

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-LEÓN



Facultad de ciencias médicas

Tesis para optar al título de Especialista en Cirugía General

Tema: Aplicación de escala numérica para el abordaje y evolución de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, Julio 2012- Septiembre 2014

Autor: Levis Aharon Campos Laguna
Residente de cirugía HEODRA-León

Tutor: Dr. René Altamirano
MB Departamento de Cirugía HEODRA-León

Asesor: Dr. Juan Almendárez
Mst. Salud Pública
Departamento de investigación UNAN-León

“A la libertad por la universidad”

León, Diciembre 2014



AGRADECIMIENTO

A todas las personas que colaboraron para la realización de este trabajo.



DEDICATORIA

A Dios

Por iluminarme en la ardua trayectoria de mi formación profesional

A mis padres

Por el apoyo incondicional que me han brindado en los momentos
difíciles

A mis maestros

Por la gran disponibilidad que han manifestado para aclarar mis
dudas en mis momentos de incertidumbre

Resumen

La colecistitis aguda es una de las entidades más comunes entre los casos de abdomen agudo quirúrgico. Existen divergencias en cuanto al manejo inicial y el momento idóneo para el abordaje quirúrgico.

El objetivo principal del trabajo es valorar el abordaje quirúrgico y la evolución de la colecistectomía en pacientes que cumplan con una escala numérica que designan agudización en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de León en el periodo Mayo 2012-Septiembre 2014.

Se trata de un estudio descriptivo de serie de casos, incluye todos los pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda en el departamento de Cirugía General del HEODRA, se utilizó una fuente secundaria de los datos contemplados en el expediente clínico. Las variables fueron introducidas en el programa EpiInfo 3.5.4. expresados en distribución de frecuencia simple y porcentual, la prevalencia de hallazgos transoperatorios y postoperatorios.

Los resultados confirman la predominancia femenina en un 81.6%, con sobrepeso(78.4%), mayores de 40 años (64.1%) y procedentes del casco urbano(88%). Casi la totalidad de los pacientes tenían menos de 72 hrs de dolor y el 51.5% estaban debutando con cólico biliar.

El 63.1% presentó fiebre, y el 78.6% Murrphy positivo. El 35.9% de los pacientes totalizaron ≤ 7 pts y 64.1% presentaban ≥ 8 pts. Del total de pacientes el 50.5% se abordó de manera quirúrgica

La decisión terapéutica y la evolución satisfactoria de no se fundamentó en la escala numérica

La escala numérica no se correlacionó con los resultados histopatológicos, la correlación de los hallazgos transquirúrgicos y los resultados de biopsia fueron confirmados con el estudio

Palabras claves: Colecistitis, Escala, Colecistectomía, Morbilidad, Diagnóstico, histopatológico,

Índice

1.	Introducción.....	1
2.	Antecedentes.....	3
3.	Justificación.....	4
4.	Planteamiento del problema.....	5
5.	Objetivos.....	6
6.	Marco teórico.....	7
7.	Bibliografía.....	19
8.	Diseño metodológico.....	21
9.	Operacionalización de variable.....	23
10.	Resultados.....	25
11.	Discusión de resultados.....	35
12.	Conclusiones.....	39
13.	Recomendaciones.....	40
14.	Anexos.....	41



Introducción

Mateo Realdo Colombo, en 1559, encontró cálculos en la vía biliar de San Ignacio de Loyola quien aparentemente murió de sepsis biliar por coledocolitiasis con perforación de la vena porta por uno de ellos. Tal vez sea esta la primera descripción formal de esa enfermedad y de sus consecuencias.¹

Con la teoría de que la vesícula había que sacarla no porque tuviera cálculos sino porque estaba enferma, Carl Langebuch en 1882, quien a sus 27 años había sido nombrado Director del Hospital San Lázaro de Berlín, desarrolló la técnica de la colecistectomía después de varios años de disección en cadáveres.²

El 12 de septiembre de 1985, Erich Mühe, en Böblingen, Alemania, practica la primera colecistectomía laparoscópica, 103 años después de que su coterráneo Langenbuch, practicara la primera colecistectomía abierta.²

La colecistitis aguda es una de las entidades patológicas más comunes entre los casos de abdomen agudo quirúrgico. Su presentación es más frecuente por encima de los 50 años de edad y es mayor la proporción del sexo femenino. La etiología calculosa de la colecistitis aguda llega al 95% de los casos; otras causas no litiásicas son las infecciones, el reflujo del jugo pancreático a la vesícula, bridas y neoplasias.³

La principal controversia a la que se enfrenta el cirujano se plantea en las alternativas terapéuticas en las que existen algunas contradicciones, en particular en el momento óptimo para el abordaje quirúrgico, teniendo como punto de referencia las 72 hrs después de iniciado los síntomas, donde algunos son partidarios del abordaje temprano (antes de las 72 hrs), otros de el intermedio (entre las 72 hrs y el finalizar de los síntomas) o el tardío (6 semanas o 3 meses después de enfriado el cuadro).⁴



Trabajos investigativos realizados en el WakeMed Center de North Caroline en el 2011 por el Dr. Pascal Odekwu, con colaboración del Dr. William Sullivan respaldan el abordaje intervencionista obviando, inclusive el tiempo de evolución de dolor del paciente.

En nuestro hospital HEODRA según el sistema de estadística se ingresaron en 2010 el total de 57 pacientes con el diagnóstico de colecistitis aguda, la ficha del departamento de estadística no contempla de estos, cuantos fueron abordados de manera quirúrgica durante el periodo agudo de su enfermedad.



Antecedentes

La búsqueda bibliográfica a nivel internacional nos aporta antecedentes de trabajos investigativos en la aplicación de escalas numéricas para el diagnóstico certero y eventual manejo de las diferentes patologías quirúrgicas. De los más reconocidos y utilizados se encuentra la escala propuesta por el Dr. Alfredo Alvarado, quien en 1986 formula una escala práctica para el diagnóstico temprano de apendicitis aguda, en la que incluyó los síntomas y signos más frecuentes encontrados en los pacientes con sospecha de apendicitis aguda. Esta escala ha sido aplicada en muchos estudios en los que ha alcanzado sensibilidades para el diagnóstico de 80-90%, lo que la hace una herramienta útil.⁵

Aún más moderna formulada para el año 2006 y publicada en el New England Journal en el 2007 se encuentra: **“The Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis”**, la que contempla una escala para el diagnóstico y eventual abordaje terapéutico quirúrgico laparoscópico de los pacientes con colecistitis aguda para lo cual los divide en tres tipos de grupos dependiendo de la evolución y severidad de la dicha patología.⁶

Las guías de Tokyo sirven como pauta en este trabajo investigativo para la estructuración de una escala numérica, teniendo en cuenta que el juicio clínico se forma con la conjunción de los síntomas, signos y exámenes complementarios tanto imagenológicos, como de laboratorio, para valorar su aplicabilidad en el diagnóstico, la evolución y el tratamiento en la colecistitis aguda.



Justificación

Teniendo en cuenta que:

- ✓ La colecistitis aguda es una de las patologías más comunes dentro de las causas de abdomen agudo quirúrgico.
- ✓ Las divergencias que existe con respecto al manejo inicial y el momento idóneo para el abordaje quirúrgico.
- ✓ La ausencia de estudios en nuestro país que contemplen la aplicación de una escala numérica para el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad patológica, aún cuando si han sido aplicados en otras patologías en las que se han consignado como herramientas útiles para la toma de decisiones clínicas y/o terapéuticas

Suscita el interés para la realización de este estudio.



Planteamiento del problema.

¿En qué medida los pacientes sometidos a cirugía por colecistitis aguda que cumplen con un criterio establecido en una escala numérica son abordados de una manera quirúrgica segura y evolucionan de manera satisfactoria en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Mayo 2012 a mayo 2014?



Objetivos

General.

- Valorar el abordaje quirúrgico y la evolución de la colecistectomía en pacientes que cumplan con criterio establecido en escala numérica que designan agudización en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, en el periodo comprendido de Mayo 2012 a septiembre 2014.

Específicos.

- Describir características sociodemográficas del paciente con diagnóstico de colecistitis aguda.
- Valorar si decisión terapéutica y evolución satisfactoria está fundamentada en escala numérica.
- Identificar la correlación entre el diagnóstico basado en escala numérica y hallazgos transquirúrgicos e histopatológicos.
- Describir evolución postquirúrgica intrahospitalaria en los pacientes que cumplan con criterio de inclusión en el estudio.



