

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**Factores de riesgo asociados a pacientes con diagnóstico de
colecistitis crónica calculosa en el Hospital Nacional Hipolito
Unanue en el 2015**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

Gonzales Maticorena, Rodolfo Emilio

DR. JHONY DE LA CRUZ
VARGAS DIRECTOR DE LA
TESIS

Dr. MARIA ALBA
RODRIGUEZ ASESOR
DE LA TESIS

**LIMA – PERÚ
2017**

DATOS GENERALES

Título del proyecto

Factores de Riesgo Asociados a Pacientes con Diagnostico de Colecistitis Crónica Calculosa en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2015.

Autor

Rodolfo Emilio Gonzales Maticorena

Asesor

Dra. María Alba Rodríguez

Director de tesis

Dr. Jhony de la Cruz Vargas, Ph.D. MCR, MD

Diseño General del estudio

Observacional Analítico – Transversal

Departamento y Sección Académica

Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma

Lugar de Ejecución

Hospital Nacional Hipólito Unanue

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

Es por ellos que soy lo que soy ahora.

Rodolfo Emilio Gonzales Maticorena

RESUMEN

INTRODUCCION: La colecistitis crónica calculosa es la inflamación e irritación prolongada de la vesícula biliar asociada a la presencia de cálculos vesiculares. La vesícula biliar es un saco localizado debajo del hígado que almacena la bilis que se produce en el hígado. **OBJETIVO GENERAL:** Identificar los factores de riesgo asociados a pacientes con diagnóstico confirmatorio de colecistitis crónica calculosa en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el 2015. **METODOLOGÍA:** Es un estudio de tipo retrospectivo, transversal, analítico y observacional que fue realizado con el objetivo de Identificar los factores de riesgo asociados a pacientes con diagnóstico confirmatorio de colecistitis crónica calculosa en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2015, con una ficha de datos con 397 pacientes como universo y una muestra de 195. **RESULTADOS:** La prevalencia de colecistitis crónica calculosa fue de 100% ya que todos los pacientes fueron intervenidos por el cuadro. Con respecto al sexo, en el cuadro se demuestra que el mayor número de casos (58.5%), correspondieron al sexo masculino. Con respecto a la edad, el grupo etareo con el mayor número de casos fue de los 36 a los 45 años con 100 pacientes (51.3%). En relación a las comorbilidades la obesidad fue la de mayor frecuente con 30 casos (15.4%), En relación al tiempo de evolución de la enfermedad, tenemos que en su totalidad 129 pacientes con el (66.2%) la tuvieron 11 a 20 meses. Según el tiempo de pre hospitalización encontramos que 100 pacientes (51.3%) estuvieron hospitalizados de 8 a 13 días. En cuanto al consumo de dieta rica en fibras; en el 77.9% de los casos no consume dicha dieta. Con respecto al tipo de herida encontramos que en su totalidad, el 100% de los casos fue una herida limpia .En cuanto al peso en kilos se encontró que (55.9 %) tienen peso entre 70 a 85 kilos. Con respecto a la talla en metros se encontró que 109 casos (55.9 %) midieron entre 1,66 – 1,77 metros. En cuanto al IMC, se encontró (55.9 %) está dentro 23,7 – 28,84. La asociación entre las variables presentadas en este estudio

en su mayoría fue estadísticamente significativas con los pacientes con diagnóstico de colecistitis crónica calculosa. **CONCLUSIONES:** La asociación entre las variables presentadas en este estudio en su mayoría fue estadísticamente significativas siendo entre ellas la obesidad, IMC y el no consumo de dieta los factores más predisponentes de la formación de cálculos vesiculares. **PALABRAS CLAVES:** Colecistitis crónica calculosa, Factores de Riesgo, Hospital Nacional Hipólito Unanue.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Calculated chronic cholecystitis is the inflammation and prolonged irritation of the gallbladder associated with the presence of gallstones. The gallbladder is a sac located below the liver that stores the bile that is produced in the liver. **GENERAL OBJECTIVE:** To identify the risk factors associated with patients diagnosed with chronic cholecystitis in the National Hospital Hipólito Unanue during 2015. **METHODS:** This was a retrospective, transversal, analytical and observational study that was carried out with the objective of Identifying risk factors associated with patients diagnosed with chronic cholecystitis in the Hospital Nacional Hipólito Unanue during the year 2015, with a record Of data with 397 patients as a universe and a sample of 195. **RESULTS:** The prevalence of chronic cholecystitis was 100% since all patients were operated on by the table. With respect to sex, the table shows that the largest number of cases (58.5%), were male. With regard to age, the age group with the highest number of cases was 36 to 45 years old with 100 patients (51.3%). In relation to comorbidities, obesity was the most frequent with 30 cases (15.4%). In relation to the time of evolution of the disease, we have in total 129 patients with (66.2%) had 11 to 20 months. According to pre-hospitalization time, 100 patients (51.3%) were hospitalized for 8 to 13 days. As for the consumption of diet rich in fibers; In 77.9% of the cases do not consume this diet. Regarding the type of wound, we found that 100% of the cases were a clean wound. As for the weight in kilos, it was found that (55.9%) have a weight between 70 and 85 kilos. With regard to size in meters, 109 cases (55.9%) were measured between 1.66 - 1.77 meters. Regarding BMI, it was found (55.9%) is within 23.7 - 28.84. The association between the variables presented in this study was mostly statistically significant with patients diagnosed with chronic cholecystitis. **CONCLUSIONS:** The association between the variables presented in this study was statistically significant, among

them obesity, BMI and non-diet consumption were the most predisposing factors in the formation of gallbladder stones. **KEY WORDS:** Computed chronic cholecystitis, Risk Factors, National Hospital Hipólito Unanue.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 LINEA DE INVESTIGACION.....	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
.....	
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.2 BASES TEÓRICAS	21
CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	39
3.1 HIPOTESIS:	39
3.2 VARIABLES.....	40
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	40
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	42
4.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	41
4.3 POBLACIÓN, MUESTRA	41
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSION	42

