la cirugía tradicional o convencional, continúa siendo muy usada, sobre todo en casos de urgencia, El abordaje laparoscópico, usado aproximadamente en el 75% de los casos, es actualmente considerado como el Gold standard para el manejo de la enfermedad litiásica asintomática. (6)

La colecistectomía convencional de urgencia continua siendo el procedimiento Gold standard alternativo en la sala de operaciones, en relación con la seguridad y el éxito, particularmente en los casos complicados. (6)

El nuestro medio no conocemos de muchos estudios estadísticos sobre colecistectomías convencionales de urgencia en la población global, sin embargo se cuenta con estadísticas obtenidas del hospital “Gustavo Lanatta Lujan” de Huacho, donde se evidencian 98 casos de pacientes operados de urgencia ingresados por dicha patología en el año 2012 .

1.2. Antecedentes

Reyes M, Díaz J, López J, Del Rio LaFuente F, Valdés J, Sánchez L, et al. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España 2011. “Evolución del abordaje quirúrgico de la colecistitis aguda en una unidad de cirugía de urgencias” En donde se estudió 354 pacientes con cuadros de colecistitis aguda intervenidos por vía laparoscópica o abierta desde el año 2006 – 2009. Apreciándose un

predominio del sexo masculino (57,67%) y una edad media de 62,83 años. La estancia media (englobando complicadas y no complicadas) hablan a favor del abordaje laparoscópico frente al abierto. Las complicaciones locales y globales se correlacionaron significativamente con el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas agudos y la cirugía, así como con el estado anatomopatológico de la vesícula biliar. (4)

Castro F, Galindo J y Bejarano M: en un estudio retrospectivo realizado en una población de 108 pacientes intervenidos en la clínica Rafel Uribe de Cali Hospital – Colombia en el año 2008. “Complicaciones de Colecistitis Aguda en pacientes operados de urgencia” se realizó un estudio retrospectivo, de 108 pacientes intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía, reportaron que: la mayoría fueron mujeres (66,7%). Se observó que se presentan más complicaciones en hombres (55.5%), entre 61 y 70 años. Se encontró que el dolor es el causante de consulta en la totalidad, pero el vómito fue el único síntoma asociado estadísticamente con complicaciones. No se encontraron diferencias en la frecuencia de complicaciones

de los pacientes que habían consultado en más ocasiones.
(7)

Goddard M, Zuramay C, Calzadilla I, Gonzales F, Clavo M, Giannopoulos L, entre otros. Estudio de investigación en salud, de la Universidad de Venezuela, México en el año 2010 “Prevalencia de Complicaciones Biliares en Colectomías Realizadas en el Hospital Miguel Pérez Carreño en el periodo 2006 - 2009”. En donde se realizaron 1089 colectomías, 486 por vía convencional y 600 por vía laparoscópica, y en cuyos resultados demuestran 20 casos de lesiones posquirúrgicas de las vías biliares. La técnica de colectomía convencional fue realizada en un 50% la laparoscópica en un 40%, La lesión biliar frecuente fue la de tipo A en un 35% y la de tipo B en un 25%. Se realizó esfinterotomía endoscópica en un 70% de los pacientes. (8)

Arana Reyes J. – Hospital General “Dra. María del Socorro Quiroga”-Campeche. México 2012. “Factores de Riesgo para colectomía de urgencia” En donde se llevó a cabo un

estudio de casos y controles, donde fueron revisados expedientes de pacientes pos intervenidos quirúrgicamente, evidenciando asociación significativa de la colecistectomía de urgencia al: tabaquismo, alcoholismo, grosor de la pared vesicular mayor a 4mm, tiempo de inicio de los síntomas y tiempo diagnóstico menor a 3 meses (9)

Bizueto H, Hernandez N, Jaime G. Hospital General Dario Fernández Fierro, México 2002. “Morbilidad y mortalidad en la cirugía de urgencia de la colecistitis crónica litiásica agudizada” se estudiaron 182 pacientes, 150 femeninos y 32 masculinos, con dos picos de frecuencia: 30 a 44 y 65 a 69 años de edad. El estudio prequirúrgico fue clínico y de gabinete; en 70% de los pacientes se realizó ultrasonido. Todos se operaron, efectuándose estudio histopatológico. El diagnóstico prequirúrgico tuvo una $p < .001$ con la prueba de Ji cuadrada, sensibilidad para diagnosticar patología vesicular de 86%; con 8.9% de fallas. Las complicaciones alcanzaron 4.4%, la mortalidad 1.64%, elevada con respecto a reportes mundiales, debido al retraso del paciente para

acudir con oportunidad a consulta y a la infraestructura de nuestros hospitales. (10)

Garcia J, Ramirez F. Hospital General, “Dr. Darío Fernández Fierro”, México, D.F. 2012. “Colecistectomía de urgencia laparoscópica versus abierta” Las variables de edad, género, diagnóstico preoperatorio, no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa, sólo cuatro variables presentaron significado estadístico; éstas fueron el tiempo quirúrgico promedio ($p = 0.0016$), el dolor percibido dentro de las primeras 24 horas de postoperatorio ($p = 0.0048$), tiempo de estancia postquirúrgica ($p = 0.0038$) y la percepción estética ($p = 0.00004$). (11)

1.3. Formulación del problema

¿Cuáles son las características clínicas, quirúrgicas y las complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía convencionales de urgencia en el servicio de Cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan” de Huacho durante Agosto del 2012 a Julio 2013?

1.4. Finalidad

Este estudio permite conocer las principales características tanto clínicas, como quirúrgicas con el fin de preveer las complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía convencionales de urgencia en el servicio de Cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan”.

1.5. Justificación e importancia

A pesar de los últimos avances en el campo de la medicina, la morbilidad asociada a la colecistectomía convencional, sigue siendo elevada.

Así mismo, como bien se describió anteriormente, se trata de un problema vigente, pues es una de los procedimientos quirúrgicos practicados en los servicios de emergencia en nuestro país, es. Uno de los principales motivos de ingreso de abdomen agudo quirúrgico considerado una importante causa de hospitalización y estancia hospitalaria.

Hoy en día se considera a la colecistectomía como tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar, un problema médico de relevancia socio-sanitaria, además de ser una causa importante de morbilidad, su frecuencia creciente, así como su capacidad para producir complicaciones, nos motivan a la realización de dicho trabajo, esperando sirva como motivo de investigación en futuros trabajos.

1.6. Limitaciones del problema

Esta investigación resultó ser viable, se aplicó un instrumento elaborado por el autor para la recolección de datos. Así mismo se contó con las historias clínicas de la población a estudiar, las mismas que se encontraron a nuestra disposición en el archivo del Hospital “Gustavo Lanatta Lujan” de Huacho para lo cual se contó con la respectiva autorización del servicio de Estadística.

CAPITULO II

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1. Objetivos Generales

- Determinar las principales características clínicas, quirúrgicas y las complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía convencional de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan” durante Agosto del 2012 a Julio 2013

2.2. Objetivos específicos

- Establecer las principales características clínicas de los pacientes sometidos a colecistectomía convencionales de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan” durante Agosto del 2012 a Julio 2013

- Describir las principales características quirúrgicas y complicaciones intraoperatorias de los pacientes intervenidos de colecistectomía convencional de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan” durante Agosto del 2012 a Julio 2013
- Identificar las principales complicaciones post-operatorias de los pacientes post intervenidos de colecistectomía convencional de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan” durante Agosto del 2012 a Julio 2013

CAPITULO III

MARCO TEORICO

3.1. Conceptos generales y definiciones

La **colecistitis** es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litios) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones está presente. Es una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencia, emergencia, y en la consulta externa de cirugía general. (12)

La **litiasis vesicular** o más propiamente enfermedad litiásica biliar está caracterizada por la presencia de cálculos en el interior de la vesícula y / o en el árbol biliar, es un padecimiento del aparato digestivo, cuyo origen y patogénesis no se conoce con precisión. Estudios epidemiológicos y de familias señalan la importancia de los factores genéticos; los factores ambientales son de igual

relevancia ya que interactúan con los genes asociados a la litiasis. La colelitiasis al igual que los padecimientos cardiacos y la diabetes mellitus, es una enfermedad crónica de elevada prevalencia, en los países occidentales se presenta en 10% hombres y 20% mujeres. (1)

3.2. Anatomía de la vesícula biliar:

La vesícula biliar es un reservorio membranoso, de bilis, de forma piriforme situada en la cara inferior del hígado con su eje mayor oblicuo dirigido hacia abajo adelante y a la derecha, adosada por el peritoneo en la fosita cística. Mide 8-10cm. De longitud por 3-4cm de ancho, su capacidad es de 50-60 ml. Puede distinguirse en ella el fondo, cuerpo, cuello. (2)

La vesícula tiene 3 tunicas: La serosa, Túnica fibrosa, Túnica mucosa. Su irrigación está dada por la arteria cística rama de la hepática derecha que se divide en dos ramas superior e inferior. El retorno venoso esta dado por pequeñas venas

que penetran directamente en el hígado desde la vesícula biliar y la gran vena cística que desemboca en la porta.

La inervación está a cargo del simpático y parasimpático que produce la contracción de la vesícula. (13)

3.3. Fisiología:

Un adulto normal produce entre 600 y 1000ml. Diarios de bilis. La estimulación vagal aumenta la secreción de la bilis, en tanto que la estimulación de los nervios espláncnicos disminuye el flujo biliar por vasoconstricción. (13)

La vesícula biliar se vacía principalmente por la ingestión de alimentos la liberación de colecistocinina liberada en el duodeno, este vaciamiento se produce principalmente en el momento que los alimentos grasos alcanzan el duodeno a los 30 minutos de una comida y se evacua por completo al cabo de una hora. (13)

La estimulación del ácido clorhídrico productos del desdoblamiento de proteínas, ácidos grasos provocan la

liberación de secretina en el duodeno que incrementa el flujo de la bilis. (13)

La vesícula biliar almacena y concentra la bilis, la absorción selectiva de sodio cloro y agua da como resultado una concentración diez veces mayor de sales, pigmentos biliares y colesterol (13)

3.4. Epidemiología y Patogenia :

La mayoría de los trastornos clínicos del tracto biliar están dados por los cálculos o litos. En Estados Unidos un 20% de las personas mayores de 65 años tienen cálculos y todos los años 500000 pacientes son sometidos a colecistectomía. Los factores que aumentan la probabilidad de litiasis son sexo femenino, obesidad, edad, origen étnico, dieta de tipo occidental y los antecedentes familiares positivos (13)

Más del 90% de los cálculos biliares son de colesterol. Cálculos pigmentarios puros (sin colesterol) se observan sólo en un 7% de los litiasis. (2)

Los principales factores de riesgo de la enfermedad son las siguientes:

- Factores demográficos/genéticos: Prevalencia más alta en indios estadounidense, indios chilenos e hispanoamericanos chilenos, originarios de Europa del norte, Norteamérica y Asia; es más baja su frecuencia en Japón (2)
- Edad: Su frecuencia aumenta con la edad de la población, fenómeno que se observa en ambos sexos.(1,2)
- Sexo: Su aparición es relativamente precoz, especialmente en mujeres. (1,14)
- Embarazo: hay una gran incidencia de litiasis en mujeres en edad fértil y está relacionada con el número de embarazos. En nulíparas jóvenes, la enfermedad tiene una prevalencia semejante a la de los hombres de edad comparable. En cambio, la colelitiasis es mucho más frecuente en las múltiparas.

Este fenómeno depende del número de partos de la mujer más que de su edad. (1)

El embarazo favorece la aparición de los cálculos por varias razones: La motilidad vesicular cambia desde el primer trimestre. Aumenta el volumen en ayunas y también el volumen residual después de la contracción, lo que favorece el estasis de la bilis y aumenta la secreción hepática de colesterol, lo que se traduce por la secreción de una bilis más sobresaturada con colesterol, especialmente durante el ayuno. Además, por razones no bien conocidas, la colestasia del embarazo se asocia con mucha mayor frecuencia a la aparición de cálculos. (15)

- Obesidad: Estudios metabólicos y epidemiológicos demuestran que los obesos tienen un riesgo mucho mayor de sufrir la enfermedad, pues el sobrepeso aumenta notablemente la secreción biliar de colesterol. (1, 14)

- Adelgazamiento: Paradójicamente, la aparición de cálculos se incrementa si el paciente obeso baja rápidamente de peso, esto se debe a la movilización del colesterol de los tejidos que lleva a un aumento en la secreción de colesterol mientras disminuye la circulación entero hepática de ácidos biliares. (1,16)

- Hormonas sexuales Femeninas: Dentro de ellas el estrógenos: estimulan a los receptores de lipoproteínas en el hígado, aumentan la captación del colesterol de la dieta e incrementan la secreción biliar de colesterol. (1,6)

- Diversos: dieta rica en calorías y grasas, lesiones de la medula espinal. (2,16)

3.5. Fisiopatología:

El proceso inicial en la formación de cálculos biliares consiste en un cambio físico de la bilis que se transforma de solución insaturada en solución en la que precipitan

los elementos sólidos. La patogenia es diferente en los distintos tipos de cálculos

3.5.1. Cálculos Pigmentarios

Constituyen el 20% de la litiasis biliar en los países occidentales donde su incidencia aumenta con la edad y sobre todo en vías biliares sujetas a estasis e infecciones repetidas estos cálculos son de dos tipos:

Los cálculos pigmentarios negros que son pequeños de forma irregular y de aspecto amorfo compuestos por bilirrubinato de calcio, bilirrubina, carbonato de calcio y fosfato cálcico. (1)

La sobresaturación de la bilis por bilirrubina libre desempeña el papel central en la formación de estos cálculos, si bien el hígado excreta en la bilis casi exclusivamente bilirrubina conjugada existe una pequeña fracción de bilirrubina libre insoluble en el agua que está aumentada en la bilis de pacientes con colelitiasis esto sería debido a tres mecanismos: (2)

1. Aumento de la excreción hepática libre como ocurre en las enfermedades hemolíticas.
2. Deficiencia de factores solubilizadores de la bilirrubina libre.
3. Desconjugación de la bilirrubina en la bilis ocasionada por ciertas bacterias coliformes productoras de betaglucoronidasa una enzima que transforma la bilirrubina conjugada en libre, las infecciones repetidas de las vías biliares explica la alta incidencia de colelitiasis en zonas donde son comunes las infecciones bacterianas y parasitarias de la vía biliar. (2)

3.5.2. Cálculos de Colesterol

La formación de cálculos de colesterol en países de occidente es frecuente cerca de un 80% de los cálculos están formados por colesterol cristalino y se incriminan cuatro defectos para su presentación. (2)

Hipersecreción biliar de colesterol con sobresaturación de la bilis debida a múltiples causas.

