



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**“Determinar la prevalencia de los tipos de colecistitis en el
Hospital Universitario de Guayaquil, año 2016”**

AUTOR:

RUEDA SAFADY, DAVID AUGUSTO

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
MÉDICO**

TUTORA:

DRA. ELIZABETH MARÍA BENITES ESTUPIÑAN

**Guayaquil, Ecuador
2017-2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **DAVID AUGUSTO RUEDA SAFADY**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTORA

f. _____
Dra. Elizabeth María Benites Estupiñan

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, a los 2 del mes de Mayo del año 2018

Guayaquil, a los 2 del mes de Mayo del año 2018



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **DAVID AUGUSTO RUEDA SAFADY**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **DETERMINAR LA PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE COLECISTITIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL, AÑO 2016** previo a la obtención del Título **de MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 2 del mes de Mayo del año 2018

EL AUTOR

DAVID AUGUSTO RUEDA SAFADY



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **DAVID AUGUSTO RUEDA SAFADY**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **DETERMINAR LA PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE COLECISTITIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL, AÑO 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 2 del mes de Mayo del año 2018

EL AUTOR:

DAVID AUGUSTO RUEDA SAFADY

REPORTE URKUND

The screenshot displays the URKUND web application interface. The browser address bar shows the URL: <https://secure.arkund.com/view/36006678-185829-169182#q1bKLUyjo7VUSrOTM/LTMBMTxLTWYMagFAA==>. The page title is "URKUND".

Document Details:

- Documento:** [David Rueda.docx](#) (D36635598)
- Presentado:** 2018-09-17 08:16 (-05:00)
- Presentado por:** eco7-david@hotmail.com
- Recibido:** elizabeth.benites.ucsg@analysis.arkund.com
- Mensaje:** Tesis promoción 60 [Mostrar el mensaje completo](#)

A green notification box states: "0% de estas 10 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes."

Lista de fuentes (Sources List):

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	Tesis de Gavilanes y Quezada.docx
	http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6563/1/T-UCSG-PRE-MED-482.pdf
	http://www.insseop.com/revista/GuiaRapida-cie10_v5.doc
	http://www.supersalud.gob.ec/difusion/BES/w3-article-600.html
	http://www.enfermeriaos.com/porta/resolucion-quinquica-la-colección-aguda-influye-ti

At the bottom of the interface, there are navigation icons and a footer with the text: "0 Advertencias | Reiniciar | Exportar | Compartir".



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Dra. Elizabeth María Benites Estupiñan
TUTOR

f. _____
Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.
DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño
COORDINADOR DEL ÁREA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida que me ha dado, por guiarme y acompañarme en este arduo camino, a mis padres por apoyarme y estar junto a mi en los buenos y malos momentos, a mis hermanos por aconsejarme en mi andar, a mi familia por sus palabras de aliento que me animaban, a mis profesores que transmitieron sus enseñanzas sin egoísmos. Yo decidí escoger este camino y debo continuar.

DAVID AUGUSTO RUEDA SAFADY

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres, a mis hermanos, a mis Abuelos maternos Safady Velasquez y paternos Rueda Cortez, a mis Tíos, a mis Primos, a la Pipol F.C., a la Célula los martes, recuerden siempre que con sabiduría e inteligencia se aprende a vivir en esta tierra, que ha más de crecer en lo físico, intelectual no hay que descuidar nunca lo espiritual, no por vista sino por Fé.

**“No será por la fuerza ni por ningún poder, sino por mi Espíritu: dice el Señor Todopoderoso.”
(Zacarías 4:6)**

DAVID AUGUSTO RUEDA SAFADY

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: OBJETIVOS.....	2
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	2
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	2
JUSTIFICACION	2
HIPOTESIS.....	2
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	3
2.1 INTRODUCCION: BREVE RESEÑA ANATOMICA	3
2.2 DEFINICION	3
2.3 CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE LITOS POR SU COMPOSICION.....	3
2.4 FISIOPATOLOGIA	4
2.5 CUADRO CLINICO	5
2.6 METODO DIAGNOSTICO.....	5
2.7 MEDIDAS DE SOPORTE Y TRATAMIENTO.....	6
CAPÍTULO III: MATERIALES Y METODOS	8
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	10
CAPITULO V: DISCUSIÓN	15
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de los tipos de colecistitis.

Sede: Hospital Universitario de Guayaquil.

Análisis estadístico: Retrospectivo descriptivo observacional de prevalencia.

Pacientes y Método: pacientes atendidos durante el año 2016 en el Hospital Universitario de Guayaquil, se evaluó tipos de colecistitis, frecuencia de género, rango de edades, complicaciones posibles y antecedentes personales y familiares.

Resultados: Universo 183 pacientes, 37% diagnosticados de colecistitis aguda, 21% cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis, 11% colelitiasis, sexo femenino 82%, masculinos 18%, Rangos de edad de 26-30 años 13%, de 31-35 años 11%, de 36-40 años 13%, < de 5 Días de hospitalización 85%. Los antecedentes personales con Obesidad 38%, , esteatosis hepática en 24%, diabetes mellitus II en 21%, litiasis renal 17%, se realizó colecistectomía abierta 26%, colecistectomía laparoscópica 63% y cirugías que no se realizan 11%. Complicaciones que presentaron pancreatitis aguda 77%, síndrome de Mirizzi 19%, El antibiótico prequirúrgico administrado ciprofloxacina 98%, postquirúrgico cefazolina 65%, Cirugías programadas 39%, colecistectomía abierta 26%. Transfirieron a un hospital de tercer nivel 11%.

Conclusión: la colecistitis aguda, cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis encabezan los tipos de colecistitis, predomina en mujeres, en edades de entre 26 y 46 años, antecedentes personales de obesidad, esteatosis hepática y diabetes mellitus tipo II como principales factores de riesgo, la mayoría cursan con hospitalización menor de 5 días, la pancreatitis aguda es la principal complicación, la profilaxis que se usa es una quinolona y postquirúrgica una cefalosporina de primera generación.

Palabras clave: Colecistitis, Complicación, Colecistectomía, Esteatosis, laparoscopia, Síndrome.

ABSTRACT

Objective: Determine the prevalence of types of cholecystitis.

Headquarters: Guayaquil University Hospital.

Patients and method: patients attended during 2016 in the university hospital of Guayaquil. We evaluated types of cholecystitis, frequency of gender, range of ages, possible complications and personal and family history.