4.5 TECNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	43
4.6 TECNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	44
4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS	44
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	45
5.1 RESULTADOS	45
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	59
A. Características sociodemográficas.....	60
B. Comorbilidades	62
C. Hallazgos transquirúrgicos.....	62
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS	68
Anexo 1: Operacionalizacion de variables.....	68
Anexo 2: Ficha de recolección de datos.....	71
Anexo 3: Turnitin.....	72
Anexo 4: Permiso para revisión de historias clínicas.....	74
Anexo 5: Aprobación del proyecto de Tesis.....	75

INTRODUCCIÓN

La Colecistitis crónica Calculosa es también llamada a la lesión o inflamación de la vesícula biliar por un periodo largo que puede estar asociada o no a dolor. Cuando ocurre dicho proceso inflamatorio desencadenan alteraciones evidentes a nivel microscópico y macroscópico, que siguen una evolución en cadena desde una congestión, supuración, gangrenación y finalmente perforación. Todos estos sucesos ocurren como consecuencia de la respuesta inflamatoria que se lleva a cabo en el cuerpo humano, esta inicia con el infiltrado celular, luego la extravasación de líquido, y una vez ocurrido todo esto ocurren los sucesos como la formación de absceso y la aparición de complicaciones que pueden llegar desde una sepsis, perforación, formación de un plastrón y hasta llegar a la fistula en muchos casos. Recordar la historia de la colecistitis es como recordar la historia de la medicina, la litiasis biliar es tan antigua como el hombre, uno de los primeros hallazgos se encuentran en el papiro de Ebers y se han descubierto cálculos vesiculares en momias egipcias que datan de más de 3000 años de edad. Esta enfermedad tiene predisposición por el sexo femenino, principalmente por las multíparas. Sin embargo aparece también en los varones cuya proporción es de 3 a 1. La patogenia de la afección es aún un problema no resuelto. La colesiterina y la bilirrubina se mantienen en solución en la bilis gracias a los coloides protectores, especialmente colatos alcalinos, fosfolípidos (lecitina) y jabones, y a los ácidos y sales biliares; y si se recuerda que en la vesícula la bilis se concentra hasta 10 o 20 veces más, basta la claudicación de los mecanismos encargados de mantener en solución a sus componentes para producir su precipitación.

La incidencia en la aparición de la colecistitis crónica calculosa está afectada por la presencia de diversos factores entre ellos encontramos la raza, el sexo femenino, embarazo, edad, la obesidad, una dieta rica en lipoproteínas, pero ninguna de estas se ha llegado a demostrar con certeza si es q realmente tiene alguna relación con la aparición de la enfermedad. Entre los factores más

incriminados se encuentran los siguientes: el aumento del material precipitable (colestonina y bilirrubina), la disminuci3n de los agentes estabilizadores (sales y 1cidos biliares), la infecci3n, la estasis y factores metab3licos y hormonales. En su mayor1a los casos de colecistitis son asintom1ticos, pero en el caso que la obstrucci3n sea parcial o total, se manifiesta de manera intermitente generando dolor de tipo c3lico, en algunos casos dispepsias. De esta forma nos orienta a brindar un manejo m3dico o quir3rgico dependiendo el caso lo requiera. Se conoce muy poco sobre el desarrollo o alg3n tipo de prevenci3n con respecto a la enfermedad y si es que hay una relaci3n entre los factores mencionados y la aparici3n de la enfermedad. Por lo que un estudio de los factores de riesgo y su asociaci3n con la enfermedad ser1 un gran aporte para la investigaci3n.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 LINEA DE INVESTIGACION

El proyecto se realizara en el Área de Medicina Humana, Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue, específicamente dentro del servicio de Tópico de Cirugía en Emergencia y en pabellón E2. Tanto el lugar como recolección de datos son factibles de realizar.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Colecistitis crónica Calculosa es la inflamación de la vesícula biliar durante un largo tiempo, ocurren ataques repetidos de dolor abdominal de carácter agudo. El proceso inflamatorio una vez iniciado genera cambios notorios a nivel microscópico y macroscópico que evolucionan desde una simple congestión, pasan por una fase de supuración, otra de gangrenación y otra de perforación. Resulta todo una consecuencia de la respuesta inflamatoria que se genera. Y esta comienza con el infiltrado celular, la extravasación de líquido y la consecuencia fisiológica que puede ser la curación espontanea o formación de absceso y aparición de complicaciones como sepsis, perforación, formación de un plastrón y fístula. Así mismo, hacemos propuestas fundamentales en cuanto a la colelitiasis y su manejo en condiciones especiales, contando con el paciente asintomático, divergiendo un poco de las teorías de los autores, ya que ellos lo relacionan a la observación selectiva mientras que nosotros este tipo de conductas se adaptan más a las bases epidemiológicas. La primera prueba diagnóstica a realizar es la ecografía abdominal, muy sensible para el diagnóstico de colelitiasis. En la mayoría de los casos la colelitiasis suele ser asintomática, pero en los casos de ocurrir complicaciones o síntomas se recomienda la intervención quirúrgica, dada la gravedad de sus potenciales complicaciones (colangitis y pancreatitis aguda). Por lo que nos

planteamos la pregunta: ¿FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES QUE TIENEN EL DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL 2015?

1.3 FORMULACION DE PROBLEMA

La causa primordial que puede llevar a que un médico sospeche la presencia de colecistitis crónica calculosa, necesita como primer paso el descarte del diagnóstico para realizar el tratamiento respectivo.