Incremento en la síntesis endógena de colesterol debida a factores enzimáticos como ocurre en la obesidad y en las dislipemias que cursan con hipertrigliceridemia, incremento en la actividad de receptores hepáticos para las lipoproteínas principalmente LDL y remanentes de quilomicrones lo que determinan mayor ingreso de colesterol en los hepatocitos y aumente su excreción biliar esto ocurre por efecto de los estrógenos endógenos o exógenos en el sexo femenino. (2)

Disminución de la esterificación del colesterol libre hepático, por hipofunción de la acetil coenzima-colesterol-transferasa debido a un aumento de secreción endógena y o administración exógena de progestágenos que son inhibidores de dicha enzima. (2)

La hipomotilidad de la vesícula biliar favorecida por el aumento del colesterol biliar conduce a la estasis y retención prolongada de la bilis en la vesícula

favoreciendo la precipitación del colesterol, estos factores casi siempre se relacionan con ayuno prolongado, nutrición parenteral prolongada, cirugía abdominal, mayor tiempo de estadía en unidades de terapia intensiva, SIDA y embarazo (causada por inhibición de la motricidad lisa producida por los progestágenos), la administración de somatostatina para el tratamiento de la acromegalia también inhibe la contracción vesicular y favorece la formación de barro y de cálculos. (1)

3.6 Diagnóstico:

3.6.1 Antecedentes dispépticos: (17)

- Intolerancia a las comidas con grasas, salsas, los granos, el chocolate
- Dolor abdominal postprandial recurrente en hipocondrio derecho
- Náuseas, vómitos, episodios diarreicos frecuentes.
- Antecedentes de Ictericia, Acolia, coluria

Entre ellos están la intolerancia por alimentos ricos en grasas, la plenitud postprandial, la regurgitación, los eructos, el mal sabor, la halitosis, la lengua saburral, etc. Muchas de

estas molestias probablemente se originan en trastornos motores del esófago, estómago y duodeno, y nunca se ha demostrado que tengan relación con la presencia de cálculos biliares. Por el contrario, hay trabajos prospectivos que han mostrado que la frecuencia de estos síntomas es la misma en los pacientes con litiasis que en la población general. (18)

3.6.2 Cuadro Clínico:

La mayoría de pacientes con litiasis vesicular, están asintomáticos. Cuando hay síntomas esta se manifiesta por el dolor constante, no cólico, de presentación aguda, localizado en hipocondrio derecho, ocasionalmente irradiado hacia la espalda, acompañado de náuseas, vómitos y fiebre. La mayoría de los pacientes tiene historia de cólicos hepáticos previos. Ver tabla N°1. (19)

El principal síntoma relacionado con los cálculos biliares es el dolor, que es constante, y aumenta de intensidad desde la primera media hora o de manera característica dura una a cinco horas. (1)

El único síntoma característico de la litiasis biliar no complicada es el llamado cólico biliar. Se produce por una obstrucción transitoria del con ducto cístico por el cálculo. El dolor tiene su origen en la hipertensión brusca que se produce en la vesícula o en la vía biliar, aparecida como consecuencia de la oclusión de la luz. (20)

Ha sido de gran utilidad clínica distinguir esquemáticamente dos clases de cólicos biliares: "simple" y "complicado". En el primer caso, la obstrucción del conducto cístico o de la vía biliar es transitoria, y cede espontáneamente o por efecto de anticolinérgicos, sin dejar secuelas. En el segundo caso, la obstrucción se prolonga y durante su curso aparecen complicaciones vasculares, inflamatorias o sépticas, que pasan a comprometer la evolución del paciente. (20)

Habitualmente, el cólico biliar "simple" se inicia dos o tres horas después de una comida, con sensación de distensión epigástrica o de dificultad respiratoria retroxifoidea, que rápidamente se transforma en un dolor de intensidad creciente, continuo, de ubicación epigástrica y en el

hipocondrio derecho. Comúnmente se irradia al dorso derecho y se acompaña de náuseas; el vómito se presenta al comienzo del cólico, es de poca cuantía y no alivia al enfermo. Este episodio de cólico simple dura de quince minutos a dos horas, y cede gradualmente en forma espontánea. También se alivia en forma rápida con antiespasmódicos por vía parenteral. El paciente puede presentar una febrícula fugaz, y dolor a la palpación del hipocondrio derecho, sin resistencia muscular. La rápida resolución del cólico simple indica que la obstrucción que le dio origen ha desaparecido espontáneamente o con la ayuda de los anticolinérgicos. (20)

A diferencia del anterior, el cólico biliar "complicado" se caracteriza por ser mucho más prolongado (varias horas o días); sólo cede parcial y transitoriamente a los analgésicos, y recidiva de manera precoz. Con frecuencia se acompaña de vómitos intensos y rebeldes, escalofríos, fiebre o ictericia. A menudo, el dolor ocupa todo el hemiabdomen superior y se irradia en faja al dorso. El examen del abdomen puede mostrar defensa muscular involuntaria o una masa en la

región vesicular. Este dolor complicado por uno o más de los signos descritos, indica que la obstrucción biliar se ha hecho permanente, y se le han agregado fenómenos de necrosis o de inflamación. Con este tipo de cólico se presentan la colecistitis aguda, la coledocolitiasis con un cálculo enclavado en el esfínter de Oddi, la fístula biliodigestiva y la pancreatitis aguda asociada a patología biliar. (20)

Comúnmente se piensa que los cólicos biliares sólo aparecen después de comidas abundantes y muy ricas en grasas, porque se supone que ellas constituyen el mejor estímulo para la liberación de colecistoquinina. Sin embargo, en la aparición del cólico biliar el azar desempeña un papel tanto o más importante que el tipo de comidas. En varios protocolos experimentales hemos obtenido bilis de la vesícula biliar de pacientes litiásicos, provocando su vaciamiento con colecistoquinina parenteral o infusión de aminoácidos al duodeno. A pesar de estos potentes estímulos nunca hemos desencadenado un cólico biliar en los pacientes. Para que el dolor aparezca no basta con una enérgica contracción vesicular; también se requiere que un

cálculo esté situado en la posición adecuada para ocluir el bacinete. (21)

El comienzo del cólico biliar puede ser gradual o brusco. Durante su máximo, habitualmente el dolor es continuo y de intensidad uniforme. Sin embargo, en ocasiones puede presentar exacerbaciones cólicas. La localización en el epigastrio y el hipocondrio derecho, así como la irradiación dorsal, a pesar de ser las más comunes, no son exclusivos ni constantes. (21)

El cuadro clínico de las colecistitis agudas complicadas puede ser idéntico al que originan las no complicadas, por lo que el diagnóstico frecuentemente se hace durante la cirugía o se sospecha por cambios descubiertos con alguna técnica de imagen. (22)

En algunos casos existen signos que indican la gravedad del proceso y la existencia de complicaciones supurativas: vesícula palpable, fiebre mayor de 39°C, escalofríos,

adinamia y leucocitosis superior a 14.000/mm³, inestabilidad hemodinámica. (22)

La vesícula biliar normal no se palpa, porque su consistencia y su posición (habitualmente subhepática) no lo permiten. Si la vesícula está inflamada y se bascula el hígado levantado su borde anterior, se puede palpar el fondo vesicular, distendido y sensible (Signo de Murphy). Este signo tiene valor cuando el dolor es bien localizado y se desplaza con los cambios de posición del hígado, en decúbito lateral y de pie. En cambio, cuando la zona dolorosa es difusa y abarca toda la región subcostal derecha, se debe desconfiar del origen biliar del dolor y pensar en otras causas de dolor hepático o subhepático: hígado congestivo, hepatitis alcohólica, hepatitis viral aguda o espasmo de colon. La palpación de una masa en la región vesicular tiene gran valor semiológico. Se distinguen tres tipos de estas masas. (1)

3.6.3 Laboratorio.

- Se ha detectado ligera leucocitosis en cuadros agudos de patología vesicular con desviación a la izquierda debido a

la cadena inflamatoria presente, los valores son referenciales pero se ha estimado que superiores a 14 000/mm³. (2)

- Tasas séricas de transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubina y amilasa estén 2 a 3 veces por encima de la normalidad (Todo esto puede ocurrir en ausencia de colédocolitiasis o de pancreatitis. Ascensos superiores a los indicados deben sugerir la existencia de obstrucción biliar, colangitis ascendente o, eventualmente, de pancreatitis. (2)
- En los pacientes críticos, sedados, obnubilados o en coma, ingresados en unidades de cuidados intensivos, puede ser difícil la identificación el cuadro clínico típico. Por esta dificultad se debe sospechar la existencia de una colecistitis aguda cuando en un paciente con esas características se encuentra fiebre de etiología desconocida, sepsis, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, aumento de la tasa de fosfatasa alcalina o resistencia a la insulina sin una causa obvia. (2)

3.6.4 Imágenes: Ecografía Abdominal

Son la ayuda más importante de que dispone el clínico para el diagnóstico de la litiasis biliar y sus complicaciones. Una radiografía simple de la región vesicular puede demostrar las sombras de cálculos que contengan calcio: pero sólo un 10 por ciento de los cálculos son radiopacos. Además, otros elementos pueden ser confundidos con cálculos biliares, como son cartílagos costales calcificados, cálculos renales, o ganglios linfáticos calcificados. La ecotomografía constituye el mejor método para explorar la vesícula biliar. (23)

Esta, por su contenido líquido y su cercanía a la pared abdominal, es fácilmente explorable por ultrasonido. Por su parte, los cálculos biliares, intensamente ecorrefringentes, son rápidamente pesquisados en el lumen vesicular. Por ello la ecotomografía es muy sensible y específica para diagnosticar cálculos vesiculares, sin otro requisito que el paciente se encuentre en ayunas. Proporciona además información acerca del grosor de la pared vesicular, el calibre de la vía biliar principal, el tamaño y la homogeneidad

del parénquima hepático. Los hallazgos de una ecografía vesicular normal son la pared delgada (grosor inferior a 3 mm) sin imágenes ecogénicas en su interior. Imágenes ecogénicas que generan una "sombra acústica" y se desplazan con los cambios de posición del paciente. Corresponden a cálculos y pueden detectarse con facilidad, incluso si son de pequeño tamaño. Si el lumen vesicular se encuentra indetectable, reemplazado por una gran "sombra acústica", corresponde a uno o varios cálculos que lo ocupan totalmente. La certeza diagnóstica del ultrasonido es superior al 95%, con falsos negativos de aproximadamente 3% y falsos positivos de alrededor de 2%. (16)

- De abdomen superior: se procede a la evaluación US de hígado, vesícula, tracto biliar, páncreas, bazo, riñones, aorta y espacio retroesternal.
- Descartar hepatomegalia, cirrosis, tumores metástasis, quistes o abscesos, obstrucción biliar, trauma abdominal.
- Examen de regla en enfermedad vesicular y colecistitis

- El cáncer de vesícula no puede ser descartado a través del US.
- El paciente debe estar sin ingesta de alimentos sólidos al menos 6 horas y Líquidos hasta 2 horas. antes del examen
- Ultrasonido debe ser realizada por especialista o médico general entrenado por especialista, para interpretar durante el examen hallazgos positivos, (un examen negativo realizado por no especialista, no descarta patología).
- Establecer signos de litiasis vesical, número, tamaño, ubicación; de Colecistitis: engrosamiento de la pared vesical o halo, en pacientes con dolor abdominal alto.

3.6.5 Diagnóstico diferencial

Úlceras pépticas perforadas, apendicitis aguda, pancreatitis agudas, hepatitis aguda, infarto de miocardio, obstrucción intestinal, cólico renal o biliar, colangitis aguda bacteriana, pielonefritis, , hígado congestivo, angina de pecho, , rotura de aneurisma aórtico, tumores o abscesos hepáticos, herpes zoster y síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, entre otras. (21)

3.7 Colectomía

Se realizó por primera vez en 1882 por el Dr. Langebuch, con una técnica muy reglada. Tiene muy buen resultado con una mortalidad menor al 1%. (1)

La colectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para quitar una vesícula biliar enferma: vesícula que se infecta (colecistitis), que está inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares. (22)

La cirugía de vesícula se realiza bajo anestesia general. Puede hacerse mediante una incisión abdominal o bien mediante varias incisiones pequeñas y la utilización de una Herramienta de alcance especial. (Técnica laparoscópica). (23)

La disección se puede hacer de forma anterógrada o retrograda, y siempre debemos recordar las variaciones y anomalías congénitas, que pueden estar presentes:

bifurcaciones anormales, situación anormal de la vesícula etc. (21)

Estará indicada en: Litiasis Biliar Simple (21)

- Hidrops vesicular
- Colecistitis: aguda
- Escleroatrófica
- Vesícula en porcelana
- Colédocolitiasis
- Colangitis agudas
- Fístula biliar

3.7.1 Clasificación:

3.7.1.1 Colectomía Abierta o convencional:

Si la vesícula está muy inflamada, infectada o tiene cálculos biliares grandes, y parece ser complicada su extracción, el acceso abdominal es lo más recomendable. (22)

En este caso se realiza una pequeña incisión, en el lado derecho del abdomen, debajo del borde de las costillas. El hígado se mueve para exponer la vesícula. Las venas y los

conductos biliares (arteria y conducto quístico) se deben de cortar y se extrae la vesícula. El colédoco (conducto común de bilis) que transporta la bilis al tubo digestivo desde el hígado se examina para comprobar la presencia de posibles bloqueos o presencia de piedras. (23)

Después de cerrar la vía de acceso se deja un tubo de drenaje durante unos días para que puedan salir los exudados (líquidos) de la inflamación o infección. La colecistectomía abierta es el estándar contra el cual otros tratamientos deben ser comparados y una alternativa quirúrgica segura. (23)

3.7.1.2 Colecistectomía Laparoscópica:

Colelitiasis sintomática y colecistitis aguda.: Si el proceso está poco avanzado y puede ser programada la intervención, ésta se puede realizar mediante laparoscopia. En este caso se utiliza un aparato, llamado laparoscopio, que se introduce en el abdomen cerca el ombligo. (24)

3.8 Complicaciones

Las complicaciones biliares, siguen estando presentes en un porcentaje no despreciable, que obliga en muchos casos a reintervenciones complejas, con una importante morbilidad y mortalidad.

La clasificación de las complicaciones en intraoperatorias y postoperatorias inmediatas, mediatas y tardías permite apreciar las numerosas posibilidades que pueden plantearse, entre las que destacan:

Durante la práctica de una intervención sobre la vesícula o las vías biliares pueden producirse una serie de complicaciones durante la misma intervención, que en la mayoría de los casos van a ser reconocidas y tratadas durante el mismo acto quirúrgico.