Statistical analysis: Retrospective observational descriptive of prevalence.

Final score: universe 183 patients, 37% diagnosed of acute cholecystitis, calculus of the gallbladder without cholecystitis 21%, cholelithiasis 11%, female 82%, male 18%, age ranges of 26-30 years 13%, 31-35 Years 11%, 36-40 years 13%, 5 days of hospitalization 85%, personal history with obesity 38%, hepatic steatosis 24%, type II diabetes mellitus 21%, renal lithiasis 17%, we performed open cholecystectomy 26%, laparoscopic cholecystectomy 63%, and surgeries that were not performed 11%, complications that presented acute pancreatitis 77%, mirizzi syndrome 19%, the presurgical antibiotic administered ciprofloxacin 98%, postsurgery cefazolin 65%, scheduled surgery 39%, open cholecystectomy 26%, transferred to a tertiary hospital 11%.

Conclusion: acute cholecystitis and calculus of the gallbladder without cholecystitis lead the types of cholecystitis, it predominates in women, in ages between 26 and 45 years, personal history of obesity, hepatic steatosis and diabetes mellitus type II as the main risk factors, the majority attend hospitalization less than 5 days, pancreatitis is the main complication, the prophylaxis used is a quinolone and postsurgery a cephalosporin first generation.

Key words: cholecystitis, complication, cholecystectomy, steatosis, laparoscopy, Syndrome.

INTRODUCCIÓN

La colecistitis es una inflamación aguda de la vesícula biliar de las causas más frecuentes por litiasis biliar, que ocurren en un 10% de los casos, la prevalencia es mayor en mujeres entre los 30 y 50 años pero se ha visto incrementando la prevalencia en hombres, teniendo una evolución más grave.¹

La Colelitiasis es una enfermedad con gran incidencia en el mundo y es ocasionada por desbalance de sales biliares y de concentraciones de colesterol, lo cual precipita la formación de cálculo dentro de la vesícula biliar, la obesidad y los antecedentes familiares son factores de riesgo significativos.²

En Ecuador se publicó en el INEC (Instituto nacional de estadística y censo) como principal causa de morbilidad a la colelitiasis en el año 2014.³

En Chile el promedio de colelitiasis es de 13% en hombres mayores de 20 años y el 36% de mujeres de la misma edad lo cual lo hace una problemática social.⁴

La paridad se relaciona de manera directa con la prevalencia de litiasis biliar, las nulíparas tiene una prevalencia de 1.3%, mientras que en las multíparas esta asciende a 13%.

El 10 al 15% de la población occidental presenta litiasis biliar en lo cual el 1 al 3% de los pacientes sintomáticos desarrollara una colecistitis aguda.

Otras manifestaciones de la litiasis biliar son la colecistitis aguda, la pancreatitis aguda y la colangitis. La litiasis biliar puede aunque en raras ocasiones asociarse a cáncer de la vesícula biliar.

La ecografía tiene un nivel elevado de precisión diagnóstica, con buena sensibilidad y especificidad del 95% y es la prueba inicial de elección. La colecistectomía es el tratamiento de elección de la litiasis biliar sintomática y de la colecistitis aguda.⁶

CAPÍTULO I: OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de los tipos de colecistitis en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el año 2016.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los tipos de colecistitis.
- Precisar frecuencia de género.
- Determinar rango de edades.
- Evaluar los antecedentes personales y familiares.
- Determinar complicaciones posibles.
- Comprobar los días de Hospitalización.
- Establecer el tratamiento antibiótico profiláctico y post-cirugía.

JUSTIFICACIÓN

El desconocimiento de la prevalencia en dicha población de estudio del tipo de colecistitis que con mayor frecuencia se atiende, rangos de edad, género y síntomas que anteceden, sus complicaciones y estadía hospitalaria.

HIPÓTESIS

Al determinar la prevalencia de colecistitis, podemos reconocer el tipo que incide en estos procesos agudos inflamatorios y que afectan al conducto cístico y colédoco en procesos complicados.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 INTRODUCCIÓN: BREVE RESEÑA ANATÓMICA

La vesícula biliar es un saco piriforme situado a lo largo del borde derecho del lóbulo cuadrado del hígado, en una pequeña depresión de la cara visceral colgando hacia abajo como una pera, el conducto cístico es el rabillo de la pera. Su longitud es de 7 a 10cm y puede almacenar de 30 a 60ml de bilis, pero en caso de obstrucción se distiende y almacena hasta 300ml. La principal función de la vesícula biliar es concentrar la bilis y almacenarla entre las fases activas de la digestión.⁷⁻¹⁷

2.2 DEFINICIÓN

La colecistitis aguda se debe a la obstrucción del conducto cístico que frecuentemente es secundaria a un cálculo, aunque las respuestas inflamatorias locales pueden generar edema e inflamación de la vesícula biliar. Entre el 90 y 95% de los casos de colecistitis se originan por los cálculos.

La colecistitis acalculosa corresponden del 5 al 10%, siendo más común en pacientes de trauma críticamente enfermos, en quemados sépticos y en pacientes con condiciones cardíacas, diabetes y con síndrome de inmunodeficiencia adquirida.¹¹

Los pacientes que reciben nutrición parenteral, en post parto, tomando esteroides o narcóticos o que han recibido transfusiones tienen más probabilidades de tener la variante acalculosa. La colecistitis acalculosa tiene mayor incidencia de gangrena, de inflexión enfisematosa, de perforación y de mortandad. Generalmente requerirán una intervención de urgencia, colocando un tubo para realizar una colecistectomía percutánea para descomprimir la vesícula o una colecistectomía en aquellos con bajo riesgo quirúrgico.⁷⁻¹⁹

2.3 CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE LITOS POR SU COMPOSICIÓN.

Existen tres tipos de litos: los compuestos de colesterol, pigmentos biliares y los mixtos.

Los compuestos de colesterol representan el 80% que se debe a sobresaturación de la bilis por hipersecreción y no por secreción reducida de lípidos o sales biliares.

Los pigmentos biliares se dividen en Negros (bilirrubinato de calcio, hidroxiapatita y carbonato de calcio) y Cafés de predominio en niños y asiáticos.

Los pigmentos biliares negros son frecuentes en la India y se encuentran con mayor frecuencia en pacientes ancianos y en aquellos con nutrición parenteral total o enfermedades hemolíticas.