Es también esencial el diagnóstico temprano para excluir o disminuir los riesgos de complicaciones que implica una enfermedad avanzada, como una pancreatitis aguda o un cuadro de colangitis severa siendo esta de mucha importancia al comprometer la vida del paciente ; el diagnóstico de una colecistitis crónica calculosa generalmente se asocia a la sintomatología clínica , puede ser muy preciso con una evaluación detallada y eficaz , pero también pueden haber pacientes en los que el diagnóstico puede ser difícil, como en aquellos cuyo cuadro no muestra mucha sintomatología o el cuadro doloroso se ve disminuido por la autoadministración de medicamentos antiinflamatorios los cuales llevan al error del diagnóstico y por lo tanto puede coaccionar alguna complicación tardía o asociada al cuadro, comprometiendo al paciente a cualquier tipo de comorbilidades que se puedan presentar. Por lo tanto me parece importante plantear si los factores de riesgo asociados al diagnóstico son el principal factor que influye en la aparición de colecistitis crónica calculosa en el hospital Hipólito Unanue.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El diagnóstico precoz de colecistitis crónica calculosa es importante en la prevención de cualquier tipo de comorbilidades y complicaciones tardías muy útil en el tratamiento eficaz y para evitar que este comprometida la vida del paciente, pero así como es importante el diagnóstico precoz, existen diversos factores que pueden intervenir en el diagnóstico retrasando el tratamiento y pudiendo ocasionar complicaciones pre y post operatorias.

Entre los factores tenemos la ingesta de alimentos grasos que es muy común en la población, la edad, la raza, el índice de masa corporal que es un factor muy importante que influye de manera directa en la aparición de la enfermedad, la automedicación, o una mala asesoría sobre que medicamento ingerir para remitir los síntomas ocasionando la posibilidad de un mal diagnóstico o en su defecto un problema en el tratamiento.

Los resultados de este estudio nos permitirá identificar, los principales factores que influyen en las complicaciones operatorias y post operatorias del tratamiento en colecistitis crónica calculosa y de esta forma controlar, remitir dichos factores y de esta forma evitar complicaciones.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores de riesgo asociados a pacientes con diagnóstico confirmatorio de colecistitis crónica calculosa en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el 2015.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Precisar las variables sociodemográficas de la población, en especial sexo y edad, así como también las variables de medición, peso y talla.
- Establecer los factores de riesgo inherentes al paciente que se asocian al desarrollo de la enfermedad.
- Identificar las enfermedades que se asocian al desarrollo de la enfermedad.
- Identificar el tiempo de pre hospitalización y evolución de la colecticistitis crónica calculosa.
- Identificar el consumo de dieta de los pacientes que genera la formación de la enfermedad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se llevó a cabo la revisión de diferentes investigaciones donde mencionaremos los estudios que tienen alguna relación de apoyo en la elaboración del presente proyecto:

G .Medina (2008)

Realizo un estudio de investigación titulado litiasis vesicular: Su relación con el síndrome metabólico y obesidad cuyo objetivo es demostrar si existe relación en la formación de cálculos vesiculares con la presencia de obesidad y síndrome metabólico. Se evaluaron 68 mujeres con diagnóstico de dolor abdominal, 34 presentaron LV (43,6±12,5 años) y 34 fueron normales (44,4±11,5años). Las mujeres con SM presentaron 2,57 veces más riesgo de presentar LV que las normales (OR: 2,57;IC: 0,90-7,28 p= 0,0727). Al analizar cada componente del SM, se observaron asociaciones significativas con hipertensión arterial (OR: 3,43; IC: 1,18-10 p= 0,021) y obesidad abdominal (OR: 5,02; IC: 1,79-14,04 p= 0,0016). Los componentes bioquímicos no mostraron asociación significativa y las mujeres con IMC aumentado presentaron 5,51 veces mayor riesgo de desarrollar LV que las que tenían peso normal (OR:5,51;IC:1,88–16,16;p=0,001). Se concluyó que los componentes del SM que mejor predicen el riesgo de desarrollar LV son la hipertensión arterial y la obesidad abdominal además de la obesidad general.

Hubert (2010)

Realizo un estudio de investigación titulado: Relación entre los factores de riesgo de la Colelitiasis y los tipos de Litiasis en pacientes colecistectomizados hospital Octavio Mongrut año 2010-2011 cuyo objetivo fue Identificar la relación entre uno o varios factores de riesgo de la litiasis vesicular con un tipo de cálculo vesicular específico, según las clasificaciones de colelitiasis. Los resultados encontrados la presente investigación fueron que el género femenino 80%, mayor de 40 años 56%, historia familiar 48% y multiparidad 46%. El tipo de cálculo más frecuente fue el cálculo de colesterol tipo mixto 46%. Los resultados de la correlación entre los diferentes factores de riesgo y los diferentes tipos de cálculo no fueron significativos. Llegando a la conclusión que no se comprobó una relación directa entre un factor de riesgo y un tipo de cálculo específico viéndose que podría ser multifactorial.

Várela Fernández 2011

En un trabajo realizado en el hospital municipal del valle, donde se revisaron 50 expedientes, se encontró que el 38% pertenecía al grupo etario de 36 a 45 años, con respecto al género se encontraron una relación de sexo femenino 6: 1 con respecto al sexo masculino y un 8% con índice de Masa corporal > 38% confirmándose la asociación entre los factores de riesgo y la presencia de cálculos vesiculares.

Romero, Barrera, Pascual, Valdés, Molina, González. 2010

En una investigación realizada cuyo estudio prospectivo donde se evaluó a 276 pacientes ingresados e intervenidos quirúrgicamente, donde la obesidad (39,5%), la diabetes mellitus (19,5) y la paridad (31,8) constituyen los principales factores de riesgo en la formación de cálculos vesiculares.

García Rodríguez. 2010

Se realizó un estudio que cambio el entendimiento sobre el curso y la terapia apropiada de la enfermedad litiasica vesicular fue realizado por Gracie y Ransohoff. Ellos monitorearon 123 miembros de la Facultad de la Universidad de Michigan por 15 años después que en ellos se encontró litiasis vesicular en un estudio de rutina. A los 5, 10, y 15 años de seguimiento, 10, 15, 18% de los pacientes se convirtieron en sintomáticos y ninguno ha presentado complicaciones. Las investigaciones sugieren que la cifra de pacientes en quienes el dolor se desarrolla y anteriormente eran portadores de litiasis asintomática es alrededor de 2% por año por 5 años y entonces decrece con el tiempo.