3.8.1 Complicaciones Intraoperatorias

HEMORRAGIA Y LESIÓN VASCULAR. La hemorragia durante la intervención quirúrgica está ligada a problemas y dificultades técnicas y maniobras inapropiadas. Es evidente que en la mayoría de los casos el control de la hemorragia se realiza inmediatamente a la secuencia de su producción. Sin embargo, existen situaciones en las que por parte del enfermo (alteraciones de la coagulación, hipertensión portal), o por parte del cirujano (impericia e imprudencia), pueden darse circunstancias que obligan a ligaduras o suturas de arterias y venas importantes, o incluso a maniobras de taponamiento temporal. El tratamiento de una hemorragia durante la colecistectomía está directamente relacionado con las características de la misma y con la experiencia del cirujano. La complicación se trata obligadamente mediante el control de la hemorragia, a su vez existe el riesgo de lesión de estructuras vasculares (arteria hepática, vena porta, arteria gastroduodenal), siendo posible el control de dicha hemorragia mediante maniobras quirúrgicas habituales. (12)

LESIÓN DE LA VÍAS BILIARES. Sin duda, la complicación más frecuente se relaciona con la lesión del propio árbol biliar. Dicha situación se produce tanto en cirugía abierta como en cirugía laparoscópica y un porcentaje de los casos puede ser detectado durante el propio acto quirúrgico, permitiendo en esa situación la reparación de la lesión. Fundamentalmente existen dos tipos de lesión:

– Aquellas situaciones en la que se secciona en mayor o menor medida el árbol biliar. En estos casos al quedar abierto el conducto biliar, suele producirse una bilirragia que puede alertar al cirujano de dicha lesión, permitiendo la corrección de la misma. Es importante la práctica de una colangiografía intraoperatoria con objeto de poder identificar la morfología de la lesión.

Cuando la sección del colédoco afecta al 50% de la circunferencia es preferible la realización de una sutura transversal con material reabsorbible de 3 o 4 ceros, utilizando un tutor, o el propio tubo de Kehr, con objeto de evitar una posterior estenosis. En secciones totales del árbol biliar la reparación debe practicarse en forma

terminoterminal sobre el tubo de Kehr, o bien sobre tutores en caso de practicar una derivación biliodigestiva. La decisión sobre una u otra opción está en función de la altura de la sección y del diámetro de la vía biliar. El mantenimiento del tubo de Kehr tras una lesión biliar debe individualizarse, pero en general se recomiendan períodos de hasta 3 meses, retirándolo una vez comprobado en la colangiografía la estanqueidad del árbol biliar y la normalidad de su morfología. Es evidente que cuando la vía biliar tiene un calibre pequeño, no es infrecuente que evolucione hacia una estenosis, una vez retirado el tubo en T que tutorizaba dicha lesión. (12)

– Existen otro tipo de lesiones producidas por ligaduras, suturas inadecuadas, quemaduras con el electrocauterio, o incluso lesiones isquémicas debidas a ligaduras vasculares, que no son percibidas por el cirujano y cuyas consecuencias en forma de complicación estenótica se producen en el período postoperatorio inmediato o tardío. (12)

3.8.2 Complicaciones Postoperatorias

HEMORRAGIA POSTOPERATORIA/ HEMOPERITONEO. La hemorragia postoperatoria es una complicación muy poco frecuente pero responsable en la mayoría de los casos de una reintervención precoz. Habitualmente se produce tras una colecistectomía laboriosa o en pacientes con alteraciones de la coagulación, siendo los cirróticos los pacientes con mayor riesgo. Generalmente, este tipo de intervenciones condicionan al cirujano a la utilización de hemostáticos locales, y a la colocación de un drenaje aspirativo en posición subhepática. El control de la hemorragia debe realizarse mediante la medida del volumen horario y total de la misma, (12)

ABSCESO INTRABDOMINAL Absceso subhepático y absceso subfrénico. Tras la práctica de la cirugía biliar, el lóbulo derecho del hígado ocupa toda la zona donde se ha desarrollado la intervención. Es frecuente que en el espacio entre el hígado y el mesocolon trasverso pueda acumularse una pequeña cantidad de líquido serosanguinolento, teñido con bilis ocasionalmente. Esta acumulación de líquido raramente causa problema, ya que el

propio drenaje subhepático logra la evacuación del mismo. Sin embargo, en situaciones con drenajes no bien colocados, o dejados demasiado tiempo, pueden propiciar la acumulación y tabicación de una colección subhepática. Esta circunstancia se produce hasta en el 5% de los pacientes sometidos a cirugía biliar. Secundariamente dichas colecciones se infectan, produciendo fiebre, leucocitosis y síntomas locales en forma de molestias en el hipocondrio derecho. El exudado biliar de dichas colecciones proviene generalmente de pequeños canalículos del lecho vesicular, o del propio conducto cístico debido al deslizamiento de la ligadura. La evolución de la colección subhepática puede progresar hacia una infección de dicha zona, convirtiéndose en un absceso subhepático. En estos casos los síntomas clínicos aumentan con fiebre en picos, dolor local, peritonismo localizado y leucocitosis. (1)

El diagnóstico se realiza mediante la práctica de una radiografía de tórax y simple de abdomen donde puede observarse un nivel sospechoso, cuya confirmación diagnóstica se realizará mediante la ecografía. (12)

BILIOMA: Es la colección de bilis localizada en la cavidad abdominal, habitualmente en el espacio de Morrison o sub frénico derecho. Los síntomas más frecuentes son dolor, fiebre, intolerancia digestiva, y síntomas respiratorios si en caso la localización es sub-frénica.

El diagnóstico se realiza mediante ecografía abdominal. Confirmada la existencia de una colección única, se realiza una punción de la misma bajo una guía ecográfica, para confirmar la presencia de bilis, luego se drena mediante colocación de catéter percutáneo, utilizando ecografía como guía del procedimiento.

Si el débito de drenaje se auto limita y no se detectan nuevas colecciones es probable que se trate de una fuga transitoria a partir de un conducto del lecho vesicular.

Si se mantiene o aumentan en las primeras 48 horas, se debería opacificarse el árbol biliar por vía endoscópica retrograda, para certificar el origen de la fuga. (25)

BILIPERITONEO: Es la acumulación de bilis en la cavidad abdominal ocupando más de un espacio, el síntoma más frecuente es el dolor de afectación difusa peritoneal, haciéndose más

evidente luego de las 72 horas debido a la infección de la bilis. El diagnóstico precoz es difícil debido a lo inespecífico y oligosintomático. Ante la sospecha está indicada realizar una ecografía y/o tomografía abdominal. Una vez que los estudios por imágenes demuestren la existencia de colecciones líquidas o líquido libre, debe confirmarse la presencia de bilis mediante una aguja fina bajo guía ecográfica (25)

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL Es responsable de hasta un 30% de las reintervenciones biliares, o de los abordajes endoscópicos postoperatorios. El diagnóstico suele sospecharse al realizar la colangiografía, el abordaje y extracción de los cálculos mediante la práctica de una ERCP o de la radiología intervencionista es una práctica ampliamente documentada en la bibliografía, pero sujeta a la experiencia de cada centro. (12)

PANCREATITIS BILIAR La pancreatitis postoperatoria está, en general, relacionada con maniobras traumáticas del conducto de Wirsung y de la papila tras esfinterotomías o esfinteroplastias. Obviamente, la existencia de cálculos no extraídos durante la

intervención puede, asimismo, propiciar la aparición de un brote de pancreatitis. (25)

3.9 GUÍAS DE TOKIO

Las Guías de Tokio, proponen criterios específicos para la evaluación del diagnóstico y la gravedad de la colecistitis aguda, basadas en evidencia científica y tras el consenso de expertos congregados en la International Consensus Meeting for the Management of Acute Cholecystitis and Cholangitis, (19)

El diagnóstico precoz de la colecistitis aguda permite un tratamiento rápido y reduce la mortalidad y la morbilidad.

El diagnóstico preciso de los casos típicos así como los atípicos de colecistitis aguda requieren criterios específicos de diagnóstico.(19)

3.9.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA COLECISTITIS AGUDA

Es el punto de partida para el diagnóstico rápido y oportuno que debería conducir a un tratamiento precoz y disminución de la

mortalidad y la morbilidad. Las guías proponen criterios para el diagnóstico de colecistitis aguda (Tabla 1). La proteína C reactiva (PCR) no se mide comúnmente en muchos países. Sin embargo, debido a que colecistitis aguda es generalmente asociada con una elevación del nivel de PCR de 3 mg/dl o más fue considerada; esta última asociada a con hallazgos ecográficos sugestivos de colecistitis aguda, tiene una sensibilidad del 97%, especificidad de 76% y un valor predictivo positivo del 95%. (19)

Tabla N°01
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS – TOKIO GUIDELINES

Criterios para el diagnóstico de Colecistitis De Acuerdo a Tokio Guidelines
Las manifestaciones clínicas
Los síntomas y signos locales
~ Signo de Murphy ~ Dolor o sensibilidad en el cuadrante superior derecho ~ Masa en el cuadrante superior derecho
Los Signos Sistémicos
~ Fiebre ~ Leucocitos ~ Elevación PCR
Hallazgos de las Imágenes
~ Confirmación por ecografía o gammagrafía hepatobiliar
Diagnóstico
La presencia de un signo o síntoma local, más uno de los signos sistémicos, y de confirmación por imagen.

F

Fuente: Criterios diagnóstico Tokio guidelines

3.9.2. EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE GRAVEDAD PARA LA COLECISTITIS AGUDA

Los pacientes con colecistitis aguda pueden presentarse en diferentes estadios de la enfermedad, que van desde leve, autolimitada, a una enfermedad fulminante, potencialmente amenazadores para la vida. En estas guías se clasifica la gravedad de la colecistitis aguda en las siguientes tres categorías: "leve (grado I)", "moderada (grado II)", y "severa (grado III)". Es necesaria una categoría para el grado más severo de colecistitis aguda porque este requiere de cuidados intensivos y tratamiento de urgencia (operación y/o drenaje) para salvar la vida del paciente. Sin embargo, la gran mayoría de los pacientes se presentan con formas menos graves de la enfermedad. En estos pacientes, la principal cuestión práctica es si es conveniente realizar la colecistectomía en el momento de la presentación aguda o si otras estrategias deben ser elegidas durante la misma, seguida de un intervalo para hacer una colecistectomía. Por tanto, para guiar al médico, la clasificación de gravedad incluye al estadio de "moderado" para predecir cuando las condiciones podrían ser desfavorables para la colecistectomía en la fase aguda. Los

pacientes que no encajan en el grupo grave, ni en el grupo moderado, constituyen la mayoría de los pacientes con esta enfermedad, esto es adecuado para el manejo de colecistectomía en la fase aguda, si no hay presencia de co-morbilidades. (19)

- Colecistitis aguda leve (grado I): ocurre en un paciente en quien no hay hallazgos de disfunción de algún órgano, y hay una enfermedad leve en la vesícula biliar, lo que permite la colecistectomía como procedimiento seguro y de bajo riesgo.
- Colecistitis aguda Moderada (grado II): El grado de inflamación aguda es probable que esté asociado con una mayor dificultad para realizar una colecistectomía
- Colecistitis Aguda Severa (grado III): se asocia con disfunción de órganos.

3.9.3. TRATAMIENTO

El tratamiento médico-quirúrgico depende de la gravedad de la enfermedad, ya que un mayor compromiso sistémico puede aumentar la dificultad del abordaje quirúrgico y requerir manejo en la unidad de cuidados intensivos (tabla 2).

Tabla N°02

MANEJO DE LA COLECISTITIS AGUDA – TOKIO GUIDELINES

Manejo de Colecistitis Aguda, según Guías de Tokio		
GRADO DE SEVERIDAD	ANTIBIOTICOTERAPIA	MANEJO QUIRÚRGICO
LEVE o Grado I	<ul style="list-style-type: none"> • Fluoroquinolonas vía oral • Cefalosporinas vía oral • Cefalosporinas primera generación • Penicilinas Inhibidores de B-Lactamasa de amplio espectro 	<ul style="list-style-type: none"> • Colecistectomía laparoscópica temprana.
MODERADO o Grado II	<ul style="list-style-type: none"> • Primera opción en casos moderados -Penicilinas inhibidoras de B-lactamasas de amplio espectro -Cefalosporinas de Segunda generación 	<ul style="list-style-type: none"> • Colecistectomía laparoscópica temprana o • Drenaje temprano quirúrgico o percutáneo por inflamación grave de la vesícula, o • Colecistectomía laparoscópica tardía
SEVERO o Grado III	<ul style="list-style-type: none"> • Primera opción para casos severos -Cefalosporinas de tercera y cuarta generación -Monobactámicos -Si se sospecha la presencia de anaerobios, agregar Metronidazol • Segunda opción para casos severos -Fluoroquinolonas -Carbapenémicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inicial conservador con antibióticos. • Si compromiso mayor, drenaje temprano quirúrgico o percutánea. • Cirugía laparoscópica tardía.