Los pigmentos biliares cafés se forman principalmente por colestasis e infecciones bacterianas secundarias, lo que favorece la desconjugación de la bilirrubina por las enzimas bacterianas y la precipitación de calcio y ácidos biliares. Los mixtos son compuestos de colesterol y pigmento biliar.⁷

La colelitiasis se puede manifestar como un cólico biliar, un dolor constante que dura horas, localizado en hipocondrio derecho, irradiado hacia espalda o el hombro derecho en ocasiones asociado a náuseas o vómitos.

2.4 FISIOPATOLOGIA

La inflamación de la vesícula no es simplemente un proceso infeccioso sino más bien una serie multifactorial de eventos que se inician por la obstrucción del conducto cístico debido a un cálculo. Se ha atribuido el mecanismo bien descrito válvula de bola al dolor característico.

Cuando se impacta un cálculo en el cuello de la vesícula biliar lo cual produce obstrucción y edema de la pared, lo cual forma lisolecitina una toxina de la mucosa, la síntesis de prostaglandinas aumenta y amplifica la respuesta inflamatoria, el edema y la inflamación pueden conllevar al levantamiento de la pared de la vesícula, lejos del cálculo, desimpactándolo, lo cual permite un drenaje efectivo a través del conducto cístico.

En algunos pacientes no ocurre la desimpactación, lo que genera una obstrucción continua del conducto cístico que conlleva a congestión venosa, isquemia de la vesícula, estasis biliar y respuesta inflamatoria sistémica que requieren de una intervención quirúrgica.⁷⁻¹⁷

2.5 CUADRO CLÍNICO

La litiasis biliar puede ser asintomática en lo cual suele encontrarse como un hallazgo casual que no requerirá tratamiento específico a diferencia de la colelitiasis sintomática relacionando los dolores abdominales superiores que se relacionan con la presencia de cálculos biliares.⁶

Dentro de los síntomas por los cálculos se presenta un cólico biliar, seguido por una colecistitis aguda hasta el 20% que se dejan sin tratamiento. Se suele acompañar de anorexia, náuseas, vómitos, fiebre que frecuentemente es vespertino junto con escalofríos. Pueden tener leve ictericia.⁸

Las complicaciones de la colelitiasis incluyen la colecistitis, obstrucción del conducto biliar común; el pinzamiento que ocasiona síndrome de Mirizzi, la pancreatitis, la colangitis y muy raro el cáncer de la vesícula biliar.

El 65% con colecistitis aguda tiene un componente de colecistitis crónica, que se caracteriza por fibrosis e infiltración inflamatoria de la pared de la vesícula biliar.

2.6 MÉTODO DIAGNÓSTICO

En el 2007 un Consenso internacional estableció las guías de Tokio para el diagnóstico y manejo de la colecistitis aguda, el diagnóstico se realiza con un signo local; Murphy, dolor o sensación de masa en el cuadrante superior derecho y un signo sistémico como fiebre, leucocitosis o elevación de la proteína C, además de una imagen confirmatoria por ultrasonido o gammagrafía hepatobiliar.²⁰

Estableciéndose la confirmación ecográfica con un engrosamiento de la pared de la vesícula biliar >4mm, si el paciente no tenía una enfermedad hepática crónica con o sin ascitis o falla cardíaca derecha, con una vesícula biliar agrandada diámetro del eje largo >8cm, diámetro del eje corto >4cm, con un cálculo encarcelado, eco de restos, una colección pericolecística del líquido, una capa sonolúcida en la pared de la vesícula biliar, con una región intramural estriada, con lucencias y señales de Doppler.

También se definió la severidad en leve, moderada; que presenta síntomas de más de 72 horas, conteo de leucocitos >18000 y; severa cuando hay falla de órgano, para guiar las opciones de tratamiento.

Recomendando el manejo de la colecistitis aguda con una colecistectomía temprana para los casos de colecistitis aguda leve y moderada, con un umbral bajo de conversión hacia una colecistectomía abierta, para los casos de colecistitis moderada, si la anatomía no permite evitar una lesión biliar, los únicos factores que influyen la conversión son los pacientes masculinos, mayores, obesos, con cirrosis y con antecedentes de laparotomía.

Para la forma severa de la colecistitis aguda, se recomienda un manejo conservador con antibióticos y un tubo para realizar una colecistectomía, el tratamiento quirúrgico se deja para los casos en los que fallan el tratamiento conservadores.²⁻⁸

2.7 MEDIDAS DE SOPORTE Y TRATAMIENTO

Las medidas de soporte incluyen reponer líquidos intravenosos y antibióticos de amplio espectro, cuando hay complicaciones como colecistitis aguda con sepsis, perforación, peritonitis, absceso o formación de un empiema.⁶⁻²¹

Se recomienda en casos de colecistitis cefalosporinas de segunda generación o una combinación de una fluoroquinolona y metronidazol para cubrir microorganismos de la familia enterobacteriaceae, no se requiere actividad contra enterococos.

El tratamiento debe basarse en la clasificación de gravedad de la colecistitis, en casos leves se administra un antiinflamatorio no esteroide y un antibiótico oral como levofloxacino, ciprofloxacino o ampicilina/sulbactam. En los casos moderados una cefalosporina de segunda generación, ampicilina/sulbactam por vía intravenosa o piperacilina/tazobactam. En los pacientes severos en lo que se debe sospechar infección por múltiples microorganismos y que hagan resistencia con cefalosporina de tercera o cuarta generación o astreonam más metronidazol al igual que se podría usar carbapenemicos. El tratamiento definitivo es la colecistectomía. La colecistectomía temprana es considerada el tratamiento de elección hoy en día.⁷⁻²⁰

En los pacientes que no toleran un procedimiento quirúrgico se puede indicar la colecistectomía percutánea guiada por ultrasonido.¹⁶ Al igual en aquellos que presenten comorbilidades se puede utilizar ácido ursodesoxicólico con o sin ácido quenodesoxicólico los que disuelven los litos menores a 5 mm, si los litos se calcifican el tratamiento es efectivo solo en 10% de los pacientes, hay que tener presente que la recurrencia es alta después de suspender el medicamento, recomendando la terapia de mantenimiento.

La litotripsia extracorpórea con ondas de choque puede fragmentar los litos biliares, ocasionando que dichos fragmentos pasean a través del conducto cístico y colédoco y se eliminen. Los litos residuales pueden tratarse con ácido ursodesoxicólico presentando hasta en un 50% de efectividad con recurrencia del 50%.⁷

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo observacional de prevalencia. En el cual la muestra se la obtuvo de una base de datos del Hospital Universitario en el área de hospitalización.