Hyeon Kook Lee, Ho - Seong Han, SeogkiMin.2008

Se realizó un estudio retrospectivo realizado con 910 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por colecistitis asociada a cálculos. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo al índice de masa corporal (IMC). Como obeso (IMC > 25 Kg/m) y no obesos (IMC < 25 Kg/m). Concluyen que las colecistitis severas son más frecuentes en hombres y la causa de esta discrepancia es desconocida; así también que en hombres no había relación entre IMC y severidad de colecistitis, mientras en mujeres la edad y el IMC son factores independientes en el desarrollo de un cuadro agudo y la formación de cálculos vesiculares.

Dr. Luis A. Fernández Olazábal 2008

Se realizó un estudio prospectivo con 276 pacientes ingresados e intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de litiasis vesicular. Se clasificaron los cálculos en pigmentarios y de colesterol según sus características macroscópicas al corte, y se realizó una encuesta con los posibles factores de riesgos. Predominaron los cálculos de colesterol (76,1 %) sobre los pigmentarios, y existió predominio del sexo femenino sobre el masculino en

relación de 4:1. El diagnóstico de litiasis vesicular se efectuó con mayor frecuencia en la cuarta y quinta décadas de la vida, mientras los pigmentarios se observaron con mayor frecuencia en edades más avanzadas. La obesidad (39,5 %), la diabetes mellitus (19,5 %) y la paridad (31,8 %) constituyeron los principales factores de riesgo.

2.2 BASES TEÓRICAS

Colecistitis Crónica Calculosa

CONCEPTO

Es la inflamación e irritación prolongada de la vesícula biliar. La vesícula biliar es un saco localizado debajo del hígado. Almacena la bilis que se produce en el hígado. La bilis ayuda a los intestinos a digerir las grasas.

HISTORIA

El origen de la enfermedad litiasica tiene tanto tiempo como la aparición del hombre, repasos históricos nos muestran hallazgos de los primeros casos de litiasis en los papiros de ebers 3000 A.C. En general se dice que la formación de piedras en la vesícula biliar ocurre en casi un 40% de las mujeres y en un - 24% de los hombres de más de 40 años. Se estima que en Norteamérica la cifra llega aproximadamente a 20 millones los que padecen la enfermedad. Algunos grupos étnicos parecen ser particularmente susceptibles; así los indios de Norteamérica padecen la enfermedad con una enorme frecuencia; hasta el 70% de las mujeres de este grupo adolescente la colelitiasis y la frecuencia entre los hombres es mucho mayor de la esperada.

Datos similares se han encontrado entre las mujeres Chipewas y Navajos - en el norte de E.U. Morgagni ya para los últimos años del siglo XVIII, publica la

obra "De sedibus et causis morborum", en donde correlacionaba algunos hallazgos que fueron vistos en el momento de realizar autopsias y la revisión de algunos datos clínicos en pacientes antes de que ocurra su muerte. Joenisius redactó y describió por primera vez la colecistolitotomía la cual la empleo para remover pequeños cálculos a través de una fistula que ocurrió a nivel cutáneo luego de una intervención de drenaje espontáneo.

Petit demostró por los años 1743 que la vesícula podía ser retirada por medio de aspiración y que al hacerlo se generaban adherencias en la pared abdominal. Todos estos hallazgos son importantes pero muchos no se han comprobado que fueron utilizados o practicados en esa época.

En Francia y Alemania es menos frecuente que en Inglaterra, en Suecia la frecuencia es particularmente elevada casi tanto como la encontrada en los indios americanos. Los países orientales se ven afectados. En Tailandia, - Singapur y Japón la incidencia oscila entre 3 y 8%. En China la incidencia es de un 0.23%. En India, por último si bien es menor en Occidente es 5 veces mayor entre los habitantes del norte del país que entre los del Sur. Característicamente los cálculos encontrados en el Oriente son con bastantes frecuencias pigmentadas y de localización canalicular más que vesicular.

En el Continente Africano se encuentran grandes grupos - de población prácticamente libres de colelitiasis. Así la frecuencia en áreas rurales la presencia de cálculos biliares, en materiales de autopsia, es del orden de: 1.3% entre los 35 y 54 años. También en África la mayoría de cálculos son de tipo pigmentario. Estas diferencias geográficas parecen depender de — factores genéticos o dietéticos o ambos. Existen observaciones de cualquiera de estas hipótesis. La primera anestesia que fue administrada a lo largo de la historia ocurrió en Boston por los años 184, con ello se eliminó el dolor logrando ser un gran apoyo en la cirugía. John S. Bobbs, fue el primero en aplicar la colecistostomía electiva siendo esta el pilar donde nace la cirugía de la vía biliar,

todos estos eventos ocurren en julio de 1867.

William S. Halsted fue el primero en realizar la operación de vías biliares haya por el año 1881. para ese entonces él se basaba en la teoría de que la vesícula no se retiraba por presentar cálculos si no por estar enferma. El 9 de mayo de 1889 el cirujano inglés Knowsley Thornton, aplica con éxito la primera coledocotomía más tarde aproximadamente un año después Ludwing G. Courvoisier realizo por primera vez la colecistectomía y a esta asocio la exploración de vías biliares. Uno de los cambios más importantes en la cirugía de vías biliares fue por Hans kehr en los años 1900 quien innovo con la coledocotomía, y dicho sea de paso la sonda en T, que al ver su beneficio fue universalmente aprobada como apoyo para drenaje en cirugías de vía biliar.

Los años posteriores se innovo la cirugía apareciendo la coledoscopia con espejo y dilatadores de la ampolla de váter, dichas novedades propuestas por Bakes en 1923; el uso de la colangiografía transoperatoria por pablo Mirizzi en 1931. y como producto final Thomas Fogarty instauró los catéteres con balón para extracción de cálculos.

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia en la aparición de la colecistitis crónica calculosa está afectada por la presencia de diversos factores entre ellos encontramos la raza, el sexo femenino, embarazo, edad, la obesidad, una dieta rica en lipoproteínas. En Norteamérica cerca de 20 millones de personas (10-20% de adultos) presentan cálculos. Cada año 1-3% de las personas desarrollan

Cálculos y solo llegan a presentar sintomatología como máximo el 3% de ellas. La prevalencia en presentar cálculos vesiculares en personas de treinta años de edad llega hasta el 1,8% para los varones y para las mujeres la aparición de

cálculos llega hasta un 4,8% datos encontrados en un estudio danés.