Fuente: Criterios diagnóstico Tokio guidelines

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Las guías de Tokio ofrecen las recomendaciones para el manejo dependiendo de la severidad de la colecistitis aguda, si es leve se sugiere la colecistectomía laparoscópica temprana. Si se cataloga como moderada, se podría optar por colecistectomía laparoscópica

temprana o tardía, siendo la colecistectomía laparoscópica temprana realizada solamente por un cirujano con amplia experiencia, el mismo que rápidamente puede convertirla a una colecistostomía si las condiciones operativas no ofrecen una situación anatómica adecuada. Y finalmente, en el pequeño porcentaje de pacientes con colecistitis aguda grave, el tratamiento inicial deberá ser conservador con antibióticos, pero si se presentara gran compromiso del paciente se podría recurrir a la colecistostomía percutánea, y la cirugía se reserva para pacientes en los que este tratamiento falla. (19)

MOMENTO DE LA COLECISTECTOMÍA

Puede ser realizada por laparotomía o vía laparoscópica, ya sea en el momento del ataque inicial (tratamiento precoz) ó dentro de 2 a 3 meses después del mismo (tratamiento diferido). Un factor que complica la evaluación de los resultados del tratamiento precoz es que el término "precoz", se ha se definido entre las 24 horas a 7 días después del inicio de los síntomas o el momento diagnóstico. Si se opta por el tratamiento "conservador", los pacientes son tratados durante la fase aguda con antibióticos y líquidos por vía

endovenosa y no se les da nada por boca. Para mitigar el dolor se hace uso de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, y en ocasiones los pacientes pueden ser sometidos a colecistostomía percutánea (colocación de un tubo en la vesícula biliar). (19)

La colecistectomía laparoscópica temprana, es considerada de elección para la mayoría de los pacientes, ya que se asocia a una hospitalización más corta en general; así mismo que entre un 15 a 20% de los pacientes sometidos a tratamiento conservador, estos presentan síntomas persistentes o recurrentes, que requieren una nueva intervención. No se han comprobado diferencias significativas entre la morbilidad o mortalidad o en el tiempo operatorio, o porcentajes de conversión a una colecistectomía abierta. Sin embargo, en la mayoría de estudios pequeños (meta-análisis de sólo 504 pacientes), señalan un mayor riesgo de complicaciones en la laparoscopia temprana, como lesión de la vía biliar, que se asocia a una morbilidad significativa y, en casos raros, a mortalidad, y no pueden ser descartados de forma convincente. Todo esto es más común cuando la colecistectomía laparoscópica se realiza en una inflamación aguda de la vesícula. Sin embargo, es preocupante que algunos ensayos clínicos

aleatorios, que compararon la colecistectomía abierta con la colecistectomía laparoscópica, no demostraron mayor riesgo de lesión biliar en la colecistectomía laparoscópica. No obstante, siguen siendo necesarios los estudios con poder estadístico adecuado para determinar si el momento de la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda, produce un gran porcentaje de lesiones de las principales vías biliares. En los casos de colecistitis aguda moderadamente severa, la colecistectomía laparoscópica debe ser realizada por un cirujano de amplia experiencia. Si las condiciones operativas hacen la identificación anatómica difícil, esta debe ser convertida a una colecistectomía abierta o terminarla en una colecistostomía. (19)

La tasa de conversión a colecistectomía abierta es mayor cuando se realiza la colecistectomía laparoscópica en una colecistitis aguda, que para una colelitiasis no complicada, y esto es cierto así la operación sea llevada a cabo en la fase aguda o posterior. Las tasas de conversión varían entre un 5% a 30 %. Se considerada dentro de los factores predictivos de la necesidad de conversión a: un recuento de leucocitos más de 18.000 células por milímetro

cúbico en el momento de presentación, duración de los síntomas más de 72 a 96 horas, y edad mayor de 60 años. (19)

La mortalidad en pacientes con colecistitis aguda es de 0-10%, mientras que la mortalidad en pacientes con colecistitis postoperatoria y colecistitis alitiásica es tan alta como 23% a 40%. La mortalidad de los pacientes de edad avanzada (75 años) tiende a ser mayor que la de pacientes más jóvenes, y co-morbilidades como diabetes puede aumentar el riesgo de muerte. Muchos estudios acerca de la mortalidad y morbilidad de colecistitis aguda son difíciles de comparar, ya que hay variaciones significativas tanto en los criterios diagnósticos, en el tiempo y el tipo de operación, presencia de co-morbilidades, y el sistema de apoyo de los hospitales para pacientes gravemente enfermos, así como las diferencias en la experiencia quirúrgica disponible. Según informes publicados previos a 1980, la mayoría de las causas de muerte después de la colecistectomía se relacionaban con las infecciones postoperatorias, tales como colangitis ascendente, absceso hepático, y sepsis. Desde 1980, la mortalidad postoperatoria por infección ha disminuido y las principales causas de muerte son el infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca e infarto pulmonar. (19)

CAPITULO IV

VARIABLES E INDICADORES

4.1. Tipos de variables

- COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL URGENCIA

- Características Clínicas (Edad, Sexo, Comorbilidad, antecedente quirúrgico, tiempo de enfermedad, síntomas/signos principales),

- Características Quirúrgicas (hallazgos intraoperatorios, tiempo operatorio, modo de abordaje), y

- Complicaciones (tanto intraoperatorio y post-operatorio)

4.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
CARACTERISTICAS CLINICAS			
Edad	Cuantitativo	Discontinuo	• ____ años
Sexo	Cualitativo	Nominal	• Masculino • Femenino
Enfermedad concomitante	Cualitativo	Nominal	• Ninguno • Hipertensión Arterial • Diabetes mellitus • Enfermedad cardiovascular • Enfermedad respiratoria • Otra
Escala ASA	Cualitativo	Ordinal	• I • II • III • IV
Riesgo Quirúrgico	Cualitativo	Ordinal	• I • II • III • IV
Antecedente Quirúrgico	Cualitativo	Nominal	• Ninguno • Cirugía de abdomen • Otro
Tiempo de enfermedad	Cuantitativo	Discontinuo	• ____ horas
Síntomas/Signos Principales	Cualitativo	Nominal	• Asintomático • Ictericia • Nauseas/Vómitos • Dolor epigástrico • Dolor HCD • Otros
CARACTERISTICAS QUIRURGICAS			
Tipo de Incisión	Cualitativo	Nominal	• Subcostal derecha • Mediana • Otros
Tiempo Operatorio	Cuantitativo	intervalo	• 1-2 horas • < 1 hora • > 2 horas
Hallazgos Intraoperatorios			
Tamaño Vesícula	Cualitativo	Nominal	• Normal • Incrementado

			<ul style="list-style-type: none"> • Escleroatrófica
Pared Vesicular	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Engrosada • Plastronada
Complicaciones Intraoperatorias	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Lesión vía biliar • Hemorragia • otros
CARACTERISTICAS POST QUIRURGICAS			
Estancia Hospitalaria	Cuantitativo	Discontinuo	<ul style="list-style-type: none"> • _____ días
Complicaciones Pos-operatorias	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Bilioma • Infección de Sitio operatorio • Fístula biliar/Biliperitoneo • Absceso intraabdominal • Hemoperitoneo • Coledocolitiasis residual • Pancreatitis biliar • Otras
Tiempo de aparición de Complicación	Cuantitativo	intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediata <24 horas • Mediatas 24 – 72 horas • Tardías > 72 horas
Re intervención Quirúrgica	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

CAPITULO V

METODOLOGIA Y MATERIALES

5.1. Método empleado

Es estudio realizado es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal

- Descriptivo: Dado que describe las principales características clínicas, quirúrgicas y complicaciones de la colecistectomía de urgencia
- Retrospectivo: La información se recopiló mediante de la revisión documentaria de las historias clínicas de los pacientes seleccionados, para ello se utilizó una ficha de recolección de datos que se adjunta en la sección de anexos.
- Transversal: Debido a que las variables se miden una en un determinado tiempo.

5.2. Población

La población estuvo constituida por todos los pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan”, durante el periodo Agosto del 2012 a Julio 2013, por ser una población pequeña no se requirió muestra.

5.3. Criterios de Inclusión y de Exclusión

5.3.0. Criterios De Inclusión:

- Pacientes post operados cirugía convencional de urgencia
- Pacientes de ambos géneros, y de todos los grupos etarios
- Pacientes con historia clínica que cuente con información completa

5.3.1. Criterios de Exclusión

- Pacientes post operadas colecistectomía programada/electiva.
- Pacientes trasladados a otra institución hospitalaria
- Pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica

5.4. Recolección de Datos:

La información se obtuvo de la revisión de historias clínicas y la aplicación de un instrumento para la recolección de datos de los pacientes seleccionados pos-operados de colecistectomía de urgencia, en el servicio de Cirugía del Hospital “Gustavo Lanatta Lujan” durante el 1 Agosto del 2012 – 31 de Julio del 2013 (ANEXO 1).

5.5. Análisis de la Información

Se Procedió a la recolección de datos mediante la revisión de historias clínicas, lográndose así la elaboración de una base de datos. Se aplicaron medidas de tendencia central, y

el análisis de las variables, según los objetivos planteados.
Obteniendo frecuencias y gráficos planteados en nuestro estudio.

CAPITULO VI

RESULTADOS

Detallamos los resultados descriptivos del trabajo de investigación sobre Características clínicas, quirúrgicas y complicaciones en pacientes sometidos a colecistectomía convencional de urgencia en el servicio de cirugía del hospital II “Gustavo Lanatta Lujan” - Huacho. Agosto 2012 a julio 2013.

Durante el periodo de estudio se evaluaron un total de 105 pacientes teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión.

TABLA 01

**DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE PACIENTES SOMETIDOS A
COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL
PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

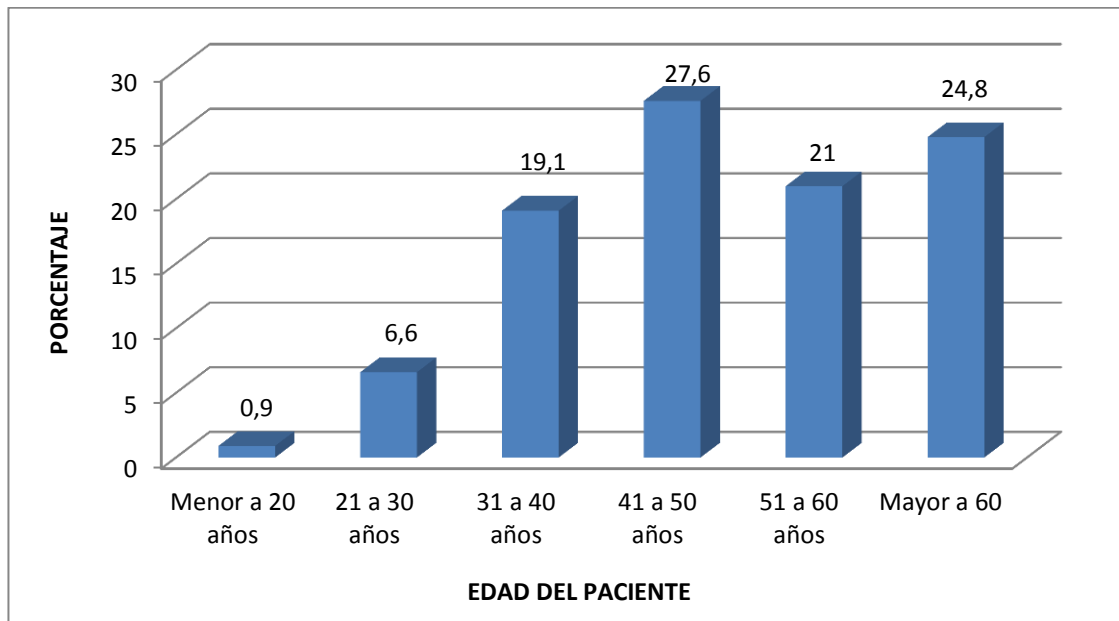
Edad	Frecuencia	Porcentaje %
Menor a 20 años	1	0,9
21 a 30 años	7	6,6
31 a 40 años	20	19,1
41 a 50 años	29	27,6
51 a 60 años	22	21,0
Mayor a 60	26	24,8
Total	105	100,0 %

Media	48,69
Mediana	48,00
Mínimo	16
Máximo	79

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan”, Agosto 2012 a Julio 2013.

GRAFICO 01

**DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE PACIENTES SOMETIDOS A
COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL
PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**



De la Tabla y el Grafico 01, podemos identificar que un 7,5% de los pacientes son menores de 30 años, así mismo un 19,1% se encuentran entre las edades de 31 a 40 años, el 27,6% se ubican entre los 41 a 50 años, siendo este el grupo etario más frecuente. El 21% de la población estudiada presenta entre los 51 y 60 años, y el 24,8% son mayores a 60 años. Lo que nos permitiría observar que esta enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia a partir de la 4ta década de vida.

TABLA 02

**DISTRIBUCION SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A
COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL
PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

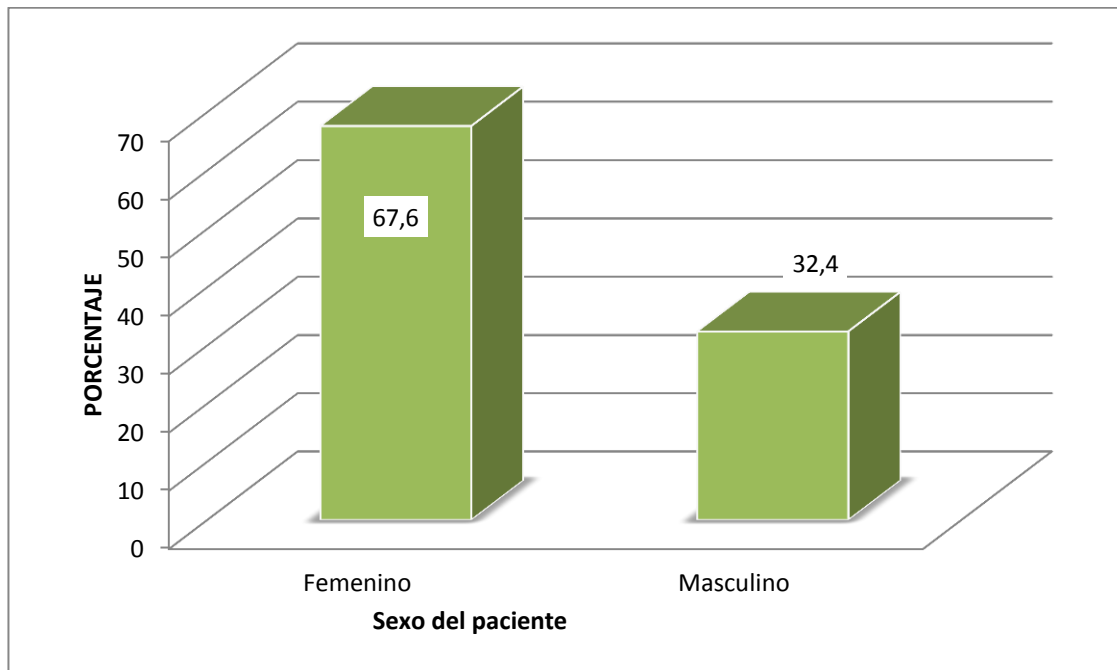
Sexo del paciente

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	71	67,6
Masculino	34	32,4
Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital "Gustavo Lanatta Lujan", Agosto 2012 a Julio 2013.

GRAFICO 02

DISTRIBUCION SEGÚN EL SEXO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013



De la tabla y gráfico 2, podemos observar que un 67,6% de pacientes corresponde al sexo femenino y sólo un 32,4% del sexo masculino, llegándose a apreciar un notable predominio del sexo femenino con una proporción de 2:1 con respecto al sexo masculino; es decir, por cada persona del sexo masculino, existe el doble de pacientes afectados del sexo femenino.