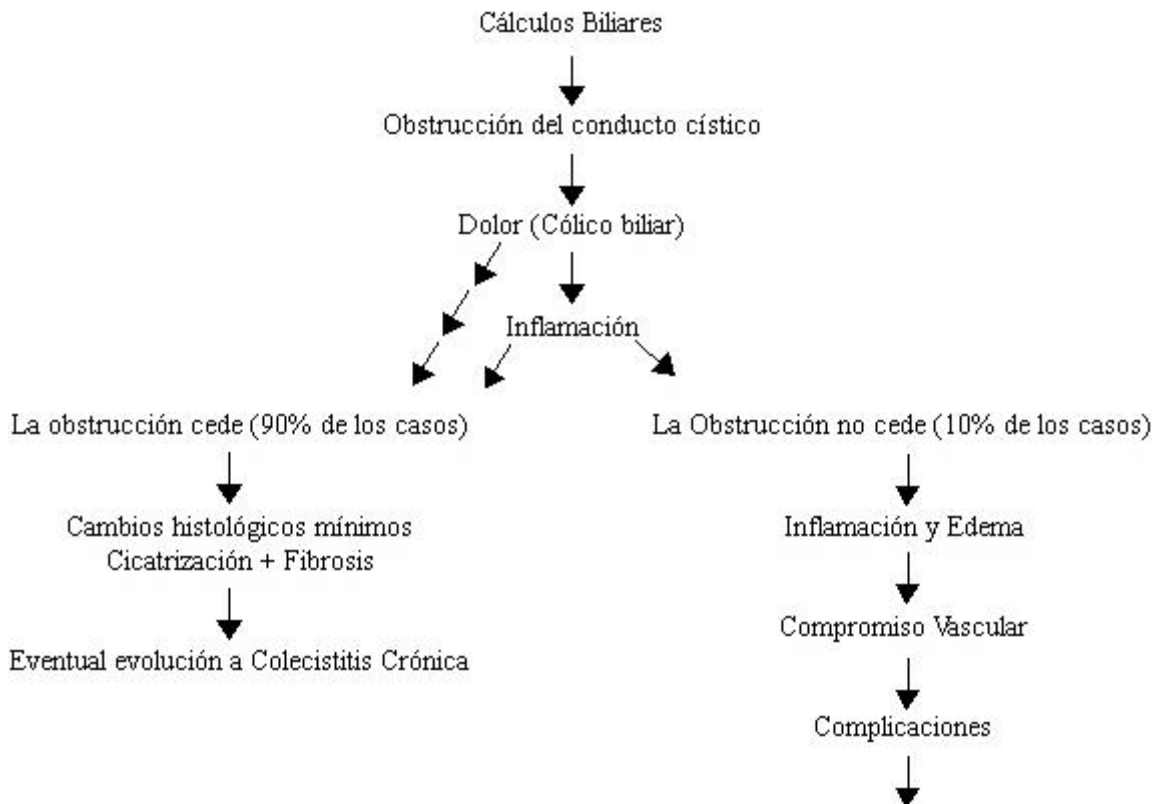
MARCO TEÓRICO

Colecistitis aguda.

1- Concepto:

Es un proceso inflamatorio y de edematización aguda de la pared de la vesícula biliar que en un 90-95% está relacionada por la obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar, en el 60% de los casos se produce infección agregada, se piensa que estos microorganismos juegan un papel secundario en la patogenia de esta entidad. La etiología alitiásica justifica el 5-10% de todas las colecistitis agudas, todavía no han determinado las causas y la patogenia, de ordinario afecta a pacientes postrados por traumatismos, quemaduras, nutrición parenteral prolongada, y cirugía mayor fuera de la vía biliar.⁽⁴⁻⁷⁻⁸⁾

2- Fisiopatología de colecistitis aguda⁽⁸⁾





3- Manifestaciones clínicas.

3.1- Signos y síntomas locales.

Dolor: en el 80% de los casos existe historias previas de cólicos biliares. Suele cursar con un dolor visceral epigástrico seguido de un dolor intenso en cuadrante superior derecho con irradiación escapular en el 40% de los casos.(3,4)

El dolor tipo cólico, sostenido, persistente favorece el diagnóstico de una colecistitis aguda.(7)

Signo de Murphy (+): Parada inspiratoria a la palpación profunda en cuadrante superior derecho.(7)

Masa dolorosa palpable: En el 20% de los casos se puede palpar la vesícula debido al epiplón adherente.(8)

3.2- Signos y síntomas sistémicos.

Nauseas: acompañadas de emesis son frecuentes en el 50-70%

Fiebre: en general con menos de 38.8°C en un 50%, salvo que se complique con gangrena o perforación, que eventualmente se asocia a escalofrío.

Ictericia: Aparece en el 20% de los pacientes, es de ligera intensidad. Se la explica por comprensión de la vía biliar principal por la vesícula tumefacta. Más frecuente en ancianos.(3,4,8)

4- Complicaciones:

Complicaciones de la colecistitis aguda y clases de colecistitis aguda.

I. Complicaciones de colecistitis aguda

a. Perforación

1. Con acción localizada
2. Con peritonitis generalizada

b. Absceso pericolecístico



- c. Empiema
- d. Ruptura
- e. Gangrena
- f. Fistulización
 - 1. Colecistointestinal
 - a) Colecistoduodenal
 - b) Colecistoyeyunal
 - 2. Colecistocolónica
 - 3. Colecistoduodenocolónica
- g. Íleo Biliar

II. Clases raras de colecistitis aguda

- a. Colecistitis Enfisematosa
- b. Colecistitis Tifoidea
- c. Colecistitis por Torsión
- d. Colecistitis por Neoplasia

5- Diagnósticos diferenciales.

La sospecha clínica del cuadro descrito debe sugerir la existencia de una colecistitis aguda, pero ese cuadro debe diferenciarse del acusado por:

Diagnósticos diferenciales	
Úlcera péptica perforada	Colangítis aguda bacteriana
Apendicitis aguda	Pielonefritis
Obstrucción intestinal	Hepatitis aguda
Pancreatitis aguda	Angina o infarto de pecho
Cólico biliar o renal	Neumonía
Tumores o absceso hepático	Pleuresía
Rotura de aneurisma aórtico	Herpes Zoster



En pacientes críticos, sedados, omnobilados o en coma o ingresados en unidad de cuidados intensivos es difícil la identificación del cuadro clínico típico, esto contribuye al retraso del diagnóstico y elevar la mortalidad (30-50%). Se debe de sospechar la presencia de una colecistitis aguda cuando en un paciente con estas características se encuentra fiebre de etiología desconocida, sepsis o alteración analítica hepatobiliar que lo sugieran.^(4,7,9)

6- Pruebas diagnósticas

6.1- Análisis sanguíneo

Suele haber una leucocitosis leve de 12,000 a 14,000 células/mm³ con desviación a la izquierda, además la bilirrubinas se puede encontrar >4mg/dl pero no mayor de 6mg/dl, las amilasas, transaminasas y fosfatasa alcalina se encuentran aumentadas en 2 ó 3 veces su valor normal, un aumento mayor de estas cifras sugieren obstrucción biliar, colangitis o pancreatitis.^(4,7)

En los hemocultivos los microorganismos que más frecuentemente se identifican son: E. Coli, Klebsiella pneumoniae, Enterococo faecalis y Enterobacte ssp.⁽⁴⁾

6.2- Rx Simple de abdomen.

Es un método para excluir otros diagnósticos diferenciales o para identificar complicaciones (colecistitis enfisematosa) .En menos del 20% de los casos se observa cálculo radiopaco⁽⁴⁾.

6.3- Ecografía abdominal.

Es la técnica de imagen más útil cuando se sospecha de una colecistitis, tiene sensibilidad de 89%, 98% de especificidad y 96% de exactitud en la colecistitis aguda.⁽⁷⁻⁹⁾

Se consideran criterios mayores de esta enfermedad:

- 1) Cálculo en el cuello vesicular o en el cístico (difícil de reconocer)



- 2) Edema de pared vesicular expresado por aumento de su espesor (> de 4mm), y por presencia de banda continua, intermedia focal hiperecogénica (halo perivesicular) el cual es más específico si aparece en cara anterior.
- 3) Gas intramural en forma de áreas muy reflexógenas con sombra posterior.
- 4) Signo de Murphy ecográfico.⁽¹⁰⁾

Son criterios menores:

- 1) Presencia de cálculos en la vesícula.
- 2) Engrosamiento de la pared vesicular (>4mm).
- 3) Líquido perivesicular en ausencia de ascitis.
- 4) Ecos intravesiculares sin sombra por pus, fibrina o mucosa desprendida.
- 5) Dilatación vesicular (>50mm)
- 6) Forma esférica.

La tríada: litiasis, Murphy ecográfico y edema de pared tiene un valor predictivo positivo > del 90%. El líquido perivesicular, las membranas intraluminales, la irregularidad de la pared, y el halo hiperecogénico en su espesor sugieren gangrena vesicular. El hallazgo de sombra mal definida que procede de la pared sugiere el diagnóstico de colecistitis enfisematosa. ⁽¹⁰⁾

6.4- Gammagrafía de las vías biliares con derivados del ácido aminodiacético (HIDA)

La falta de llenado de la vesícula con el radioisótopo (⁹⁹Tc HIDA) indica una obstrucción del conducto cístico, en la situación clínica pertinente resulta muy sensible (95%) y específica (95%) para colecistitis aguda. ⁽⁷⁾

6.5- Tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear.

No es muy adecuada para la detección de cálculos no complicados, es una prueba excelente para la detección de complicaciones como formación de abscesos, perforación de vesícula o colédoco o pancreatitis. ⁽¹⁰⁾



La TAC helicoidal y la colangiografía con RM pueden resultar útiles como una forma no invasiva de excluir cálculos coledocianos.

7- Tratamiento.