Los pacientes inmunocomprometidos pueden tener una tasa elevada de mortalidad llegando al 15%. De la misma forma cuando una colecistitis se complica la mortalidad llega hasta en 25% ya sea por gangrena o en el peor de los casos un empiema vesicular. La frase "femenina, obesa y fértil" resume los mayores factores de riesgo para desarrollar cálculos. La presencia de cálculos es de 2 a 3 veces más frecuentes en el sexo femenino. De esta forma los niveles elevados de progesterona en el proceso de embarazo generan una estasis biliar ocasionando diversas enfermedades vesiculares en el embarazo.

En Chile y en algunos países extranjeros se ha demostrado que los obesos tienen un riesgo mucho mayor de sufrir dicha enfermedad todo es basado en estudios metabólicos, ya que el sobrepeso aumenta notablemente la secreción biliar de colesterol. Increíblemente la aparición de cálculos se ve incrementada si una persona obesa baja de peso rápidamente. Como dato epidemiológico en el país de África Subsahariana y Asia. Se encuentra la población con menor riesgo de presentar una colecistitis crónica.

FACTORES CAUSALES Y ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO

Se han mencionado muchos factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad vesicular algunos relacionados especialmente a la alteración en la secreción de lípidos biliares, mientras que otros están relacionados a problemas metabólicos, dicho sea de paso se debe tomar mucho en cuenta los factores que predisponen la precipitación del colesterol biliar.

- Se demostró que la edad guarda una estrecha relación con la aparición de cálculos vesiculares, se asocia al envejecimiento mediante a la teoría de la secreción aumentada de colesterol biliar.

- En las mujeres esta incrementado el riesgo de desarrollar litiasis, la teoría se confirma al demostrarse que los estrógenos forman un gran papel en el metabolismo de colesterol a nivel hepático.
- En el Embarazo el aumento intermitente de los niveles de estrógenos y progesterona son el factor causal de la presencia de colelitiasis en los últimos meses de gestación con su desaparición espontánea en el puerperio, también a esto se suma el aumento de la secreción y saturación biliar de colesterol, disfunción motora vesicular aumentado así la prevalencia de presentar cálculos en el embarazo.
- La administración exógena de sustancias puede incrementar la formación de cálculos vesiculares como es así la administración de esteroides sexuales puede estar asociado a la frecuencia de colelitiasis, la progesterona esta también asociado como un factor litogénico, dado que aumenta la saturación biliar de colesterol en los seres vivos.
- La obesidad se relaciona o se asocia a la presencia de cálculos, por la mayor secreción de colesterol biliar la cual genera el incremento en la formación de colesterol en el cuerpo, dicho proceso se estabiliza cuando se alcanza el peso ideal.
- Dieta. está relacionada a una alimentación saludable, una alimentación basada en ácidos grasos insaturados y fibra tendría un efecto protector para el desarrollo de colelitiasis. Esto ha sido demostrado categóricamente, es una mezcla entre el efecto sobresaturación biliar atribuido al contenido vegetal de los esteroides.
- Las Drogas, tienen un papel importante en la aparición de cálculos vesiculares, una de las más importantes son las hipolipemiantes como el clofibrato está reduce los niveles plasmáticos del colesterol y a su vez incrementa la secreción biliar. Se cree que también está relacionada en la

disminución de la síntesis y el pool de las sales biliares lo que aumenta el riesgo en la formación de cálculos.

- La cirugía con resección de íleon distal así como también la enfermedad de Crohn otorgan un gran riesgo litogénico, esto genera una escasa respuesta de la síntesis hepática, con reducción de su secreción, produciendo la formación de una bilis sobresaturada.

La colecistitis se puede presentar con un carácter hereditario, el riesgo aumenta en familiares de pacientes portadores de cálculos biliares, nos lleva pensar esto que los defectos metabólicos involucrados en la patogenia de la enfermedad se pueden heredar aunque dicho sea de paso no se ha detectado aun ningún marcador genético seguro.

FISIOPATOLOGÍA

Biología del hígado y de la vesícula biliar.

La vesícula biliar así tanto como el hígado anatómicamente se ubican en la parte anterior derecha del abdomen dicho sea de paso se comunican por medio de los conductos llamados vías biliares. Son órganos muy diferentes a pesar que desempeñen funciones comunes. El hígado tiene una forma muy particular se le relaciona en forma de cuña, en él se elaboran todos los elementos químicos del organismo. Se le considera un órgano complejo que desempeña funciones muy importantes para el organismo desde regular la cantidad de dichos elementos hasta producir elementos que intervienen en la coagulación de la sangre durante un proceso hemorrágico.

La bilis se le considera un líquido verdoso amarillento que es elaborado por el hígado el cual se mantiene en la vesícula biliar hasta q sistema digestivo lo necesite. Está compuesta por sales biliares, electrolitos, pigmentos biliares como la bilirrubina, colesterol y lípidos. Es utilizada por el cuerpo humano para

generar que las vitaminas de los alimentos, grasas y también el colesterol sean más solubles y así se puedan absorber con mayor facilidad. Las sales biliares aumentan el tránsito intestinal estimulando al intestino grueso en la producción de agua y otras sales. Cuando existe destrucción de los glóbulos rojos la hemoglobina libre se convierte en bilirrubina, este le da el pigmento a la bilis y se almacena como un producto de desecho.

Algunas proteínas con un importante papel en la función digestiva se elaboran en la bilis. El trayecto anatómico de la bilis va desde los conductos colectores dentro del hígado hacia los conductos hepáticos izquierdo y derecho, luego va por el interior del conducto hepático común y finalmente al conducto biliar común. La mayor parte de la bilis secretada entre las comidas tiene como trayecto final el intestino delgado.

