

CAPITULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA:

CONTROVERSIA ENTRE COLECISTECTOMIA TEMPRANA O TARDÍA:

Se descubrió que la colecistectomía laparoscópica durante la colecistitis aguda tiene una tasa de conversión mayor que la colecistectomía electiva. Sin embargo, ninguno de los ensayos incluidos mostró una diferencia estadísticamente significativa en las tasas de conversión. En realidad, la tasa general de conversión fue mayor en el grupo de intervención tardía (23,6%) que en el grupo de intervención temprana (20,3%). Esta diferencia no es estadísticamente significativa.

A pesar de que hay informes sobre una tasa de conversión mayor si la cirugía se retrasa más de 48 a 96 horas del inicio de los síntomas ¹¹, otros estudios no confirman esta información. En esta revisión se hallaron dos ensayos que incluyeron únicamente a pacientes con menos de cuatro días del inicio de los síntomas. Tres ensayos incluyeron a pacientes con menos de siete días del inicio de los síntomas. Un análisis de subgrupos no mostró una diferencia significativa en la tasa de conversión o de complicación en el grupo de tratamiento temprano (menos de cuatro o siete días del inicio de los síntomas), comparado con la colecistectomía laparoscópica tardía, con lo que se prueba la seguridad de la colecistectomía laparoscópica hasta siete días del inicio de los síntomas. Esta situación proporciona un tiempo adecuado para investigar al paciente y tratar los cálculos del conducto biliar común (dependiendo de la estrategia individual del cirujano), antes de realizar la intervención quirúrgica en la próxima lista de cirugía disponible. Nuevamente, la causa de los resultados contradictorios entre los estudios observacionales y los ensayos aleatorios puede deberse a la no adopción del análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis).

Se esperaba que la proporción de casos de infección fuese mayor en el grupo de tratamiento temprano que en el grupo de tratamiento tardío debido a la presencia de inflamación. Sin embargo, no se halló una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de infección superficial (5% versus 3,7%) o en la tasa de infección profunda (1% versus 2,3%) entre el grupo de tratamiento temprano y el de tratamiento tardío. Tampoco hubo una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de colecciones intra abdominales que requirieron drenaje percutáneo entre las dos cirugías (2,7% versus 1,4%).

Otra cuestión básica es la experiencia del cirujano ³. En uno de los ensayos, los cirujanos que realizaron las intervenciones quirúrgicas tenían una experiencia mínima de 25 colecistectomías laparoscópicas ³ y en otro ensayo, tenían una experiencia mínima de 50 colecistectomías laparoscópicas. El análisis de subgrupos de estos ensayos no reveló una diferencia significativa en los resultados de la colecistectomía temprana y de la tardía. Las técnicas tuvieron que modificarse y se tuvo que realizar la descompresión de la vesícula biliar, más a menudo en el grupo de tratamiento temprano que en el grupo de tratamiento tardío.^{38,41}

En un ensayo, el tiempo quirúrgico fue menor para el grupo de tratamiento temprano que para el grupo de tratamiento tardío³. En el resto de los ensayos, la colecistectomía temprana llevó un promedio de diez a 30 minutos más que la colecistectomía tardía ^{38,41}. Sin embargo, este aumento del tiempo quirúrgico y de los costos se compensa por la duración de la estancia hospitalaria, que fue de 1,1 a 5 días más prolongada (en promedio) para el grupo de tratamiento tardío que para el grupo de tratamiento temprano.^{38, 41}

Otra cuestión importante es la morbilidad relacionada con los cálculos biliares durante el período de espera. La más importante es la no resolución del episodio recurrente de colecistitis o la recurrencia de la colecistitis. Durante el período de espera, 40 pacientes (17,5%) del grupo de tratamiento tardío se sometieron a una cirugía de urgencia. La colecistectomía laparoscópica realizada en tales pacientes conlleva una tasa de conversión mayor (tasa de

conversión del 45%) que los que se someten a la cirugía durante la colecistitis aguda o los que están libres de síntomas durante el período de intervalo. Aunque no hubo muchos eventos de morbilidad relacionados con los cálculos biliares en los ensayos incluidos en el metanálisis, las intervenciones quirúrgicas en el grupo de tratamiento tardío, en todos los ensayos, se realizaron dentro de las 12 semanas. Sin embargo, la realidad puede ser diferente y los pacientes podrían tener que esperar mucho más que 12 semanas^{43,47,50} y podrían desarrollar complicaciones de los cálculos biliares, como pancreatitis, colangitis, coledocolitiasis y crisis recurrentes de colecistitis mientras esperan la cirugía^{43,47,50}.

Mientras que los ensayos examinados en esta revisión realizaron la cirugía tardía entre seis y 12 semanas después del episodio agudo, otra estrategia informada es la realización de la cirugía después de un ciclo corto con antibióticos^{4,34}. Esta estrategia significa más tiempo para tratar los cálculos del conducto biliar común cuando los recursos son limitados.

Debido a la práctica existente de realizar la colecistectomía laparoscópica tardía, es posible que muchos pacientes sean tratados con antibióticos e investigados por el médico de atención primaria antes de ser referidos de forma electiva al cirujano para la colecistectomía laparoscópica. Sin embargo, cuando se sigue una política de derivación urgente de estos pacientes al cirujano (e investigaciones urgentes para confirmar el diagnóstico, en contraposición con la referencia electiva e investigaciones electivas), es muy posible que se identifique a algunos pacientes que sólo presenten cólico biliar sin inflamación asociada. Algunos estudios demostraron que la colecistectomía laparoscópica para tratar el cólico biliar tiene una tasa de conversión y de morbilidad inferior a la que se realiza después de una crisis de colecistitis¹¹. Por lo tanto, estos pacientes pueden beneficiarse indirectamente si los cirujanos siguen una política de colecistectomía laparoscópica temprana.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son las diferencias en los resultados de los pacientes portadores de colecistitis aguda intervenidos quirúrgicamente precozmente versus los intervenidos tardíamente?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la evolución post-operatoria de los pacientes portadores de colecistitis aguda intervenidos precoz o tardíamente.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Determinar la proporción de pacientes portadores de colecistitis aguda intervenidos precoz y tardíamente
- b. Identificar la frecuencia de complicaciones post operatorias en ambos grupos de pacientes
- c. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria en ambos grupos
- d. Determinar el tiempo de reincorporación a sus centros de trabajo entre ambos grupos de pacientes

1.4. JUSTIFICACIÓN

Mediante el trabajo se pretende encontrar las ventajas de la intervención quirúrgica precoz frente a la tardía en pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda. Sabemos que la evolución de una vesícula inflamada puede llevar a la gangrena o complicación sépticas (pancreatitis,

colangitis, coledocolitiásis, fístulas), todas ellas derivarán en una evolución tórpida con mayor tiempo de recuperación.

La evolución de un cuadro de colecistitis aguda hacia un cuadro con presencia de signología local florida o hacia una sepsis o compromiso de otros órganos o sistemas configura las características de una colecistitis en sus formas moderada o severa que deberían ser tratadas con drenaje temprano de la vesícula o colecistectomía temprana, de otro modo las complicaciones se presentarán frecuentemente, es decir la morbilidad y mortalidad será alta en estos casos.

No existen trabajos en el ámbito local y nacional del tratamiento de las colecistitis agudas precoz o tardío motivo por el cual no tenemos trabajos referenciales para la comparación con nuestro trabajo.

Siendo el hospital Daniel Alcides Carrión un hospital de nivel III con centro quirúrgico donde se da el tratamiento quirúrgico definitivo a este tipo de patología, colecistitis aguda, en nuestra ciudad, para la población asegurada y además de ser hospital referencial de la ciudad de Moquegua e Ilo es que este trabajo pretende demostrar que el tratamiento precoz ante el tardío tiene ventajas tanto para el paciente en su evolución y su menor estancia hospitalaria y en su pronta reincorporación al trabajo frente a los casos operados tardíamente.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

1.5.1. COLECISTITIS AGUDA: Proceso inflamatorio de la vesícula biliar de origen infeccioso o no que se diagnostica de acuerdo a los criterios del consenso de Tokio.

1.5.2. TRATAMIENTO PRECOZ: Pacientes operados dentro de las primeras 72 horas de hecho el diagnóstico.⁶³

1.5.3. TRATAMIENTO TARDÍO: pacientes intervenidos después de las 72 horas de hecho el diagnóstico.⁶³

1.5.4. COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA (COLELAP): colecistectomía usando la técnica mínimamente invasiva, asistida con video intracorpóreo.

1.5.5. CONVERSIÓN: Cambio de la técnica laparoscópica a convencional durante la intervención laparoscópica.

1.5.6. TIEMPO DE ESPERA PREQUIRURGICO: Tiempo que transcurre entre al ingreso y la fecha de la intervención quirúrgica.

1.5.7. TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA: tiempo que transcurre entre el ingreso y el alta hospitalaria.

1.5.8. TIEMPO DE REINCORPORACION AL TRABAJO: Tiempo que transcurre entre la fecha de la operación y la fecha en que el paciente se reintegra a sus actividades habituales.

1.5.9. INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO SUPERFICIAL: Proceso séptico que se presenta en el trayecto de abordaje del sitio quirúrgico no mas profundo que el plano aponeurótico.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN:

Existe una gran controversia sobre el momento adecuado para la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda. Aunque la colecistectomía abierta temprana no implica un aumento en la morbilidad o en la mortalidad con respecto a la colecistectomía abierta tardía y la colecistectomía tardía aumenta los riesgos de complicaciones adicionales por cálculos biliares^{38, 41}, existe una preocupación por las tasas mayores de morbilidad, en la colecistectomía laparoscópica realizada como procedimiento de urgencia y por la tasa mayor de conversión a procedimiento abierto durante la fase aguda. Aunque, que una de las razones principales para la conversión en la colecistectomía laparoscópica temprana es la inflamación que oscurece la visión del triángulo de Calot,¹¹ la razón principal para la conversión en el grupo de tratamiento tardío son las adherencias fibróticas¹¹. La inflamación grave es también una de las causas principales de la lesión de la vía biliar. Existen informes que indican que la estancia hospitalaria es más prolongada para la colecistectomía temprana.