7.1- Tratamiento médico

Una vez establecido el diagnóstico el paciente debe de ser ingresado a la sala de cirugía y previa valoración general incluido riesgo quirúrgico se debe:

1. NPO
2. Restitución de déficit de líquido y electrolitos según grado de deshidratación y iono grama, esta medida principalmente en los pacientes complicados, renales o con inestabilidad hemodinámica; y líquidos de mantenimiento.
3. Análisis de laboratorio que debe incluir: BHC – EGO – Glicemia – Creatina – TGO – TGP – Fosfatasa alcalina – LDH – Amilasa – Proteínas totales y fraccionadas – Bilirrubinas totales y fraccionada – Iono grama – gasometría – tipo y RH.
4. Sonda nasogástrica: evita el estímulo de la contracción vesicular, el íleo paralítico y la dilatación gástrica.
5. Controlar el dolor con analgésicos: recomendado el uso de AINES ya que los apiaceos aumentan la presión en la vía biliar.
6. Antibioticoterapia: Se ha propuesto una causa bacteriana y se han observado cultivos positivos en el 60% de los pacientes. Y a pesar que la etiología bacteriana no juega un papel primario en la patogenia se aconseja uso de antibióticos.

6.1. En cuadros no graves se recomienda una cefalosporina de tercera generación y metronidazol.

Quando existe hipersensibilidad se puede sustituir por quinolonas (Ciprofloxacino 500 mg IV C/12hrs)



- 6.2. En cuadros graves con signos de sepsis, inestabilidad hemodinámica, comorbilidades (Diabetes, IRC, etc.) edad avanzada está indicada el uso de carbapenems (Emipenem 1 gr IV C/6 hrs) asociado a un aminoglucósido (gentamicina 80mg IV C/12hrs ó amikacina 500 mg IV C/12hrs) y de un aneroisida (metronidazol 500 mg IV C/8hrs).

El tratamiento antibiótico se debe de instaurar hasta 7 días guiados por la evolución clínica y parámetros de laboratorio.

Aproximadamente el 75% de los pacientes responden de manera satisfactoria en las primeras 24-48 hrs después de iniciado el tratamiento médico, sin embargo este manejo no elimina la causa de la enfermedad, ni interrumpen los mecanismos que provocan las complicaciones ni evita que la enfermedad remita de manera recurrente. Por tanto el tratamiento definitivo requiere de cirugía o de otras medidas invasivas.^(4,7,8,11)

7.2- Tratamiento quirúrgico.

Existen opiniones contradictorias sobre el momento óptimo para la intervención quirúrgica. ⁽⁴⁾

La escuela europea era partidaria del tratamiento médico y no de la intervención quirúrgica inicial por la resolución espontánea del 95% de los casos casi siempre en el término de 72 horas, lo que permite diferir la operación y solo acometerla inicialmente en las complicaciones. Por su parte la escuela americana fue siempre más intervencionista y propugnaba realizar el tratamiento quirúrgico de entrada.⁽⁹⁾

1- Colecistectomía de urgencia.

Debe de realizarse una vez que la situación hemodinámica del paciente lo permita. Los criterios que indican esta actitud son:



- Evidencia de peritonitis generalizada o empiema.
- Estado tóxico.
- Aumento de dolor
- Fiebre superior a 39 c
- Leucocitosis de 20,000 o mayor.
- Aparición de masa abdominal.
- Tensión sistólica menor de 90mmHg.
- Obstrucción intestinal.
- Ictericia.

Ecográficos:

- Líquido perivesicular.
- Gas en pared o luz vesicular.
- Edema de pared vesicular.
- Líquido libre abdominal.

Cuando se considera que el riesgo quirúrgico de la colecistectomía es muy alto, se debe de valorar la posibilidad de realizar un drenaje transparietohepático guiado por ECO/TAC.⁽⁹⁾

2. Colecistectomía antes de las 72hrs.

Si no se hallan criterios de urgencia se debe de proseguir con tratamiento médico, concluir los estudios indicados y realizar colecistectomía.^(11,12)

3. Colecistectomía diferida (6 semanas- 3 meses)

Cuando se atiende el paciente por primera vez o llegado al diagnóstico después de las 72hrs, se continuará con el tratamiento médico y esperar inactivar el proceso. Pasada las 72hrs la extensión de la inflamación dificulta la disección de las vías biliares y aumenta las complicaciones. Si la evolución es favorable el paciente puede ser dado de alta y programar de manera electiva cirugía. Si la evolución no es favorable se indica la colecistectomía de urgencia.^(7,11,12)



Tipos de colecistectomías:

1. **Abierta:** Con toma de bilis para cultivo.

2. **Laparoscópica.** Se han hallado unas ventajas de esta en una serie de casos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda operados pronto (en las primera 48hrs) tenían más probabilidades de ser intervenidos por laparoscopia que aquellos con una duración mayor de los síntomas, los primeros acortaron su estancia intrahospitalaria. La conversión de a colecistectomía abierta está indicada si la inflamación impide la visualización idónea de las estructuras. (7,11)

Comparación entre la Colecistectomía temprana y diferida

	Operación temprana	Operación Diferida
No. de Casos	101	91
Momento de la Operación	Dentro de los 7 días	Generalmente 6-8 semanas
Recurrencia de los síntomas		13,8%
Tiempo de permanencia en el hospital	9,1 días	15,5 días
Duración de la operación	110 + 55 min	110 + 40 min
Pérdida de Sangre	420 + 420 ml	30 + 270 ml
Afecciones concurrentes	45%	53%
Muertes	0%	0,01%
Complicaciones	14,9%	15,4%
Infecciones de la Herida	0,02%	0,01%
Tiempo Perdido de Trabajo	39,5 días	54 días

Tomado de Cirugía del Aparato Digestivo de George D. Zuidema Cuadro 13-4



Guías de Tokyo

En vista que no existían criterios bien definidos, de manera algorítmica para el diagnóstico, la valoración de la gravedad y el tratamiento según estadio para la colangitis y la colecistitis aguda se inició en el año 2004 un proyecto para preparar las pautas de pruebas basadas en la evidencia para las directrices útiles para el ajuste clínico de estas patologías.⁶

La investigación financiada por Ministry of Health Labor and Welfare japonés, en cooperación con la sociedad japonesa para la medicina de emergencia abdominal, reunió a un total de 46 expertos en gastroenterología, cirugía, medicina interna y medicina de emergencia, cuidados intensivos y de epidemiología.⁶

Durante las investigaciones descubrimos que había una falta de pruebas de alto nivel para los tratamientos. El grupo trabajo formuló las pautas obteniendo el consenso, sobre la base de pruebas categorizada por el nivel, de acuerdo con el centro de Oxford para niveles de medicina basada en evidencia en de pruebas de mayo 2001 (1 de versión). Esta obra requería más de 20 reuniones para obtener un consenso sobre cada artículo del grupo trabajador. Luego cuatro foros de debate fueron considerados permitir el examen de los detalles de la guía en Japón, tanto por un comité de valoración externo y por los participantes de grupo activos (2 de versión).

Planteándose la diferencia que pudiera existir entre diagnóstico y el manejo de país en país se nombró un comité de publicación dando lugar a 12 reuniones para preparar las pautas del bosquejo en ingles (3 de versión).

Definitivamente en abril del 2006 se obtiene el acuerdo internacional en un foro en >Tokyo para las directrices del diagnóstico y tratamiento de la colecistitis y la colangitis aguda.



Criterios diagnósticos para colecistitis aguda. De acuerdo a las directrices de Tokyo.¹⁴

1. Signos locales de inflamación
 - Signo de Murphy
 - Dolor o irritación en CSD.
 - Masa en CSD
2. Signos sistémicos de inflamación aguda
 - Fiebre
 - Leucocitosis
 - Proteína C reactiva elevada
3. Hallazgos imagenológicos.
 - Imágenes características de colecistitis.

Diagnóstico.

La presencia de un ítems A y uno B.

C confirma el diagnóstico cuando colecistitis aguda es sospechada

Grados de severidad de colecistitis aguda según directrices de Tokyo¹⁴

Grado	Criterio
Leve (Grado 1)	Colecistitis aguda con paciente saludable, sin disfunción de órgano y solo cambios inflamatorios en vesícula.
Moderado (Grado 2)	Colecistitis aguda se acompaña de las siguiente condiciones: <ol style="list-style-type: none"> 1- Elevado conteo de leucocitos (>18,000mm³) 2- Masa palpable dolorosa en CSD 3- Duración del dolor > de 72 hrs. 4- Marcada inflamación local (Peritonitis biliar, absceso pericolecisto, absceso hepático, colecistitis gangrenosa, colecistitis enfisematosa)
Severo (Grado 3)	La presencia de una o más de las siguientes condiciones <ol style="list-style-type: none"> 1- Disfunción cardiovascular (Hipotensión que requiera de dopamina 5micro/Kg/min o dosis de dobutamina) 2- Disfunción neurológica.(Disminución nivel conciencia) 3- Disfunción respiratoria (PaO₂/FiO₂ promedio <300) 4- Disfunción renal (Oliguria, creatinina>2mg/dl) 5- Disfunción hepática (TP-INR >1.5) 6- Disfunción hematológica (Plaquetas <100000/mm³)



Manejo según grado de severidad de colecistitis aguda. De acuerdo a las directrices de Tokyo¹⁴

Grado	Manejo
<p>Leve Grado 1</p>	<p>La colecistectomía laparoscópica es tratamiento preferido. La colecistectomía electiva puede ser seleccionada en orden de mejorar otros problemas médicos.</p>
<p>Moderado Grado 2</p>	<p>Colecistectomía laparoscópica o abierta. Si el paciente tiene una inflamación local seria, el drenaje percutáneo o quirúrgico es recomendado.</p>
<p>Severo Grao 3</p>	<p>Un adecuado soporte es necesario. El manejo de la inflamación local severa con drenaje percutáneo o colecistostomía es necesario. La peritonitis biliar por perforación es un indicador de colecistectomía urgente y drenaje. La colecistectomía electiva puede ser hecha después de mejorar la enfermedad aguda por drenaje de la vesícula.</p>



