



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**PREVALENCIA DE LA COLECISTITIS AGUDA Y FACTORES
DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL GENERAL DEL NORTE IESS CEIBOS DESDE
DICIEMBRE DEL 2017 A DICIEMBRE 2018**

AUTORAS:

GALLINO SUAREZ, LISSETTE ARIANA

MORENO VILLA, MARIA CRISTINA

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO**

TUTOR:

DR. TORRES GUTIÉRREZ, CESAR ANTONIO

Guayaquil, Ecuador

5 de septiembre del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Gallino Suarez Lissette Ariana**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR

f. _____
Dr. Torres Gutiérrez Cesar Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

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

Guayaquil, 5 de septiembre del 2019



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Moreno Villa María Cristina**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR

f. _____
Dr. Torres Gutiérrez Cesar Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

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

Guayaquil, 5 de septiembre del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Gallino Suarez Lissette Ariana**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de la colecistitis aguda y factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en el hospital general del norte IESS ceibos desde diciembre del 2017 a diciembre 2018**, 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, 5 de septiembre del 2019

LA AUTORA

f. _____
Gallino Suarez Lissette Ariana



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Moreno Villa María Cristina**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de la colecistitis aguda y factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en el hospital general del norte IESS ceibos desde diciembre del 2017 a diciembre 2018**, 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, 5 de septiembre del 2019

LA AUTORA

f. _____
Moreno Villa María Cristina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Gallino Suarez Lissette Ariana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de la colecistitis aguda y factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en el hospital general del norte IESS ceibos desde diciembre del 2017 a diciembre 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 5 de septiembre del 2019

LA AUTORA:

f. _____
Gallino Suarez Lissette Ariana



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Moreno Villa María Cristina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de la colecistitis aguda y factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en el hospital general del norte IESS ceibos desde diciembre del 2017 a diciembre 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 5 de septiembre del 2019

LA AUTORA:

f. _____
Moreno Villa María Cristina

REPORTE DE URKUND

GALLINO SUAREZ LLISETTE ARIANA

MORENO VILLA MARIA CRISTINA

URKUND


Urkund Analysis Result


Analysed Document: 1.tesis.docx (D55065297)
Submitted: 8/28/2019 1:47:00 AM
Submitted By: liss_ariana11@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0


Dr. César Torres Gutiérrez
COORDINADOR GENERAL
DE MEDICINA CRÍTICA
M.S.P. LIBRO VÍFOLIO No. 1938
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.B.C.


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE QUINUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. Andrés Ayón Cerquero
COORDINADOR UNIDAD DE TITULACIÓN
CARRERA DE MEDICINA

ill no

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser el principal soporte y apoyo en estos 6 años de carrera, por darnos fuerza en los momentos que más lo necesitamos.

A la universidad y nuestros docentes por nuestra formación para ser médicos de calidad, enfocándose no sólo en lo académico, sino que además en nuestra formación integral con valores y ética profesional. Agradecemos de manera especial al Doctor Cesar Torres, nuestro tutor, quién con paciencia y dedicación nos guio durante todo el proceso. Al equipo de cirugía del Hospital IESS Ceibos, y a todos los que nos colaboraron en todo el proceso del trabajo de titulación.

A nuestras mejores amigas y amigos quienes llenaron de momentos especiales nuestra carrera y que gracias a ellos nos llevamos inolvidables recuerdos

GALLINO SUAREZ LISSETTE ARIANA
MORENO VILLA MARIA CRISTINA

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios, por ser el motor de mi vida, por brindarme la fuerza y sabiduría en estos 6 años de carrera, sin Él nada de esto sería posible.

A mi madre, Karina Villa, quien ha sido mi pilar fundamental, mi ejemplo de constancia, sacrificio y dedicación.

A mi padre, Wagner Moreno, por su apoyo incondicional, por brindarme siempre palabras de aliento para no desistir jamás. A mis abuelos Wilma, Guillermo, Pancho, que han estado conmigo desde el inicio, cada uno de ustedes de una manera u otra aportaron de forma significativa en mi carrera.

Y en especial a mi abuelita Ceci, quien ya no está con nosotros, pero siempre hablamos de lo orgullosa que se sentía de su doctora. Los amo infinitamente. Este logro también es de ustedes.

MORENO VILLA MARIA CRISTINA

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico antes que todo a Dios por llevarme siempre por un buen camino, por permitir que me mantenga firme en mis objetivos y darme las fuerzas necesarias para poder cumplirlos, enseñándome siempre a enfrentar las adversidades sin desmayar nunca.

A mis padres Jorge Gallino Soria y Mery Suarez Fortun, por estar siempre a mi lado brindándome su amor incondicional, el cual fue el motor principal para que yo pueda seguir adelante. A mi hermana Emma Gallino Suarez quien siempre fue un pilar fundamental para mí en este largo y gratificante camino. A mi abuelita Leticia Fortun Moran quien con su amor de madre siempre me lleno de cariño y valores, los cuales me formaron para llegar a ser la persona que soy ahora. A mis amigos/as, con quienes compartí todos estos años y que gracias a su apoyo pude completar esta carrera.

GALLINO SUAREZ LISSETTE ARIANA



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
Dra. Gabriela Altamirano
DOCENTE

f. _____
Dr. Luis molina
DOCENTE

f. _____
Dr. Ayón Genkoug Andrés Mauricio
COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE

RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCION	2
OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL.....	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
HIPÓTESIS.....	4
MARCO TEORICO	5
CAPITULO I: DEFINICION Y FISIOPATOLOGIA	5
1.1 COLECISTITIS AGUDA.....	5
1.2 COLECISTITIS ACALCULOSA	5
CAPITULO II: FACTORES DE RIESGO Y DIANOSTICO	6
2.1 FACTORES DE RIESGO.....	6
2.2 DIAGNOSTICO	7
CAPITULO III: ABORBAJE TERAPEUTICO Y COMPLICACIONES	9
3.1 MANEJO TEMPRANO.....	9
3.2 COMPLICACIONES	12
METODOLOGIA	14
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIÓN.....	23
RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	25

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relacion entre la edad y el sexo de los pacientes con diagnostico de colecistitis aguda en el hospital norte IESS ceibos	17
Tabla 2. Frecuencia de presencia de calculos de acuerdo al sexo del paciente con colecistitis aguda	18
Tabla 3. Relacion de presencia de calculos y signo de murphy en pacientes con diagnostico de colecistitis aguda.....	18
Tabla 4. Prueba estadistica Chi-cuadrado en relación de colecistitis aguda con la presencia de calculos.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5. Relación de pacientes con diagnostico de colecistitis aguda con signo de murphy y presencia de calculos.	20