La parte restante sigue otro trayecto que va desde el conducto hepático común a través del conducto cístico, terminando en la vesícula donde se almacena. Se conoce que el 90% del agua de la bilis pasa a la sangre. Posterior a la comida, cuando los alimentos llegan al intestino, se desencadenan un serie de señales hormonales y nerviosas las cuales generan contracción de la vesícula biliar y a su vez se estimula el esfínter de oddi, el cual se apertura. La bilis pasa desde la vesícula biliar hacia el intestino delgado para mezclarse con los alimentos y realizar funciones digestivas.

Casi toda la cantidad de sales biliares almacenada en la vesícula se vierte en el intestino delgado y hasta en un 90% se reabsorbe por la pared de la porción inferior de la misma, el encargado de extraer las sales biliares de la sangre y secretarla de nuevo dentro de la bilis es el hígado. El cuerpo humano experimenta este ciclo de 10 a 12 veces en un solo día. En cada oportunidad que se genera dicho ciclo una pequeña proporción de sales biliares llega al intestino grueso la cual es descompuesta por las bacterias. Una porción de esta misma es reabsorbida y lo demás es eliminado en las deposiciones.

Los cálculos de origen biliar son también llamados cristales los cuales se forman en la vesícula o también en los conductos biliares. Dependiendo de su localización adquiere un nombre característico, si se forma en la vesícula se le denomina colelitiasis y cuando se forma o se localiza en los conductos biliares se le denomina coledocolitiasis. Uno de los componentes principales de la gran parte de los cálculos biliares es el colesterol, pero también muchos están formados de sales de calcio.

El colesterol se encuentra en grandes cantidades en la bilis por lo general se encuentra en estado líquido pero cuando la bilis se sobresatura de colesterol puede ocurrir que este se vuelva en un estado insoluble y precipite hacia afuera. La gran parte de los cálculos se forman en la vesícula biliar y también la gran mayoría de los cálculos que se localizan en los conductos biliares migraron desde la vesícula biliar. Los cálculos que se llegaron a formar en los conductos biliares ocurren cuando la bilis no sigue su trayecto normal sino retrocede.

Esto sucede en casos como cuando existe una disminución en el calibre de algún conducto o en los casos posteriores a la extracción de la vesícula. Se debe de considerar a la litiasis biliar una enfermedad exclusivamente metabólica, la cual se le caracteriza por presentar una patogenia con tres episodios como mínimo. En muchos casos el cuadro inicia con una alteración en la secreción de colesterol, ocasionando una composición fisicoquímicamente inestable. Posteriormente ocurre una precipitación de cristales de colesterol, a este proceso se le denomina "nucleación" los factores nucleantes lo estimulan mientras que los factores antinucleantes lo inhiben dichos factores contenidos en la bilis. Como último episodio ocurre el crecimiento y agregación de los cristales. Existe una asociación entre los cristales y los componentes de la bilis, generando de esta forma los cálculos macroscópicos.

A) Proceso de la sobresaturación biliar: el proceso es evidente en los momentos de ayuno, lo que nos explica la relación que tienen entre si los lípidos biliares. En cambio las secreciones de fosfolípidos y de las sales biliares poseen una relación casi lineal muy estrecha. La secreción de colesterol se mantiene elevada mientras que los niveles de secreción de sales biliares se encuentran bajos. Eso explica por qué la saturación biliar es mucho más frecuente en el ayuno que en el periodo post ingesta de alimentos. El evento más frecuente y metabólico característico de la enfermedad litiasica biliar es el incremento en la secreción de colesterol biliar. Dicho sea de paso los factores de riesgo para la producción de una coleditiasis como el aumento de peso, la vejes y otras más actúan bajo el mismo proceso patogénico. El “pool “reducido, se ve reflejado con una disminución en la secreción de sales biliares , y esto es debido a una perdida intestinal incrementada o por una síntesis hepática deficiente. En muchos casos las condiciones clínicas importantes como alguna resección intestinal o “bypass” ileal, o en su defecto alguna enfermedad inflamatoria intestinal que pueden generar algún tipo de bloqueo de la circulación enterohepatica de las sales biliares se le relaciona con la alteración en la secreción de una bilis sobresaturada en colesterol y posterior formación de cálculos.

B) Precipitación y nucleación del colesterol biliar: La sobresaturación biliar de colesterol es una condición importante pero no es suficiente por si sola para la formación de cálculos vesiculares, incluso podríamos decir que la sobresaturación biliar en ayunas es un proceso muy frecuente en la población de occidente. Por ende es importante el segundo evento en la formación de cálculos la nucleación del colesterol, que se le llama a la salida del colesterol que se encuentra en la bilis en fase líquida a una fase sólida. Si filtramos la bilis eliminando los cristales, estos volverían a aparecer en un plazo corto. Por lo que podemos concluir que la nucleación es un proceso fisicoquímico y metabólico. Se ha podido evidenciar por medio de microscopia que la formación de cristales de colesterol se genera por agregación y fusión de las vesículas

unilamelares que son las encargadas de movilizar el colesterol, como producto final aparición de cristales pequeños sólidos. En los seres humanos se conoce que existen factores pronucleantes y antinucleantes, basado en esto se podría relacionar a los pacientes con cálculos que tendrían algún tipo de alteración en los agentes antinucleantes y/o un incremento de los agentes pronucleantes, y esto generaría un balance orientado para una nucleación acelerada. Se demostró que el mucus biliar posee propiedades pronucleantes y que cuando existe una secreción incrementada de mucina vesicular dependiente de las prostaglandinas terminaba con la aparición de cálculos en modelos de animales. Pero a pesar de estos modelos en los humanos no se ha podido demostrar que una hipersecreción de mucus esté relacionado a la nucleación acelerada del colesterol biliar y posterior formación de cálculos.