Bibliografía

1. Quintero, Gustavo A.: Academia Nacional de Medicina de Colombia: “Cirugía hepatobiliar: Historia y perspectiva” miércoles, 27 de julio de 2011 11:26:19a.m
<http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/academ26467-contenido.htm>
2. Villalobos P. Colecistitis Aguda. En Introducción a la Gastroenterología. 3 ra Edición. México: Méndez editores; 2001. p. 766-786.
3. Pacheco, Alipio C.: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía. Lima : UNMSM, 1999.
4. Schwartz, Seymour I.: Principios de Cirugía, “Vesícula Biliar y sistema biliar extrahepático”, pag.1547, 7ma edic. vol II. México, 2000
5. Coa, Luis Alejandro; Zerpa, Osmari: Evaluación de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis aguda. Hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar”. Junio–octubre 2010. Maturín–estado Monagas. Venezuela.
6. Tadahiro Takada, Yoshifumi Kawarada, Yuji Nimura, Masahiro Yoshida: **Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis**; J. Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007 January; 14(1): 1–10. Published online 2007 January 30. doi: [10.1007/s00534-006-1150-0](https://doi.org/10.1007/s00534-006-1150-0) PMID: PMC2784507
7. Townsend, Courtney M.; Beauchamp, R. Daniel; Evers, B. Mark; Mattox, Kenneth L.: Sabiston Tratado de Cirugía; 17va ed. Vol. II, Cap. 52, Edit. ELSEVIER, Madrid, España. 2005.
8. Zinner, Michael J., Schwartz, Seymour I., Ellis, Harol.: Maingot, Operaciones abdominales. 10ma Ed., Tomo II, Cap. 60, Edit. Panamericana. Buenos Aires- Argentina 1997.
9. Moran Vera, Carlos: Colecistitis aguda, Médicos Ecuador. 2009
10. Roca Martínez, F.J: Ecografía Clínica del abdomen. 10ma edi. Editorial JIM-2000. Pág. 148-165.



11. Zuidema, George D.; Yeo, Charles J.: Cirugía del aparato digestivo. 5ta edición. Ed. Panamericana. Buenos Aires-Argentina. 2002. Tomo III.
12. Nyhus, Loy. Backer, Robert. Fischer, Josef.: El dominio de la cirugía "Mastery of surgery". Tercera edición. Tomo I. Pag 1085- 1092. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 2002.
13. Gobierno Fedral, Salud, SEDEMA, SEMAR: Guías de práctica clínica: Diagnóstico de colecistitis y colelitiasis. Evidencia y recomendaciones. Consejo de salubridad general. México. 2009. Puede ser descargado: www.cenete.salud.gob.mx/anterior/gpc/hclm.
14. Steven M. Strasberg, M.D. Acute Calculous Cholecystitis. From the Section of Hepatobiliary–Pancreatic Surgery, Washington University in St. Louis and Barnes–Jewish Hospital, St. Louis. Address reprint requests to Dr. Strasberg at Box 8109, 660 Euclid Ave., St. Louis, MO 63110, or at strasbergs@wustl.edu. N Engl J Med 2008;358:2804-11



Diseño metodológico.

Tipo de estudio: Descriptivo de serie de casos.

Área de estudio:

Servicio de cirugía general del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de León (HEODRA), el cual se encuentra ubicado en el tercer piso del mismo, cuenta con 72 camas disponibles, con médicos especialistas y 24 residentes de cirugía general para la fecha y personal de enfermería.

Población de estudio:

Todos los pacientes ingresados a la sala de cirugía general con diagnóstico de colecistitis aguda en Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de León.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con sospecha diagnóstica de colecistitis aguda.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se confirma otro diagnóstico.
- Pacientes con antecedentes de cirugía hepatoiliar.
- Pacientes con déficit intelectual por cualquier etiología (traumática, congénita, séptica, etc.).
- Comorbilidades crónicas con descompensación extrema.
- Pacientes que abandonen o se declare fuga antes de la aplicabilidad completa de la ficha de recolección de la información.
- Paciente que con diagnóstico clínico de colecistitis y no cuente con USG.

Fuente de información:

La fuente es **secundaria** utilizando los datos generales del paciente por medio de la anamnesis, el examen físico y exámenes complementarios contemplados en el expediente clínico, con lo que se llenó ficha de recolección que consta de datos generales del paciente y de una escala previamente estructurada por el autor y tutor de este trabajo investigativo según objetivos establecidos (ver anexo 1), esta contempla signos, síntomas y estudio de laboratorio y ECO, todos estos con un puntaje asignado en completa dependencia de los porcentajes y frecuencias de la aparición de estos en pacientes con colecistitis aguda establecidos por la consulta bibliográfica y teniendo como referencia las guías de Tokyo..



Método de recolección de la información

1. Se realizó reunión con las autoridades del hospital HEODRA para estandarizar el uso la ficha de recolección de datos para su aplicación en todo paciente ingresado al servicio de cirugía general con el diagnóstico de colecistitis aguda, para lo cual al momento de la aplicación de dicha escala si totaliza un puntaje igual o mayor a 8 puntos se indicará el manejo quirúrgico.
2. El tutor y el autor del estudio se reunieron con el jefe del servicio Dr. Javier Pastora para garantizar y establecer como lineamiento el abordaje quirúrgico del paciente con 8 o más puntos en la escala numérica.
3. La ficha de recolección estuvo a disposición en el área de admisión de emergencia del HEODRA para todos los pacientes que se ingresen con el diagnóstico de colecistitis aguda.
4. Para la aplicación de la escala será necesario contar con un estudio ecográfico.
5. Posterior al manejo quirúrgico se describirán los hallazgos quirúrgicos contemplados en la ficha las que serán marcadas por el médico residente que actúe como cirujano en la intervención.

Plan de análisis.

Una vez concluida la recolección de datos los resultados las variables se introdujeron en el programa estadístico EpiInfo 3.5.4 y se expresará por distribución de frecuencia simple y porcentaje, prevalencia de hallazgos transoperatorios y postoperatorios en gráficos de barra y cuadros en programa Excel Microsof Oficce. Además se realizó cuadros de cruces de variables entre los criterios establecidos en la escala numérica y los hallazgos transquirúrgicos, la evolución y el reporte histopatológico.

Consideraciones éticas:

El estudio garantizó la confidencialidad de la información utilizada sola para fines investigativos. Gozamos con el aval del comité de ética de UNAN-León, las autoridades del departamento de cirugía y la dirección del HEODRA.



Operacionalización de variable

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Edad	Años cumplidos del paciente.	Fuente secundaria contemplado en la hoja de admisión del expediente clínico	12 a 60 años.
Sexo	Diferencias fenotípicas y genotípicas que diferencian al hombre de la mujer.	Idems	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de residencia de paciente	Idems	Urbano Rural
Índice de masa corporal	Masa corporal total	Peso en KG/Talla ²	17-19 20-25 26-30 >30
Escala para el diagnóstico y tratamiento de colecistitis aguda	Conjunto de signos, síntomas y exámenes complementarios cuya presencia en suma de su valencia indican el diagnóstico y la indicación quirúrgica.	Taquicardia (1) Fiebre (2) Leucocitosis (1) neutrofilia (1) Murphy positivo (2) Ultrasonografía (3)	Idems
Hallazgos transquirúrgicos.	Hallazgos transoperatorios de interés en la colecistectomía abierta	Valoración transoperatoria por cirujano plasmada en nota operatoria.	Disección fácil. Sangrado. Lesión iatrogénica Edema de pared Adherencias Fibrosis Área cruenta en lecho. Colocación de drenos.



Operacionalización de variable (continuación)

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Evolución posquirúrgica	Tiempo de estancia intrahospitalaria medido en días	Contemplado en el expediente específicamente en la hoja de admisión	1-2 días 3-4 días >4 días
	Hallazgos posquirúrgicos	Idem	Seroma Hematoma Fiebre Sepsis Ileo Fístulas Colecciones intraabdominales
Hallazgos histopatológicos	Descripción microscópica dada por el patólogo que confirme el diagnóstico de colecistitis aguda.	Hoja de resultado de biopsia emitida por el departamento de patología.	Infiltrado leucocitario en pared de vesícula. Datos inflamatorios



Resultados



Resultados

Tabla 1. Distribución etaria de los pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda en HEODRA-León Mayo 2012-Septiembre 2014

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
19 y menos	2	1,9%	1,9%
20 a 39	35	34,0%	35,9%
40 a 59	41	39,8%	75,7%
60 y mas	25	24,3%	100,0%
Total	103	100,0%	100,0%

Gráfico 1. Distribución demográfica de los pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda en HEODRA-León Mayo 2012-Septiembre 2014

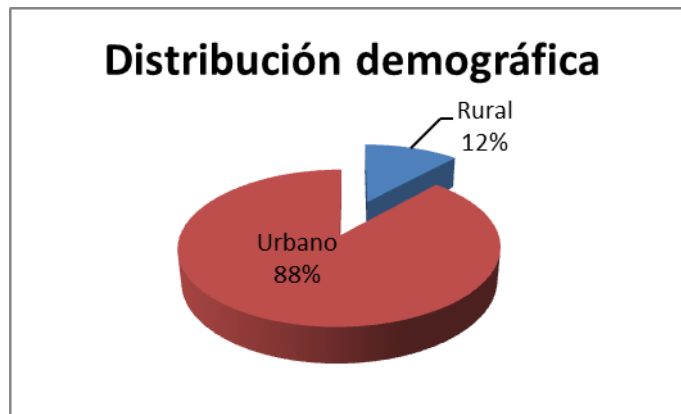


Gráfico 2. Distribución por sexo de los pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda en HEODRA-León Mayo 2012-Septiembre 2014