Dentro de los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta son:

- Todos los pacientes que se atendieron en el año 2016 en el Hospital Universitario.
- Pacientes diagnosticados de colecistitis aguda o crónica con complicaciones.
- Individuos de todas las edades y sexo.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se hicieron atender en años posteriores del 2016 en el Hospital Universitario.
- Todos los pacientes con otros diagnósticos que no sea colecistitis.
- Pacientes de otro Hospital.

El método del muestreo fue aleatorio e indagando en las historias clínicas escaneadas guardadas en una base de datos de los pacientes que se atendieron en el año 2016. Se usa el programa Excell para filtrar los datos.

Variable dependiente: Identificación de los tipos de colecistitis.

Variable independiente: Pacientes con colecistitis.

Intervinientes: Edad, sexo, días de hospitalización y complicaciones.

Se obtuvo en primera instancia un universo de 412 pacientes que se encontrarón en el área de hospitalización; de los cuales mientras se revisaba la historia clínica no coincidían con los diagnósticos o simplemente no se encontraban. Por lo que se obtuvo una muestra de 183 pacientes al final.

La lista del CIE10 que se utilizó en los diagnósticos para los pacientes solo del área de Hospitalización fue:

- CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA K80.0
- CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS K80.2

- CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS K80.1
- COLECISTITIS AGUDA K81.0
- COLECISTITIS CRONICA K81.1
- COLELITIASIS K80.8
- COLECISTITIS, NO ESPECIFICADA K81.9
- OTRAS COLECISTITIS K81.8

Una vez con nuestro universo se procedió a categorizar a los pacientes por diagnóstico de CIE10 que utiliza el Ministerio de salud pública del Ecuador.

Reagrupando de igual manera por rango de edad de 10-15 años, de 16-20 años, de 21-25 años, de 26-30 años, de 31-35 años, de 36-40 años, de 41-45 años, de 46-50 años, de 51-55 años, de 56-60 años, de 61-65 años, de 66-70 años, de 71-75 años, de 76-80 años, de 81-85 años y de 86-90 años.

Según los días de hospitalización < de 5 días, <10 días, <15 días, <20 días, <25 días, <30 días, <35 días, <40 días y aquellos con <45 días.

Se revisaron las historias clínicas para precisar los antecedentes personales y familiares, además se evidenció el tipo de tratamiento profiláctico y post-cirugía; como el procedimiento que se optó en cada caso individual.

El Hospital Universitario en este momento es materno infantil ya no es de segundo nivel desde el mes de noviembre del 2017.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se obtuvo de universo 183 pacientes, de los cuales 67 pacientes presentaron Prevalencia de Colecistitis aguda (37%), 39 pacientes cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis (21%), 20 colelitiasis (11%), 9 colecistitis no especificada (5%), 33 cálculo de la vesícula biliar con colecistitis (18%), 11 con cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis (6%), 2 de otras colecistitis (1%) y 2 presentaron colecistitis crónica (1%).

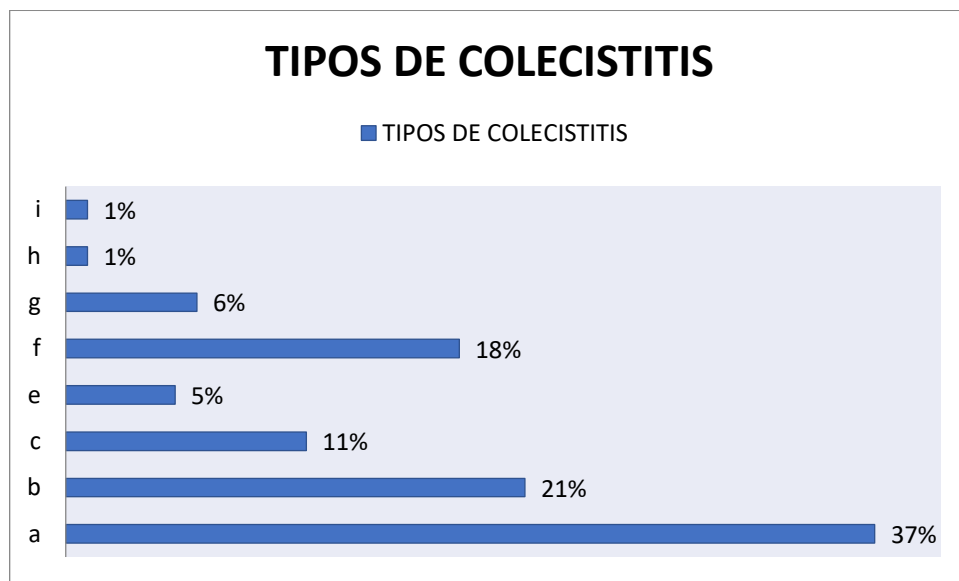


Grafico 1. Tipos de colecistitis: a. Colecistitis aguda, b. calculo de la vesícula biliar sin colecistitis, c. colelitiasis, e. colecistitis no especificada, f. calculo de la vesícula biliar con colecistitis, g. calculo de la vesícula biliar con otra colecistitis, h. otras colecistitis, i. colecistitis crónica.

De sexo masculino 33 (18%) pacientes y 150 (82%) de sexo femenino.