C) Crecimiento y agregación de los cristales de colesterol El proceso de nucleación del colesterol es un evento necesario para una bilis sobresaturada por exceso de colesterol y la aparición de cálculos vesiculares, pero dicho sea de paso la presencia de microcristales no indica necesariamente su agregación y formación de cálculos. La forma exacta por la cual estos microcristales se agregan formando cálculos no está demostrada. Lo que si se ha demostrado es que el calcio y la mucina biliar incrementa el crecimiento los cristales y además participaría en la agregación de estos. Muchos de los pacientes con esta enfermedad presentan estasis vesicular, lo que favorece el crecimiento y la agregación de microcristales siendo un importante factor patogénico en la enfermedad litiasica. Se demostró también que los eventos que favorecerían la formación de cálculos, como el embarazo por ejemplo poseen un retardo del vaciamiento vesicular y el volumen residual esta incrementado. La presencia de cálculos en los conductos biliares en muchos casos pueden generar alguna infección severa, incluso podría ser mortal, dependiendo de dónde se ubique podría generar una colangitis, en el páncreas una pancreatitis. En esos casos al existir una obstrucción de los conductos biliares existe un incremento bacteriano y podría generar una infección localizada o propagarse a la sangre

y ocasionar una sepsis.

ASPECTOS CLÍNICOS

Los cálculos biliares particularmente no generan ningún tipo de síntomas por un buen tiempo, en algunos casos no se llegan a presentar, se alojan en la vesícula biliar pudiendo penetrar en el intestino delgado o grueso, en esos casos genera una obstrucción intestinal también llamada oclusión ileobiliar. Casi con frecuencia sucede que los cálculos pasen desde su origen la vesícula hacia los conductos biliares y por medio de estos lleguen al intestino delgado. En muchos casos pueden permanecer en los conductos si ocasionar problemas ya sea la obstrucción de la bilis o síntomas. Al existir una obstrucción total o transitoria de un conducto biliar por un cálculo ocurren síntomas tales como:

1.- Cólico biliar

Es el síntoma principal de la litiasis, ocurre muchas veces cuando un cálculo bloquea el trayecto del sistema biliar. El dolor es característico tiene como origen la hipertensión brusca de la vesícula o también en muchos casos de la vía biliar. Se han descrito dos clases de cólicos biliares uno es simple y el otro tipo es el complicado. En caso de ser simple la obstrucción es transitoria, cede de manera espontánea sin dejar secuelas. En caso de ser complicada, la obstrucción es por un tiempo prolongado y durante todo el proceso aparecen diversas alteraciones entre ellas inflamatorias o hasta sépticas que de una u otra forma altera la evolución del paciente.

Cuando es simple el cólico aparece aproximadamente entre 2 a 3 horas posterior a la ingesta de alimentos, que de manera pronta se transforma en un dolor gran intensidad, continuo, de localización epigástrica y en hipocondrio derecho. Muchas veces está asociado a náuseas, el vómito aparece al inicio del cólico y generalmente no alivia al paciente. Particularmente dura de 15 minutos a 2 horas y remite de manera espontánea. En muchos de los casos

son útiles los antiespasmódicos por vía parenteral. El enfermo podría cursar con algún episodio de dolor a la palpación en hipocondrio derecho y febrícula de corta duración. La forma espontánea con la que remiten los síntomas indica que la obstrucción ya no está presente.

Cuando el cólico es complicado el periodo es más largo que puede llegar ser varios días, a diferencia del cólico simple este solo remite de manera parcial por los analgésicos y tiene grandes posibilidades de recidivas. Generalmente va acompañado de vómitos de gran intensidad, fiebre o algunas veces ictericia. Al examinar el abdomen se podría evidenciar defensa muscular o algún aspecto de masa en el hipocondrio derecho. Este tipo de dolor complicado por los signos ya descritos, nos evidencia que la obstrucción biliar es permanente y los fenómenos de inflamación, necrosis ya están presentes. Este tipo de dolor se manifiesta en las colecistitis agudas, pancreatitis aguda asociada a obstrucción biliar o en una colédocolitiasis por un cálculo en el esfínter de Oddi.

Es común pensar que el cólico aparece posterior a la ingesta de alimentos ricos en grasa, ya que estas son el mejor estímulo en la liberación de colecistoquinina. En Muchos estudios experimentales se ha obtenido bilis de la vesícula de pacientes con la enfermedad, utilizando colecistoquinina parenteral para lograr el vaciamiento. Pero a pesar de los estímulos no se logró ocasionar un cólico biliar.

2.- "Dispepsia biliar"

El termino dispepsia biliar está asociado a un conjunto de síntomas que no generalmente guarda relación con una colelitiasis sin embargo esta más relacionada con alteraciones motoras del sistema digestivo y con frecuencia suceden en pacientes con malos hábitos alimentarios, entre los síntomas tenemos, sensación de llenura, halitosis, lengua saburral, eructos, regurgitación etc. No se llegó a demostrar que exista relación entre la aparición de los síntomas y la presencia de cálculos biliares.

3. - Fiebre e ictericia

La fiebre que guarda relación con la litiasis se manifiesta de dos maneras, se puede presentar bruscamente, con escalofríos de manera breve que alcanzan los 39 grados o más. Dichos episodios son común ver en una coledocolitiasis siendo muchas veces la única manifestación clínica. La otra manera de manifestarse es de forma prolongada, varios días de duración y moderada intensidad. Generalmente se asocia a una colecistitis aguda y sus complicaciones. En cuanto a la ictericia, se asocia a coluria y puede aparecer en brotes breves, en muchos casos puede aparecer luego de un cólico biliar.

4. - Palpación vesicular

Generalmente la vesícula no es palpable, por su consistencia y localización anatómica subhepática. Cuando la vesícula se encuentra inflamada, se puede palpar el fondo vesicular, distendido también llamado signo de Murphy. El signo mencionado tiene valor cuando el dolor es localizado y se rige a la movilización del hígado. En los casos donde la región dolorosa es difusa se debe desconfiar que el dolor tenga origen biliar y pensar en otras causas del origen doloroso hepático o subhepático. Una masa palpable en la región vesicular es de gran valor semiológico. Se conocen 3 tipos de estas masas, una vesícula distendida, cuando no está asociada a ictericia, indica obstrucción del cístico por un cálculo enclavado. Si está asociado a ictericia indica una obstrucción biliar ya sea por un cáncer de páncreas o la porción distal del colédoco. El segundo tipo es la vesícula tumoral que se palpa en forma de una masa irregular de consistencia pétreo, fija, asociada o no a una hepatomegalia.