TABLA 03

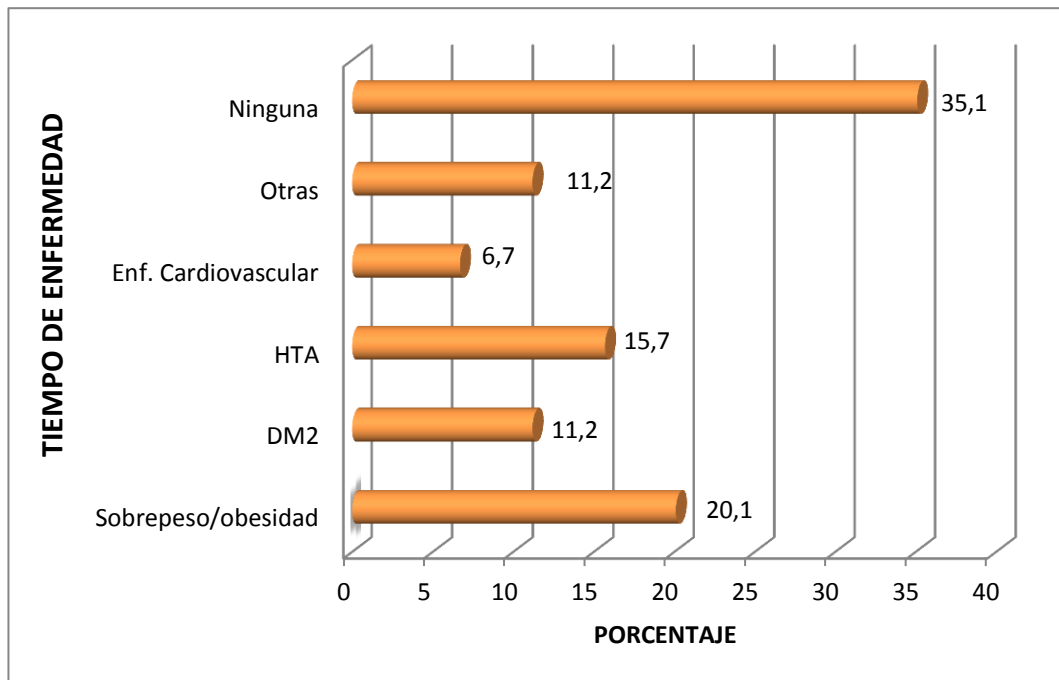
**DISTRIBUCION SEGÚN LA ENFERMEDAD CONCOMITANTE DE LOS PACIENTES
SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL
PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso/Obesidad	21	20,1
DM2	12	11,2
HTA	16	15,7
Enf. Cardiovascular	7	6,7
Otras	12	11,2
Ninguna	37	35,1
Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan”, Agosto 2012 a Julio 2013.

GRAFICO 03

**DISTRIBUCION SEGÚN LA ENFERMEDAD CONCOMITANTE DE LOS PACIENTES
SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL
PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**



De la tabla y grafico 03, podemos identificar que un 35,1% de pacientes no tienen Ninguna enfermedad concomitante, mientras si lo presenta un 64,9% de la población estudiada, apreciándose entre ellos como principal comorbilidad, el sobrepeso/obesidad con un 20,1%, la Hipertensión arterial con un 15,7%, así como un 11,2% tienen DM2 y un 6,7% presentan enfermedades cardiovasculares.

TABLA 04

**DISTRIBUCION SEGÚN LA ESCALA ASA Y EL RIESGO QUIRURGICO DE
LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE
URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO
LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

		Frecuencia	Porcentaje
Escala ASA	I	40	38,1
	II	64	61,0
	III	1	1,0
	Total	105	100,0

		Frecuencia	Porcentaje
Riesgo Quirúrgico	I	47	44,8
	II	58	55,2
	Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital "Gustavo Lanatta Lujan", Agosto 2012 a Julio 2013.

De la Tab. 4, Con respecto al Riesgo ASA, observamos que la mayoría de los paciente tuvo un riesgo ASA II/IV (enfermedad sistémica leve moderada) con un 61,0% de pacientes encuestados, seguido de un 38,1% de pacientes con riesgo escala ASA I (paciente sano y asintomático) y solo un 1,0% en la escala ASA III (enfermedad sistémica grave o descompensada). De la misma manera con respecto al Riesgo Cardiovascular un 55,2% de pacientes operados de Colectectomía convencional de urgencia presentan un riesgo quirúrgico cardiovascular de II/IV seguido de un 44,8% de pacientes que presentan un riesgo de nivel cardiovascular de I/IV.

TABLA 05

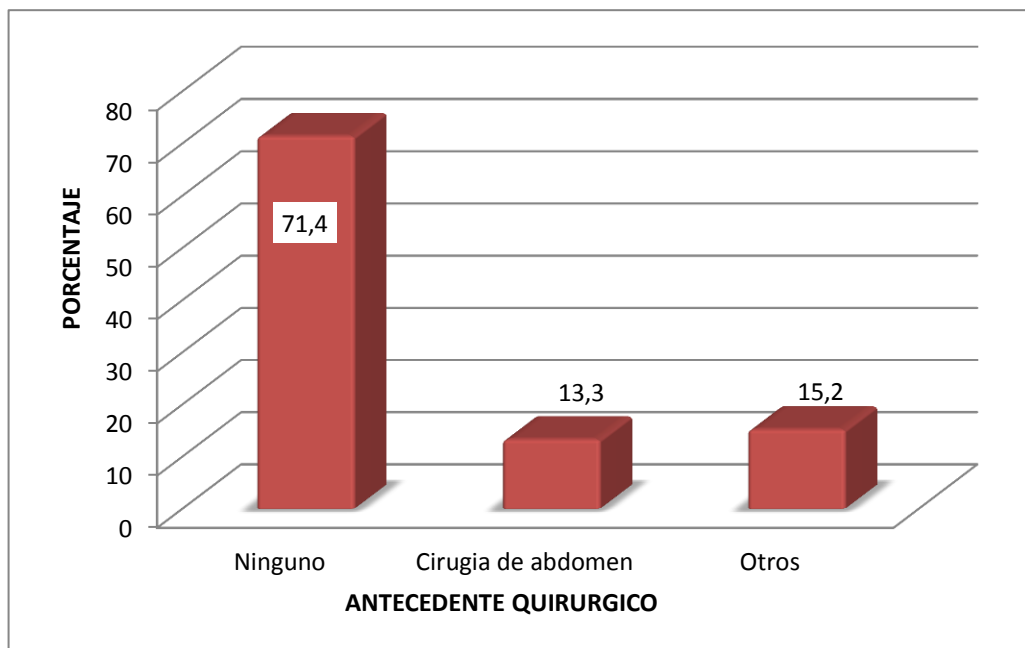
**DISTRIBUCION SEGÚN EL ANTECEDENTE QUIRURGICO EN LOS PACIENTES
SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL
PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	75	71,4
Cirugía abdomen	14	13,3
Otros	16	15,2
Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan”, Agosto 2012 a Julio 2013.

GRAFICO 04

**DISTRIBUCION SEGÚN EL ANTECEDENTE QUIRURGICO EN LOS PACIENTES
SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL
PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**



Podemos observar que un 71,4% de pacientes presenta ningún antecedente quirúrgico, mientras tanto un 15,2% de la población estudiada presentan otros tipos de antecedentes quirúrgicos que no involucran cirugía abdominal (entre los principales cirugías menores: legrados uterinos, BTB, Fistulas perianales) y solo un 13,3%. Tienen como antecedente una cirugía al abdomen: entre las cuales destacan con mayor frecuencia, el antecedente de cesáreas segmentarias transversas, y el antecedente de apendicetomía y en menos frecuencia histerectomía abdominal y hernia umbilical.

TABLA 06

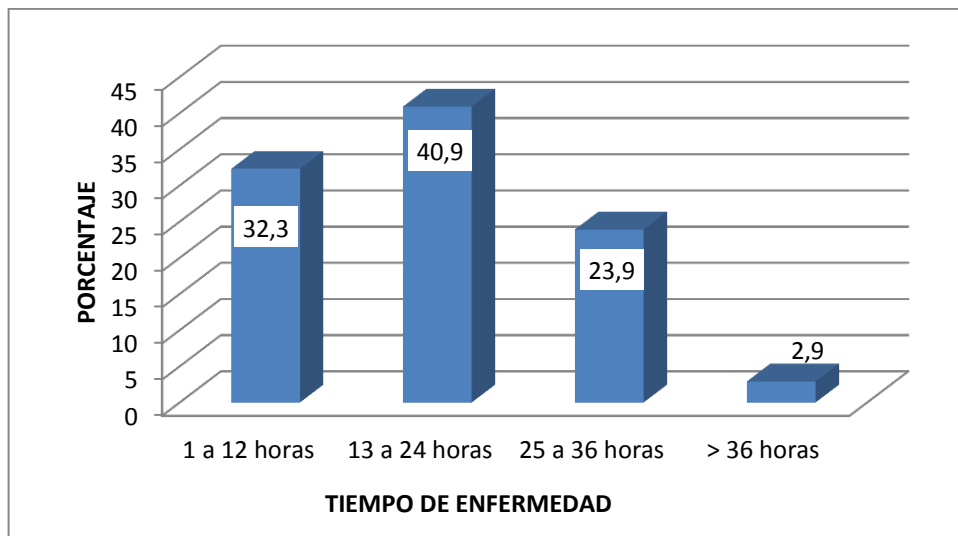
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD
EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL
DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO
LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

Número en Horas	Frecuencia	Porcentaje
Entre 1 a 12 horas	34	32,3
Entre 13 a 24 horas	43	40,9
Entre 25 a 36 horas	25	23,9
Mayor a 36 horas	3	2,9
Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital "Gustavo Lanatta Lujan", Agosto 2012 a Julio 2013.

GRAFICO 05

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013



De la tabla 6 y el grafico 5, podemos observar que un 73,2% de pacientes sometidos a estudio tuvieron un tiempo de enfermedad menor a 24 horas al llegar al servicio de emergencia, mientras que un 23,9% de la población estudiada refirió tener un tiempo de enfermedad entre 25 a 36 horas, y solo un 2,9% presento sintomatología por más de 36 horas antes de acudir al servicio de emergencia.

TABLA 07

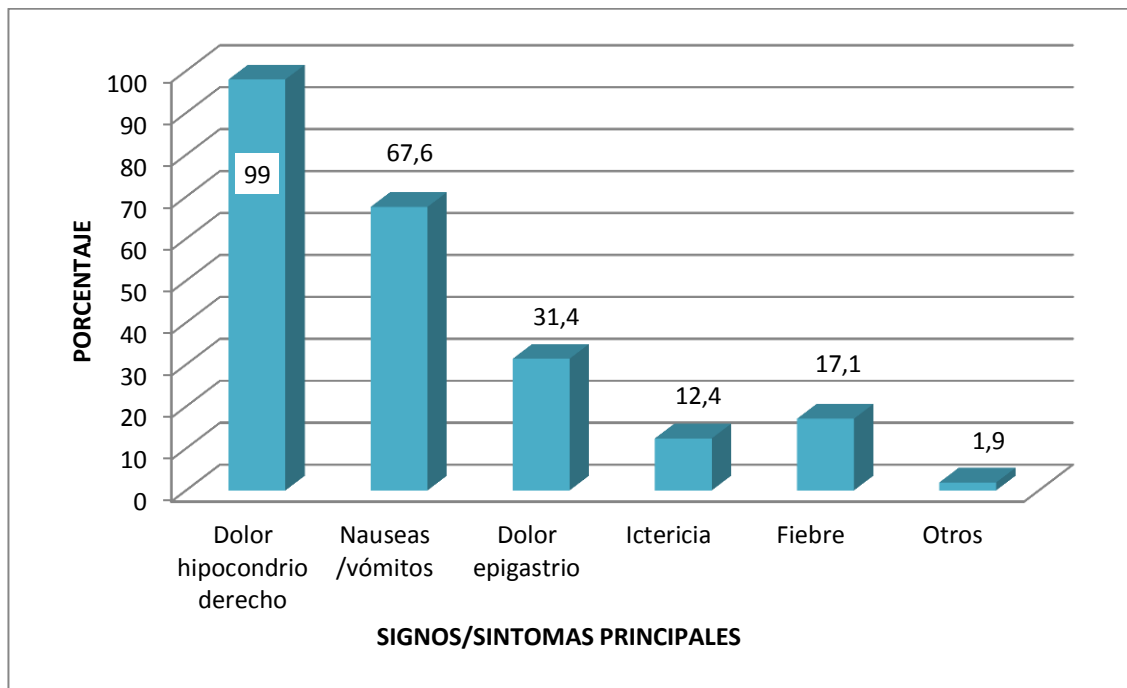
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LOS SINTOMAS/SIGNOS PRINCIPALES
EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE
URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA
LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Dolor hipocondrio derecho	104	99,0
Nauseas /vómitos	71	67,6
Dolor epigastrio	33	31,4
Ictericia	13	12,4
Fiebre	18	17,1
Otros	2	1,9

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan”, Agosto 2012 a Julio 2013.

GRAFICO 06

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LOS SINTOMAS/SIGNOS PRINCIPALES EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013



Podemos apreciar que un 99% de pacientes adujeron presentar dolor en hipocondrio derecho, mientras un 67,6% del total de paciente, manifestaron a su vez, presentar concomitantemente nauseas /vómitos, un 31,4% presentan un Dolor epigastrio, un 17,1% presentan fiebre $> 38^{\circ}\text{C}$ y un 12,4% presentan Ictericia al momento de su evaluación en el servicio de emergencia.

TABLA 08

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN EL TIPO DE INCISION Y EL TIEMPO OPERATORIO EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013

		Frecuencia	Porcentaje
TIPO INCISION	Subcostal derecha	100	95,2
	Mediana	2	1,9
	Otros	3	2,9
	Total	105	100,0

		Frecuencia	Porcentaje
TIEMPO OPERATORIO	Menor a 1 hora	12	11,4
	Entre 1 a 2 horas	67	63,8
	Mayor a 2 horas	26	24,8
	Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital "Gustavo Lanatta Lujan", Agosto 2012 a Julio 2013.

De la tabla. 8, podemos referir que un 95,2% de pacientes tienen un tipo de incisión en el subcostal derecho, un 2,9% tienen otros tipos de incisión y un 1,9% tienen un tipo de incisión mediana. A su vez podemos observar que un 63,8% de pacientes encuestados sobre la Colectectomía de urgencia en el servicio de cirugía del Hospital Gustavo Lanatta tienen un tiempo operatorio entre 1 a 2 horas, un 24,8% tienen un tiempo mayor a 2 horas y un 11,4% un tiempo menor a 1 hora.

TABLA 09

**DISTRIBUCION SEGÚN LOS HALLAZGOS OPERATORIOS EN LOS PACIENTES
SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL
PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Tamaño de la Vesícula	Normal	40	38,0
	Incrementado	55	52,5
	Escleroatrófica	10	9,5
	Total	105	100%

	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Pared vesicular	Normal	41	39,0
	Engrosada	44	41,9
	Plastrón Vesicular	20	19,0
	Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital "Gustavo Lanatta Lujan", Agosto 2012 a Julio 2013.