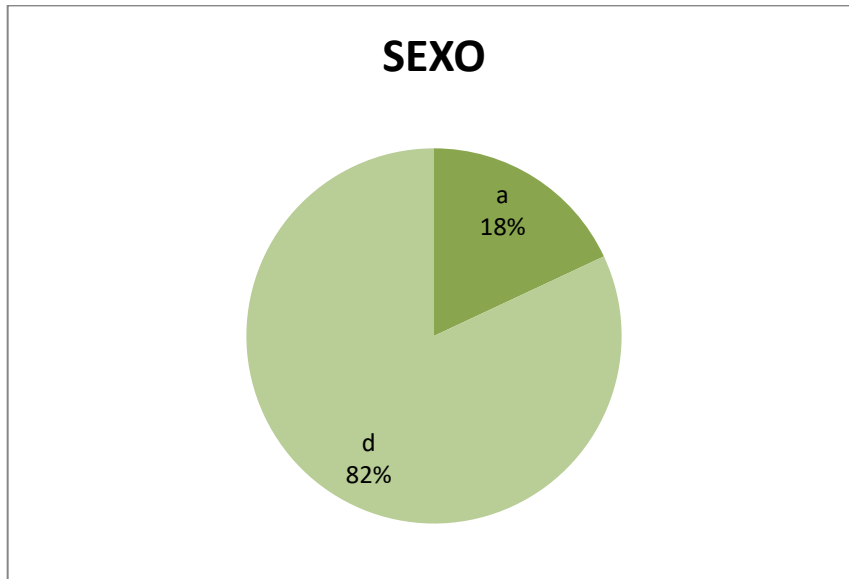


Grafico 2. Sexo. a. Masculino, d. Femenino

Los rangos de edad de 10-15 años 2 (1%), de 16-20 años 10 (5%), de 21-25 años 19 (10%), de 26-30 años 24 (13%), de 31-35 años 20 (11%), de 36-40 años 24 (13%), de 41-45 años 22 (12%), de 46-50 años 12 (7%), de 51-55 años 13 (7%), de 56-60 años 15 (8%), de 61-65 años 6 (3%), de 66-70 años 7 (4%), de 71-75 años 4 (2%), de 76-80 años 2 (1%), de 81-85 años 2 (1%) y de 86-90 años 1 (1%).

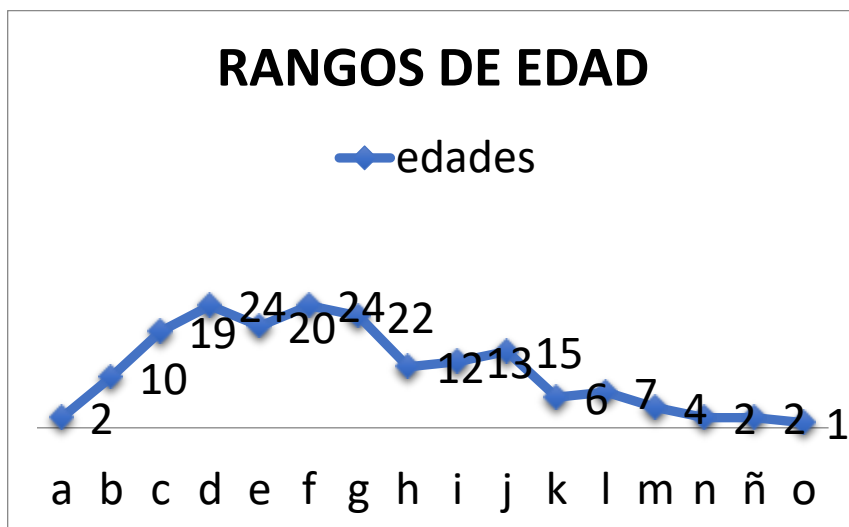


Grafico 3. Rangos de edad: a. 10-15, b. 16-20, c. 21-25, **d. 26-30**, e. 31-35, **f. 36-40**, g. 41-45, h. 46-50, i. 51-55, j. 56-60, k. 61-65, l. 66-70, m. 71-75, n. 76-80, ñ. 81-85, o. 86-90.

Días de hospitalización < de 5 días 155 (85%) pacientes, <10 días 15 (8%) pacientes, <15 días 3 (2%) pacientes, <20 días 4 (2%) pacientes, <25 días 0 pacientes, <30 días 1 paciente, <35 días 4 (2%) pacientes, <40 días 0 pacientes, <45 días 1 (1%) paciente.

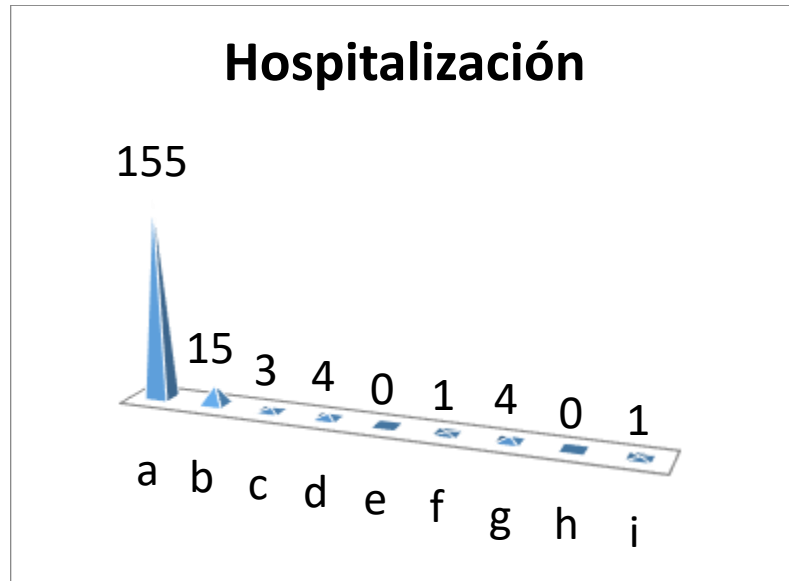


Grafico 4. Hospitalización: **a. <5 días**, b. <10 días, c. <15 días, d. <20 días, e. <25 días, f. <30 días, g. <35 días, h. <40 días, i. <45 días.

Los antecedentes de este grupo de pacientes son Obesidad en 27 (38%) pacientes, litiasis renal en 12 (17%) pacientes, esteatosis hepática en 17 (24%) pacientes, diabetes mellitus II en 15 (21%) pacientes, entre otros; como gastritis e hipertensión arterial.

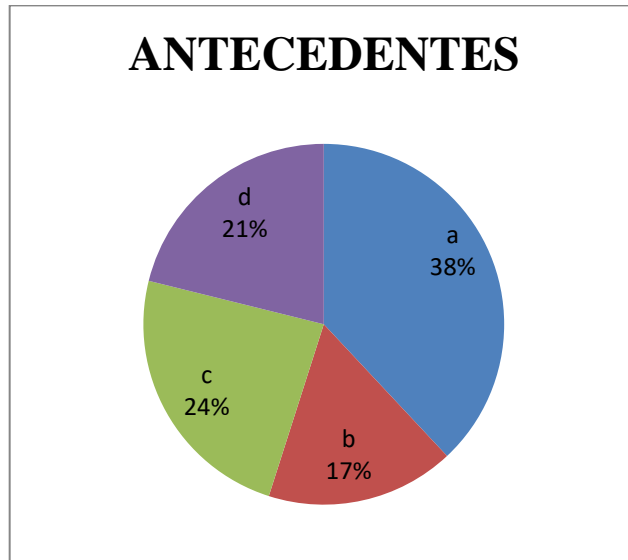


Grafico 5. Antecedentes personales: **a. Obesidad**, b. Litiasis renal, **c. Esteatosis hepática**, d. diabetes mellitus tipo II.