INDICE DE GRÀFICOS

Gráfico 1. Estudio comparativo entre la presencia de calculos y el sexo femenino de los pacientes con colecistitis aguda	19
Gráfico 2. Estudio comparativo entre la presencia de calculos y el sexo masculino de los pacientes con colecistitis aguda.....	19

RESUMEN

Introducción: La colecistitis aguda (CA) generalmente es causada por cálculos en la vesícula biliar; se encuentra con frecuencia en la práctica clínica diaria. **Objetivo:** Determinar la relación de los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de Colecistitis Aguda. **Material y metodo:** Se realizó un Estudio prevalencia o de corte transversal, descriptivo y observacional. Se realizó la investigación en pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda en el Hospital IESS Ceibos en el 2017-2018 con el fin de determinar los factores de riesgo. **Resultados:** Se encontró 5657 pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda en el departamento de Cirugia General del Hospital IESS Ceibos. De estos 5657 pacientes solo incluyeron 100 pacientes en nuestro estudio que un 66% correspondía al sexo femenino, de los cuales un 13% tenían antecedente de diabetes y con un valor predictivo de signo de murphy del 85% asociado al ultrasonido. **Conclusión:** Se llegó a la conclusión que hay una frecuencia mayor en mujeres con riesgo de Colecistitis aguda de acuerdo a los resultados de los datos previamente mencionados.

Palabras claves: *Colecistitis aguda, signo de murphy, sexo, diabetes.*

ABSTRACT

Introduction: Acute cholecystitis (CA) is usually caused by gallbladder stones; It is frequently found in daily clinical practice. **Objective:** To determine the relationship of risk factors in patients diagnosed with acute cholecystitis. **Material and method:** A cross-sectional, descriptive and observational study was carried out. Research was conducted in patients diagnosed with acute cholecystitis at the IESS Ceibos Hospital in 2017-2018 in order to determine risk factors. **Results:** 5657 patients were diagnosed with acute cholecystitis in the Department of General Surgery of the IESS Ceibos Hospital. Of these 5657 patients, only 100 patients in our study included 66% corresponding to the female sex, of which 13% had a history of diabetes and a predictive value of 85% murphy sign associated with ultrasound. **Conclusion:** It was concluded that there is a higher frequency in women at risk of acute cholecystitis according to the results of previously obtained data.

Keywords: *Acute cholecystitis, murphy sign, sex, diabetes.*

INTRODUCCION

La vesícula biliar no solo almacena la bilis, sino que también tiene la capacidad de concentrarla. La bilis concentrada es susceptible a la precipitación que forma cálculos cuando se altera la homeostasis, que puede ocurrir debido a la estasis biliar, la sobresaturación del hígado de colesterol y lípidos, la interrupción en el proceso de concentración y la nucleación de cristales de colesterol.

La colecistitis aguda (CA) generalmente es causada por cálculos en la vesícula biliar; se encuentra con frecuencia en la práctica clínica diaria [1].

La colecistitis aguda es por definición, el bloqueo del conducto cístico, que causa inflamación. Normalmente, la bilis se produce en el hígado y baja por el conducto biliar y se almacena en la vesícula biliar. Después de comer ciertos alimentos, especialmente alimentos picantes o grasosos, se estimula la vesícula biliar para vaciar la bilis de la vesícula biliar, a través del conducto cístico, hacia el conducto biliar hacia el duodeno. Este proceso ayuda a la digestión de los alimentos.

Si bien el signo de Murphy es un indicador de diagnóstico bien conocido y muy calificado por muchos médicos, se ha señalado que, a pesar de su alta especificidad, no tiene una sensibilidad similar [2, 3].

Diferentes estudios han demostrado que la patología es más frecuente en el sexo femenino versus el masculino por el cual en el presente estudio se hizo una recolección de datos en el Hospital IESS Ceibos donde se han presentado en el servicio de Cirugía pacientes con la patología de Colecistitis aguda e incluyendo factores de riesgo que se encontraron por medio de la recolección y revisión de las historias clínicas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de Colecistitis Aguda

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de la Colecistitis Aguda en los servicios de Emergencias y Medicina Crítica el Hospital General Del Norte IESS Ceibos desde diciembre del 2017 hasta diciembre del 2018.
2. Determinar la presencia de signo de Murphy se da con mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda litiasica o alitiasica.
3. Establecer la frecuencia según el grupo etario y sexo de pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda.
4. Correlacionar el sexo y la presencia de cálculos en pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda.

HIPÓTESIS

El signo de murphy tiene un valor predictivo positivo en el diagnostico de colecistiis aguda

MARCO TEORICO

CAPITULO I: DEFINICION Y FISIOPATOLOGIA

1.1 COLECISTITIS AGUDA

Cuando el bloqueo del conducto cístico es causado por un cálculo, se denomina colecistitis calculosa aguda. Es importante saber que uno puede tener dolor debido a la obstrucción temporal de los cálculos biliares, y eso se llama cólico biliar. El diagnóstico de cólico biliar se eleva a colecistitis calculosa aguda si el dolor no se resuelve por más de 6 horas. Si no se identifica ningún cálculo, se denomina colecistitis acalculosa aguda. [4] [5]

Independientemente de la causa del bloqueo, el edema de la pared de la vesícula biliar eventualmente causará isquemia de la pared y se volverá gangrenosa. La vesícula biliar gangrenosa puede infectarse por un organismo formador de gases, causando colecistitis enfisematosa aguda; Todas estas condiciones pueden convertirse rápidamente en una amenaza para la vida, y la ruptura tiene una alta tasa de mortalidad.

Alrededor del 95% de las personas con colecistitis aguda tienen cálculos biliares. [6] Sin embargo, eso no significa que se deban tratar los hallazgos incidentales de cálculos biliares, ya que se estima que solo el 20% de los pacientes con cálculos asintomáticos desarrollarán síntomas dentro de los 20 años [7], y porque aproximadamente el 1% de los pacientes con cálculos asintomáticos desarrollan complicaciones de sus cálculos antes del inicio de los síntomas, la colecistectomía profiláctica no está garantizada en pacientes asintomáticos.

1.2 COLECISTITIS ACALCULOSA

Los largos períodos de ayuno, la nutrición parenteral total (NPT) y la pérdida drástica de peso pueden aumentar la incidencia de colecistitis acalculosa. A menudo, otras condiciones más graves están presentes. Los pacientes en la unidad de cuidados intensivos o aquellos que se recuperan de cirugías

mayores u otras dolencias graves como un derrame cerebral, ataque cardíaco, sepsis, quemaduras graves y traumatismos extensos tienen un mayor riesgo de desarrollar colecistitis acalculosa.