De la tabla. 09, podemos aducir que un 52,5% de pacientes encuestados sobre la Colectomía de urgencia en el servicio de cirugía del Hospital Gustavo Lanatta presentan un tamaño Incrementado de la vesícula, un 38% tienen un tamaño normal y un 9,5% presentan un tamaño escleroatrófico. A su vez podemos afirmar que un 41,9% de pacientes encuestados sobre la Colectomía de urgencia en el servicio de cirugía del Hospital Gustavo Lanatta presentan una pared vesicular Engrosada, un 39,0% una pared vesicular normal y un 19,0% una presento en el momento intraoperatorio la presencia de vesícula biliar plastronada.

TABLA 10

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS COMPLICACIONES
INTRAOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA
CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL
GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

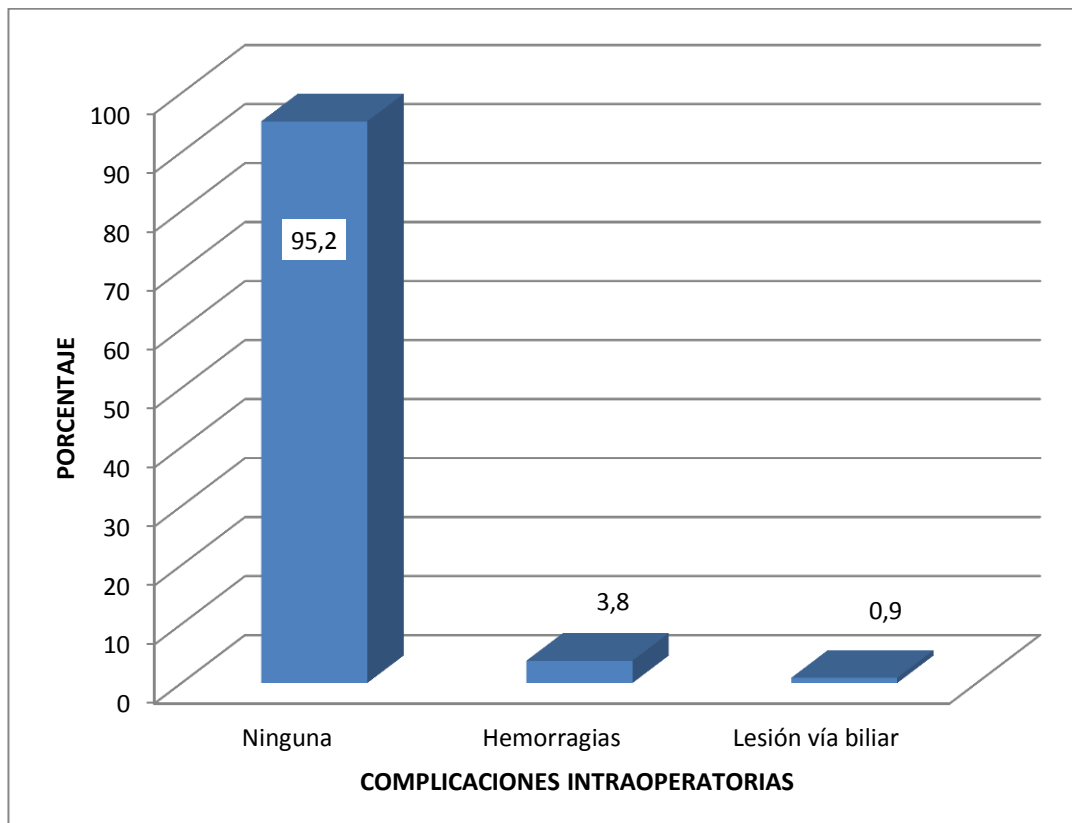
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	100	95,2
Hemorragias	4	3,8
Lesión vía biliar	1	0,9
Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital "Gustavo Lanatta Lujan", Agosto 2012 a Julio 2013.

Para efectos de mejor apreciación y comparación se presenta la siguiente figura:

GRAFICA 07

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS COMPLICACIONES
INTRAOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA
CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL
GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**



De la Tabla 10/ Grafico 07 podemos afirmar que un 95,2% de pacientes encuestados sobre la Colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del Hospital Gustavo Lanatta no presentan complicaciones Intraoperatorias, un 3,8% presentan Lesiones vasculares/Hemorragias y un 0,9% presentan Lesión vía biliar. En el caso de las lesiones de

vías biliares, se presentó en un paciente, una de ellas se reconoció en el acto intraoperatorio, se clasificó como Bismuth 1, y se procedió a la reparación y colocación de una sonda tipo Kerh, el cual permaneció en el paciente por el periodo de 28 días, tiempo en el cual se monitorizó a la el débito biliar, el cual fue disminuyendo paulatinamente, hasta proceder a su clampaje. No obstante, a su retiro de la sonda Kerh, se presenció en su control la presencia de un bilioma de unos 40 mm la cual fue evacuada mediante guía ecográfica. Evolucionando favorablemente

En cuanto a la Hemorragia intraoperatoria en 4 de nuestros pacientes el sangrado fue procedente de los planos superiores de la pared abdominal, y en 1 (0,9%) de ellos, se evidenció sangrado procedente del lecho hepático, que remitió con el método de electrofulguración, no presentando complicaciones posteriores,

TABLA 11

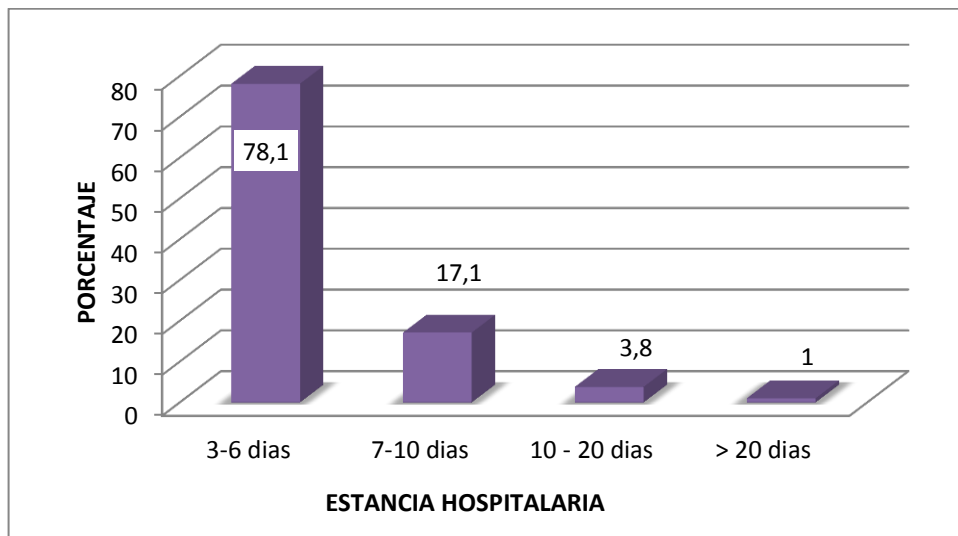
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS
PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA
EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN,
DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

Numero de días	Frecuencia	Porcentaje
Entre 3 a 6 días	82	78,1
Entre 7 a 10 días	18	17,1
Entre 10 a 20 días	4	3,8
Más de 20 días	1	1
Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital "Gustavo Lanatta Lujan", Agosto 2012 a Julio 2013.

GRAFICO 08

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013



De la fig. 15, podemos afirmar que un 78,1% de pacientes encuestados sobre la Colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del Hospital Gustavo Lanatta presentan una estancia hospitalaria entre 3 a 6 días, un 17,1% entre 7 a 10 días, un 3,8% entre 10 a 20 días, y un 1% tuvo una estancia hospitalaria más de 20 días.

TABLA 12

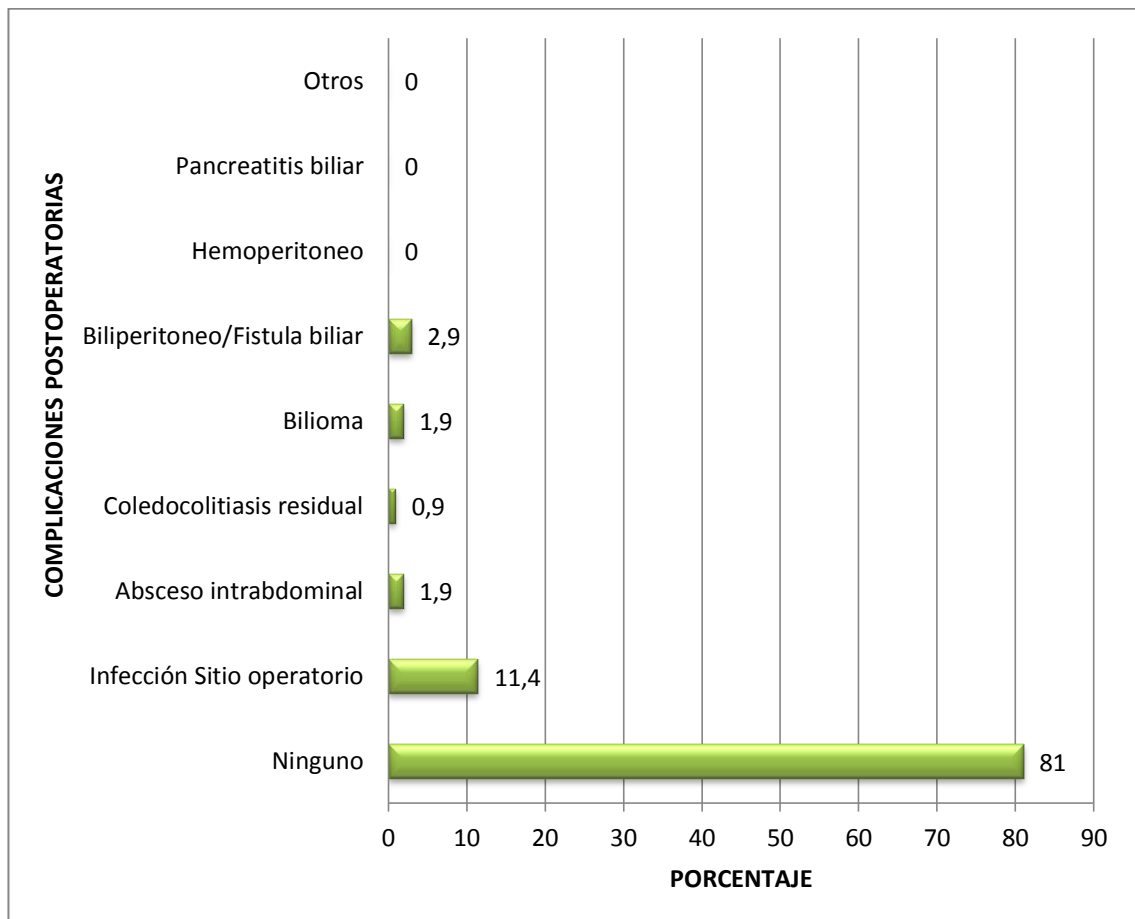
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS COMPLICACIONES
POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA
CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL
GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	85	81,0
Infección Sitio operatorio	12	11,4
Absceso intrabdominal	2	1,9
Coledocolitiasis residual	1	0,9
Bilioma	2	1,9
Biliperitoneo/Fistula biliar	3	2,9
Hemoperitoneo	0	0,0
Pancreatitis biliar	0	0,0
Otros	0	0,0
Total	105	100%

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan”, Agosto 2012 a Julio 2013.

GRAFICA 09

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013



De la Tab. 12, podemos afirmar que un 81.1% de pacientes no presentan complicaciones Post operatorias, un 11,4% de nuestros pacientes presentan Infecciones sitio operatorio que se evidencio en su

mayoría al 3er día de estancia hospitalaria, y remitieron con curaciones diarias, en dos de estos pacientes, fue necesario una limpieza quirúrgica en sala de operaciones, prolongando así su estancia hospitalaria. un 2,9% (3 pacientes) de la población estudiada se presentó Biliperitoneo/fistula todos de bajo débito, por lo que solo fue necesario la monitorización del paciente, y su control ecográfico. Se observó a su vez en un 1,9% la presencia de una colección circunscrita de líquido biliar, o también llamado bilioma, el cual a su vez fue drenado en todos los casos mediante guía ecográfica.

TABLA 13

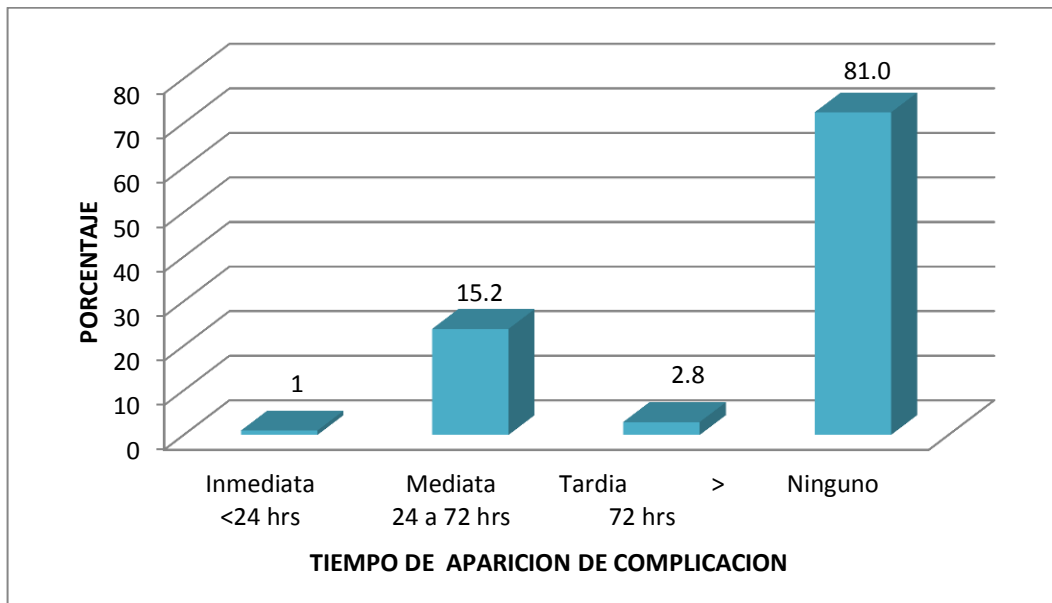
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN EL TIEMPO DE APARICION DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
Inmediata < 24 hrs	1	1,0
Mediata 24 a 72 horas	16	15,2
Tardías > 72 hrs	3	2,8
Ninguno	85	81,0
Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital "Gustavo Lanatta Lujan", Agosto 2012 a Julio 2013.

GRAFICO 10

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN EL TIEMPO DE APARICION DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013



De la fig. 10, podemos afirmar que un 81% de pacientes no tienen ningún tiempo de aparición de complicaciones, un 15,2% presentan una complicación mediata entre las 24 a 72 horas, un 2,8% tardías mayores a 72 horas y un 1,0% Inmediatas menores a 24 horas.