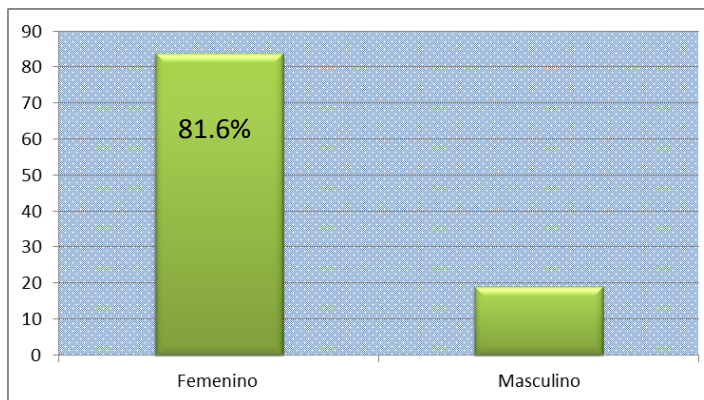
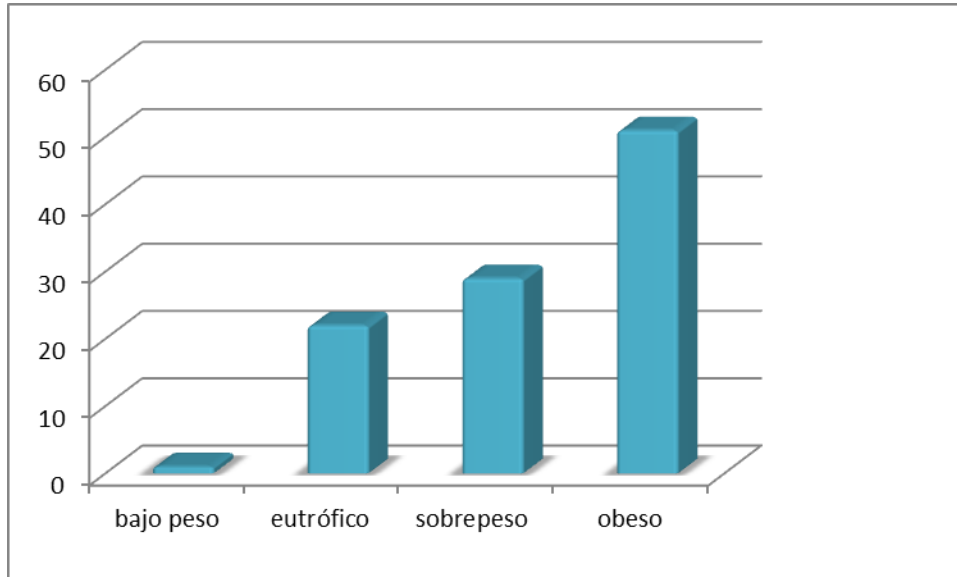




Grafico 3. Estado nutricional de los pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda en HEODRA-León Mayo 2012-Septiembre 2014



Gráfica 4. Tiempo de evolución de dolor desde su inicio hasta su ingreso de los pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda en HEODRA-León Mayo 2012-Septiembre 2014





Gráfico 5. Antecedentes de cólicos biliares previos a cuadro agudo de colecistitis aguda ingreso de los pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda en HEODRA-León Mayo 2012-Septiembre 2014

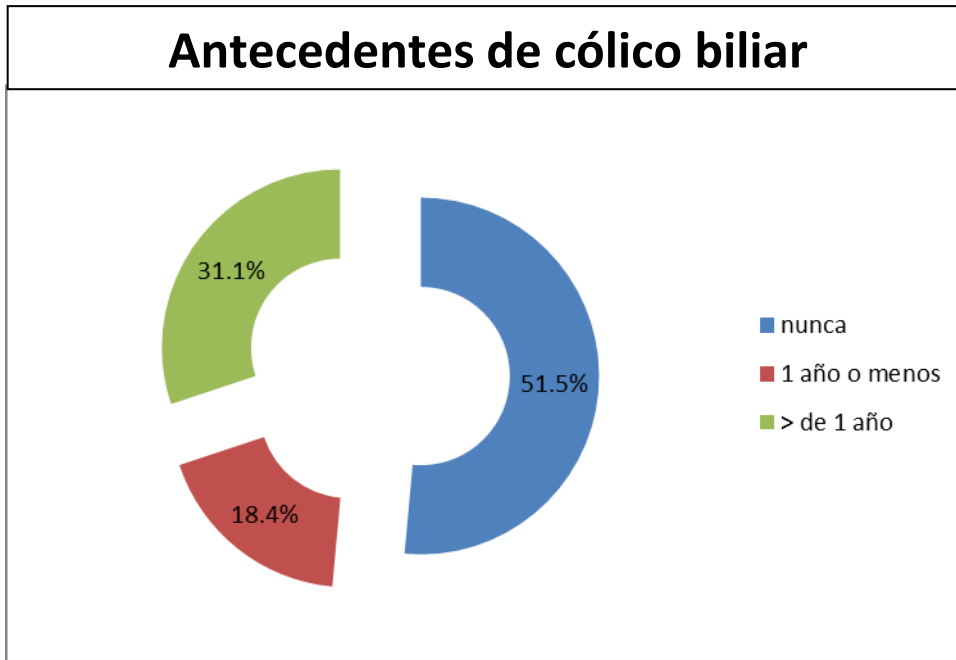


Gráfico 6. Presentación clínica de los pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda en HEODRA-León Mayo 2012-Septiembre 2014

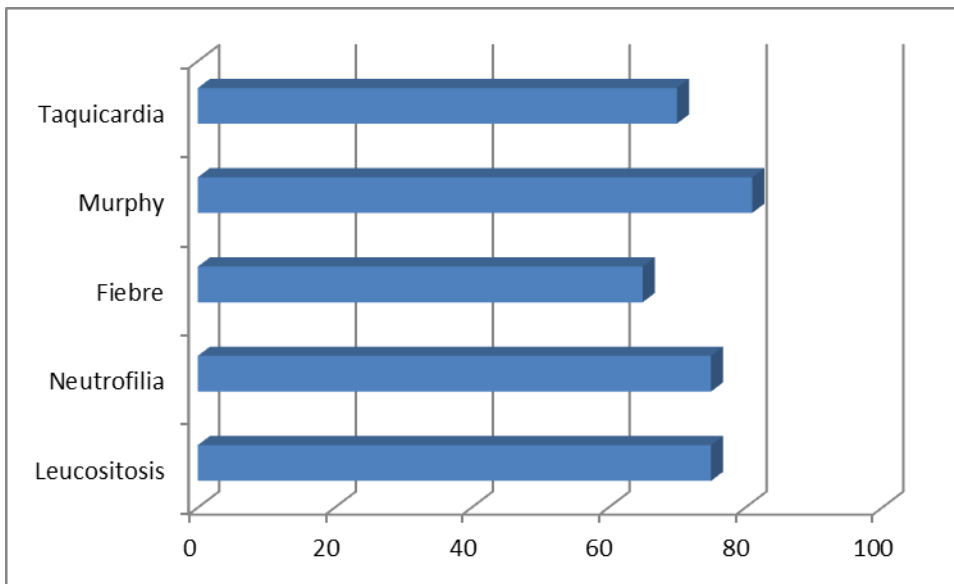




Tabla 2. Hallazgos ultrasonográficos de los pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda en HEODRA-León Mayo 2012-Septiembre 2014

Hallazgo USG	Número de pacientes	Porcentaje
Halo perivesicular	97	94.2%
Pared > de 4mm	100	97.1%
Cálculo	101	98.1%

Tabla 3. Relación entre puntaje asignado y el manejo que se siguió a los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda en el periodo comprendido del estudio

Escala	MANEJO:		
	Conservador	Quirúrgico	TOTAL
7 puntos y menos	24	13	37
% Fila	64,9	35,1	100,0
% Columna	47,1	25,0	35,9
8 a 10 puntos	27	39	66
% Fila	40,9	59,1	100,0
% Columna	52,9	75,0	64,1
TOTAL	51	52	103
% Fila	49,5	50,5	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0

En este cuadro se puede apreciar que el manejo conservador y quirúrgico prácticamente guardan una relación 1:1 y como es de esperarse el 64.9% de los que contaban con 7 puntos o menos se abordaron de manera conservadora; de los pacientes que totalizaron 8 a 10 puntos un 59.1% se abordaron quirúrgicamente, llama la atención que a pesar que estos pacientes tenían los criterios clínicos y ecográficos, así como la evolución de dolor (98% con menos de 72hrs), un porcentaje sustancial (40.9%) no se llevó a sala de operaciones para su debido abordaje a pesar que el estudio contemplaba que todos los pacientes con 8 o más puntos serían llevados a sala de operaciones en las 24hrs posteriores a su ingreso.