La estasis de la vesícula biliar secundaria a la falta de estimulación de la vesícula biliar conduce a la concentración de las sales biliares con una acumulación de presión dentro del órgano. Esto conduce a isquemia, necrosis por presión y eventual perforación. Esta condición estática también aumenta la siembra y el crecimiento de patógenos entéricos como *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Bacteroides*, *Proteus*, *Pseudomonas* y *Enterococcus faecalis*. Las personas con colecistitis acalculosa crónica pueden tener una función disminuida del vaciado de la vesícula biliar, discinesia biliar hipocinética.

Esto puede deberse a una variedad de factores, incluidos los relacionados con las hormonas, la vasculitis y la disminución de la inervación nerviosa por afecciones como la diabetes. A menudo se desconoce la etiología exacta de la colecistitis acalculosa crónica.

CAPITULO II: FACTORES DE RIESGO Y DIANOSTICO

2.1 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para el cólico biliar y la colecistitis incluyen embarazo, población anciana, obesidad, ciertos grupos étnicos (del norte de Europa e hispanos), pérdida de peso y pacientes con trasplante de hígado. [6]

La frase "rubio, femenino, gordo y fértil" resume los principales factores de riesgo para el desarrollo de cálculos biliares. Aunque los cálculos biliares y la colecistitis son más comunes en las mujeres, los hombres con cálculos biliares tienen más probabilidades de desarrollar colecistitis (y colecistitis más grave) que las mujeres con cálculos biliares. [7]

Algunos anticonceptivos orales o terapia de reemplazo de estrógenos pueden aumentar el riesgo de cálculos biliares. Los medicamentos que se han

asociado con la colecistitis incluyen octreotida y ceftriaxona. [8, 9] Además, la incidencia de lodo o formación de cálculos durante el embarazo es del 5,1% en el segundo trimestre, del 7,9% en el tercer trimestre y del 10,2% a las 4-6 semanas después del parto. [10, 11]

La edad aumenta las tasas de cálculos biliares, colecistitis y cálculos del conducto biliar común. Los pacientes de edad avanzada tienen más probabilidades de pasar de cálculos biliares asintomáticos a complicaciones graves de cálculos biliares sin cólico vesicular.

Los factores de riesgo para la colecistitis acalculosa incluyen diabetes, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad vascular, nutrición parenteral total, ayuno prolongado o ser un paciente de la unidad de cuidados intensivos (UCI). Los niños tienen más probabilidades que los adultos de tener cálculos biliares acalculosos. Si existen cálculos, es más probable que sean cálculos pigmentados de enfermedades hemolíticas (p. Ej., Enfermedades de células falciformes, esferocitosis, deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa [G-6-PD]) o enfermedades crónicas (p. Ej., Nutrición parenteral total, quemaduras, trauma)

2.2 DIAGNOSTICO

2.2.1 ULTRASONIDO

Actualmente, la ecografía es la modalidad de imagen recomendada para el diagnóstico de colelitiasis y colecistitis aguda. Los hallazgos diagnósticos típicos incluyen engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, líquido pericolecístico o un signo de Murphy ecográfico. El ultrasonido es relativamente económico, está ampliamente disponible, no implica exposición a la radiación y tiene una alta sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos y negativos para el diagnóstico de colelitiasis y colecistitis aguda.

En un metaanálisis de 26 estudios con 2847 pacientes, Kiewet et al. [2] informaron una sensibilidad del 82% y una especificidad del 81% para la colecistitis aguda diagnosticada por ultrasonido. La ecografía con contraste es

una técnica más nueva que puede mejorar nuestra capacidad para diagnosticar la colecistitis gangrenosa antes de la operación. En la ecografía con contraste, las áreas sin realce se correlacionan con la isquemia.

La ecografía con contraste es altamente dependiente del operador y no está ampliamente disponible. Como resultado de la limitada disponibilidad de ultrasonido durante 24 horas en algunos hospitales, Hasani et al. [4] evaluó prospectivamente el papel de la ecografía de cabecera para el diagnóstico de colecistitis aguda en el servicio de urgencias.

2.2.2 DETECCIÓN DE ÁCIDO DIACÉTICO HEPATOAMINO

En los casos de sospecha de colecistitis aguda con una ecografía inicial no diagnóstica, la gammagrafía con ácido hepatoimino diacético (HIDA) puede proporcionar un diagnóstico definitivo. HIDA se realiza mediante la inyección de un trazador radioactivo intravenoso que se excreta por el hígado en el sistema biliar, y luego se almacena y se excreta por la vesícula biliar. La falta de visualización de la vesícula biliar indica obstrucción del conducto cístico y colecistitis. Kaoutzanis et al. [6] compararon HIDA con ultrasonido en 260 pacientes. HIDA tuvo una sensibilidad significativamente mayor (91 vs. 64%) y especificidad (71 vs. 58%) que la ecografía para el diagnóstico de colecistitis aguda. Los valores predictivos positivos y negativos también fueron más altos que los de la ecografía. Las limitaciones de HIDA incluyen la exposición a la radiación, la incapacidad de excluir la obstrucción del conducto biliar común y el tiempo para completar el estudio.

En nuestra opinión, HIDA rara vez es necesario para confirmar el diagnóstico de colecistitis aguda en el contexto de cálculos biliares documentados y presentación aguda, ya que la colecistectomía está indicada independientemente. HIDA es más útil en el contexto de pacientes quirúrgicos de alto riesgo en los que la ausencia de colecistitis por HIDA evitaría una operación asociada con una morbilidad o mortalidad significativas.

2.2.3 TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

Se ha sugerido el uso de la tomografía computarizada (TC) cuando se sospechan complicaciones o cuando se diagnostican diferencialmente otros

diagnósticos. Fagenholz et al. [7] evaluaron a 101 pacientes con colecistitis aguda confirmada operativa y patológicamente que se sometieron a TC y ultrasonido antes de la operación.

La TC fue más sensible que la ecografía (92 vs. 79%) para la colecistitis aguda; la ecografía fue más sensible que la TC para la colelitiasis (87 vs. 60%), ya que una proporción significativa de los cálculos no son radiopacos.

Si bien la TC puede ayudar a descartar otras causas de enfermedades intraabdominales, no debe ser la modalidad de diagnóstico principal para la colecistitis aguda debido a su baja sensibilidad y valor predictivo negativo de la presencia de cálculos biliares.

CAPITULO III: ABORBAJE TERAPEUTICO Y COMPLICACIONES

3.1 MANEJO TEMPRANO

La extirpación de la vesícula biliar sigue siendo el único tratamiento definitivo para la colecistitis aguda, y la colecistectomía laparoscópica se considera el estándar de oro. Desde la introducción de la colecistectomía laparoscópica en la década de 1990, el momento de la colecistectomía en la enfermedad aguda se ha debatido debido a los claros beneficios del abordaje laparoscópico, junto con el aumento de la dificultad y el riesgo de conversión para abrir cuando la inflamación es grave. La literatura actual apoya la colecistectomía temprana para la colecistitis aguda.