Únicamente cerca de 30% de las colecistectomías laparoscópicas en los Estados Unidos se realizan durante la colecistitis aguda. Sólo 20% de los cirujanos del Reino Unido realiza la colecistectomía laparoscópica durante la colecistitis aguda^{1,3}. No se pudo identificar ninguna revisión Cochrane que comparara la colecistectomía laparoscópica temprana y tardía en los pacientes con colecistitis aguda. Se identificaron tres metanálisis previos relacionados con el tema. Dos de éstos^{4,7} incluyeron la colecistectomía abierta y la laparoscópica para su comparación. El primero sólo incluyó dos ensayos. El segundo metanálisis incluyó tres ensayos. Ambos metanálisis^{4,7} incluyeron un ensayo de Chandler y cols. Que en realidad examinó dos estrategias quirúrgicas diferentes para el

tratamiento temprano. El metanálisis más reciente de Lau y cols. incluyó también tres estudios. Uno fue el estudio. En el cual la asignación se realizó en base a la experiencia del cirujano y en consecuencia no puede considerarse un ensayo aleatorio. Sin embargo, ninguno de los tres metanálisis halló una diferencia significativa en la morbilidad entre la colecistectomía laparoscópica temprana y la tardía, en los pacientes con colecistitis aguda.

2.2. COLECISTITIS AGUDA

2.2.1. DEFINICIÓN

Es el proceso inflamatorio agudo de la Vesícula Biliar bacteriana o química. El 90-95% de los casos, es causado por la presencia de cálculos biliares que obstruyen el conducto cístico, la bilis atrapada se concentra y causa irritación y acumulación de presión en la vesícula, produciendo proliferación bacteriana, perforación y peritonitis.^{63, 64}

Entre 10% y 15% de la población occidental adulta presenta cálculos biliares. Entre 1% y 4% se tornan sintomáticos en un año. La colecistectomía para los cálculos biliares sintomáticos se realiza mayormente después de que se presenta el episodio de colecistitis aguda, por temor a una morbilidad mayor y a la conversión de una colecistectomía laparoscópica a una colecistectomía abierta durante la colecistitis aguda.^{63, 64}

2.2.2. ETIOLOGÍA:

La Colecistitis Aguda Litiásica es producida por cálculos en el 90 - 95% de los casos. Los cálculos de colesterol son el 85%, el resto corresponde a cálculos pigmentarios.^{63, 64}

La patogenia de la Colecistitis Aguda Alitiásica, con una incidencia 4-8%, no difiere de la tipo litiásica, excepto en que la incidencia de gangrena y perforación es más alta. Todavía no se ha dilucidado si es debido a una característica tardía. Tiene una etiología multifactorial, pero en la patogénesis de la colecistitis alitiásica en la mayoría de los casos es por una reducción en la capacidad de vaciamiento de la vesícula, siendo las principales causas: sepsis, traumatismo, afecciones del colágeno, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y diabetes.

Otras etiologías pueden ser la volvulación de la vesícula biliar, la angulación del sifón vesicular. Tumores benignos, quistes, el cáncer vesicular, y anomalías vasculares, excepcionalmente.^{63, 64}

Los microorganismos implicados son por lo general enterobacterias, siendo las principales: e. coli, strptococo, klebsiella, clostridim, salmonella, proteus, enterobacter.

2.2.3. FRECUENCIA:

La Litiasis Vesicular se encuentra en el 10% de la población adulta, llegando a 50% en algunos países. De estos 10 a 20% desarrollarán cuadros de Colecistitis Aguda con incidencia más alta en el sexo femenino (3:1 respecto a los varones). A partir de los 50 años, pasa a ser de 1.5 a 1).⁶⁴

La Colecistitis Aguda Alitiásica es la inflamación aguda de la vesícula biliar en ausencia de cálculos, constituyen un 4% a 8% de todos los casos de colecistitis aguda en la última década se ha incrementado hasta un 16%, siendo más común en el sexo masculino (1.5: 1). La enfermedad

tiende a ocurrir después o en coexistencia con otras enfermedades, y en más del 50% no se descubre el factor desencadenante.

La colecistectomía en la colecistitis aguda conlleva un índice de mortalidad de menos de 0.2% y una tasa de mortalidad grave de menos de 5 %. La frecuencia en general de lesión de vías biliares es de 0.4%.⁶³

2.2.4. FACTORES DE RIESGO

Factores que incrementan su incidencia

- Edad
- Sexo femenino
- Obesidad
- Dieta occidental
- Anemia Hemolítica, resección ileal.

2.2.5. CUADRO CLÍNICO

a) SÍNTOMAS

- La mayoría de los pacientes tienen síntomas de dispepsia a grasas o episodios similares.^{63,64}
- El tiempo de enfermedad es menor de una semana y el dolor se presenta generalmente post prandial.^{63,64}
- Puede localizarse el dolor en el cuadrante superior derecho, en epigastrio o en ambos sitios, también irradiación alrededor del lado derecho, hacia el ángulo de la escápula y hombro derecho. La persistencia e intensidad del dolor (mayor 6 horas) ayudan a distinguir entre evolución de la colecistitis aguda y un ataque de cólico biliar vesicular. La primera persiste por varios días, pero el último rara vez dura más de una hora.^{63,64}

- Las náuseas y el vómito, ocurren en 60 a 70%, como fenómeno reflejo relacionado con el aumento de la presión en la vesícula biliar. A menudo, el enfermo trata de provocarse el vomito en un intento de obtener alivio.⁶³

b) EXAMEN FÍSICO

- Inicialmente hay un aspecto angustiado y de sufrimiento del paciente, con dolor agudo, palidez y sudoración, en ocasiones incluso cianosis en pacientes ancianos con aumento del dolor con la respiración.⁶³
- El paciente suele permanecer inmóvil en decúbito supino, dado que los movimientos producen un aumento del dolor; así mismo la movilidad abdominal esta reducida, sobre todo en la porción derecha del abdomen.⁶³
- Hay fiebre en 80% de los casos, aunque puede estar ausente en ancianos ó en quienes consumen esteroides u otros antiinflamatorios o en inmunodeprimidos.⁶⁴
- La palpación del abdomen es dolorosa, especialmente en hipocondrio derecho con hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho, el epigastrio o ambos sitios. Cerca de 50% de los pacientes presentan rigidez muscular en el cuadrante superior derecho, y alrededor del 25% tienen sensibilidad de rebote.^{63,64}
- Disminución de ruidos intestinales es frecuente en (10%), a menos que se haya producido peritonitis generalizada e íleo paralítico. Se puede identificar una masa palpable en la región vesicular (40%) que pueden ser la vesícula o el epiplón adherido a ésta por efecto de la inflamación. En etapas tardías pueden significar el desarrollo de un absceso pericolecístico.⁶³
- La ictericia cuando está, solo es evidente en las escleras (20%) y sugiere la posibilidad de colédocolitiasis concomitante, la que puede ser de un 10 al 15% de los casos.^{63,64}

- Cuando el diagnóstico es un adulto con dolor abdominal agudo, se excluye la apendicitis aguda, la enfermedad quirúrgica más frecuente es la colecistitis aguda.⁶⁴
- Es más frecuente en la mujer, sobre todo mayores de 50 años, y que puede haber:
 - Historia de cólico biliar, dolor intenso e hipersensibilidad abdominal en el cuadrante superior derecho con rigidez muscular y Murphy (+).
 - Fluctuaciones en la intensidad del dolor aunque tiende a ser muy agudo, recurrente, con intervalo asintomático de una o dos horas.
 - Antecedente de indigestiones, dispepsia flatulencia, mala tolerancia a las comidas grasas (aunque estos antecedentes son comunes a otras patologías abdominales), también es frecuente que refieran episodios previos de dolor abdominal de características similares.
- La presencia de ictericia con coluria (20%), puede ser de ayuda, aunque su presencia es poco frecuente, y a su vez pueden aparecer en otros cuadros como coledocolitiasis y colangitis que amerita su estudio.^{63,64}

c) SIGNOS DE ALARMA

Presencia de signos de Sepsis (taquicardia, polipnea, fiebre/hipotermia y leucocitosis/leucopenia), Sepsis Severa (con hipoxemia u oliguria) o SHOCK Séptico (con descompensación hemodinámica) revela la presencia de una complicación y amerita el monitoreo hemodinámico estricto y el uso de medidas de resucitación agresivas previas a la cirugía. Las complicaciones de las colecistitis agudas constituyen graves urgencias en la evolución de las enfermedades presentándose en el 5 al 10% y produciéndose en algunas de ellas hasta el 25 al 30% de muertes, por lo que requieren un tratamiento quirúrgico inmediato. La mortalidad total por complicaciones llega al 20%. Se presentan generalmente al término de la primera semana puede hacerlo al segundo o tercer día de diagnosticada la enfermedad por las condiciones del paciente entre y la variedad particular de la complicación.

2.2.6. COMPLICACIONES DE COLECISTITIS AGUDA

- a. Perforación
 - Con peritonitis localizada.
 - Con peritonitis generalizada.
- b. Absceso pericolecístico
- c. Empiema.
- d. Ruptura.
- e. Gangrena
- f. Fistulización
 - Colecistocolociana.
 - Colecistoduodenal.
 - Colecistoyeyunal.
 - Colecistogástrica.
 - Colecistocolónica.
- g. Ileo Biliar.

La presencia de Ictericia, asociado a fiebre estaría relacionado a una colangitis por coledocolitiasis o por fístula colecistocolociana.