Tabla 4. Tiempo de espera quirúrgica de los pacientes ingresados con el diagnóstico de colecistitis en el periodo de estudio

Espera	Número de pacientes	Porcentaje
Primeras 24hrs	11	21.2%
Entre 24 y 48hrs	17	32,7%
Más de 48hrs	21	40.3%
8vo día de estancia	3	5.8%
Total	52	100%

Tabla 5. Estadística descriptiva de variable de cruce entre días de estancia intrahospitalaria-Manejo-y puntaje asignado

Pacientes con puntaje de 7 o menos				
Manejo	Mínimo/ días	Media/ días	Máximo/ días	No. pacientes
Conservador	2.0	4.1	7.0	24
Quirúrgico	3.0	5.5	18.0	13

Pacientes con puntaje de 8 a 10				
Manejo	Mínimo/ días	Media/ días	Máximo/ días	No. Pacientes
Conservador	4.0	6.1	13.0	27
Quirúrgico	3.0	7.9	36.0	39



Gráfico 7. Antecedentes personales patológicos y no patológicos de los pacientes muestra de estudio.

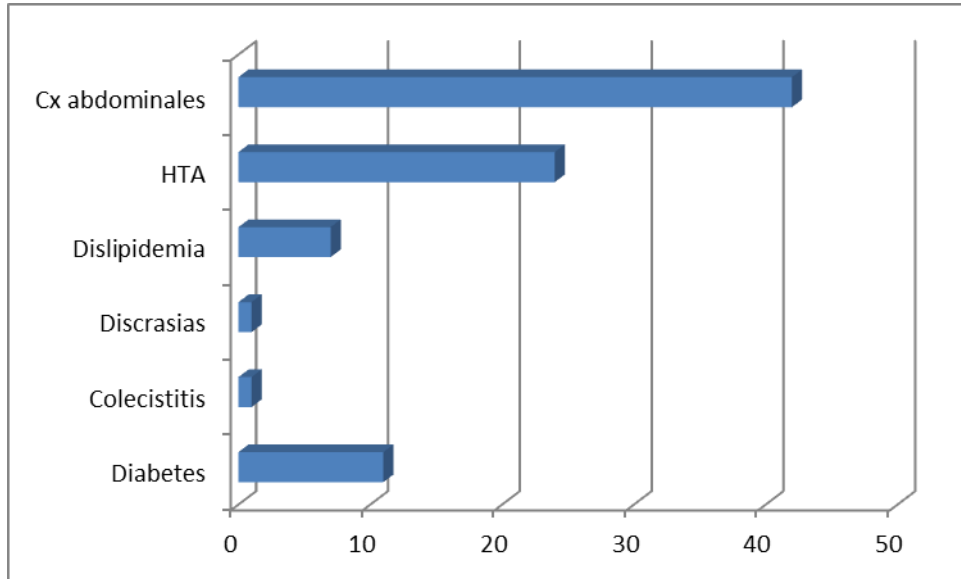


Gráfico 8. Hallazgos transquirúrgicos

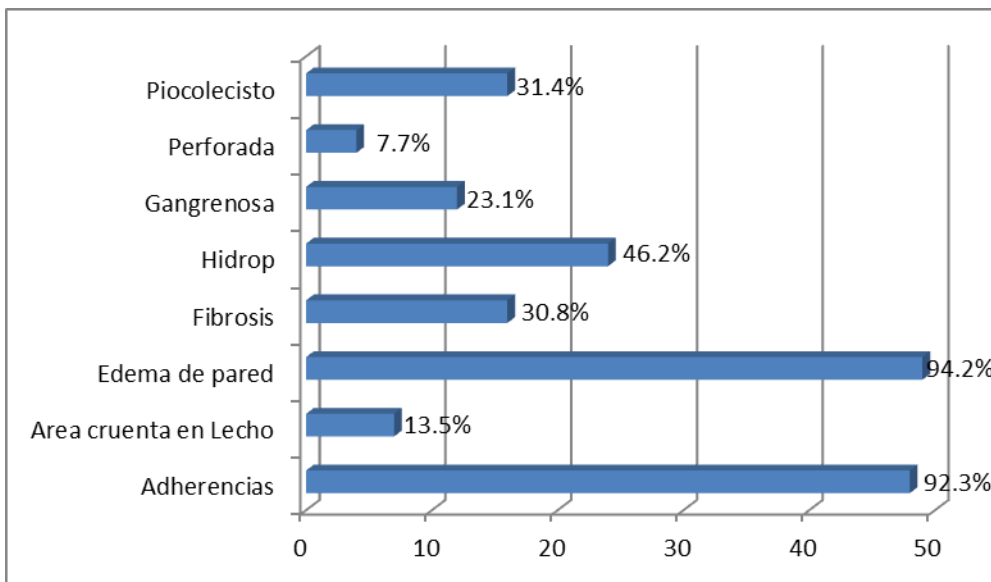




Gráfico 9. Procedimientos realizados a los 52 pacientes manejados quirúrgicamente.

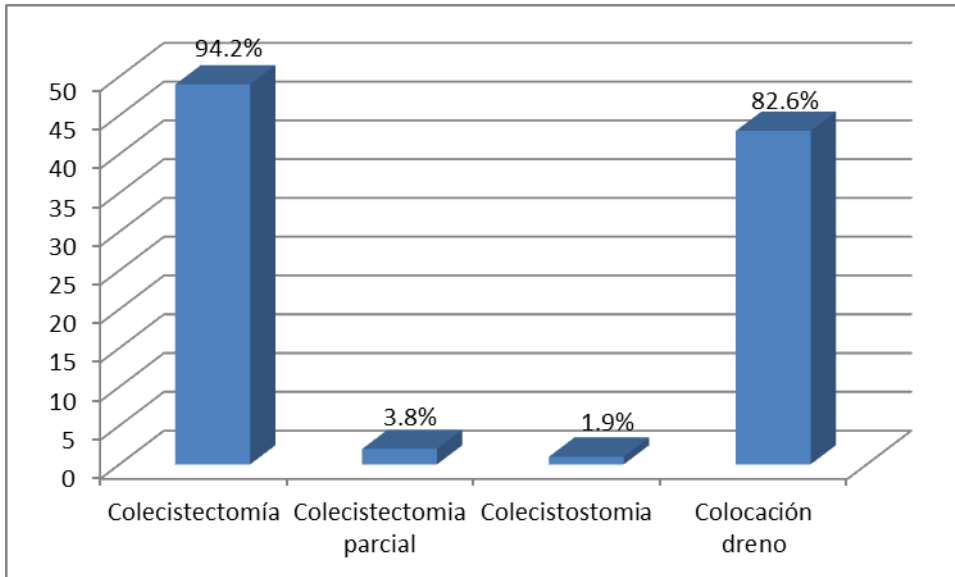


Gráfico 10. Sangrado aproximado

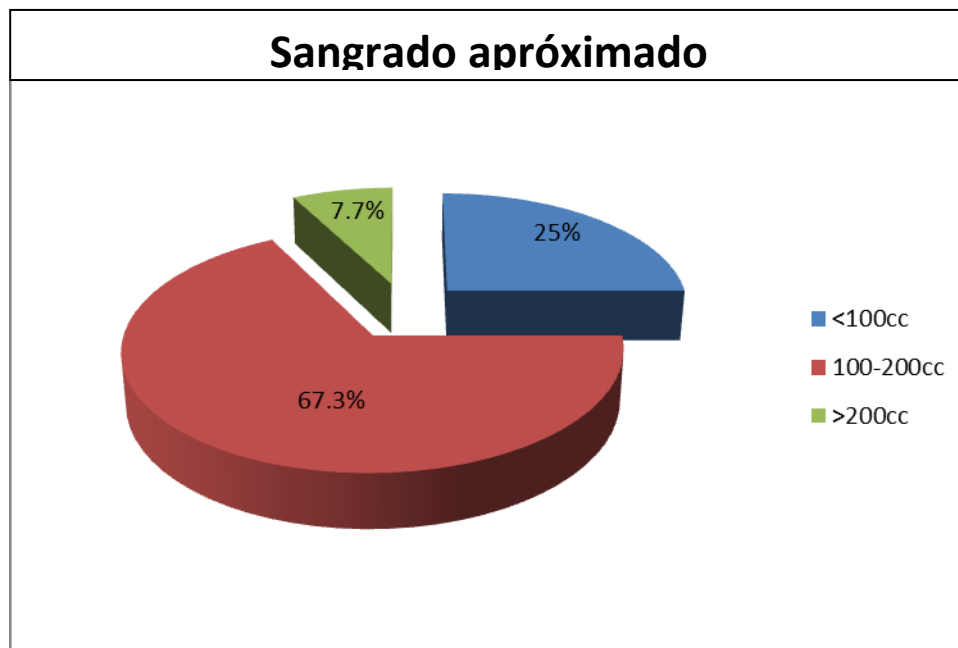




Tabla 6. Tiempo quirúrgico

Tiempo quirúrgico:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<1Hora	9	17,3%	17,3%
1 a 2 Horas	29	55,8%	73.1%
> 2 Horas	14	26,9%	100.0%
Total	52	100,0%	100,0%

Gráfico 11. Número de pacientes con morbilidad postquirúrgica de los pacientes intervenidos por colecistitis aguda en el periodo de estudio