Cirugía realizadas en los pacientes: colecistectomía abierta 47 (26%), colecistectomía laparoscópica 115 (63%) y cirugías que no se realizan 21 (11%).

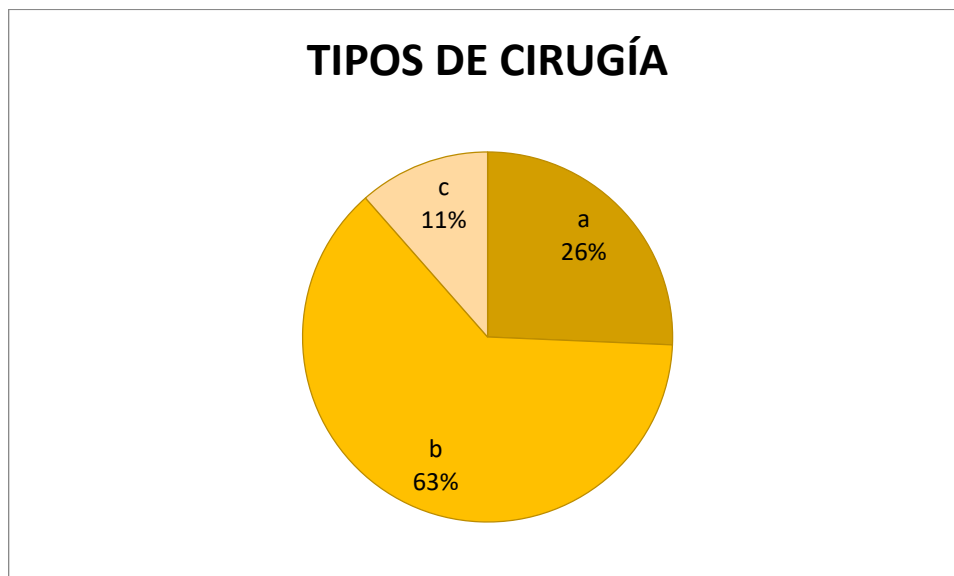


Grafico 6. Tipos de cirugía. a. Colecistectomía abierta, b. Colecistectomía laparoscópica, c. No se realiza.

Complicaciones que presentaron los pacientes: pancreatitis aguda 20 (77%) pacientes, síndrome de Mirizzi 5 (19%) pacientes y empiema vesicular 1 (4%) paciente.



Grafico 7. Complicaciones. a. pancreatitis aguda, b. síndrome de Mirizzi, c empiema vesicular entre otros.

El antibiótico que se usó prequirúrgico en 55 (98%) pacientes es la ciprofloxacina y ampicilina más sulbactam en 1 (2%) paciente, postquirúrgico se utilizó ceftriaxona en 36 (28%) pacientes, cefazolina en 82 (65%) pacientes, amoxicilina en 1 (1%) paciente y ampicilina más sulbactam en 8 (6%) pacientes.

Se realizaron 71 (39%) cirugías programadas, 21 (11%) cirugías no se realizaron, se transfirieron a un hospital de tercer nivel 21 (11%) pacientes.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

La Colecistitis aguda en nuestro estudio representa un 37% que traduce un cuadro clínico agudo de cólico biliar; J. Monestes y F. Galindo indican que es un cuadro de consulta frecuente en los servicios de guardia y representan el 20 a 25% de la patología quirúrgica de urgencia.¹⁵ siendo esta la principal causa por la que acude un individuo a un Hospital de segundo nivel como lo es el Hospital Universitario, un estudio de D. Elwood, de España indica que el 20% de los sujetos tienen cólicos biliares debido a cálculos en la vesícula biliar.⁹ Teniendo presente que la causa principal en su 90% es por cálculos.

Se obtuvo un promedio del 82% en mujeres y del 18% en hombres diagnosticados de colelitiasis; similar al estudio realizado en Chile teniendo comparación con el 36% en mujeres y del 13% en hombres.¹

El rango de edad tiene su pico máximo a partir de los 30 años,¹ en nuestro estudio comprende su prevalencia entre los 26 años y 46 años. No hay una prevalencia en aumento en hombres descartando la aseveración de Lada de la Universidad de Chile.¹

A los 50 y 70 años según F. Escobar.¹⁰ se debe pensar en colecistitis enfisematosa precedido de una colecistitis aguda que es más frecuente como lo indicamos en edades inferiores a 50 años.

En la clínica el signo característico es el de Murphy positivo a la inspiración que en el 100% de nuestros pacientes era evidente, dolor en hipocondrio derecho que se irradia a dorsal o que en mucho de los casos a mesogastro,¹⁵ todos los pacientes acudían con una ecografía aunque a pesar de tener la evidencia de litos en vesícula en muchas ocasiones simplemente se da analgesia ya que mejoran en el 85% de los casos según A. Siddiqui.¹²

Pacientes con antecedentes de obesidad, esteatosis hepática y diabetes mellitus tipo II; presentaron factor de riesgo para desarrollar litos vesiculares, la Obesidad con 38% encabeza este estudio; paralelo a estudio de P. Arias.¹⁸ con descripción de obesidad del 19.67% en casos de colecistitis aguda no gangrenosa. L. Fernández obtuvo de su estudio a la obesidad con 39,5%, diabetes mellitus 19,5% como principales factores de riesgo.²³

Lo opuesto en individuos incide en la presentación de colecistitis en pacientes que realizaron dietas especializadas para bajar de peso y tuvieron periodos prolongados de ayunos como lo indica J. Albarran.¹³

Debido a la impactación de los cálculos en el ducto biliar común pueden causar complicaciones tales como ictericia, colangitis y pancreatitis aguda.¹⁶ la pancreatitis aguda es la principal causa de complicación en este estudio al igual como lo ratifica A. Siddiqui.¹² y J. Mayagoitia que indica que la enfermedad pancreática es la más frecuente en el mundo de etiología biliar en el 70 a 80% .²² seguido del síndrome de Mirizzi por la compresión de los conductos biliares por una vesícula inflamada por la impactación de un lito en su infundíbulo siendo esta complicación una de las causas más frecuentes de conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta como lo indica L. Álvarez.¹¹ hay que tener cuidado en pacientes ancianos y diabéticos donde el cuadro puede pasar desapercibido debiendo existir en nosotros un alto grado de sospecha con el fin de evitar retrasos en el diagnóstico lo que aumenta la mortalidad en este grupo de individuos siendo diez veces mayor comparada con la de los jóvenes.¹⁰

A pesar que se insiste en guías de práctica clínica en el país, protocolos que marquen el camino hacia la toma de decisiones, en este estudio se comprueba que muchas veces no es así, ya que la clínica junto con el criterio de parte de los médicos que atendieron estos casos predominó y muchas veces es seguida por su experiencia mas no por una guía; es decir que se enmascara la realidad que se vive en los hospitales hoy en día; que es la falta de recursos, medicamentos efectivos, falta de médicos Ecuatorianos; por lo que no se puede seguir una guía si no se tiene los requerimientos básicos, a más de que no hay una guía de práctica clínica sobre la colecistitis.