Muchos autores compararon cuatro grupos: colecistectomía laparoscópica menos de 72 h en comparación con más de 4 semanas, colecistectomía laparoscópica menos de 72 h comparadas con más de 72 h, colecistectomía laparoscópica menos de 7 días (ingreso índice) en comparación con menos de 4 semanas y Colecistectomía laparoscópica menos de 7 días (índice de admisión) en comparación con menos de 4 semanas.

La colecistectomía laparoscópica de menos de 72 h se asoció con reducciones significativas en la mortalidad, complicaciones, fugas del conducto biliar, lesiones del conducto biliar, infecciones de heridas, tasas de conversión, duración de la estancia hospitalaria y pérdida de sangre. Además, aunque la colecistectomía laparoscópica dentro de la ventana de 72 h fue óptima, los pacientes operados después de esta ventana (dentro de los 7 días de ingreso al índice) aún se beneficiaron de la cirugía temprana en comparación con la cirugía diferida.

Debido a que los estudios anteriores tenían definiciones inconsistentes de "principios", la controversia se mantiene con respecto al momento óptimo, específicamente dentro de las 24 horas y después de las 96 horas. [14].

3.1.1 COLECISTECTOMÍA SUBTOTAL

La colecistectomía subtotal implica la disección por partes de la vesícula biliar, generalmente dejando atrás la pared posterior o parte del infundíbulo. La colecistectomía subtotal se realiza principalmente en el contexto de una inflamación severa o fibrosis, lo que limita la capacidad de diseccionar con seguridad el triángulo de Calot.

Un metaanálisis reciente que evaluó 30 estudios con 1231 pacientes sometidos a colecistectomía subtotal observó la fuga biliar como la complicación más común, ocurriendo en el 42% de aquellos sin cierre y en el 16% de aquellos con cierre de la vesícula biliar o el remanente del conducto quístico [15]. Las complicaciones como hemorragia, infección de la herida y cálculos retenidos fueron poco frecuentes; La mortalidad fue del 0,4%. Dado que los estudios incluidos fueron pequeños, no aleatorizados y sujetos a un sesgo de selección significativo (los pacientes con la inflamación más grave y disecciones difíciles tuvieron colecistectomía subtotal), estos datos sugieren que la colecistectomía subtotal es una alternativa bien tolerada y efectiva cuando la colecistectomía total no está bien tolerado

3.1.2 ABORDAJE ENDOSCÓPICO

El drenaje endoscópico transpapilar de la vesícula biliar (ETGBD) y el drenaje endoscópico guiado por ultrasonido de la vesícula biliar (EUS-TGBD) utilizando una punción transgástrica o transduodenal y la colocación de stent o stent se han sugerido en pacientes en los que los abordajes percutáneos no son anatómicamente factibles (es decir, hígado avanzado) enfermedad, ascitis o coagulopatía). Widmer et al. [21] revisaron 139 pacientes (45 con obstrucción maligna) que no mejoraron con medidas conservadoras.

Se intentó inicialmente ET-GBD, y si no tenía éxito, se realizó EUS-TGBD. En general, la tasa de éxito técnico fue del 92%. Inoue et al. [22] evaluaron los resultados a largo plazo en 64 pacientes quirúrgicos de alto riesgo, que se sometieron a ET-GBD frente a drenaje percutáneo. La tasa de éxito técnico de la colocación de stents fue del 83% en el contexto agudo y del 94% cuando se incluyeron reintentos. Las tasas de recurrencia de colecistitis fueron del 17% en el grupo percutáneo y del 0% en el grupo endoscópico. Estos datos demuestran resultados favorables a largo plazo con intervenciones endoscópicas en pacientes de alto riesgo.

3.1.3 USO DE ANTIBIÓTICOS

Varios autores recomiendan la terapia con antibióticos cuando no se va a realizar una cirugía inmediata (es decir, enfermedad de grado II con comorbilidades o duración prolongada de los síntomas y enfermedad de grado III) [23].

Regimbeau et al. [25] realizaron un ensayo aleatorio que evaluó el efecto de los antibióticos postoperatorios en el sitio quirúrgico o infecciones a distancia 4 semanas después de la colecistectomía en 414 pacientes con enfermedad de grado I o II tratados con amoxicilina / ácido clavulánico preoperatorio. Luego, los pacientes se asignaron al azar a antibióticos continuos después de la operación durante 5 días o ningún antibiótico continuado. No se encontraron diferencias significativas en las tasas de infección postoperatoria (17 vs. 15%).

Estos resultados apoyan la práctica de discontinuar los antibióticos el día después de la colecistectomía en estos pacientes. Aunque se ha sugerido una

asociación entre los cultivos biliares positivos (tomados en el momento de la cirugía) y las complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a colecistectomía por colecistitis aguda, un estudio reciente no encontró correlación entre los cultivos biliares positivos y la gravedad de la enfermedad o los resultados [26].

Los regímenes empíricos deben apuntar a organismos gramnegativos y anaerobios. Los agentes comúnmente utilizados incluyen piperacilina / tazobactam, cefoxitina, cefotaxima o ceftriaxona con metronidazol, y ciprofloxacina o levofloxacina con metronidazol. Ningún estudio comparativo ha demostrado la superioridad de un régimen dado sobre el otro. Las tasas de resistencia en la enfermedad adquirida en la comunidad son todavía raras.

La resistencia emergente en las infecciones adquiridas en la comunidad es una tendencia mundial preocupante que puede comprometer los regímenes de tratamiento disponibles en el futuro y refuerza el argumento para limitar los antibióticos cuando sea apropiado.

3.2 COMPLICACIONES

Las complicaciones de la colecistitis aguda (AC) pueden afectar el pronóstico. La colecistitis aguda leve no complicada tiene un excelente pronóstico y la resolución de los síntomas ocurre en unos pocos días. La incidencia de gangrena de la vesícula biliar y la perforación oscila entre el 2 y el 29,6% de los pacientes, y la colecistitis gangrenosa tiene un pronóstico menos favorable [30].

La ecografía y la TC tienen una sensibilidad baja (29,3%) pero una alta especificidad (96%) para la detección de colecistitis gangrenosa [31, 32].

Las revisiones retrospectivas han identificado ciertos factores de riesgo de colecistitis gangrenosa que incluyen diabetes (OR 2.70, IC 95%, $p = 0.045$), recuento de leucocitos $> 15,000$ (OR 5.56, IC 95%, $p = 0.001$) y edad > 51 años (OR 3.5, IC 95%, $p = 0.0386$) [33].