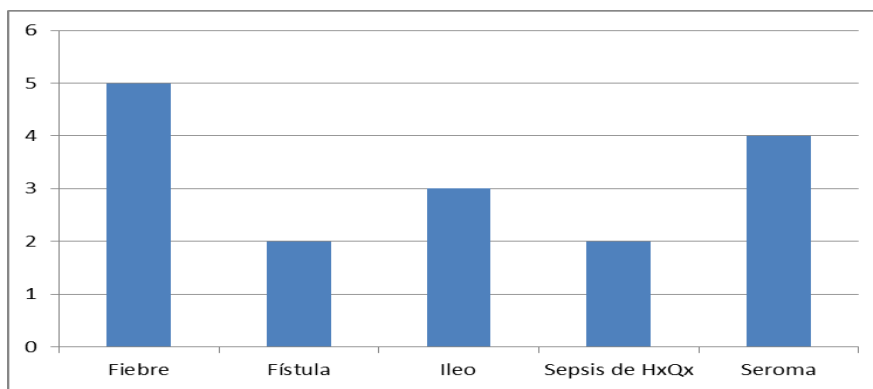
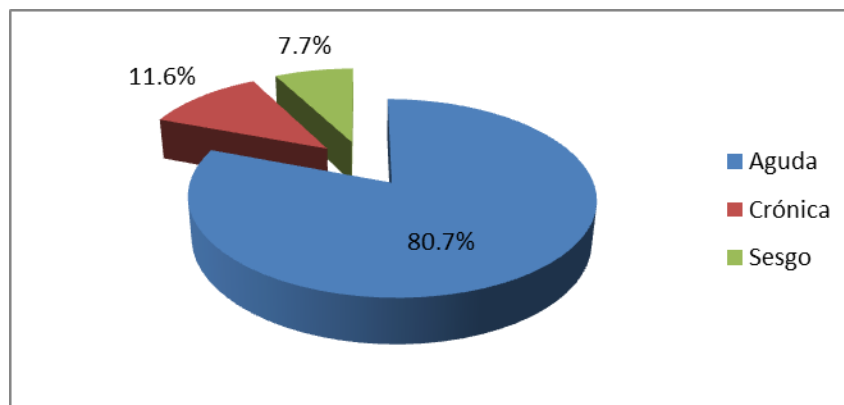


Gráfico 12. Resultados histopatológicos de las vesículas intervenidas por colecistitis aguda en el periodo de estudio



“Sesgo”. Resultados de biopsias que no fueron encontrados en la base de datos de patología (4)



Gráfico 13. Otros hallazgos histológicos de los 48 pacientes a los que se le realizó biopsia de la pieza quirúrgica

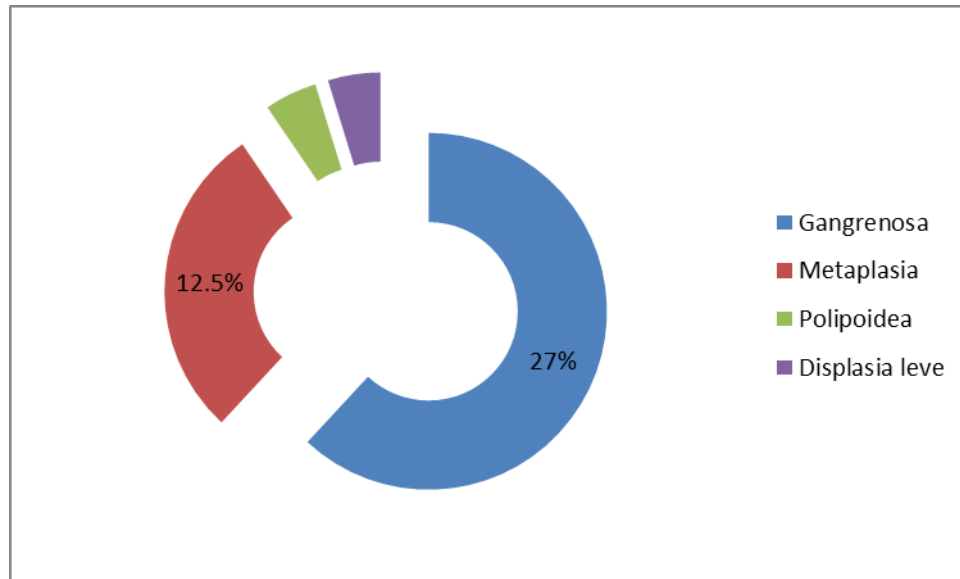


Tabla 7. Relación entre los hallazgos histopatológicos y el puntaje asignado en la escala numérica para el diagnóstico de colecistitis aguda en el periodo comprendido de estudio.

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS:			
Escala	Colecistitis aguda	Colecistitis crónica	TOTAL
7 y menos	11	2	13
% Fila	84,6	15,4	100,0
% Columna	26,2	33,3	27,1
8 a 10	31	4	35
% Fila	88,6	11,4	100,0
% Columna	73,8	66,7	72,9
TOTAL	42	6	48
% Fila	87,5	12,5	100,0
% Columna	100,0	100,0	100,0



Discusión de resultados.

1. Datos generales de pacientes.

En la tabla 1 y en los gráficos 1, 2, 3 y 4 se sigue evidenciando la predilección del colecistopatía hacia los mayores de 40 años, así vemos como el 64.1%(66 pacientes) de los pacientes encuestados tienen más de esta edad, así como la predominancia femenina la que se mostró en un 81.6%(84 pacientes). Llama la atención que la nemotecnia de esta patología de las 4 F (Female, Fat, Fertily, Forty) de las que hace exclusivo esta patología a las mujeres con estas características, con el pasar del tiempo ha venido aumentando la incidencia hacia mujeres jóvenes y sin sobrepeso, en el trabajo investigativo se evidenció que el 35.9% (37 pacientes) eran menores de 40 años y el 21.6% (23 pacientes) fueron pacientes eutróficos.

La mayoría de los pacientes procedían del casco urbano (88%), esto teniendo en cuenta los hábitos alimenticios y el sedentarismo de esta población, lo que también justifica que el sobrepeso y la obesidad despiquen hasta un 78.4%(80 pacientes).^{2,4,7,8,11}

2. Presentación clínica y antecedentes personales patológicos.

El cólico biliar sostenido de más de 6hrs hace sospechar de colecistitis. Casi la totalidad (98.1%) de los pacientes ingresados como colecistitis aguda tenían menos de 72hrs de evolución, considerado el tiempo de oro para la disección quirúrgica fácil y la menor morbilidad posible.¹⁴

La bibliografía consultada contempla una relación entre los antecedentes de cólicos biliares y el tiempo de evolución con la instauración de un proceso agudo vesicular en la que 80% refieren cólicos biliares previos, queda claro en el trabajo investigativo que poco más de la mitad (51.5% correspondientes a 53 pacientes) negaron antecedentes de cólicos biliares por lo que deducimos que debutaron con una colecistitis aguda, solo el 18% afirmaban tener antecedentes de dolor más de 1 año de evolución (gráfico5).⁷

Para la bibliografía consultada el 50% presentan fiebre, la muestra de estudio la presentó en un 63.1%, la taquicardia se presentó en un 68%, el signo de Murphy positivo se presentó en un 78.6%, y la leucocitosis y neutrofilia se presentó en un 72.8% para ambas. (Gráfico 6)



Los signos ultrasonográficos fueron los que más se presentaron para la escala numérica, el engrosamiento de la pared, el halo perivesicular y la presencia del cálculo se presentó en un 94.2%, 97.2% y 98.1% respectivamente confirmando la sensibilidad de 89-98% y especificidad 96% del USG que en los diferentes estudios.^{7,9.} (Tabla2)

Los antecedentes personales patológicos y no patológicos de relevancia fueron la hipertensión arterial en un 23.3%(24 pacientes), la diabetes 10.7%(11 pacientes), dislipidemias (23.3% (24 pacientes) y el antecedente de cirugía abdominal se presentó en un 40.8% siendo la predominante las cesáreas. Las discrasias sanguíneas y la colecistitis aguda solo se presentaron en un paciente respectivamente. (Gráfico7)

3. Manejo y puntaje.

La escala numérica fue dividida en dos grandes grupos, los que tenían 7 puntos o menos los que se totalizaron 37 pacientes (35.9%) y los que tenían de 8 a 10 puntos quienes representaban el grueso mayor con 66 pacientes (64.1%), teniendo en cuenta que el estudio estaba diseñado para que todos los pacientes con 8 o más puntos debían de ser manejados quirúrgicamente, solo el 59.1% (39 pacientes) cumplieron con esa condición por diferentes razones dentro de lo que debemos mencionar la falta de concentrados eritrocitarios que se exige como parte del protocolo institucional para la intervención vesicular. De los pacientes con menos de 7 puntos 13 (35%) fueron manejados quirúrgicamente. Esto nos hace deducir que la conducta quirúrgica de los pacientes fue decidida independientemente al puntaje asignado, y como se mencionó en los resultados la relación manejo conservador y quirúrgico fue de 1:1. (Tabla3)

A pesar del abordaje quirúrgico el 53.9%(28 de 52 pacientes) se intervino con un tiempo de espera de 48hrs o menos después de su diagnóstico e ingreso; el otro 41.1% tuvieron un tiempo de espera de más de 48hrs, 3 de estos pacientes se operaron hasta el 8vo día, lo que podríamos deducir que hubo un fracaso del tratamiento conservador de estos últimos. Cabe mencionar que el estudio estaba diseñado para que los pacientes con 8 o más puntos se operaran durante las 24 hrs después de su diagnóstico e ingreso. Más impactante aún podríamos decir que el 78.8% (41 pacientes de los 52 operados) se abordaron después de las 48hrs.(Tabla4)



4. Relación Puntaje-Abordaje-Manejo

Se agruparon los pacientes con puntaje de menos de 7pts y los que tenían 8 a 10pts para valorar los días de estancia dependiendo del tipo de manejo realizado, se evidencia en la tabla 5 que la media de días de los pacientes con abordaje conservador fue de 4.1 días y los postquirúrgicos de 5.5 días lo que se traduce en que casi un día y medio (1.4días) más de estancia cumplieron los pacientes operados en relación con los manejados conservadoramente.