2.2.7. DIAGNOSTICO:

Según el consenso de Tokio año 2006:

SIGNOS CLÍNICOS:

A. SIGNOS LOCALES DE INFLAMACIÓN

- Signo de Murphy.
- Masa palpable dura y dolorosa en cuadrante superior derecho

B. SIGNOS SISTÉMICOS DE INFLAMACIÓN:

- Fiebre.
- Elevación del PCR.
- Leucocitosis.

C. HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS:

- Hallazgos Imagenológicos característicos de colecistitis aguda (*).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

1. Un ítem en A y un ítem en B son positivos.
2. C confirma el diagnóstico cuando la colecistitis aguda es sospechada clínicamente.

NOTA: Hepatitis aguda, otras enfermedades agudas abdominales y colecistitis crónica deben ser excluidas.

(*) HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS DE COLECISTITIS AGUDA:**ULTRASONOGRAFÍA:**

- Signo ultrasonográfico de Murphy (Molestia provocada por la presión sobre la vesícula biliar con el transductor del ecógrafo)
- Grosor de la pared de la vesícula biliar (mayor a 4 mm en pacientes que no tienen enfermedades crónicas del hígado y/o ascitis o falla cardiaca derecha)
- Tamaño de la vesícula biliar (Diámetro del eje mayor > 8 cm, diámetro del eje menor > 4cm)
- Vesícula empotrada, detritus en la eco, edema en pericolecistitis
- Capa sonoluciente en la pared de la vesícula, señales doppler e imágenes radiotransparentes estriadas intramurales.

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR:

- Altos signos de pericolecistitis
- Crecimiento de la vesícula biliar
- Pared vesicular engrosada

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA:

- Pared vesicular engrosada
- Colección líquida pericolecística
- Agrandamiento de la vesícula biliar
- Aéreas lineales de alta densidad en el tejido graso pericolecístico.

2.2.8. CRITERIOS DE EVALUACION DE SEVERIDAD PARA COLECISTITIS AGUDA:**a) Leve (grado I):**

Colecistitis aguda no cumple los criterios de colecistitis aguda «grave (grado III)" o "moderada (grado II)". También se puede definir como la colecistitis aguda en un paciente sano sin disfunción de órganos y leves cambios inflamatorios en la vesícula biliar, por lo que la colecistectomía un procedimiento quirúrgico seguro y de bajo riesgo.

b) Moderada (grado II):

Colecistitis aguda se asocia con cualquiera de las siguientes condiciones:

- Aumento en el conteo de leucocitos ($> 18\ 000/\text{mm}^3$).
- Masa dolorosa palpable en el cuadrante superior derecho del abdomen.
- Duración de los síntomas mayor a 72 horas
- Marcada inflamación local: (peritonitis biliar, absceso pericolecístico, absceso hepático, colecistitis gangrenosa, colecistitis

enfisematosa). Una cirugía laparoscópica debe ser realizada dentro de las 96 horas siguientes al inicio de la colecistitis aguda.

c) Grave (grado III):

La colecistitis aguda se asocia con disfunción de cualquiera de los siguientes órganos / sistemas.

- Disfunción cardiovascular (hipotensión que requiera tratamiento con dopamina 5 mg / kg / min, o cualquier dosis de dobutamina).
- Disfunción neurológica (disminución del nivel de conciencia).
- Disfunción respiratoria (relación PaO₂/FiO₂ <300).
- Disfunción renal (oliguria, creatinina >2,0/dl).
- Disfunción hepática (PT-INR > 1,5).
- Trastorno hematológico (recuento de plaquetas <100000/mm³).

CAPITULO III
HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

Los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que se intervienen quirúrgicamente hasta las 72 horas (en forma precoz) tienen menor riesgo de complicaciones, menor tiempo de estancia hospitalaria y reincorporación al trabajo más precoz, en comparación con el grupo de pacientes que se opera tardíamente.

3.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	INDICADOR	UNID/CATEG	ESCALA
Oportunidad del tratamiento quirúrgico	Intervención hasta las 72 horas de evolución o posterior	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención precoz • Intervención tardía 	Nominal
Técnica quirúrgica	Técnica usada para la colecistectomía	<ul style="list-style-type: none"> • Laparoscópica • Cirugía abierta 	nominal

VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLE	INDICADOR	UNID/CATEG	ESCALA
Tiempo operatorio	Tiempo transcurrido desde el inicio al final de la intervención	Minutos	Razón

Conversión	Cambio de cirugía laparoscópica a cirugía abierta	Si/no	Nominal
Complicaciones	Infección de sitio quirúrgico superficial	Si/no	nominal
	Infección de sitio espacio profundo	Si/no	Nominal
	Bilirragia	Si/no	Nominal
	Abceso residual	Si/no	Nominal
	Coledocolitiasis residual	Si/no	Nominal
	Hemorragia postoperatoria	Si/no	Nominal
	Lesión de la vía biliar	Si/no	Nominal
	Ileo postoperatorio	Si/no	Nominal
	Lesión de víscera abdominal	Si/no	Nominal
Tiempo de hospitalización postoperatorio	Tiempo transcurrido entre la intervención quirúrgica y el alta hospitalaria	Días	Razón
Tiempo de incapacidad para el trabajo	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico de colecistitis aguda y el reingreso a sus	Días	Razón

	actividades habituales		
Tiempo de hospitalización después del diagnóstico	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico de colecistitis aguda y el alta postoperatoria	Días	Razón
Resultado de patología de piezas operatorias	Clasificación anatomopatológica de colecistitis aguda	Edematosa Supurada. Gangrenosa Alitiásica	Nominal

CAPITULO IV
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO

Observacional, transversal, comparativo.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO:

Ámbito espacial: Servicio de Emergencia Hospital III Tacna, EsSalud.

Ámbito temporal: de julio 2009 a julio 2010.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

- Población de estudio: Todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que ingresaron por el Servicio de Emergencia del Hospital de Tacna julio 2009 a julio 2010.
- Unidad de estudio: Paciente con diagnóstico de colecistitis aguda que ingreso por emergencia al Hospital III de Tacna, EsSalud.
- Muestra: Se considerará al total de la población que cumpla con los criterios de selección.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico de ingreso de colecistitis aguda intervenidos por el Servicio de Emergencia del Hospital III Tacna ESSALUD.

4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con enfermedades terminales asociadas.
- Pacientes gestantes.
- Pacientes con diagnóstico post operatorio de neoplasia.
- Pacientes con diagnóstico post operatorio de coledocolitiasis.
- Pacientes con colecistitis crónica

4.6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se utilizó una ficha de recolección de datos en base a los criterios de Tokio y los diferentes caracteres consignados en la ficha de recolección de datos. (ver anexo 1)

CAPITULO V
PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

ANÁLISIS DE DATOS

- Se identifico los pacientes por medio del CIE 10 con el sistema informativo del hospital
- Se identifico historias clínicas físicamente
- Se aplico las fichas a las historias clínicas
- Se descargaron los datos de las fichas a una matriz de base de datos en el programa hoja de calculo y se procesarán los datos en el programa estadístico 17.00
- Se elaboró las tablas y gráficos respectivos.
- Análisis estadístico, estadística descriptiva.
- Tablas de contingencia: estadística inferencial.

CAPITULO VI
RESULTADOS

TABLA NRO 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD POR INTERVALOS DE LOS PACIENTES
PORTADORES DE COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION
ESSALUD TACNA INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE
PERIODO JULIO 2009 –JULIO 2010**

Edad en años por intervalos	Frecuencia	Porcentaje
21 – 30	16	20,0
31 – 40	15	18,8
41 – 50	20	25,0
51 – 60	17	21,3
61 – 70	7	8,8
71 – 80	5	6,3
Total	80	100,0

Fuente: recolección del autor

La descripción de las características demográficas de los casos estudiados tiene importancia, puesto que permite tener una apreciación del perfil de nuestra casuística.

Con respecto a la edad de los pacientes puede observarse en la tabla Nro. 1 que la misma tiene como valores extremos 21 y 80 años con una media de 45.93, desviación típica de 14.46 con un rango de 59 años, se puede concluir que es una muestra de distribución dispersa Tales resultados coinciden con los encontrados en la bibliografía revisada con respecto al perfil epidemiológico de la colecistitis aguda.

TABLA NRO 2

**DISTRIBUCIÓN POR GENERO EN LOS PACIENTES PORTADORES
DE COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA
INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE PERIODO
JULIO 2009 –JULIO 2010**

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	49	61,3
Masculino	31	38,8
Total	80	100,0

Fuente: recolección del autor

Con respecto al genero de los pacientes que han presentado cuadro de colecistitis aguda en nuestro Hospital, encontramos que hay una leve predominancia del sexo femenino con un porcentaje de 61.3%, lo cual coincide con lo descrito en la bibliografía, pese a que en algunos estudios realizados en hospitales de ESSALUD se encontraba predominancia del sexo masculino, tendencia que se explicaba por que la población asegurada era predominantemente masculina, pero en los últimos años, este patrón tiende a desaparecer predominando como en otras instituciones de salud el sexo femenino.

TABLA NRO 3

**TIPO DE INTERVENCIÓN EN LOS PACIENTES PORTADORES DE
COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA
INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE PERIODO**

JULIO 2009 –JULIO 2010

Tipo de operación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Laparoscopica	78	97,5	97,5
Laparoscopica – Conversion	2	2,5	2,5
Total	80	100	100

Fuente: recolección del autor

Como es de esperar en una institución de nivel III que cuenta con equipo de laparoscopia, la totalidad de los pacientes son intervenidos por la técnica laparoscópica, produciéndose conversión en un 2.5% de los casos, proporción que está dentro de lo esperado para este tipo de patología, aún teniendo en cuenta de que se trata de intervenciones de emergencia, lo cual demuestra que la experiencia y experticia de los cirujanos está mas allá de la curva de aprendizaje.