Hay que precisar que muchas veces la clínica predomina sobre los exámenes complementarios, debido a que no requerí de exámenes de laboratorio para mi estudio puesto que muchos de estos pacientes no presentaban en sus historias clínicas exámenes de laboratorio por lo que no se introdujo este parámetro.

Es controversial el uso profiláctico de antibióticos aunque se prescribe antibiótico, como en nuestros pacientes se utilizó ciprofloxacina como profilaxis, una vez operado se dio cefazolina como antibiótico de mantenimiento postquirúrgico; de manera similar C. Gonzales indica el uso de una quinolona junto con metronidazol, posterior a la cirugía cefalosporina de segunda generación.⁷ Hay

literaturas que indican tratamiento basados en la clasificación de gravedad de la colecistitis, y en los grados severos internamiento en terapia intensiva junto con tratamiento quirúrgico inmediato.

El ser un hospital donde se encontraban especialistas de Cirugía y Medicina Interna no tiene peso ya que esta afectación es tomada en cuenta no de forma oportuna sino más bien de años de convalecencia; ya que en muchos de los pacientes se operaban de forma programada después de haber tenido 2 o más años convalecientes, no de forma de emergencia sino más bien de forma programada.

Debido a que el cuadro agudo que presentan los pacientes es tomado a la ligera, se administra un analgésico y si amerita se enviara a realizar una ecografía que en todos los pacientes que incluimos en nuestro estudio acudían con una ecografía, es decir que evidencia diagnostica no faltaba pero la incógnita es ¿por qué se espera tanto tiempo? en resolver un cuadro que se sabe cómo evolucionara después de dos o tres años; que al fin y acabo de las ocasiones es por lo que acuden los pacientes.

Hay que priorizar el cuadro clínico y no tomar a la ligera un diagnostico que si bien es cierto es fácil de precisar como lo determinamos en nuestro estudio, en muchas ocasiones se toma a la ligera y en varias circunstancia se podría decir “A si solo tiene cálculos en la vesícula” pero hay que saber que muchas veces se complican estos diagnósticos catalogados como fáciles, que no duran más de 5 días de hospitalización y lo determinamos en nuestro estudio; similar como lo indican estudios de J. Périssat¹⁶ en la cual los pacientes presentaron un tiempo promedio de estadía de 2 a 5 días.

Si no se sigue con responsabilidad pueden tomar la vida del paciente por complicaciones como lo hemos descritos, si bien es cierto que son pocos los que desarrollan cuadros complicados no es una excusa para no dar lo mejor de nosotros y contribuir en la mejoría y bienestar de nuestros pacientes.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La colecistitis aguda, la presencia de cálculos en la vesícula sin colecistitis seguido de la presencia de cálculos en la vesícula con colecistitis son las principales causas que incide en los procesos agudos inflamatorios siendo el principal diagnóstico de morbilidad de cólico biliar por la que acuden a un Hospital de segundo nivel los individuos.

Los antecedentes de obesidad, esteatosis hepática y de diabetes mellitus son factores de riesgo que predisponen a la formación de litos en la vesícula.

Las mujeres siguen predominando en presentar mayor casos que los hombres, el rango de edad en el que se ve incrementada esta patología es entre los 26 y 46 años de edad.

La pancreatitis aguda continúa siendo la principal complicación que se presenta en pacientes diagnosticados con colecistitis; por lo tanto siempre sospechar de una colecistitis aguda cuando hay clínica de pancreatitis hasta que se demuestre lo contrario. Y como segunda complicación el síndrome de Mirizzi.

Se prefiere en el tratamiento profiláctico el uso de una quinolona como la ciprofloxacina, y postquirúrgico una cefalosporina de primera generación ya que es característica que los pacientes cursen con cuadros leves y no requieran tratamiento agresivo.

Las cirugías programadas son la elección en esta afección dentro de lo cual la colecistectomía laparoscópica es la preferida cursando la mayoría de los pacientes menos de 5 días de hospitalización post-cirugía.

Es indiscutible que diagnosticar una afectación como esta es fácil, amerita que tomemos las decisiones oportunas en el momento preciso y darles una mejor calidad de vida a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lada. P. Abdomen agudo no quirúrgico, Tratamiento no quirúrgico de la colecistitis aguda, cap. 8, pág.: 180-191, 2011, Universidad de Chile. Weinberg S.R.L
2. Villegas. L. Pappas T., Manejo quirúrgico de la colecistitis y de la colelitiasis. Cap. 104, pág.: 1315-1324, Cirugía del tracto alimentario de Shackelford. Segunda edición.2016. Amolca. New york, USA.
3. Instituto nacional de estadística y censo, 2014, Morbilidad general. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/>
4. López J. Iribarren O. Ramón Hermosilla B. Fuentes T. Evelyn Astudillo M. Nicolás López I. González M. Resolución quirúrgica de la colecistitis aguda. ¿Influye el tiempo de evolución? Revista Chilena de Cirugía.Volumen 69, Número 2, Marzo-Abril 2017, Páginas 129-134
5. Badia J.M., Nve E. Jimeno J., Guirao X., Figueras J., y Arias-Díaz. J., Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda. Resultados de una encuesta a los cirujanos españoles, Elsevier España, cir esp. 2014;92(8):517–524
6. Bhat. P. Dretler. A. Manuel de Washington de terapéutica médica. Litiasis biliar. Washington University in st. Louis. 35va edición 2017. Cap. 18. pág.: 569-570. Woltrs Kluwer. Barcelona. España.
7. Gonzales C. Romano A. Guía Exarmed para el examen de aspirantes a residencias médicas. Enfermedades del Sistema biliar. Pág.: 986-994. 4 edición 2013. Intersistemas. México D.F. México.
8. Jiménez L., Montero F. Medicina de urgencias y emergencias guía diagnostica y protocolos de actuación. Dolor abdominal agudo. Capítulo 46. Pág.: 294-306.5ta edición 2015. Elsevier. Barcelona. España.
9. Elwood D. Clínica quirúrgicas de norteamerica: Colecistitis. Surgical Associates of Marietta and Kennestone Hospital (2008) pág: 1241-1252. Elsevier. España.