El sexo masculino y la enfermedad cardiovascular también se asociaron con una mayor incidencia de colecistitis gangrenosa [30, 33]. Sin embargo, estos factores no han sido validados prospectivamente.

METODOLOGIA

Se realizó un Estudio prevalencia o de corte transversal, descriptivo y observacional.

Se realizó la investigación en pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda en el Hospital IESS Ceibos en el 2017-2018 con el fin de determinar los factores de riesgo en relación a la patología previamente descrita.

Se obtiene una muestra de forma no aleatoria, universo constituido por pacientes que acuden al Hospital mediante el servicio de emergencia o previamente hospitalizados en el area de medicina critica en el cual se encontraron un total de aproximadamente 100 pacientes que se incluyen dentro de nuestro estudio en el año 2017-2018.

Se procede a la recolección de datos por medio de las siguientes variables:

EDAD: en años

SEXO: femenino/masculino

ETIOLOGIA: presencia de calculos

ANTECEDENTES: dislipidemia/diabetes

MEDICACIÓN HABITUAL: anticonceptivos orales

LABORATORIO: Valores de biometria hematica

IMÁGENES: resultados de ecografía

RECURSOS EMPLEADOS

TALENTO HUMANO

- Tutor
- Pacientes con diagnostico de Colecistitis aguda en el Hospital IESS Ceibos

RECURSOS FISICOS

- Historias clinicas por medio de base de datos proporcionado y aceptado por el Hospital

- Laboratorio: valores de biometria hematica en programa AS400
- Imágenes: resultados de ecografia en programa AS400

RECURSOS FINANCIEROS

- Autofinanciados.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Estudio descriptivo transversal y analítico observacional

DISEÑO DE INVESTIGACION

- Estudio de prevalencia y de cohorte (observacional, analítico)

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE OBTENCION DE LA INFORMACION

Por la recolección de datos se descartó por medio de la base de datos proporcionada por el Hospital aquellos pacientes con diagnóstico de abdomen agudo, dolor abdominal que previamente se determinó diagnóstico de Colecistitis aguda, lo que nos dio una muestra de 5657 pacientes. Los programas utilizados para la tabulación y presentación Microsoft Excel 2016 y PSPP statistics.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos sacados de la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016 fueron utilizados para la realización de los gráficos y correlaciones en el software PSPP Statistics 22.0

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes diagnosticados con colecistitis aguda
- Pacientes con historia clínica y exámenes complementarios completos.
- Pacientes de ambos sexos con rango de edad de 18 a 65 años

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que presenten alguna comorbilidad importante como cáncer
- Pacientes con historias clínicas incompletas.

ANALISIS ESTADISTICO

En el analisis estadistico primero se tabularon los datos por medio de las variables previamente mencionadas, se correlacionó los pacientes con diagnostico de Colecistitis aguda con presencia de calculos y el sexo de los pacientes utilizacion de prueba de Chi Cuadrado. Se realizo un analisis descriptivo con la prueba de Pearson relacionando las mismas variables, lo cual se considero significativo un p igual o menos a 0,005.

CONSIDERACION ETICO LEGAL

Se realizo un perfil de investigacion y anteproyecto con su posterior aprobacion a cargo del Dr Cesar Torres.

Se envio un formulario de presentacion de trabajo de titulacion al Hospital IEES Ceibos con el fin de conozcan los objetivos e informacion pertinente para su previa aceptacion a la misma. Se realizo este estudio una vez aceptado el formulario enviado y posterior a envio de base de datos de la misma.

RESULTADOS

Se encontró 5657 pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda en el departamento de Cirugía General del Hospital IESS Ceibos. De estos 5657 pacientes solo incluyeron 100 pacientes en nuestro estudio que corresponde a un 1,76% del universo de pacientes evaluados en el periodo comprendido de diciembre 2017 a diciembre del 2018.

En la tabla 1 se observa la frecuencia de pacientes femeninos y masculinos según su edad en el cual se obtuvo un porcentaje mayor en todas las edades que predomina el sexo femenino en el rango de edades de 18-30 con un 26%; en las edades de 31-50 con un 25% y por último un 15% en las edades mayores a 50 años.

En la tabla 2 se asocio la relacion de la presencia de calculos de acuerdo al sexo de los pacientes del Hospital en el cual se encontró un mayor porcentaje en mujeres con presencia de calculos de un 65%, a diferencia del sexo masculino con presencia de calculos en el cual nos dio un resultado del 31% y el porcentaje restante un 4% que no se encontraron calculos en los dos sexos de los pacientes de nuestro estudio.

Tabla 1. relacion entre la edad y el sexo de los pacientes con diagnostico de colecistitis aguda en el hospital norte IESS ceibos

EDAD	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
18-30	26,00	10,00	36,00
	72,22%	27,78%	100,00%
	39,39%	29,41%	36,00%
	26,00%	10,00%	36,00%
31-50	25,00	11,00	36,00
	69,44%	30,56%	100,00%
	37,88%	32,35%	36,00%
	25,00%	11,00%	36,00%
>50	15,00	13,00	28,00
	53,57%	46,43%	100,00%
	22,73%	38,24%	28,00%
	15,00%	13,00%	28,00%
Total	66,00	34,00	100,00
	66,00%	34,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%
	66,00%	34,00%	100,00%

Fuente: Hospital IESS Ceibos Autores: Lissette Ariana Gallino Suarez, María Cristina Moreno Villa.

Tabla 2. frecuencia de presencia de calculos de acuerdo al sexo del paciente con colecistitis aguda

SEXO	PRESENCIA CALCULOS		Total
	NO	SI	
FEMENINO	1,00	65,00	66,00
	1,52%	98,48%	100,00%
	25,00%	67,71%	66,00%
	1,00%	65,00%	66,00%
MASCULINO	3,00	31,00	34,00
	8,82%	91,18%	100,00%
	75,00%	32,29%	34,00%
	3,00%	31,00%	34,00%
Total	4,00	96,00	100,00
	4,00%	96,00%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%
	4,00%	96,00%	100,00%

Fuente: Hospital IESS Ceibos Autores: Lissette Ariana Gallino Suarez, María Cristina Moreno Villa.

Se realizó un estudio de asociación mediante el análisis de las curvas de ROC (Figura 1, 2) de las variables de sexo de los pacientes y la presencia de calculos pone en evidencia que tiene mejor asociación el sexo femenino { $p=0,55$ } a diferencia del sexo masculino { $p=0,78$ }, aun así no existe significancia importante en esta asociación.