Los pacientes con 8 a 10pts manejado conservadoramente estuvieron una media de 6.1 días y los postquirúrgicos de 7.9 días, los pacientes operados estuvieron casi dos días (1.8 días) más que los no operados.

En general sin incluir el puntaje, el paciente postquirúrgico estuvo 1.6 días más que el manejado conservadoramente, en contra de la hipótesis planteada de que los pacientes postquirúrgicos tendrían mejor evolución y por consiguiente un menor tiempo de estancia; hay que puntualizar que a pesar de contar con menos días de estancia, los pacientes con manejo conservador costarán a la institución un segundo ingreso para su abordaje electivo, además los pacientes corren el riesgo de un nuevo cuadro agudo. Otro punto importante fue el tiempo de espera quirúrgica en el que un 45.8% fue de más de 48hrs lo que prolongó su estancia intrahospitalaria sumado a su estadía postquirúrgica.

Es difícil concluir si la decisión terapéutica y la evolución satisfactoria está fundamentada en la escala numérica ya que independientemente de la escala, en el hospital HEODRA los pacientes tratados quirúrgicamente tienen un tiempo de estancia mayor de una media de 1.6 días. (Tabla5)

5. Hallazgos transquirúrgicos.

Los transquirúrgicos en orden de frecuencia son edema y adherencias 94% (49 pacientes), hidrop 46.2% (24 pacientes), fibrosis y pirocolecisto 30.8% (16 pacientes), gangrena 21.15% (12 pacientes), lecho cruento 13.5% (7 pacientes) y perforación 7.7% (4 pacientes).

El edema y adherencias son parte del proceso inflamatorio temprano y es de esperarse que sean quienes despusnten, sin embargo la fibrosis, el pirocolecisto, la gangrena designan el proceso tardío; y obviamente la perforación la culminación de la evolución natural de la enfermedad. Esto conlleva a considerar que a pesar que la historia de dolor de la mayoría de los pacientes era menor de 72hrs, el



tiempo de espera quirúrgico impactó de gran manera con respecto a los hallazgos transquirúrgicos. (Gráfico8)

El 94.2% (49 pacientes) se les completó colecistectomía, para dos pacientes la dificultad técnica obligó a realizar colecistectomía parcial, para 1 paciente se realizó colecistostomía, estos últimos siguen confirmando las desventajas del abordaje tardío. (Gráfico9)

El sangrado estimado estuvo dentro de los 100-200cc en un 67.3%, solo en un 7% se estimó en más de 200cc (Gráfico10). Y por último otro parámetro de importancia fue el tiempo quirúrgico en el que predominó el de 1-2hrs en un 55% (29 pacientes) y además un 17.3% (9 pacientes) tardaron menos de una hora todos estos resultados acorde a la revisión bibliográfica.¹¹(Tabla6)

6. Morbilidad postquirúrgica.

La fiebre se presentó en un 9.6% (5 pacientes), seroma 7.6% (4 pacientes), Ileo 5.76% (3 pacientes) y la presencia de fistulas y sepsis de herida quirúrgica 3.8% (2 pacientes) respectivamente, este último según a bibliografía consultada dentro del 3-11% de las heridas limpias contaminadas, sin embargo la muestra del estudio no es estadísticamente significativa (gráfico11).⁷

7. Resultados histopatológicos y puntajes asignados.

El 80.7% (42 pacientes) se corroboró el cuadro agudo, sin embargo el 11.6% (6 pacientes) se evidenció un colecistopatía crónica litiasica, en la recolección de los resultados de muestra no se encontró en la base de datos del servicio de patología 4 resultados para un 7.7%.

De los 48 pacientes con reporte patológico se encontró que el 27% (13 pacientes) hubieron hallazgos de gangrena, un paciente más de lo reportado macroscópicamente en el transquirúrgico, lo que nos sigue confirmando el riesgo del abordaje en etapas tardías de la agudización.

Al comparar los pacientes asignados con menos de 7pts en la escala y los que tenían 8-10pts encontramos que los primeros reportaron un 84.6% (11 pacientes de 13) de vesículas agudas y de los segundos ascendieron hasta un 88.6% (31 pacientes de 35) lo que nos orienta al hecho que la escala numérica no tiene ninguna validez con respecto al hecho de designar agudización, teniendo como punto de corte los 8pts.



Conclusiones.

1. Las características sociodemográficas encontradas en el estudio de manera predominante fueron las mujeres mayores de cuarenta años, obesas, procedentes del casco urbano.
2. La decisión terapéutica y la evolución satisfactoria no se fundamentó en la escala numérica.
3. La escala numérica no se correlacionó con los resultados histopatológicos.
4. La correlación entre los hallazgos transquirúrgicos y los resultados de biopsia fue confirmado con el estudio.
5. La evolución postquirúrgica a pesar del tiempo de espera y del alto porcentaje de vesículas gangrenosa, perforadas y piocolecistos la podemos catalogar como satisfactoria.



Recomendaciones.

1. A la institución que garantice la presencia permanente de concentrados eritrocitarios para que esta no sea la causa de la demora en el abordaje quirúrgico de la colecistitis aguda.
2. Al servicio de patología la atención hacia el transporte de las piezas quirúrgicas, ya que en el trabajo investigativo no se logró encontrar 4 resultados de biopsia.
3. A los residentes de cirugía que el trabajo inste la realización de trabajos monográficos con mayor cantidad de muestra para validar la significancia estadística de los resultados de este interesante tema de la colecistitis aguda en esta institución HEODRA.
4. La protocolización del abordaje temprano de los pacientes con colecistitis aguda.



Anexos



Ficha de recolección de datos

Este instrumento deberá ser llenado a todo paciente con diagnóstico de colecistitis aguda para cumplir con los objetivos del estudio “Aplicación de escala numérica para el abordaje y evolución de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, Julio 2012- Mayo 2014”

1. Datos generales

N° Expediente _____

Nombres y apellidos de Px: _____

Fecha en que se aplica la escala: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Procedencia: Urbano Rural

IMC: _____ Tiempo de evolución del dolor: <72 hrs 3-6 días ≥ 7 días

Tiempo de evolución (meses- años) desde la primera crisis de dolor: _____

2. Escala para el diagnóstico de colecistitis aguda

Se marcará con una “x” la presencia de la variable a calificar. Para poder aplicar la escala hay que tener USG.

Variable	Puntaje	Marcar ítems
Taquicardia	1	
Fiebre	2	
Murphy positivo	2	
Leucocitosis	1	
Neutrofilia	1	
Ultrasonografía	Pared > de 4mm	1
	Halo perivesicular	1
	Cálculo	1
Total puntaje		



3. Antecedentes personales

• Patológicos

- Diabetes: _____
- HTA _____
- Dislipidemia _____
- Colecistitis previa _____
- Discrasias sanguíneas _____

• No patológicos

- Uso de anticonceptivos Orales _____
- Edad de primer parto _____
- Cirugías previas Abdominales _____

Cuáles? _____

Otros antecedentes patológicos: _____

4. Hallazgos transquirúrgicos que designen laboriosidad o morbilidad de la intervención.

1. Fecha de intervención quirúrgica: _____
2. Tiempo quirúrgico: <1hr _____ 1-2hrs _____ >2hrs _____
3. Disección: Fácil Difícil
4. Sangrado aproximado: <100cc 100-200cc >200cc
5. Lesión iatrogénica: No Si
6. Edema de pared: No Si
7. Adherencias: No Si
8. Fibrosis: No Si
9. Área cruenta en lecho: No Si
10. Colocación de dreno: No Si
11. Colecistectomía parcial: No _____ Si _____
12. Colecistostomía: No _____ Si _____
13. Hidrop vesicular: No _____ Si _____
14. Pícolecisto: No _____ Si _____
15. Otros: _____



5. Evolución posquirúrgica. (Este acápite será llenado una vez se indique el alta del paciente)

1. Fecha de egreso: _____ Días de estancia: _____

2. Hallazgos posquirúrgicos:

- Seroma de Herida quirúrgica: No___ Si___
- Hematoma de herida quirúrgica: No___ Si___
- Sepsis de herida quirúrgica: No___ Si___
- Fiebre: No___ Si:___
- Ileo: No___ Si___
- Colecciones intraabdominales: No___ Si___
- Fistulas: No___ Si___
- Ictericia: No___ Si___
- Otros: _____

5. Hallazgos histopatológicos (Este acápite será llenado por el autor de la investigación). Compatibles con:

Colecistitis aguda: _____

Colecistitis crónica: _____



Cronograma de actividades

FECHA	ACTIVIDADES
Julio 2011	Selección del tema de investigación
Agosto a noviembre 2011	Investigación bibliográfica.
Diciembre 2011	Realización de protocolo de investigación
Enero 2012	Entrega de informe de protocolo
Marzo 2012	Entrega y realización de correcciones
Julio 2012 a mayo 2014	Recolección de la información.
Junio-agosto 2014	Análisis de la información.
Septiembre-octubre 2014	Redacción del informe final.
Noviembre 2014	Entrega del informe final.