10. Escobar F., Vega V., Valbuena E. Colecistitis enfisematosa, revisión bibliográfica y presentación de tres casos. Rev. Colomb. Cir. 2015; 30: 106-11. Bogotá. Colombia.
11. Álvarez L. Rivera D., Evaristo M. Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. Rev. Colomb. Cir. 2013;28: 186-95. Cirujanos laparoscopistas, Centro médico Ibanaco, Cali, Colombia.
12. Siddiqui A. Manual MSD. Colecistitis aguda. División de gastroenterology, Thomas Jefferson University. Recuperado de <https://www.Msdmanuals.com>.
13. Albarran J., Mendoza J. Factores de riesgo para colecistolitiasis en pacientes jóvenes con un índice de masa corporal menor a 30. Cirujano general Vol. 34 Núm. 2-2012. Medigraphic. México.
14. Rosas G., Carreño K., Ramírez C. Colecistitis aguda alitiasica: A propósito de un caso en paciente adolescente. Salud y administración, volumen 4 número 11, Mayo-Agosto 2017. Pág.: 53-57. Oaxaca, México.
15. Monestes J., Galindo F. Cirugía Digestiva. Gastroenterología: Colecistitis aguda. IV-441, pág. 1-8. 2009. Buenos Aires. Argentina. Recuperado de <http://sacd.org.ar>.
16. Périssat J., Asbun H. El arte de la cirugía laparoscópica. Tratamiento laparoscópico de cálculos en el ducto biliar común. Capítulo 44. Pág.: 676-698.2011. Amolca. New Delhi. India.
17. Skandalakis J. Colborn G., Widman T., Foster R. Cirugía. Vías biliares extrahepáticas y vesiculares biliares. Edición 14. Pág.: 974-1024. 2013. Paschalidis Medical Publications. Marbán. Madrid. España.
18. Arias P. Albornoz P. Cervetti M. Factores predictivos de colecistitis aguda gangrenosa. Revista Chilena de cirugía. Cir 2017;69(2): 124-128. Sociedad de cirujanos de Chile. Córdoba, Argentina.
19. Soria V., Galindo L. ¿Es la colecistectomía el tratamiento de elección en la colecistitis aguda alitiasica? Revisión sistémica de la literatura. Revista Española

de enfermedades digestivas. 2017. Vol. 109, Núm. 10, pág.: 708-718. Aran Ediciones. Cartagena. Murcia.

20. Rebibo L., Sabbagh C., Mauvais F. Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda litiasica. 10/2016. S1282-9129(16) 77943-8. Elsevier Masson SAS. France.

21. Facundo H., Trujillo J. Pícolecisto y tratamiento antibiótico posoperatorio: ¿indicación o tradición?. Revista Colombiana Cir. 2017;32:22-25. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, D.C. Colombia.

22. Mayagoitia J. Colecistitis litiasica aguda y pancreatitis aguda leve biliar. Presentación de caso clínico. 18 enero 2015. Hospital general de Mexicali. Baja California. México. Recuperado de [http: Revista médica electrónica portales médicos .com](http://Revista médica electrónica portales médicos .com)

23. Gonzales R., Vargas J., Rodríguez M. Factores de riesgo asociados a pacientes con diagnóstico de colecistitis crónica calculosa en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2015. Universidad Ricardo Palma. 2017. Lima. Perú.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Rueda Safady David Augusto** C.C: # **0921156147** autor/a del trabajo de titulación: **DETERMINAR LA PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE COLECISTITIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL, AÑO 2016** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **2 de Mayo de 2018**

f. _____

Nombre: **Rueda Safady David Augusto**

C.C: **0921156147**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	DETERMINAR LA PREVALENCIA DE LOS TIPOS DE COLECISTITIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL, AÑO 2016		
AUTOR(ES)	David Augusto Rueda Safady		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Elizabeth María Benites Estupiñan		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2 de Mayo de 2018	No. DE PÁGINAS:	35
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía, Medicina Interna y Gastroenterología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Colecistitis, Complicación, Colecistectomía, Esteatosis, laparoscopia, Síndrome.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>Pacientes y Método: pacientes atendidos durante el año 2016 en el Hospital Universitario de Guayaquil, se evaluó tipos de colecistitis, frecuencia de género, rango de edades, complicaciones posibles y antecedentes personales y familiares. Resultados: Universo 183 pacientes, 37% diagnosticados de colecistitis aguda, 21% cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis, 11% colelitiasis, sexo femenino 82%, masculinos 18%, Rangos de edad de 26-30 años 13%, de 31-35 años 11%, de 36-40 años 13%, < de 5 Días de hospitalización 85%. Los antecedentes personales con Obesidad 38%, , esteatosis hepática en 24%, diabetes mellitus II en 21%, litiasis renal 17%, se realizó colecistectomía abierta 26%, colecistectomía laparoscópica 63% y cirugías que no se realizan 11%. Complicaciones que presentaron pancreatitis aguda 77%, síndrome de Mirizzi 19%, El antibiótico prequirúrgico administrado ciprofloxacina 98%, postquirúrgico cefazolina 65%, Cirugías programadas 39%, colecistectomía abierta 26%. Transfirieron a un hospital de tercer nivel 11%. Conclusión: la colecistitis aguda, cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis encabezan los tipos de colecistitis, predomina en mujeres, en edades de entre 26 y 46 años, antecedentes personales de obesidad, esteatosis hepática y diabetes mellitus tipo II como principales factores de riesgo, la mayoría cursan con hospitalización menor de 5 días, la pancreatitis aguda es la principal complicación, la profilaxis que se usa es una quinolona y postquirúrgica una cefalosporina de primera generación.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-0987895803	E-mail: eco7-david@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Elizabeth María Benites Estupiñan		
	Teléfono: +593-4-0990090913		
	E-mail: ebenitese@hotmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			