TABLA 14

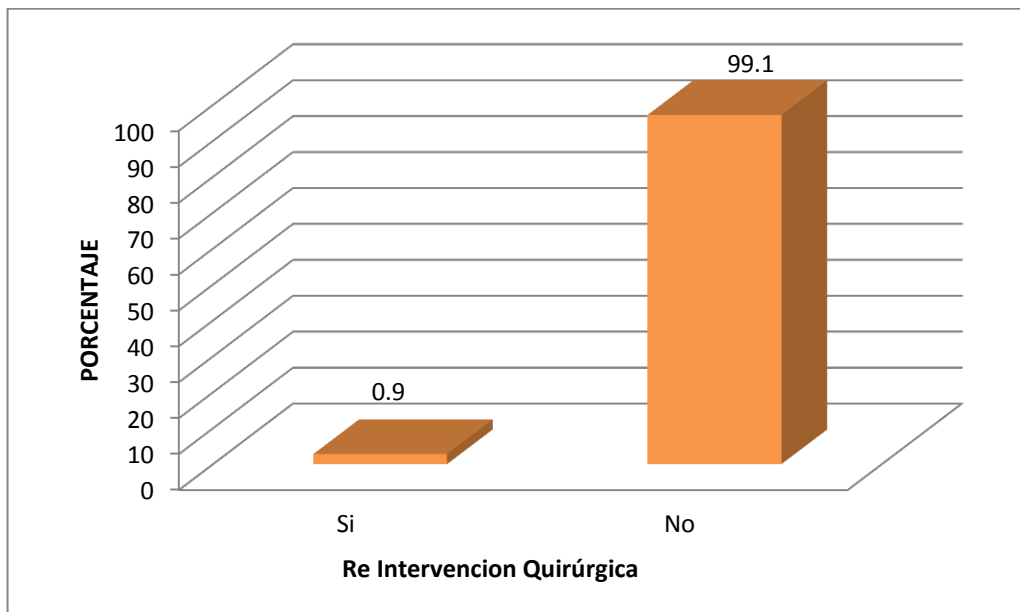
**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA REINTERVENCION QUIRURGICA EN
LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE
URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA
LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	0,9
No	104	99,1
Total	105	100,0

Fuente : Ficha de datos aplicado a pacientes post-operados de colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del hospital “Gustavo Lanatta Lujan”, Agosto 2012 a Julio 2013.

GRAFICO 11

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS SEGÚN LA REINTERVENCION QUIRURGICA EN
LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE
URGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA EL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA
LUJAN, DURANTE EL PERIODO AGOSTO 2012 – JULIO 2013**



De la fig. 18, podemos afirmar que un 99,1% de pacientes en nuestro sobre la Colecistectomía de urgencia en el servicio de cirugía del Hospital Gustavo Lanatta no presentan re intervención quirúrgica y un 0,9% si tienen una re intervención quirúrgica.

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

Las enfermedades calculosas de la vesícula biliar son una de las principales causas de colecistitis aguda, cuyo principal tratamiento son las colecistectomías tanto electivas como de urgencia. No existe la menor duda que la patología de vesícula biliar es una entidad muy común en nuestro medio, causante de numerosas consultas en los servicios de urgencias. En nuestro presente estudio realizado en el hospital “Gustavo Lanatta Lujan” de Huacho durante el periodo Agosto 2013 y Julio 2013 se practicaron 105 colecistectomías convencionales de Urgencia.

De los pacientes sometidos a colecistectomía convencional de urgencia según la edad (tabla 1), muestra en nuestro estudio de 105 pacientes que, el grupo etario más frecuente de presentación fue el comprendido entre los 41 y 50 años con un 27,6%. Seguido de los pacientes mayores de 60 años y los comprendidos entre los 51 y 60 años, con un 24,8% y un 21,0% respectivamente. Con menor frecuencia, se evidencio los pacientes comprendidos entre 31 a 40 años, y los menores de 30 años, con solo un 7,5%; lo que nos indica que esta enfermedad se manifiesta

con mayor frecuencia en personas mayores pues son las edades en la que los pacientes se exponen a mayores factores de riesgo, como el sobrepeso, el sedentarismo, la influencia hormonal, entre otros.

Estos datos coinciden con las informaciones que nos ofrecen el contenido teórico, en el que nos indica que los cálculos biliares aumentan con la edad, así como lo indica en su estudio Castro F. (7) en cuyo estudio de 108 pacientes el rango de edad fue de 35 a 89 años, determinando el mayor grupo etario comprendido entre los 41 y 60 años de edad, con un promedio de 60 años y una desviación estándar de 14,11; a su vez determinó que la frecuencia de complicaciones fue mayor en el grupo de 61 a 70 años (73,7%), y Goddard M (8) corrobora el dato en su estudio en donde afirma refieren una media de 42,4 años, ratifican nuestros datos presentados. Arana J (9) a su vez hace referencia en su estudio un mayor predominio por pacientes entre los 38 a 47 años de edad, con un porcentaje de 32%, seguido del grupo etario comprendido entre 48 y 57 años, con un 27,4%.

Con respecto al sexo (tabla 2) en la población sujeta a estudio, se encontró una predominancia del sexo femenino con el 67,6% (71 casos) respecto al sexo masculino al cual le corresponde el 32,4%.

Constituyendo una relación de 2 a 1 (femenino/masculino), es decir, por cada persona del sexo masculino, existe el doble de pacientes afectados del sexo femenino. Lo hallado coincide con la literatura y estudios revisados como reporta Arana Reyes J. (9), y Boció Peralta D. (5) en donde describen en sus estudio una proporción de 2.4:1 y 5.3:1 respectivamente, a predominio del sexo femenino.

Esto es bien conocido debido a que el mayor porcentaje de pacientes con litiasis vesicular corresponde al sexo femenino, siendo éste considerado como un factor de riesgo para la formación de cálculos biliares, debido a cambios mediados por hormonas en la función motora de la vesícula y el metabolismo de los lípidos biliares.

Felipe Castro (7) a su vez, respalda lo antes citado, con su estudio en donde observa un mayor porcentaje de mujeres operadas de colecistectomía de urgencia con un 66,7%, sin embargo a su vez aduce que fue más alto el porcentaje de complicaciones en varones (55%), pero la diferencia por sexo no fue significativa (IC_{95%} 0,23 – 1,38; $X^2 = 1.86\%$; $p=0,17$)

El Riesgo de la litiasis vesicular es mayor, en mujeres que el hombres de todas las edades. En las mujeres jóvenes el elevado riesgo se relaciona con el embarazo, la paridad, el tratamiento con anticonceptivos. Y la terapia de reemplazo con estrógenos en la menopausia. Durante el embarazo, se forman cálculos biliares, en un 13% de las mujeres, y el Ictericismo biliar, se presenta en más del 30% de embarazadas. Ya que como se sabe, los niveles elevados de estrógenos séricos activan la secreción de bilis sobresaturada de colesterol, y los elevados niveles de progesterona causan la estasis vesicular.

En la Tabla 03, en relación con las enfermedades concomitantes de los pacientes sometidos a estudio se evidenció que el 35% no presentaban ninguna comorbilidad, mientras que 21 pacientes presentaba sobrepeso/obesidad, lo que corresponde a un 20,1%, siendo ésta la principal enfermedad concomitante, le sigue la presencia de Hipertensión arterial y Diabetes mellitus, con un 15,7% y un 11,2% respectivamente. Lo cual concuerda con Arana Reyes J.C. (9), en donde describe a la una asociación estadísticamente significativa a la colecistectomía de urgencia al alcoholismo, tabaquismo, obesidad, así como el IMC, la dieta hipergrasa, la anticoncepción y el antecedente de diabetes mellitus como factores de riesgo para la formación de cálculos biliares, principal causa

de las colecistectomías de urgencia. En otro estudio realizado por González M (16), describe a la litiasis vesicular es una patología multifactorial determinada por la compleja interacción de genes y el medio ambiente. Y que al igual que los padecimientos cardiacos, y la diabetes mellitus, es una enfermedad crónica de elevada prevalencia. Asi mismo hace referencia a componentes de la dieta señalados como factores de riesgo, entre los que destacan: la ingesta energética excesiva, el alto consumo de azúcares simples, de colesterol y de grasa saturada animal. Y entre otros factores, señala la edad, la paridad de mujeres, la obesidad, la pérdida rápida de peso corporal. Como principales factores de riesgo para padecer litiasis vesicular. A su vez, también determino factores protectores para el padecimiento de la litiasis vesicular, fueron, el consumo de verduras, la fibra dietaria, el café y el alcohol tienen una asociación negativa frente a esta patología.

Se considera que el sobrepeso u obesidad, así como las dietas hipercalóricas ricas en grasa insaturada y altas en colesterol, predisponen a la litiasis; también se asocia la aparición de cálculos con la pérdida ostensible de peso provocada por una dieta rígida para adelgazar. Diversos estudios revisados, coinciden en señalar a la obesidad como principal factor de riesgo nutricional, en estos pacientes, se sintetizan una

mayor cantidad de colesterol en el hígado, el cual se secreta en cantidades excesivas, lo que origina una sobresaturación de la bilis.

En cuanto al riesgo ASA (Tabla 04) se encontró que un 61% de la población sujeta a estudio pertenecía a la clasificación ASA II / IV de la Sociedad Americana de Anestesiólogos; es decir, pacientes que tenían una enfermedad sistémica leve moderada, un 38% pertenecía a la escala ASA I /IV (paciente sano y asintomático), y un 1% pertenecía a la escala ASA III (enfermedad sistémica grave o descompensada), lo que implica que más de la mitad de nuestros pacientes presentan una enfermedad sistémica leve o mediana, datos que puede influir en el pronóstico y evolución posterior, aumentando la probabilidad de presentar alguna complicación tanto en el intraoperatorio como en el postoperatorio,

Así como un 55% de nuestros pacientes, lo que representa a la mayoría de ellos, presento un riesgo quirúrgico II, lo cual es muy importante de evaluar con el fin de evitar riesgos que predispongan a posteriores complicaciones. Y un 44,8% de nuestros pacientes perteneció al riesgo quirúrgico I

En la Tabla 05, con respecto al antecedente quirúrgico, el 25,5% de los pacientes fueron sometidos a alguna intervención quirúrgica, siendo más específicos, un 13,3%, tenía como antecedente quirúrgico una cirugía de abdomen, entre las cuales destacan con mayor frecuencia, el antecedente de cesáreas segmentarias transversas, y el antecedente de apendicetomía y en menos frecuencia histerectomía abdominal y hernia umbilical, lo que predispone a una mayor probabilidad de complicaciones intraoperatorias, por la predisposición a presentar adherencias epiploicas, así como una difícil disección en el intraoperatorio. Mientras tanto un 15,2% de la población estudiada presentan otros tipos de antecedentes quirúrgicos que no involucran cirugía abdominal (entre los principales cirugías menores: legrados uterinos, BTB, Fistulas perianales)

En relación al tiempo de enfermedad (Tabla 06) un 73,2% de la población refirió al llegar a emergencia, presentar sintomatología unas 24 horas antes de acudir al servicio de urgencia, un 23,9% presento un tiempo de enfermedad mayor a un día, y un 2,9% un tiempo de enfermedad más de 36 horas, datos que difieren del trabajo presentado por Castro F. (7), cuyo resultado promedio del tiempo transcurrido fue de 5 días, y una desviación estándar de 10 días favoreciendo e incrementando el porcentaje de complicaciones. En su estudio afirma a su vez que ese

grupo de pacientes presentó un porcentaje de complicación de un 48,2 %, mientras que, en el grupo que consulto entre 6 y 10 días, el porcentaje fue mayor (66,7%). La bibliografía revisada en cuanto al momento más oportuno para la colecistectomía, ante una colecistitis aguda, se ha discutido desde tiempo atrás, ya que ciertos autores recomendaban un tratamiento médico y posteriormente la intervención quirúrgica, argumentando que el proceso inflamatorio dificulta el proceder de urgencia, corriendo el riesgo de mayores complicaciones, y la otra, que defiende los una intervención quirúrgica precoz, donde refieren que el edema perivesicular por el proceso inflamatorio, ayuda al plano de clivaje por la disección vesicular, disminuyendo de esta forma la estadía y los costos hospitalarios. Actualmente se afirma que deben ser tratados e intervenidos de forma urgente, logrando de esta manera resultados más favorables, mostrando ventaja en la reducción de morbilidad operatoria, estancia hospitalaria y costos, previniendo el desarrollo de posibles complicaciones.

En la Tabla 07, Entre los principales signos/síntomas que manifestaban un 99% de la población acudió por dolor abdominal a predominio de hipocondrio derecho, mientras que un 67% de ellos presento a su vez náuseas y vómitos, entre otros síntoma manifestados, destacan dolor en

epigastrio, fiebre e ictericia. Lo cual también concuerda con los diversos estudios realizados así como con la literatura revisada (1,2). Castro F. (7) señala a su vez, en su estudio que la totalidad de los pacientes presentaron dolor abdominal, y casi la mitad vómitos, siendo ese el único síntoma asociado estadísticamente a complicaciones de colecistitis (OR=2,66; IC 95% 1,22-5,82; $\chi^2= 6,22$; $p=0,01$). La presentación clínica puede variar y el diagnóstico clínico de las diferentes presentaciones no siempre es específico. Se ha descrito que no hay signos clínicos o hallazgos de laboratorio de suficiente peso para establecer o excluir el diagnóstico de colecistitis aguda, sin embargo la asociación entre ambos, aumenta la probabilidad de detectar a un paciente que presenta colecistitis aguda.

En cuanto a los datos quirúrgicos (Tabla 08), el tipo de incisión más frecuente, fue la incisión de Kocher o subcostal derecha con un 95,2% de prevalencia, solo un 1,9% (2 pacientes) se les realizó una incisión mediana, y un 2,9% otro tipo de incisión. Lo cual también es respaldado por la literatura revisada, la cual la describe como el tipo de incisión más usual y la que permite una mejor visualización e identificación de los elementos del triángulo de Calot, para la identificación de la arteria y el conducto cístico (1, 2, 20)

El tiempo operatorio osciló entre 1 a 2 horas en un 63,8% viniendo hacer el record operatorio ideal para la comodidad del cirujano, con menor frecuencia se encontró un 24,8% que presento un tiempo operatorio mayor de 2 horas, y u 11,4% un record operatorio menor a una hora, así mismo Reyes Díaz M (4), en su trabajo mencionó que el grosor de la pared abdominal, así como la presencia de obesidad, dificultan técnicamente la intervención quirúrgica, aumentando el tiempo operatorio y la mayor incapacidad postoperatoria por la queja de dolor severo. García J. (10) En cuyo estudio encontró un tiempo quirúrgico promedio de 91.8 min, con un común mínimo de 60 min y un máximo de 240min.