TABLA NRO 4

**MASA PALPABLE EN HIPOCONDRIO DERECHO EN LOS PACIENTES
PORTADORES DE COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION
ESSALUD TACNA INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE
PERIODO JULIO 2009 –JULIO 2010**

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
No	21	26,3
Si	59	73,8
Total	80	100,0

Fuente: recolección del autor

Con respecto al diagnóstico, uno de los signos característicos del cuadro de colecistitis aguda, es el detectar una masa palpable en el hipocondrio derecho. Este hallazgo junto con el del signo de Murphy constituyen los pilares clínicos del diagnóstico de colecistitis aguda. Sin embargo no se presenta en todos los casos como se puede observar en la tabla y gráfico 4 en que se ha presentado en el 73.8% de los casos en nuestra investigación.

TABLA NRO 5

**SIGNO DE MURPHY Y FIEBRE EN LOS PACIENTES PORTADORES
DE COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA
INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE PERIODO
JULIO 2009 –JULIO 2010**

Diagnostico Clínico	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
MURPHY	79	98.75	1	1.25
FIEBRE	38	47.5	42	52.5

Fuente: recolección del autor

Tal como mencionábamos a propósito de los resultados mostrados en la tabla Nro. 5 muestra la frecuencia de presentación del signo de Murphy , que en nuestra investigación se presenta en el 98.75% de los casos, por lo cual puede deducirse que el diagnóstico clínico estaría plenamente sustentado en la población estudiada y asociada a fiebre en un 47.5%, puesto que según los criterios de Tokio, basta la presencia de uno de los dos anteriores signos clínicos junto con la presencia de otros signos laboratoriales, hace el diagnóstico certero de colecistitis aguda lo que demuestra en nuestro trabajo que no todos los pacientes presentan fiebre, pero la fiebre es un signo de tener en cuenta en nuestra investigación se a presentado en un 47.5% de los casos porcentaje que es algo mas alto que el que se describe en los estudios al respecto que es el de 30% usualmente sin embargo no esta tampoco fuera de lo esperado para estos casos.

TABLA NRO 6

NUMERO DE LEUCOCITOS X mm^3 EN LOS PACIENTES PORTADORES DE COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE PERIODO JULIO 2009 –JULIO 2010

Numero de leucocitos xmm^3	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	a	e	
≤ 4000	2	2,5	2,5
4001 – 7400	6	7,5	10,0
7401 – 10800	25	31,3	41,3
10801 – 14200	15	18,8	60,0
14201 – 17600	20	25,0	85,0
17601+	12	15,0	100,0
Total	80	100,0	

Fuente: recolección del autor

En cuanto a número de leucocitos puede apreciarse que aproximadamente 41% presentan cifras dentro de lo normal. El 59% restante está en cifras por encima de lo normal. Se observa además que el 25% de los casos tienen entre 14,000 y 17,000 leucocitos y solo el 15% de los casos tiene más 17,600 leucocitos, que podrían corresponder a casos de colecistitis aguda moderada (18,000 leucocitos o

mas). En el diagnóstico de colecistitis aguda puede encontrarse leucocitosis superior a 10,000 xmm³, pero cuando se encuentra 18,000 o mas, puede estar asociado a una forma moderada o grave de colecistitis aguda. En nuestro estudio un 15% de los casos podrían estar dentro de esa categoría.

TABLA NRO 7

**TIEMPO DE ESPERA EN LOS PACIENTES PORTADORES DE
COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA
INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE PERIODO**

JULIO 2009 –JULIO 2010

Tiempo de espera	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<= 72	62	77,5	77,5
>72	18	22,5	22,5
Total	80	100,0	100,0

Fuente: recolección del autor

El tiempo de espera de los pacientes diagnosticados de colecistitis aguda para ser intervenidos quirúrgicamente ha sido medido encontrando que el 57% de los casos fueron intervenidos dentro de las primeras 24 horas, y que el 77.5% de los casos fueron operados antes de las 72 horas (tiempo que fue calificado como PRECOZ, quedando un 22.5% de los casos que fueron operados después de las 72 horas, oportunidad calificada como TARDIA.

TABLA NRO 8

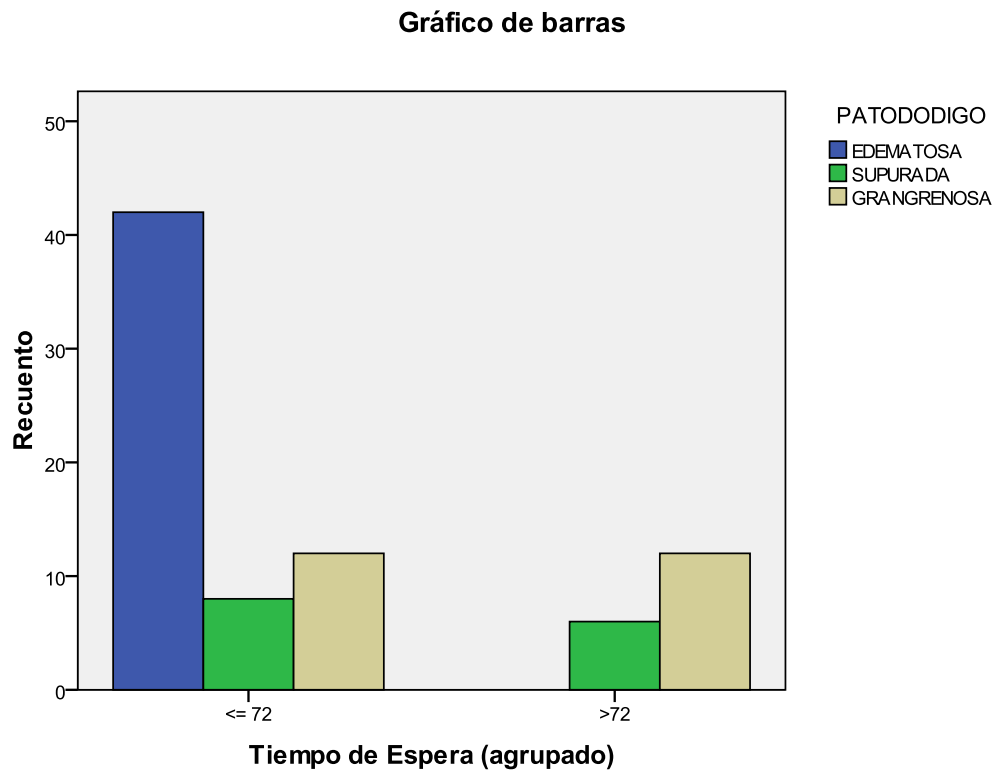
RESULTADOS DE PATOLOGÍA EN PACIENTES CON TIEMPO DE ESPERA MENOR Y MAYOR A 72 HORAS PORTADORES DE COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE PERIODO JULIO 2009 –JULIO 2010

TIEMPO DE ESPERA		PATOLOGICO			Total
		EDEMATOSA	SUPURADA	GRANGRENOSA	
Menor a	≤ 72	42	8	12	62
Mayor a	> 72	0	6	12	18
Total		42	14	24	80

Fuente: recolección del autor

Como puede verse en la tabla 9, se analiza la relación que existe entre el tratamiento precoz o tardío de la colecistitis aguda y el tipo de colecistitis desde el punto de vista anatomopatológico. Así es evidente que en el grupo de tratamiento precoz predomina claramente la forma edematosa (la más leve), forma que no se encuentra en el grupo tratado tardíamente, grupo en el que se encuentra la forma gangrenosa predominantemente.

GRAFICO NRO 1
RESULTADOS DE PATOLOGÍA EN PACIENTES CON TIEMPO DE
ESPERA MENOR Y MAYOR A 72
HORAS



Fuente: recolección del autor

TABLA NRO 9

ESTANCIA HOSPITALARIA POR GRUPOS EN PACIENTES PORTADORES DE COLECISTITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE PERIODO JULIO 2009 –JULIO 2010

Estancia hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<=2	19	23,8	23,8
3-5	38	47,5	71,3
6-8	18	22,5	93,8
9-11	3	3,8	97,5
>=12	2	2,5	2,5
Total	80	100,0	

Fuente: recolección del autor

ESTANCIA HOSPITALARIA		MEDIA
TIEMPO DE ESPERA	≤ 72	3
AGRUPADO	> 72	8

Otro de los parámetros importantes a evaluar en el paciente portador de colecistitis aguda es la estancia hospitalaria. La duración de esta puede verse influenciada por varios factores, entre ellos la presentación de complicaciones postoperatorias, demora en el restablecimiento de las funciones orgánicas normales, etc.

En nuestra investigación, se encuentra que la estancia hospitalaria es desde un día hasta 14 días, con un promedio de 4.46 días y una desviación estándar de 2.64. Si uno observa la tabla de distribución de frecuencias se puede comprobar que $\frac{3}{4}$ partes de los casos permanecieron menos de 5 días, pero la mitad de los casos permanecieron entre 3 y 5 días. Solo una pequeña proporción de casos permaneció más de 8 días. La mayor parte de la bibliografía habla de una permanencia de entre 1 y 3 días, salvo la presencia de complicaciones. Nuestra permanencia se encuentra entonces en cifras algo más altas que lo reportado por la literatura.

TABLA NRO 10

TIPO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES PORTADORES DE COLECISTITIS AGUDA INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA PERIODO JULIO 2009 –JULIO 2010

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NINGUNA	67	83,8	83,8
ILEO MAS HEMORRAGIA	2	2,5	86,3
HEMORRAGIA POST-OP	2	2,5	88,8
ILEO POST-OP	8	10,0	98,8
INFECCION DE HERIDA	1	1,3	1,3
Total	80	100,0	

Las complicaciones que se presentaron en los pacientes de nuestra investigación fueron un su mayor parte de tipo leve, tales como ileo postoperatorio en el 10%, hemorragia superficial en el 2.5% y la combinación de ambas complicaciones en el 2.5% de los casos. En un solo caso se presentaron 4 complicaciones y este pertenece al grupo de los que se intervinieron precozmente (menos de 72 horas). Un 67% de los pacientes no presentaron ninguna complicación. Teniendo en cuenta esas cifras podemos señalar que la tasa de complicaciones (morbilidad) en nuestra casuística es de 33% y la mortalidad es de 0%. La tasa de morbilidad en nuestra casuística está por encima de lo descrito por otros autores que varía entre

el 10 y el 15%. El gráfico Nro. 12 ilustra la presentación de las complicaciones en nuestra casuística.