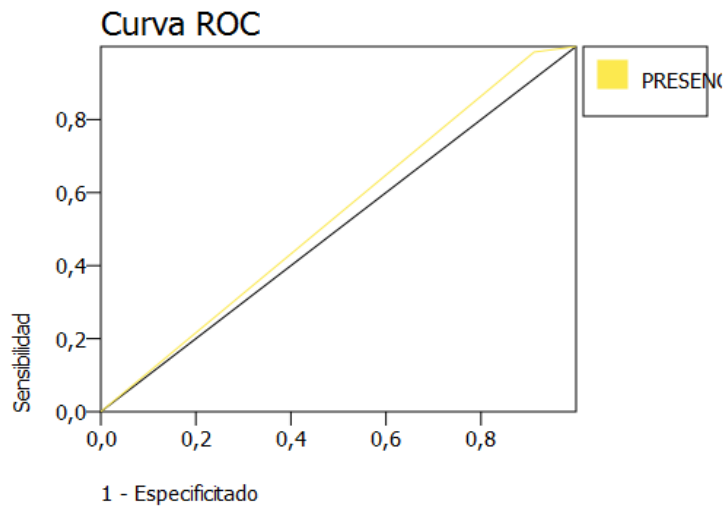
Se reportó que hubo mayor cantidad de pacientes con signo de murphy positivo y con presencia de calculos en un 85%, a diferencia de la relacion de signo de murphy positivo sin la presencia de calculos de 3%. (Tabla 3)

Tabla 3. relacion de presencia de calculos y signo de murphy en pacientes con diagnostico de colecistitis aguda

SIGNO_MURPHY	PRESENCIA CALCULOS		Total
	NO	SI	
NEGATIVO	1,00	11,00	12,00
	8,33%	91,67%	100,00%
	25,00%	11,46%	12,00%
	1,00%	11,00%	12,00%
POSITIVO	3,00	85,00	88,00
	3,41%	96,59%	100,00%
	75,00%	88,54%	88,00%
	3,00%	85,00%	88,00%
Total	4,00	96,00	100,00

Fuente: Hospital IESS Ceibos Autores: Lissette Ariana Gallino Suarez, María Cristina Moreno Villa.

Gráfico 1. Estudio comparativo entre la presencia de calculos y el sexo femenino de los pacientes con colecistitis aguda

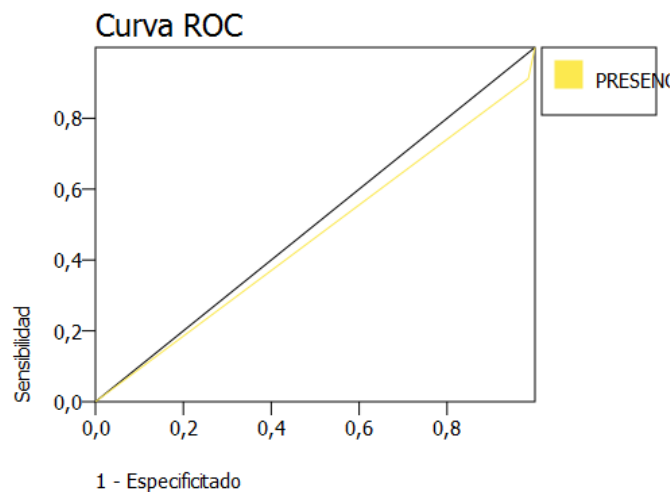


Área Bajo la Curva (PRESENCIA_CALCULOS)

Área	Error Estándar	Sig. Asintótica	Asymp. 95% Intervalo de Confianza	
			Límite Inferior	Límite Superior
,54	,06	,551	,43	,64

Fuente: Hospital IESS Ceibos Autores: Lissette Ariana Gallino Suarez, María Cristina Moreno Villa.

Gráfico 2. Estudio comparativo entre la presencia de calculos y el sexo masculino de los pacientes con colecistitis aguda



Área Bajo la Curva (PRESENCIA_CALCULOS)

Área	Error Estándar	Sig. Asintótica	Asymp. 95% Intervalo de Confianza	
			Límite Inferior	Límite Superior
,52	,09	,783	,37	,68

Fuente: Hospital IESS Ceibos Autores: Lissette Ariana Gallino Suarez, María Cristina Moreno Villa

En la tabla 4 se demuestra por medio de la prueba estadística de Chi- cuadrado que la relación entre el diagnóstico de Colecistitis aguda litiasica en presencia del signo de murphy positivo, ya que encontramos una $\{p=0,000\}$ por lo cual rechaza la hipótesis nula y acepta la alternativa.

Dado que en el año 2017 al 2018 hubo 5657 pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda, de los cuales de acuerdo a nuestros criterios de inclusión encontramos 100 pacientes, se quiso determinar riesgo relativo del mismo en el cual nos dio un resultado de 1,17 lo que nos indica que un paciente con presencia de calculos tiene más de una probabilidad de tener signo de murphy positivo. (Tabla 5)

Tabla 4. Prueba estadística Chi- cuadrado en relación de Colecistitis aguda litiasica con la presencia de signo de murphy positiva.

Pruebas Estadísticas		
	SIGNO_MURPHY	PRESENCIA_CALCULOS
Chi-cuadrado	57,76	84,64
df	1	1
Sign. Asint.	,000	,000

- H₀: El signo de murphy no tiene un valor significativo en el diagnóstico de Colecistitis aguda.**
- Ha: El signo de murphy tiene un valor significativo en el diagnóstico de Colecistitis aguda.**

Fuente: Hospital IESS Ceibos Autores: Lissette Ariana Gallino Suarez, María Cristina Moreno Villa.

Tabla 4. Relación de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda con signo de murphy y presencia de calculos.

RR: 1,17 > 1

	Signo de Murphy (+)	Signo de Murphy (-)
Litiasis	85	11
Alitiasis	3	1
Total	88	12

Fuente: Hospital IESS Ceibos Autores: Lissette Ariana Gallino Suarez, María Cristina Moreno Villa.

DISCUSIÓN

En el siguiente estudio de investigación se estudiaron 100 casos de Colecistitis aguda, siendo la prevalencia de la misma de 1,76 en pacientes hospitalizados en el area de cirugía previamente evaluados en el servicio de emergencia; resultados en contraste con los reportes de la literatura medica.

En una investigación realizada en el año 2015 por Lama y Rojas en el Hospital de la Policía de Guayaquil en el cual se evaluaron 56 pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda, donde el 75% fue diagnosticado con la patología de etiología litiasica de los cuales un 59% de sexo femenino; de acuerdo a nuestro estudio nos dio un resultado de 85% de los cuales un 66% era del sexo femenino; en este mismo estudio se evaluó a los pacientes con antecedente patológico de diabetes en el cual del 59% de sexo femenino un 19,6% tenía el antecedente de diabetes, de acuerdo a nuestro estudio por la escasez de información al momento de recolección de los datos se obtuvo un 22% de pacientes con antecedentes de diabetes de los cuales un 13% era del sexo femenino.