Los principales hallazgos operatorios (Tabla 09) evidenciados en nuestro grupo de estudio destacó un tamaño vesicular incrementado en un 52,5%, normal entre un 38,0% y una vesícula escleroatofica en un 9,5%, A su vez podemos afirmar que un 41,9% de pacientes encuestados sobre la Colectomía de urgencia en el servicio de cirugía del Hospital Gustavo Lanatta presentan una pared vesicular Engrosada, un 39,0% una pared vesicular normal y un 19,0% una presento en el momento intraoperatorio la presencia de vesícula biliar plastronada. Contrastado con la bibliografía revisada Castro F (7) señala entre sus hallazgos

operatorios más frecuentes, la presencia de cálculos en el interior de la vesícula (87%), seguido por el engrosamiento de las paredes vesiculares (78,7%), el plastrón vesicular (20,3%) y las adherencias (11,1%). A su vez hace referencia en su estudio que cerca del 90% de las vesículas biliares extirpadas, durante un cuadro agudo, presentan hallazgos histológicos de inflamación crónica.

Las complicaciones intraoperatorias (Tabla 10) estuvieron presente en un 4,7% de los pacientes sometidos a estudio, de los cuales un 3,8% fue debido a sangrado intraoperatorio, está generalmente ligada a problemas de dificultad para la disección anatómica y por maniobras apropiadas, que logró ser controlado en el intraoperatorio y no tuvo consecuencias en el postoperatorio, y solo un 0,9% debido a lesión de vía biliar, En el caso de las lesiones de vías biliares, se presentó en un paciente, una de ellas se reconoció en el acto intraoperatorio, se clasifico como Bismuth 1, y se procedió a la reparación y colocación de una sonda tipo Kerh, el cual permaneció en el paciente por el periodo de 28 días, tiempo en el cual se monitorizo a la el débito biliar, el cual fue disminuyendo paulatinamente, hasta proceder a su clampaje. No obstante, a su retiro de la sonda Kerh, se presenció en su control la presencia de un bilioma de unos 40 mm la

cual fue evacuada mediante guía ecográfica. Evolucionando favorablemente

En cuanto a la Hemorragia intraoperatoria en 4 de nuestros pacientes el sangrado fue procedente de los planos superiores de la pared abdominal, y en 1 (0,9%) de ellos, se evidencio sangrado procedente del lecho hepático, que remitió con el método de electrofulguración, no presentando complicaciones posteriores.

Reyes Díaz M (4) manifiesta un menor porcentaje de complicaciones intraoperatorias, con un 4,95%, siendo su principal complicación intraoperatoria el sangrado sin repercusión hemodinámica mantenida y con un control adecuado en el mismo acto quirúrgico y la lesión de vía biliar que se apreció en 2 pacientes, tras colecistectomía convencional a su vez manifestó que estas fueron realizadas por cirujanos expertos.

La estancia Hospitalaria (Tabla 11) en nuestro estudio, dio como resultado un 78% de los pacientes sometidos a estudio (82 pacientes) tuvieron una estancia hospitalaria entre 3 a 6 días, un 17 % entre 7 a 10 días, un 3,8% entre 10 a 20 días, y un paciente más de 20 días, éste último por la necesidad de una re intervención operatoria. Siendo menor a la que

señaló Reyes Díaz M (4) en su estudio una estancia media de 12,7 días, y de 101 horas en promedio caso de no presentarse complicaciones. García J. (11) destaque una permanencia hospitalaria posquirúrgica, con una media de 3.8 días con un mínimo de 1 día y un máximo de seis días, datos que son menores a nuestro estudio; en donde un 22% tuvo una estancia hospitalaria mayor a 6 días, esto es debido a la presencia de complicaciones que se suscitaron, que no fueron tomados en el estudio anterior.

En la tabla 12 en cuanto a las Complicaciones Postoperatorias, podemos observar que un 69% de pacientes no presentan complicaciones Post operatorias, un 13,5% de nuestros pacientes presentan Infecciones sitio operatorio que se evidencio en su mayoría al 3er día de estancia hospitalaria, y remitieron con curaciones diarias, en dos de estos pacientes, fue necesario una limpieza quirúrgica en sala de operaciones, prolongando así su estancia hospitalaria. un 4,5% (5 pacientes) de la población estudiada se presentó Biliperitoneo/fistula todos de bajo débito, por lo que solo fue necesario la monitorización del paciente, y su control ecográfico. Se observó a su vez en un 2,6% la presencia de una colección circunscrita de líquido biliar, o también llamado bilioma, el cual a su vez fue drenado en todos los casos mediante guía ecográfica.

Felipe Castro (7), en su trabajo “complicaciones de la colecistectomía aguda”, manifiesta que un 43% de su población estudiada presentaron algún tipo de complicación, entre las que destacó el hidrocolecisto (22%), piocolecisto (20,4%) la gangrena vesicular (12%) y entre las menos frecuentes la perforación vesicular (2,8%), el absceso perivesicular (2,8%), fistula biliar (0,9%), y pancreatitis biliar (0,9%). Otro estudio presentado por Reyes Díaz M (4) cuyo trabajo evidencio un 21% de complicaciones, siendo del total una 23,25% la infección de sitio operatorio su principal causa de complicación postoperatoria, seguida de los abscesos intraabdominales, la fistula filiar, el ileo paralitico, y como causas menos frecuentes, la colelitiasis residual, el biliperitoneo, la infección urinaria, neumonía, e insuficiencia respiratoria con un 0,9%,

De los 20 con complicaciones encontrados en nuestro estudio, El tiempo de aparición de la complicación fue entre las 24-72 horas con un 15,2%, siendo ésta considerada como un complicación mediata, un 2,8% de los pacientes (3 pacientes) tuvieron una complicación tardía, y solo un 1% una complicación inmediata (menos de 24 horas). Entre las Complicaciones inmediatas destacó el biliperoneo, mientras que la mas frecuente de las complicaciones mediatas se evidencio la infección de

sitio operatorio, y el bilioma. Y el absceso intraabdominal como complicación tardía, es decir más de 72 horas.

Por Ultimo se evaluó a los pacientes que necesitaron una re intervención quirúrgica, ésta se presentó en un 0,9% de la población estudiada (1 pacientes), esto en comparación con la bibliografía realizada se encuentra dentro del rango que cita la literatura (2) hasta un 2%, así como describe Schwartz (1), donde afirma que es posible que los procedimientos urgentes, exijan una mayor habilidad por parte del cirujano y se necesita en individuos con afección de cálculos biliares complicados. No se registraron muertes en nuestro estudio.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Entre las principales características clínicas de los pacientes sometidos a colecistectomía convencional de urgencia se encontró que es más prevalente en pacientes del sexo femenino, entre la 4ta y la 5ta década de vida, la enfermedad concomitante más frecuentes fue sobrepeso/obesidad, en cuanto al riesgo quirúrgico y la escala ASA fue más frecuente el grado II/IV, asimismo solo el 13.3% de la población estudiada tuvieron el antecedente quirúrgico de cirugía de abdomen lo que predisponen a una mayor complicación.

SEGUNDA

La incisión subcostal derecha, el tiempo operatorio entre 1 a 2 horas, el tamaño vesicular incrementado, así como la pared vesicular engrosada, fueron las principales características quirúrgicas. La Hemorragia y la lesión de la

vía biliar, son las complicaciones intraoperatorias evidenciados en nuestro estudio.

TERCERA

La infección de sitio operatorio, la fistula biliar/bilioperitoneo y el absceso intraabdominal son las complicaciones postoperatorias evidenciados en nuestro estudio.

RECOMENDACIONES

1. Enfatizar un estilo de vida saludable, disminuyendo de esta manera el sobrepeso y obesidad en la población huachana, principal comorbilidad hallada en nuestro estudio, Promover una reducción del riesgo cardiovascular y ASA mediante el control de enfermedades concomitantes como hipertensión arterial y diabetes mellitus.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Charles F, Andersen D, Billiar T, Dun D, Hunter J, Pollock R, et al. SCHWARTZ Principios de Cirugía. 8ª ed. México: Mc Graw Hill; 2006.
2. Fauci A, Kasper D, Longo D, Braunwald E, Hauser S, Jameson J, et al. HARRISON Principios de medicina interna. 17ª ed. México: Mc Graw Hill; 2009.
3. Villacorta Acosta Y, Caro Martínez R, Barrera Guadalupe A, Chávez Reyes G, Fernández Hoyos J, Zapata Dioses L, et al. Guías de la práctica Clínica – Departamento de Cirugía Servicio de Cirugía general. Hosp. Santa Rosa, 2012.
4. Reyes Díaz L, Díaz Milanés J, López Ruiz J, Del Rio La Fuente F, Valdés Hernández J, Sánchez L, et al. Evolución del abordaje quirúrgico de la colecistitis aguda en una unidad de cirugía de urgencias. Cirugía Española. 2012; Mar 03; 90(3): 186-190.

5. Boció Peralta D., Henríquez C., Duran A., "Incidencias de colelitiasis en los pacientes atendidos en el complejo hospitalario Dr. Luis Eduardo Aybar" Rev. Med Dom 2010; 61(3): 213-219.
6. Visser BC, Parks RW, Garden OJ. La colecistectomía abierta en la era laparoscópica. Am J Surg 2009; 195(1): 108-114.
7. Felipe Castro, Juliana Galindo, Mónica Bejarano. Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia. Rev. Colomb Cir 2011; 23(1): 16-21.
8. Goddard M, Zuramay C, Calzadilla I, Gonzales F, Clavo M, Giannopoulos L, et al. Prevalencia de Complicaciones Biliares en Colecistectomías. Rev. de la sociedad Venezolana de Gastroenterología. 2010; 64(2).
9. Juan Carlos Arana Reyes. "Factores de Riesgo para Colecistectomía de Urgencia". Inv. Salud Cam. 2008; 1(1).
10. Bizueto H, Hernández N, Jaime G. "Morbilidad y mortalidad en la cirugía de urgencia de la colecistitis crónica litiásica agudizada" Rev. Cir Ciruj 2009; 70: 82-85.

11. García J, Ramírez F. “Colecistectomía de Urgencia laparoscópica versus abierta”, México. Rev. Cirujano General 2012; 34(3).
12. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis. México. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009.
13. Martínez Acosta M, Arzabe Quiroga J, Irahola Zmorano V, Palacios Nava J, Pomier Saavedra S. Incidencia de Colelitiasis. postgrado. Universidad de Aquino. Bolivia. 2008.
14. Méndez-Sánchez N, Uribe M, Guevara M, Ramos MH, Vargas Vorackova. Risk factors for gallstone disease in Mexican patients are similar to those found in Mexican-Americans. Dig Dis Sci, 2007;43:935- 939.
15. Vives, A. “Litiasis vesicular y su relación con el índice de masa corporal”, Policlínico Docente Mártires De Calabazar – Cuba. 2008.
16. Gonzales, M, “Factores de riesgo en la génesis de la Litiasis Vesicular”. La hepatología molecular un enfoque multidisciplinario. 2007; 07(1): 71 – 78.

17. Quevedo Guanche Lazaro. Colecistitis Aguda. Clasificación etiológica, diagnostica y tratamiento. Rev. Cubana Cir 2008; 46 (2).
18. Fernández Hernández J, Parrilla Patricio P. El paciente con patología de vías biliares. Guía Clínica de Cirugía Biliopancreática 2009. 1: (21-37).
19. TAKADA, T., et al. "Background: Tokyo guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis". Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery, 2007; 14(1): 1–10.
20. Sebastián Juan J; Litiasis Biliar. Abordaje Global. Farmacia Profesional. Hospital Miguel Servet. 2011; 17:62-5.
21. Robbins G, y Cotran M. Colecistitis y colelitiasis. Patología, Estructural y Funcional, 6a Edición, editorial McGraw-Hill. España 2008.
22. Cuschieri A, Lezoche E, Morino M, Croce E, Lacy A, Toouli J, et al. EAES multicenter prospective randomized trial comparing two-stage vs single-stage managements of patients with gallstone disease and ductal calculi. SurgEndosc. 2010; 13(1):952-957.

23. Carbajo AJ, Urbáez M, Medina E, Manzanares J, Urruzuno P, Moreno JM et al. Litiasis biliar en la infancia. *An Esp Pediatr* 2012; 36 (4): 281-284.

24. Manzanares J, Urruzuno P, Medina E, Moreno JM. Manifestaciones clínicas y tratamiento de la colelitiasis. *An Esp Pediatr* 2007; 76: 13-16.

25. Zinner M, Ashley S. Maingot, Operaciones abdominales. 11° ed. México: Mc Graw Hill; 2008.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL DE URGENCIA. ESTUDIO EN PACIENTES POST OPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL II "GUSTAVO LANATTA LUJAN"- HUACHO. AGOSTO 2012 – JULIO 2013

DATOS GENERALES:

Nombre:

N° Seguro:

Fecha de Ingreso:

H.C.:

DATOS PACIENTE:

1. Edad: _____ años

2. Sexo: _____ Femenino _____ Masculino

4. Enfermedad Concomitante:

_____ Sobrepeso/Obesidad _____ Enf. Cardiovascular
_____ DM2 _____ Otras
_____ HTA _____ Ninguna

5. Escala ASA: _____ I _____ II _____ III _____ IV

6. Riesgo Quirúrgico: _____ I _____ II _____ III _____ IV

7. Antecedente Quirúrgico:

_____ Ninguno _____ Otros
_____ Cirugía abdomen (especifique)

8. Tiempo enfermedad _____ horas

9. Síntomas/Signos Principales _____ Dolor hipocondrio derecho _____ Ictericia
_____ Náuseas/Vómitos _____ Fiebre
_____ Dolor epigastrio _____ Otros

DATOS DE LA OPERACION

10. Tipo de incisión: Subcostal derecha Mediana
 Otros
11. Modo de abordaje: Directa Indirecta Mixta
12. Tiempo Operatorio: <1 hora 1-2 horas > 2horas
13. Hallazgos Operatorios:
- Tamaño vesícula: Normal Incrementado
 Escleroatrofica
- Pared Vesicular: Normal adelgazado
 Engrosada
-
14. Complicaciones Intraoperatorias:
- Ninguna Lesión vía biliar
 Hemorragias Otros

POST-QUIRUGICO / COMPLICACIONES:

15. Estancia Hospitalaria: _____ días
16. Complicaciones Pos-operatorias:
- Ninguna Infección Sitio Operatorio
- Fistula Biliar/biliperitoneo hemoperitoneo
 Absceso intraabdominal pancreatitis biliar
 Coledocolitiasis Residual Bilioma
 Otros
17. Tiempo de aparición de Complicación:
- Inmediata < 24hrs Mediata 24 a 72 horas
 Tardías > 72 horas
18. Re intervención Quirúrgica: Sí No