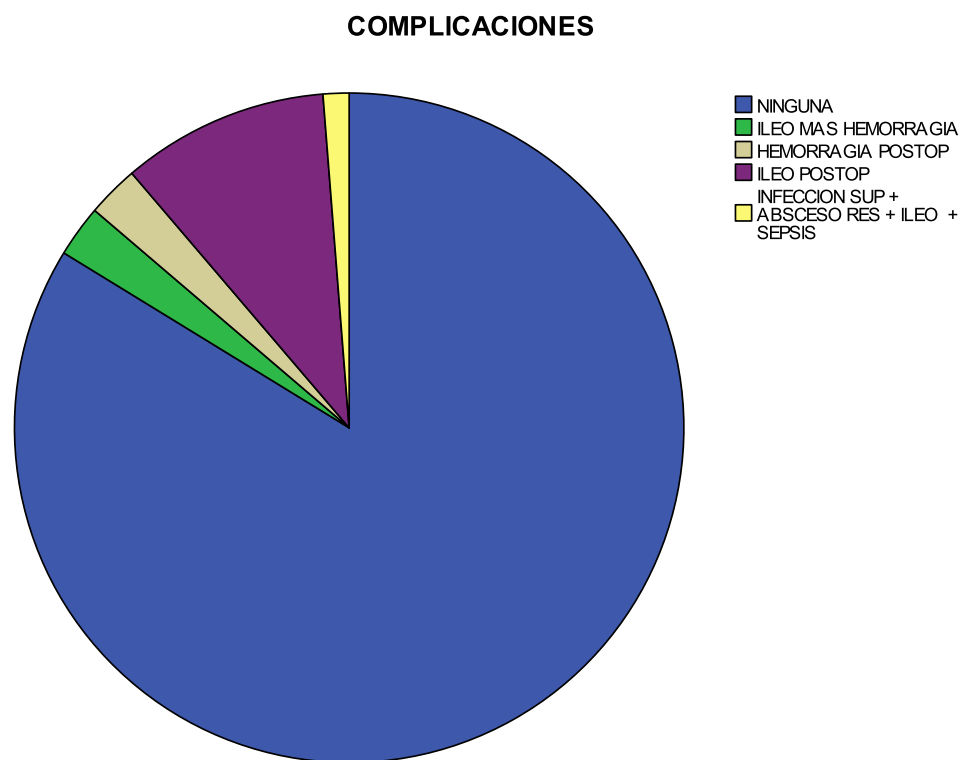
GRAFICO NRO 2**TIPO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES PORTADORES DE
COLECISTITIS AGUDA INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE**

TABLA NRO 11

NUMERO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES PORTADORES DE COLECISTITIS AGUDA INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDIAMENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA PERIODO JULIO 2009 – JULIO 2010

Tiempo de espera en horas	NRO COMPLICACIONES							
	0		1		2		4	
	Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila
<=72	54	87,1%	7	11,3%	0	,0%	1	1,6%
>72	13	72,2%	3	16,7%	2	11,1%	0	0%

Fuente: recolección del autor

Cuando se coteja el número de complicaciones presentadas en nuestros pacientes y el tiempo de espera preoperatorio y se aplica las pruebas de significación estadística, se encuentra que el cálculo del valor de chi cuadrado no da valores válidos por el pequeño número de complicaciones presentadas, de modo que para hacer inferencias respecto de la oportunidad de tratamiento y la presentación de complicaciones debería hacer otra investigación que tome como población los casos complicados y se analice en forma retrospectiva si el tiempo de espera es un factor que los determina.

TABLA NRO 12

**DEMORA DE REINCORPORACIÓN AL TRABAJO EN LOS
PACIENTES PORTADORES DE COLECISTITIS AGUDA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL III DANIEL
ALCIDES CARRION ESSALUD TACNA INTERVENIDOS
PRECOZ Y TARDIAMENTE PERIODO
JULIO 2009 –JULIO 2010**

R.T.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<= 7	1	1,3	1,3
8 - 11	40	50,0	51,3
12 - 15	22	27,5	78,8
16 - 19	12	15,0	93,8
>=20	5	6,3	6.3
Total	80	100,0	

Fuente: recolección del autor

TABLA NRO 13

**DEMORA EN REINCORPORACIÓN AL TRABAJO EN
PACIENTES INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDÍAMENTE**

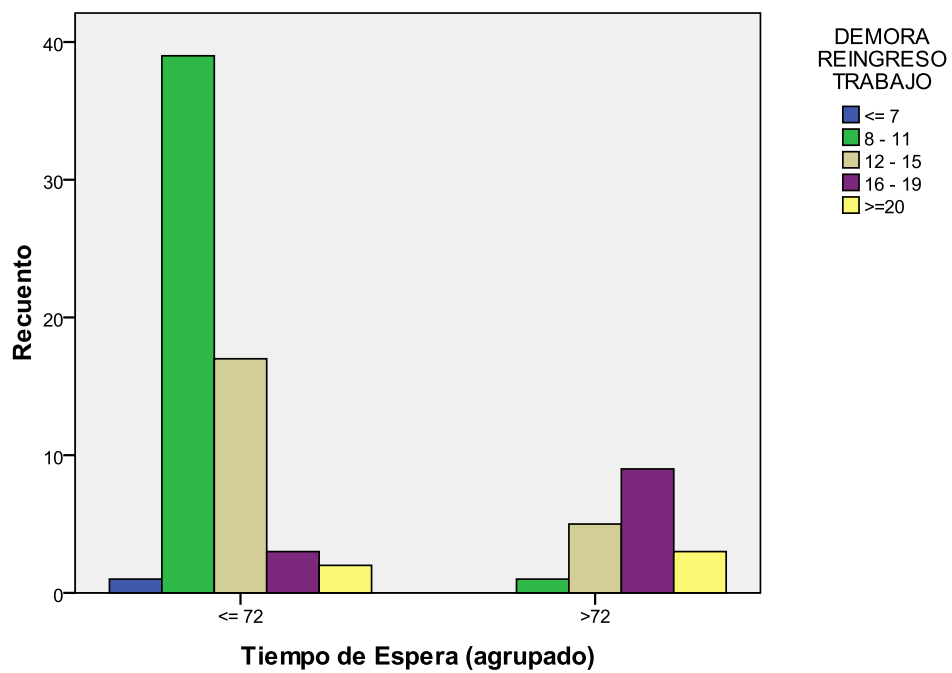
Tiempo de espera en horas	DEMORA EN REINCORPORACIÓN AL TRABAJO EN DÍAS				
	<= 7	8 - 11	12 - 15	16 - 19	>=20
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
<= 72	1	39	17	3	2
>72	0	1	5	9	3

Fuente: recolección del autor

Tiempo de espera en horas	DEMORA EN REINCORPORACIÓN TRABAJO
	Media
<= 72	13
>72	18

Fuente: recolección del autor

El tiempo de reingreso al trabajo con valores extremos de 7 y 35 días tiene como media aritmética 14.02 días. La distribución de frecuencias muestra que la mitad de los pacientes reingresan entre 8 y 11 días y que solo el 6.3% demora más de 20 días en reingresar a su trabajo. Si se tiene en cuenta que el tiempo de estancia hospitalaria está en cerca de 4 días, se puede deducir que los pacientes permanecen en sus domicilios un promedio de 10 días antes de reintegrarse a su trabajo. Tales valores se encuentran dentro de lo descrito en otras investigaciones. El examen de la tabla de contingencia Nro. 14 que relaciona el tiempo de espera pre-quirúrgica y el tiempo de reincorporación al trabajo se puede verificar que el grupo de más de 72 horas tienen los tiempos más prolongados de reincorporación.

GRAFICO NRO 3**DEMORA EN REINCORPORACIÓN AL TRABAJO EN PACIENTES
INTERVENIDOS PRECOZ Y TARDÍAMENTE****Gráfico de barras**

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

En los resultados del presente estudio se encontró que el total de pacientes intervenidos quirúrgicamente en forma precoz y tardía en el servicio de emergencia de cirugía del hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna en el periodo de julio del 2009 a julio del 2010 de una población total de 250 con diagnóstico clínico de colecistitis fueron intervenidos quirúrgicamente 80 pacientes de los cuales se encontró que 62 tuvieron tratamiento quirúrgico precoz y 18 tratamiento tardía siendo 77.5% y 22.5% respectivamente.

En el cuadro numero 1 con respecto al grupo atareó se puede observar que encontramos valores extremos entre 21 y 80 años con un promedio de 45.93, se puede concluir que es una muestra de distribución dispersa y que la mayor parte de los casos esta entre la tercera y quinta década de la vida esto puede deberse a que esta época de la vida es económicamente activa y productiva ^{65,66}

En el cuadro numero 2 en cuanto al genero se encontró que 49 pacientes fueron de sexo femenino haciendo un porcentaje de 61.3% y 31 casos de sexo masculino con el 38.7% encontramos una leve predominancia del sexo femenino tendencia que se explica porque la población asegurada aumento su cobertura a los derecho habientes y que en el área laboral dicho genero tubo un incremento significativo. ^{65,66}

En el trabajo se puede apreciar en forma constante los signos de Murphy y masa palpable en el hipocondrio derecho predominando el signo de Murphy con un 98.8% , masa palpable con 73.8% , acompañados estos de fiebre y leucocitosis en menor porcentaje , por lo cual puede deducirse que el diagnóstico clínico estaría plenamente sustentado en la población estudiada puesto que según los criterios de Tokio basta la presencia de unos de los 2 anteriores signos clínicos junto con la

presencia de otros signos laboratoriales hace el diagnóstico certero de colecistitis aguda.