En un estudio de Grover Rosas y colaboradores 2014, estudio realizado donde la frecuencia en pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda en un rango de edad estudiado similar al de nosotros se encontró en mayor frecuencia la existencia en las edades de 18-30 años de un 57% a diferencia que en nuestro estudio un porcentaje de 26% aun así siendo ligeramente mayor que los demás rangos de edad.

En una investigación por Motta Ramirez y Uscanga Carmona en el año 2003, estudio realizado en Mexico demostró que el signo de Murphy tiene un 92% valor predictivo relacionándolo con un examen de ultrasonido en el cual daba

la confirmación de Colecistitis aguda; en relación al estudio previamente explicado en el cual el signo de Murphy nos dio un valor predictivo de 85% en pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda de etiología litiasica.

Entre las limitaciones de nuestro estudio se encontró una muestra pequeña de pacientes versus al universo que se encontró en el año 2017-2018, lo que no permite establecer resultados contundentes para establecer la significancia estadística.

CONCLUSIÓN

Se llegó a la conclusión que hay una frecuencia mayor en mujeres con riesgo de Colecistitis aguda de acuerdo a los resultados de los datos previamente mencionados.

Por falta de datos importantes no registrados durante el interrogatorio previamente en el servicio de emergencia o en el servicio de Medicina Critica no se llegó a poder utilizar todos los factores de riesgo indicados en la literatura médica pero por medio de los datos obtenidos se pudo llegar a lograr los objetivos expuestos previamente.

RECOMENDACIONES

Este estudio nos indica que los factores de riesgo descritos en la literatura médica y previamente comentados en este estudio de investigación tales como el sexo femenino es más frecuente relacionado con la patología de Colecistitis aguda, dado que ciertos parametros u factores de riesgo no se pudieron concretar dado a la falta de información dentro de las historias clinicas.

Por lo expuesto se prodria mejorar la calidad de la atención en base a la realización de historia clinica especificamente en la indagación de antecedentes patologicos y medicación habitual, dado que no se llegó a recolectar y se tuvo que descartar historias clinicas por la falta de información por lo cual el Hospital deberia hacer incapie en esta parte fundamental de la historia clinica.

Por ultimo, los departamentos de imágenes y de laboratorio deberian mejorar la calidad de ingresar los resultados en el sistema AS400, dado que se tuvo que descartar historias clinicas por falta de información en cuanto los exámenes del paciente e imágenes realizados en cuanto al informe del mismo por lo cual no se pudo determinar la fidelidad de la información ni continuar con el seguimiento del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Yokoe M, Takada T, Strasberg M, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2013; 20:35–46.
2. Kiewet JJS, Leeuwenburgh MMN, Bipat S, et al. A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance of imaging in acute cholecystitis. *Radiology* 2012; 264:708–720.
3. Ripolle´s T, Martí´nez-Pe´rez M, Martín G, et al. Usefulness of contrast-enhanced US in the diagnosis of acute gangrenous cholecystitis: a comparative study with surgical and pathological findings. *Eur J Radiol* 2016; 85:31–38.
4. Hasani SA, Fathi M, Daadpey M, et al. Accuracy of bedside emergency physician performed ultrasound in diagnosing different causes of acute abdominal pain: a prospective study. *Clin Imaging* 2015; 39:476–479.
5. Gustafson C, McNicholas A, Sonden A, et al. Accuracy of surgeon-performed ultrasound in detecting gallstones: a validation study. *World J Surg* 2016; 40:1688–1694.
6. Kaoutzanis C, Davies E, Leichtle SW, et al. Is hepato-imino diacetic acid scan a better imaging modality than abdominal ultrasound for diagnosing acute cholecystitis? *Am J Surg* 2015; 210:473–482.
7. Fagenholz PJ, Fuentes E, Kaafarani H, et al. Computed tomography is more sensitive than ultrasound for the diagnosis of acute cholecystitis. *Surg Infect (Larchmt)* 2015; 16:509–512.
8. Gurusamy KS, Nagendran M, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute gallstone pancreatitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9:CD010326.
9. Menahem B, Mulliri A, Fohlen A, et al. Delayed laparoscopic cholecystectomy increases the total hospital stay compared to an early laparoscopic cholecystectomy after acute cholecystitis: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *HPB (Oxford)* 2015; 17:857–862.

10. Gutt CN, Encke J, Koninger J, et al. Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). *Ann Surg* 2013; 258:385–393.
11. de Mestral C, Rotstein OD, Laupacis A, et al. Comparative operative outcomes of early and delayed cholecystectomy for acute cholecystitis: a population-based propensity score analysis. *Ann Surg* 2014; 259: 10–15.
12. Polo M, Duclos A, Polazzi S, et al. Acute cholecystitis – optimal timing for early cholecystectomy: a French Nationwide Study. *J Gastrointest Surg* 2015; 19:2003–2010.
13. Cao AM, Eslick GD, Cox MR. Early laparoscopic cholecystectomy is superior to delayed acute cholecystitis: a meta-analysis of case-control studies. *Surg Endosc* 2016; 30:1172–1182.
14. Yamashita Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2013; 20:89–96.
15. Elshaer M, Gravante G, Thomas K, et al. Subtotal cholecystectomy for ‘difficult gallbladders’ systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg* 2015; 150:159–168.
16. Ansaloni L, Pisano M, Coccolini F, Peitzmann AB, Fingerhut A, Catena F, et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. *World J Emerg Surg.* 2016;11:25.
17. Hayasaki A, Takahashi K, Fujii T, Kumamoto K, Fujii K, Matsumoto E, et al. Factor analysis influencing postoperative hospital stay and medical costs for patients with definite, suspected, or unmatched diagnosis of acute cholecystitis according to the Tokyo guidelines 2013. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016: 7675953.
18. Uzzan B, Cohen R, Nicolas P, Cucherat M, Perret GY. Procalcitonin as a diagnostic test for sepsis in critically ill adults and after surgery or trauma: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 2006;34:1996–2003.
19. Wacker C, Prkno A, Brunkhorst FM, Schlattmann P. Procalcitonin as a diagnostic marker for sepsis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13:426–35.