La intervención quirúrgica puede ser más complicada cuando el tiempo de espera entre el diagnóstico de colecistitis aguda y el tratamiento quirúrgico es más prolongado lo cual puede deberse a los fenómenos fisiopatológicos, a los cambios anatómicos y estructurales de la vesícula biliar lo cual puede generar mayor riesgo de complicación intra y post operatoria.^{67,68}

El presente estudio no puede ser comparado con otros trabajos de la misma índole debido a que no se encontró estudios similares en el ámbito local y nacional, solo habiéndose encontrado trabajos algo similares en bibliografía americana y británica donde se describe que el tratamiento precoz solo se realiza en un 30% por cirujanos americanos y un 20% por cirujanos británicos.

No se pudo encontrar ninguna revisión Cochrane que compare la colecistectomía laparoscópica temprana y tardía en los pacientes con colecistitis aguda.

CAPITULO VIII
CONCLUSIONES

}

CONCLUSIONES

1.- El 77.5% de los casos fueron intervenidos quirúrgicamente en forma precoz (en las primeras 72 horas) y el 22.5% lo fueron tardíamente (más de 72 horas).

2.- El 87% de los pacientes intervenidos precozmente no presentaron complicaciones en comparación con un 72% de los pacientes que cursaron sin complicaciones. En el grupo de tratamiento precoz predomina la presentación de 1 complicación y en el grupo de tratamiento tardío predomina la presentación de 2 complicaciones.

3.- La estancia hospitalaria en el grupo tratado precozmente es de 3 días en promedio y en el grupo de tratamiento tardío es de 8 días. La aplicación de pruebas de significación estadística para esta relación muestra que la diferencia es estadísticamente significativa.

4.- El tiempo de reingreso al trabajo en el grupo tratado precozmente es de 13 días en promedio y en el grupo de tratamiento tardío es de 18 días. La aplicación de pruebas de significación estadística para esta relación muestra que la diferencia no necesariamente es estadísticamente significativa.

CAPITULO IX
RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Debe considerarse la implementación de protocolos para el tratamiento precoz de las colecistitis agudas con diagnóstico clínico en los servicios de emergencia del hospital III Daniel Alcides Carrión Tacna ESSALUD.
- Averiguar causas por las cuales no se interviene quirúrgicamente a pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que ingresan por el servicio de emergencia
- Difundir los resultados del presente trabajo para solucionar dicha patología en forma oportuna en beneficio de la comunidad.

CAPITULO X
BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. [Using laparoscopic cholecystectomy in treatment of destructive forms of acute cholecystitis]
Ukhanov AP, Chakhmachev SR, Ignat'ev AI, Bol'shakov SV, Uvertkin RIu, Frumkin BB, Iashina AS.
Vestn Khir Im I I Grek. 2010;169(2):15-9. Russian. PMID: 20552783
[\[PubMed - indexed for MEDLINE\]](#)[Related citations](#)
2. Optimal surgical technique, use of intra-operative cholangiography (IOC), and management of acute gallbladder disease: the results of a nation-wide survey in the UK and Ireland.
Sanjay P, Kulli C, Polignano FM, Tait IS.
Ann R Coll Surg Engl. 2010 May;92(4):302-6.PMID: 20501016 [\[PubMed - indexed for MEDLINE\]](#)[Related citations](#)
3. Evolving treatment paradigms for acute cholecystitis: comment on "Surgical management of acute cholecystitis at a tertiary care center in the modern era".
Welch JP.
Arch Surg. 2010 May;145(5):444. No abstract available. PMID: 20491161
[\[PubMed - indexed for MEDLINE\]](#)[Related citations](#)
4. Surgical management of acute cholecystitis at a tertiary care center in the modern era.
Wiseman JT, Sharuk MN, Singla A, Cahan M, Litwin DE, Tseng JF, Shah SA.

Arch Surg. 2010 May;145(5):439-44.PMID: 20479341 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

5. [Failure to perform cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients is associated with increased morbidity, mortality, and cost.](#)

Riall TS, Zhang D, Townsend CM Jr, Kuo YF, Goodwin JS.

J Am Coll Surg. 2010 May;210(5):668-77, 677-9.PMID: 20421027 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

6. [Bedside biliary sonography: advancement and future horizons.](#)

Jang TB.

Ann Emerg Med. 2010 Aug;56(2):123-5. No abstract available. PMID: 20399535 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

7. [Gallbladder perforation: a rare complication of acute cholecystitis.](#)

Khan SA, Gulfam, Anwer AW, Arshad Z, Hameed K, Shoaib M.

J Pak Med Assoc. 2010 Mar;60(3):228-9.PMID: 20225785 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

8. [Partial cholecystectomy is a safe and efficient method.](#)

Cakmak A, Genç V, Orozakunov E, Kepenekçi I, Cetinkaya OA, Hazinedaroğlu MS.

Chirurgia (Bucur). 2009 Nov-Dec;104(6):701-4.PMID: 20187468 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

9. [Bile leak from the duct of Luschka.](#)

Neumann H, Fry LC, Malfertheiner P, Mönkemüller K.

Z Gastroenterol. 2010 Feb;48(2):256-7.PMID: 20162835 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

10. A prospective evaluation of emergency department bedside ultrasonography for the detection of acute cholecystitis.
Summers SM, Scruggs W, Menchine MD, Lahham S, Anderson C, Amr O, Lotfipour S, Cusick SS, Fox JC.
Ann Emerg Med. 2010 Aug;56(2):114-22.PMID: 20138397 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

11. Predictive factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy in patients with acute cholecystitis.
Yetkin G, Uludag M, Citgez B, Akgun I, Karakoc S.
Bratisl Lek Listy. 2009;110(11):688-91.PMID: 20120435 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

12. Influence of duration of symptoms over perioperative outcomes during emergency laparoscopic cholecystectomy.
Sharma SK, Thapa PB, Maharjan DK, Dhakal A, Baral N.
Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2009 Apr-Jun;7(26):120-4.PMID: 20071843 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

13. [Treatment of acute cholecystitis in the elderly: urgent surgery versus medical therapy and surgery delay]
Sánchez Beorlegui J, Lagunas Lostao E, Lamata Hernández F, Monsalve Laguna EC.
Rev Gastroenterol Peru. 2009 Oct-Dec;29(4):332-40. Spanish. PMID: 20066018 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

14. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis.
Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR.

Br J Surg. 2010 Feb;97(2):141-50. Review. Erratum in: Br J Surg. 2010 Apr;97(4):624. PMID: 20035546 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

15. [Cost-utility and value-of-information analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis.](#)

Wilson E, Gurusamy K, Gluud C, Davidson BR.

16. [Commentary on Cost- utility and value-of-information analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis \(Br J Surg 2010; 97: 210- 219\).](#)

Clements WD.

Br J Surg. 2010 Feb;97(2):219. No abstract available. PMID: 20035544 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

17. [Overcoming of a "surgical dogma" in acute cholecystitis treated in postponed emergency.](#)

Caputo P, Rossi G, Faccini M, Carzaniga P.

Ann Ital Chir. 2009 Jul-Aug;80(4):287-92. PMID: 19967887 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

18. [\[Decision on the strategy of treatment of acute cholecystitis in high operative risk patients\]](#)

Semenov DIu, Smolina EN, Vasil'ev VV, Rebrov AA, Mamsurov ME.

Vestn Khir Im I I Grek. 2009;168(4):72-6. Russian. PMID: 19947423 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

19. [Letter 1: prospective randomized trial using cost-utility analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder disease \(Br J Surg 2009; 96: 1031-1040\).](#)

Hussey K, Witherspoon P.

Br J Surg. 2009 Dec;96(12):1492; author reply 1493. No abstract available. PMID: 19918840 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

20. [Letter 2: prospective randomized trial using cost-utility analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder disease \(Br J Surg 2009; 96: 1031-1040\).](#)

Mercer S.

Br J Surg. 2009 Dec;96(12):1492-3; author reply 1493. No abstract available. PMID: 19918839 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

21. [Surgeon volume metrics in laparoscopic cholecystectomy.](#)

Csikesz NG, Singla A, Murphy MM, Tseng JF, Shah SA.

Dig Dis Sci. 2010 Aug;55(8):2398-405. Epub 2009 Nov 13. PMID: 19911275 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

22. [\[Emergency laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: when and how?\]](#)

Catani M, De Milito R, Romagnoli F, Luciani G, Simonelli L, Carocci V, Usai V, Silvestri V, Modini C.

Chir Ital. 2009 Jul-Aug;61(4):435-47. Italian. PMID: 19845265 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

23. [Acute Cholecystitis During Pregnancy: What is the Best Approach?](#)

Tseng JY, Yang MJ, Yang CC, Chao KC, Li HY.

Taiwan J Obstet Gynecol. 2009 Sep;48(3):305-7. No abstract available. PMID: 19797027 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

24. [Comment on: urgent cholecystectomy for acute cholecystitis.](#)

Nikolopoulos I, Thakur K.

Ann R Coll Surg Engl. 2009 Sep;91(6):537; author reply 537-8. No abstract available. PMID: 19723422 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

25. [Are we performing enough emergency laparoscopic cholecystectomies? An experience from a district general hospital.](#)

Shaikh IA, Sanjay P, Joga K, Yalamarathi S, Daniel T, Amin AI.

Int J Surg. 2009 Oct;7(5):482-4. Epub 2009 Aug 14. No abstract available. PMID: 19683607 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

26. [Prospective randomized trial using cost-utility analysis of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallbladder disease.](#)

Macafee DA, Humes DJ, Bouliotis G, Beckingham IJ, Whynes DK, Lobo DN.

Br J Surg. 2009 Sep;96(9):1031-40. PMID: 19672930 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

27. [A survey of surgical management of acute cholecystitis in eastern Saudi Arabia.](#)

Al-Mulhim AA.

Saudi J Gastroenterol. 2009 Jul-Sep;15(3):176-80. PMID: 19636179 [PubMed - indexed for MEDLINE][Free PMC Article](#)[Free text](#)[Related citations](#)

28. [Is early laparoscopic cholecystectomy safe after the "safe period"?](#)

Farooq T, Buchanan G, Manda V, Kennedy R, Ockrim J.

J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2009 Aug;19(4):471-4. PMID: 19489677 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

29. A comparative study of early vs. delayed laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis.
Yadav RP, Adhikary S, Agrawal CS, Bhattarai B, Gupta RK, Ghimire A.
Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2009 Jan- Mar;7(25):16-20.PMID:
19483447 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
30. Evaluation of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis.
Chang TC, Lin MT, Wu MH, Wang MY, Lee PH.
Hepatogastroenterology. 2009 Jan-Feb;56(89):26-8.PMID: 19453022
[PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
31. Early or delayed laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis? Conclusions of a controlled trial.
González-Rodríguez FJ, Paredes-Cotoré JP, Pontón C, Rojo Y, Flores E, Luis-Calo ES, Barreiro-Morandeira F, Punal JA, Fernández A, Paulos A, Santos F, Cainzos M.
Hepatogastroenterology. 2009 Jan-Feb;56(89):11-6.PMID: 19453020
[PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
32. Percutaneous transhepatic cholecystoduodenal stent for empyema of the gallbladder.
Gatenby P, Flook M, Spalding D, Tait P.
Br J Radiol. 2009 Jun;82(978):e108-10.PMID: 19451308 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
33. Timing of surgery for symptomatic gallstones.
Boddy A.
Ann R Coll Surg Engl. 2009 May;91(4):354-5. No abstract available.
PMID: 19416592 [PubMed - indexed for MEDLINE]**Free PMC Article**[Free text](#)[Related citations](#)

34. [A rare cause of septic shock]
Gary L, Cantois JL, Colas G, Nouveau J, Villez JP.
Ann Fr Anesth Reanim. 2009 May;28(5):506-7. Epub 2009 May 1.
French. No abstract available. PMID: 19410422 [PubMed - indexed for
MEDLINE][Related citations](#)
35. Laparoscopic cholecystectomy: analysis of 619 consecutive cases in a
Caribbean setting.
Dan DV, Harnanan D, Maharaj R, Seetahal S, Singh Y, Naraynsingh V.
J Natl Med Assoc. 2009 Apr;101(4):355-60.PMID: 19397227 [PubMed -
indexed for MEDLINE][Related citations](#)
36. Prophylaxis of extrahepatic bile duct injuries during laparoscopic
cholecystectomy.
Rustamov G, Pashaev K, Tagiev S, Rustamov E.
Georgian Med News. 2009 Feb;(167):16-20.PMID: 19276461 [PubMed -
indexed for MEDLINE][Related citations](#)
37. Long, parallel cystic duct in laparoscopic cholecystectomy for acute
cholecystitis: the role of magnetic resonance cholangiopancreatography.
Pavlidis TE, Triantafyllou A, Psarras K, Marakis GN, Sakantamis AK.
JSLS. 2008 Oct-Dec;12(4):407-9.PMID: 19275859 [PubMed - indexed for
MEDLINE][Related citations](#)
38. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: safe implementation
of successful strategies to reduce conversion rates.
Low SW, Iyer SG, Chang SK, Mak KS, Lee VT, Madhavan K.
Surg Endosc. 2009 Nov;23(11):2424-9. Epub 2009 Mar 5.PMID:
19263131 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

39. The best timing of surgery in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: when and how is to be performed.
Catani M, De Milito R, Romagnoli F, Petroni R, Luciani G, Ricciardulli T, Modini C.
Hepatogastroenterology. 2008 Nov-Dec;55(88):1993-6.PMID: 19260465
[PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
40. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly: a retrospective study of 100 patients.
Moyson J, Thill V, Simoens Ch, Smets D, Debergh N, Mendes da Costa P.
Hepatogastroenterology. 2008 Nov-Dec;55(88):1975-80.PMID: 19260462
[PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
41. Impact of delayed laparoscopic cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage for patients with complicated acute cholecystitis.
Kim HO, Ho Son B, Yoo CH, Ho Shin J.
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2009 Feb;19(1):20-4.PMID: 19238061 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
42. Acute acalculous cholecystitis with pericholecystitis in a patient with Epstein-Barr Virus infectious mononucleosis.
Chalupa P, Kaspar M, Holub M.
Med Sci Monit. 2009 Feb;15(2):CS30-33.PMID: 19179974 [PubMed - indexed for MEDLINE]**Free Article**[Related citations](#)
43. Emphysematous cholecystitis with pneumobilia.
Lin YF, Chao HM, His SC.
Dig Surg. 2009;26(1):20-1. Epub 2009 Jan 21. No abstract available.
PMID: 19155624 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

44. [Early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis]
Tekin A, Küçükkartallar T, Belviranlı M, Vatansev C, Aksoy F, Tekin S, Kartal A.
Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2009 Jan;15(1):62-6. Turkish. PMID: 19130340 [PubMed - indexed for MEDLINE]**Free Article**Related citations
45. [Acute emphysematous cholecystitis: x-ray diagnosis]
Famechon C, Carloni A, Vons C, Smadja C.
J Chir (Paris). 2008 Sep-Oct;145(5):478. French. No abstract available. PMID: 19106871 [PubMed - indexed for MEDLINE]Related citations
46. Cholecystectomy or not after percutaneous cholecystostomy for acute calculous cholecystitis in high-risk patients.
Ha JP, Tsui KK, Tang CN, Siu WT, Fung KH, Li MK.
Hepatogastroenterology. 2008 Sep-Oct;55(86-87):1497-502.PMID: 19102330 [PubMed - indexed for MEDLINE]Related citations
47. [Causes of postoperative lethality in acute cholecystitis and measures to decrease it]
Ukhanov AP, Iashina AS, Ignat'ev AI, Chakhmakhchev SR.
Vestn Khir Im I I Grek. 2008;167(5):76-9. Russian. PMID: 19069830 [PubMed - indexed for MEDLINE]Related citations
48. [Optimization of treatment of acute cholecystitis in elderly and senile patients]
Nikonov PV, Slepikh NI.
Vestn Khir Im I I Grek. 2008;167(5):71-5. Russian. PMID: 19069829 [PubMed - indexed for MEDLINE]Related citations

49. Urgent cholecystectomy for acute cholecystitis in a district general hospital - is it feasible?
Khan MN, Nordon I, Ghauri AS, Ranaboldo C, Carty N.
Ann R Coll Surg Engl. 2009 Jan;91(1):30-4. Epub 2008 Nov 4. PMID: 18990272 [PubMed - indexed for MEDLINE] [Free PMC Article](#) [Free text](#) [Related citations](#)
50. Is complicated gallstone disease preceded by biliary colic?
Besselink MG, Venneman NG, Go PM, Broeders IA, Siersema PD, GooszenHG, van Erpecum KJ.
J Gastrointest Surg. 2009 Feb;13(2):312-7. Epub 2008 Oct 24. PMID: 18949524 [PubMed - indexed for MEDLINE] [Related citations](#)
51. Timing of early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis.
Al-Mulhim AA.
JSLS. 2008 Jul-Sep;12(3):282-7. Erratum in: JSLS. 2008 Oct-Dec;12(4):432. PMID: 18765053 [PubMed - indexed for MEDLINE] [Related citations](#)
52. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly: is it safe?
Kirshtein B, Bayme M, Bolotin A, Mizrahi S, Lantsberg L.
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2008 Aug;18(4):334-9. PMID: 18716529 [PubMed - indexed for MEDLINE] [Related citations](#)
53. [Laparoscopic surgery for acute cholecystitis in the elderly. Our experience]
Guerriero O, D'Amore E, Di Meo E, Santagata A, Robbio G, De Paola P, Guida G, Fiorillo I.
Chir Ital. 2008 Mar-Apr;60(2):189-97. Italian. PMID: 18689166 [PubMed - indexed for MEDLINE] [Related citations](#)

54. Current status of surgical management of acute cholecystitis in the United States.
Csikesz N, Ricciardi R, Tseng JF, Shah SA.
World J Surg. 2008 Oct;32(10):2230-6.PMID: 18668287 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
55. Trends in surgical management for acute cholecystitis.
Csikesz NG, Tseng JF, Shah SA.
Surgery. 2008 Aug;144(2):283-9.PMID: 18656637 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
56. Removing symptomatic gallstones at their first emergency presentation.
Anwar HA, Ahmed QA, Bradpiece HA.
Ann R Coll Surg Engl. 2008 Jul;90(5):394-7.PMID: 18634735 [PubMed - indexed for MEDLINE][Free PMC Article](#)[Free text](#)[Related citations](#)
57. [Laparoscopic cholecystectomy in patients with child's class A cirrhosis of the liver and acute cholecystitis due to cholelithiasis]
Vasincu D, Mihalache S, Bogza G.
Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2008 Jul-Sep;112(3):669-72. Romanian. PMID: 20201250 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
58. A national survey of current surgical treatment of acute gallstone disease.
Campbell EJ, Montgomery DA, Mackay CJ.
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2008 Jun;18(3):242-7.PMID: 18574409 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)

59. Acute cholecystitis: when is the best time for laparoscopic cholecystectomy?
Condilis N, Sikalias N, Mountzalia L, Vasilopoulos J, Koynnos C, Kotsifas T.
Ann Ital Chir. 2008 Jan-Feb;79(1):23-7.PMID: 18572735 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
60. Early laparoscopic cholecystectomy is the preferred management of acute cholecystitis.
Casillas RA, Yegiyants S, Collins JC.
Arch Surg. 2008 Jun;143(6):533-7.PMID: 18559744 [PubMed - indexed for MEDLINE]**Free Article**[Related citations](#)
61. [Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis]
Cirocchi R, Del Sol A, Morelli U, Cattorini L, La Mura F, Napolitano V, Rossetti B, Giustozzi G, Sciannameo F.
G Chir. 2008 Jun-Jul;29(6-7):305-11. Italian. PMID: 18544271 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
62. [The acute cholecystitis: the operative timing for the laparoscopic approach]
Pezzolla A, Lattarulo S, Borrello G, Ugenti I, Fabiano G, Palasciano N.
Ann Ital Chir. 2007 Nov-Dec;78(6):475-80. Italian. PMID: 18510025 [PubMed - indexed for MEDLINE][Related citations](#)
63. Chari RS, Shah SA. Biliary system. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 18th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2008:chap. 54.