20. Tang BM, Eslick GD, Craig JC, McLean AS. Accuracy of procalcitonin for sepsis diagnosis in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2007;7:210–17.
21. Yuzbasioglu Y, Duymaz H, Tanrikulu CS, Halhalli HC, Koc MO, Tandogan M, et al. Role of procalcitonin in evaluation of the severity of acute cholecystitis. *Eurasian J Med.* 2016;48: 162–6.
22. Hamano K, Noguchi O, Matsumoto Y, Watabe T, Numata M, Yosioka A, et al. Usefulness of procalcitonin for severity assessment in patients with acute cholangitis. *Clin Lab.* 2013;59:177– 83.
23. Shinya S, Sasaki T, Yamashita Y, Kato D, Yamashita K, Nakashima R, et al. Procalcitonin as a useful biomarker for determining the need to perform emergency biliary drainage in cases of acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2014;21:777– 85.
24. Sato M, Matsuyama R, Kadokura T, Mori R, Kumamoto T, Nojiri K, et al. Severity and prognostic assessment of the endotoxin activity assay in biliary tract infection. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2014;21:120–7.
25. Hwang H, Marsh I, Doyle J. Does ultrasonography accurately diagnose acute cholecystitis? Improving diagnostic accuracy based on a review at a regional hospital. *Can J Surg.* 2014;57:162–8.
26. Kaoutzanis C, Davies E, Leichtle SW, Welch KB, Winter S, Lampman RM, et al. Abdominal ultrasound versus hepato-imino diacetic acid scan in diagnosing acute cholecystitis—what is the real benefit? *J Surg Res.* 2014;1:44–52.
27. Rodriguez LE, Santaliz-Ruiz LE, De La Torre-Bisot G, Gonzalez G, Serpa MA, Sanchez-Gaetan F, et al. Clinical implications of hepatobiliary scintigraphy and ultrasound in the diagnosis of acute cholecystitis. *Int J Surg.* 2016;35:196–200.
28. Villar J, Summers SM, Menchine MD, Fox JC, Wang R. The absence of gallstones on point-of-care ultrasound rules out acute cholecystitis. *J Emerg Med.* 2015;49:475–80.
29. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J Hepatol.* 2016;65:146–81.

30. Internal Clinical Guidelines Team (UK). Gallstone disease: diagnosis and management of cholelithiasis, cholecystitis and choledocholithiasis. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014.
31. Yarmish GM, Smith MP, Rosen MP, Baker ME, Blake MA, Cash BD, et al. ACR appropriateness criteria right upper quadrant pain. *J Am Coll Radiol*. 2014;11:316–22.
32. Pinto A, Reginelli A, Cagini L, Coppolino F, Stabile Ianora AA, Bracale R, et al. Accuracy of ultrasonography in the diagnosis of acute calculous cholecystitis: review of the literature. *Crit Ultrasound J*. 2013;5(Suppl 1):S11.
33. Kiewiet JJ, Leeuwenburgh MM, Bipat S, Bossuyt PM, Stoker J, Boermeester MA. A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance of imaging in acute cholecystitis. *Radiology*. 2012;264:708–20.
34. Cetinkunar S, Erdem H, Aktimur R, Soker G, Bozkurt H, Reyhan E, et al. Evaluation of power Doppler sonography in acute cholecystitis to predict intraoperative findings: a prospective clinical study. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2015;21:51–6.
35. Yeh DD, Cropano C, Fagenholz P, King DR, Chang Y, Klein EN, et al. Gangrenous cholecystitis: deceiving ultrasounds, significant delay in surgical consult, and increased postoperative morbidity!. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015;79: 812–6.
36. Bates DD, LeBedis CA, Soto JA, Gupta A. Use of magnetic resonance in pancreaticobiliary emergencies. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 2016;24:433–48.
37. Watanabe Y, Nagayama M, Okumura A, Amoh Y, Katsube T, Suga T, et al. MR imaging of acute biliary disorders 1. *Radiographics*. 2007;27:477–95.
38. Fuks D, Mouly C, Robert B, Hajji H, Yzet T, Regimbeau J-M. Acute cholecystitis: preoperative CT can help the surgeon consider conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *Radiology*. 2012;263:128–38.

39. Oh K, Gilfeather M, Kennedy A, Glastonbury C, Green D, Brant W, et al. Limited abdominal MRI in the evaluation of acute right upper quadrant pain. *Abdom Imaging*. 2003;28:643–51.
40. Altun E, Semelka RC, Elias J Jr, Braga L, Voultzinos V, Patel J, et al. Acute cholecystitis: MR findings and differentiation from chronic cholecystitis 1. *Radiology*. 2007;244: 174–83.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Moreno Villa, María Cristina, con **C.C: # 0930034962** y Gallino Suarez, Lissette Ariana **C.C: # 0924592959** autoras del trabajo de titulación: **Prevalencia de la colecistitis aguda y factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en el hospital general del norte IESS ceibos desde diciembre del 2017 a diciembre 2018**, 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, 5 de septiembre del 2019

f. _____
Nombre: Moreno Villa, María Cristina
C.C: **0930034962**

f. _____
Nombre: Gallino Suarez, Lissette Ariana
C.C: **0924592959**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de la colecistitis aguda y factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en el hospital general del norte IESS ceibos desde diciembre del 2017 a diciembre 2018.		
AUTOR(ES)	Moreno Villa, María Cristina y Gallino Suarez, Lissette Ariana		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Torres Guitiérrez, Cesar Antonio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	5 de septiembre del 2019	No. DE PÁGINAS:	45
	Medicina General, Enfermedades, Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Acute Cholecystitis, Murphy Sign, Sex, Diabetes, ACO Laparoscopic Cholecystectomy		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Introducción: La colecistitis aguda (CA) generalmente es causada por cálculos en la vesícula biliar; se encuentra con frecuencia en la práctica clínica diaria. Objetivo: Determinar la relación de los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de Colecistitis Aguda. Material y metodo: Se realizó un Estudio prevalencia o de corte transversal, descriptivo y observacional. Se realizó la investigación en pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda en el Hospital IESS Ceibos en el 2017-2018 con el fin de determinar los factores de riesgo. Resultados: Se encontró 5657 pacientes con diagnóstico de Colecistitis aguda en el departamento de Cirugía General del Hospital IESS Ceibos. De estos 5657 pacientes solo incluyeron 100 pacientes en nuestro estudio que un 66% correspondía al sexo femenino, de los cuales un 13% tenían antecedente de diabetes y con un valor predictivo de signo de murphy del 85% asociado al ultrasonido. Conclusión: Se llegó a la conclusión que hay una frecuencia mayor en mujeres con riesgo de Colecistitis aguda de acuerdo a los resultados de los datos previamente mencionados.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-990109170 - 993910613	E-mail: cristimoreno1995@gmail.com Liss_ariana11@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayong Genkuong Andres Mauricio		
	Teléfono: +593-99-7572784		
	E-mail: andres.ayong@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			