64. Afdhal N. Diseases of the gallbladder and bile ducts. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap. 15
65. Daziel DJ, Millikan KW, Economour SG. Col. Complication of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4292 hospitals and an analysis of 77 604 cases. *Am JSurg* 1993; 113: 355.
66. Herman R, Vogott D. Biliary system. En Davis J (ed). *Clinical surgery*. St Louis: CV Mosby 1994
67. Espinosa GR. López KF. Patología biliar litiásica en pacientes mayores de 75 años *Rev Chil Cir* 2007; 49(2): 153-6.
68. Fernández Céspedes Al. Mortalidad y morbilidad de la cirugía de las vías biliares por colelitiasis. / Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Cirugía General. /2003 Bayamo. HGDP Carlos Manuel de Céspedes

ANEXOS

ANEXO 1
COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO PRECOZ Y TARDÍO EN PACIENTES CON COLECISTITIS
AGUDA DE JULIO 2009 A JULIO 2010, HOSPITAL III TACNA ESSALUD

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INICIALES DEL PACIENTE: _____ EDAD:

SEXO: _____ FECHA DE INGRESO (DD/MM/AA):

_____/_____/_____

NRO DE HIST.CLIN: _____

FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS AGUDA:

(DD/MM/AA): ____/____/____

FECHA DE LA INTERVENCIÓN QUIRURGICA: (DD/MM/AA):

_____/_____/_____

TÉCNICA DE COLECISTECTOMÍA: LAPAROSCÓPICA (),

ABIERTA(), CONVERSIÓN()

OTRA()

ESPECIFICAR: _____

TIEMPO OPERATORIO(MINUTOS): _____

FECHA DE ALTA HOSPITALARIA: (DD/MM/AA):

_____/_____/_____

FECHA REINGRESO A TRABAJO O ACTIV. HABITUAL:

(DD/MM/AA): ____/____/____

RESULTADOS DE PATOLOGÍA: EDEMATOSA(), SUPURADA(

), GANGRENOSA(),

OTRA(),

ESPECIFIQUE: _____

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

INFECCIÓN SITIO QUIRÚRGICO SUPERFICIAL: S/N ()

INFECCIÓN SITIO ESPACIO PROFUNDO: S/N ()

BILIRRAGIA: S/N ()

ABCESO RESIDUAL: S/N ()

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL: S/N ()

HEMORRAGIA POSTOPERATORIA: S/N ()

LESION DE VIA BILIAR: S/N ()

ILEO POSTOPERATORIO: S/N ()

LESION VISCERA ABDOMNINAL: S/N ()

OTRA COMPLICACION (): DESCRIBIR: -

OBSERVACIONES:

Agradecimientos

Mi gratitud eterna:

- ❖ Al Dr. Cesar Fernando Lanchipa Picoaga por su colaboración desinteresada, su invalorable amistad y confianza, impecable asesoramiento y acuciosa revisión en la confección del presente estudio.

- ❖ Al Md. Marco Rivarola Hidalgo por su amistad, confianza y asesoría necesaria para la finalización de esta tesis.

- ❖ A todos mis maestros de la facultad de medicina humana de la universidad privada de Tacna, que con su ejemplo de constancia, profesionalismo y servicio al prójimo, sirvieron de inspiración para la realización de este estudio.

Dedicatoria

- ❖ A Dios por haberme dado la dicha de vivir, la alegría de crecer, el aliento espiritual, la fuerza de voluntad y la oportunidad de culminar una carrera profesional.
- ❖ A la mejor madre del mundo, mi adorada Gaby Angulo de Portocarrero ejemplo de amor y lucha constante cuyas manos me ayudaron a mantenerme de pie en momentos difíciles de mi vida, y cuya sola presencia me permite mirar al futuro con esperanza, a ti madre adorada, ángel de bondad y cariño, tú Gabycita luz de mi camino.
- ❖ Al mejor padre del mundo , amigo y maestro Rosendo Portocarrero Ramos ejemplo de lucha , perseverancia y amor que con sus consejos me supo guiar durante mi vida y poder culminar mi sueño , ser medico!, a ti padre adorado , fiel amigo y guardián de mis sueños.
- ❖ A mis hermanos Dieguito y Gabrielita Portocarrero Angulo que me acompañaron a lo largo de mi vida y carrera entendiéndome y ayudándome en los momentos tristes y alegres de mi vida los quiero con todo el alma.

- ❖ A mi tía, Irma Angulo Retamozo por el amor incondicional que me brindó a lo largo de mi vida, mi segunda madre alguien invaluable.

- ❖ Al amor de mi vida , Johanna Torres Consiglieri , quien con amor, confianza y paciencia me supo acompañar en este largo viaje de sueños, tu mi compañera mi fiel amiga y mi dulce amor eterno

- ❖ A mis queridos abuelos Abel, Georgina, Quintín y Agustina, a todos mis tíos, primos y sobrinos que siempre me dieron un aliento, creyeron en mí para culminar esta noble profesión.

- ❖ A todos los pacientes que fueron los que colaboraron en mi formación y seguirán siendo el incentivo de ser cada día mejor en mi vida profesional.

INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCION	
CAPITULO I	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	1
1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:.....	5
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:.....	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.4 JUSTIFICACIÓN	5
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:	6
CAPITULO II	8
MARCO TEORICO	8
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION:	9
2.2 COLECISTITIS AGUDA.....	10
2.2.1. DEFINICIÓN	10
2.2.2. ETIOLOGIA:	10
2.2.3. FRECUENCIA:.....	11
2.2.4. FACTORES DE RIESGO.....	12
2.2.5. CUADRO CLINICO.....	12
2.2.6. COMPLICACIONES DE COLECISTITIS AGUDA	15
2.2.7. DIAGNOSTICO:	15
2.2.8. CRITERIOS DE EVALUACION DE SEVERIDAD PARA	17
CAPITULO III	19
HIPOTESIS Y VARIABLES	19
3.1 HIPÓTESIS.....	20
3.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	20
3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	20
3.2.2 VARIABLES DEPENDIENTES.....	20

CAPITULO IV	23
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	23
4.1 DISEÑO	24
4.1 AMBITO DE ESTUDIO:	24
4.2 POBLACION Y MUESTRA:.....	24
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	24
4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	24
4.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:.....	25
CAPITULO V	26
PROCEDIMIENTOS DE ANALISIS DE DATOS	26
5.1 ANALISIS DE DATOS	27
CAPITULO VI	28
RESULTADOS	28
CAPITULO VII	49
DISCUSION	50
CAPITULO VIII	52
CONCLUSIONES	53
CAPITULO IX	54
RECOMENDACIONES	55
CAPITULO X	56
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	71

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo conocer la realidad de los pacientes que son atendidos en el servicio de emergencia del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna ESSALUD, cuando concurren por cuadros de dolor abdominal y que se son diagnosticados de colecistitis aguda, siendo uno de los principales problemas en el servicio de emergencia, la evolución clínica de dichos pacientes para su tratamiento definitivo.

El objetivo del presente trabajo es la comparación de los resultados del tratamiento quirúrgico precoz y tardío en pacientes con diagnóstico clínico de colecistitis aguda en el servicio de emergencia, del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna ESSALUD de julio de 2009 a julio de 2010.

Se realizo el estudio de los pacientes que ingresaron por emergencia con el diagnóstico de colecistitis aguda. De un total de 80 pacientes 62 fueron intervenidos en forma precoz , menos de 72 horas , 18 en forma tardía.

Se puede observar que los pacientes intervenidos en forma precoz tienen una evolución post-operatoria, estancia hospitalaria y reincorporación laboral esta dentro de los limites permisibles de una evolución que favorece al paciente y a la comunidad.

INTRODUCCIÓN

.La enfermedad aguda vesicular. Colecistitis aguda constituye en la actualidad un problema de salud pública en vista de la gran cantidad de pacientes que consultan a los servicios de emergencia en nuestro país y que es causa de complicaciones que podrían evitarse.

Los médicos cirujanos generales deberían identificar aquellos casos en los cuales se requiere el tratamiento quirúrgico de emergencia para así poder disminuir la morbi-mortalidad que esta patología implica.

La indicación del manejo quirúrgico temprano o conservador de la colecistitis aguda, solo puede ser electivo en el caso de la colecistitis aguda leve (grado I de la clasificación del consenso de Tokio), puesto que la misma guía de práctica clínica señala claramente que en caso de colecistitis moderada o severa el tratamiento debe ser necesariamente quirúrgico temprano, ya sea para drenaje de la vesícula o colecistectomía.

La colecistitis aguda representa una enfermedad de alta frecuencia en el Servicio de Emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión III. EsSalud de Tacna.

No se tiene un estudio en nuestro medio que demuestre la menor frecuencia de complicaciones y mortalidad de la colecistitis aguda tratada con cirugía temprana ya sea con colecistectomía laparoscópica, colecistectomía convencional o drenaje de la vesícula biliar.