El tercer tipo es el plastrón vesicular que se palpa como una masa sensible, de límites irregulares y en su mayoría de casos aparece en el curso de la colecistitis aguda siempre y cuando la inflamación de la pared de la vesícula alcanza la superficie peritoneal.

COMPLICACIONES

Entre las complicaciones más frecuentes de la colecistolitiasis, la coledocolitiasis es la más frecuente, afecta hasta en 15% en los casos encontrados. Está relacionado la presencia de cálculos con la edad. Aquellos pacientes con colecistitis crónica en presencia de síntomas por lo general presentan uno o más episodios de colecistitis aguda. Una rara complicación, es la calcificación de la pared vesicular o también llamada vesícula de porcelana la cual está asociada al desarrollo de carcinoma de vesícula.

DIAGNOSTICO

Uno de los apoyos más importantes para el medico en el diagnóstico de una enfermedad litiasica, sea esta biliar y asociada a complicaciones, son sin duda el examen por imágenes ya sea por una radiografía o por ultrasonido. La radiografía simple es muy útil para visualizar cálculos que contienen calcio, en estos se evidencia una imagen sombreada, confundándose muchas veces con una imagen radiopaca, la cual ya se demostró que solo el 10 % de los cálculos lo son. Muchas veces se pueden confundir con cálculos biliares algún ganglio linfático o algunas calcificaciones costales.

Uno de los mejores métodos en la exploración de la vesícula es el ultrasonido por ecotomografía, ya que su localización anatómica cercana a la pared abdominal facilita la exploración. Particularmente la ecotomografía es de gran apoyo, siendo sensible y específica en el diagnóstico de una litiasis, se requiere que el paciente este en ayunas. Nos permite adquirir información anatómica sobre la vesícula desde el grosor de la pared vesicular, tamaño, longitud y calibre de la vía biliar. Para pensar en una vesícula normal al examen ecográfico debemos encontrar un grosor de la pared inferior a los 3 mm, sin la presencia de alguna imagen ecogenica en su interior.

La presencia de alguna imagen ecogenica en el interior que genera sombra

acústica y que al movimiento cambia de posición, nos indicaría que existen cálculos en el interior. Si el interior de la vesícula se encuentra ocupado o no visible, indicaría la presencia de uno o más cálculos en su interior. El ultrasonido nos brinda un diagnóstico certero superior al 95%, con un falso negativo de 3% y un falso positivo de 2%. Otro examen de gran aporte, útil y con un diagnóstico más preciso es la gammagrafía, en esta se administra una sustancia radioactiva por vía endovenosa la cual nos permite obtener imágenes más claras, de los conductos biliares, vesícula, hasta del mismo hígado.

La ecografía es en la actualidad la técnica de elección en el estudio inicial del enfermo con alguna sospecha alteración biliar, ya que esta es muy fácil de usar por el médico, además de su bajo costo y alta precisión diagnóstica en cuanto a una obstrucción biliar, colecistitis aguda o colecistolitiasis. Lo que nos da ventaja frente a una ecografía en el diagnóstico biliar es la TC, donde nos muestra quistes biliares intrahepáticos con o sin hepatolitiasis también llamado síndrome de Caroli.

Es muy recomendable realizar una colangiografía perioperatoria para de esta forma evaluar la vía biliar al momento de la cirugía. Se utiliza un contraste que se introduce mediante punción vesicular o canulación del cístico tras la colecistectomía.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Una de las patologías que más frecuente se confunde con la colecistitis es la apendicitis aguda, particularmente los síntomas y signos ocurren más rápido en la apendicitis, ya sea por ese motivo que la intervención quirúrgica debe ser inmediata al confirmar el diagnóstico, de no poder descartar una apendicitis la medida de elección es una laparotomía exploratoria. En cuanto a la pancreatitis se conoce que muchas veces es difícil de distinguir de una colecistitis aguda,

porque muchas veces están presentes ambas patologías.

Una elevación de la amilasa puede darse en ambos casos, mientras que la elevación de aclaramiento renal de amilasa es característico de una pancreatitis. Una ecográfica es muy útil en el diagnóstico al evidenciar aumento del tamaño del páncreas. Una hepatitis alcohólica muchas veces presenta la misma patogenia, incluida la fiebre y la presencia de leucocitosis marcada. En esos casos las medidas de elección para realizar el diagnóstico certero son una ecografía y biopsia hepática.

Muchas veces la perihepatitis gonocócica en el sexo femenino, por la extensión de una anexitis puede orinar un dolor agudo en el hipocondrio derecho. En estos casos una exploración pélvica y un cultivo cervical nos darían el diagnóstico. Un absceso hepático, ya sea piógeno o amebiano nos puede dificultar el diagnóstico. Por lo que una ecografía o gammagrafía del hígado nos daría el diagnóstico definitivo.

El tumor hepático muchas veces causa un dolor agudo a causa de la hemorragia o necrosis intratumoral. Esto dificultaría el diagnóstico, donde los hallazgos del tumor en una ecografía o TC lo confirmarían. A si como todas las entidades ya mencionadas tendrían sintomatología sugestiva de colecistitis, no podríamos dejar de mencionar una pielonefritis, ulcera péptica y hasta una insuficiencia cardíaca derecha súbita nos confundiría el diagnóstico si no utilizáramos la radiografía torácica convencional o abdominal y un sedimento urinario para el diagnóstico definitivo.

TRATAMIENTO

Generalmente cuando se identifica a una persona con inflamación aguda vesicular, la primera medida es la hospitalización, restricción de alimentos y rehidratación por vía endovenosa de líquidos y electrolitos. Se puede utilizar

una sonda nasogástrica, de esta manera el estómago se mantiene libre y se disminuye el estímulo de la vesícula biliar. La administración de antibióticos se lleva a cabo cuando hay una sospecha de una inflamación aguda de la vesícula biliar. Si no existe mayor riesgo de la cirugía, la vesícula se retira en los 2 primeros días de iniciarse la enfermedad.

Si existe alguna comorbilidad que ocasione alguna complicación operatoria la operación se posterga hasta controlar dicha comorbilidad. En los casos donde el cuadro doloroso se llega a resolver, la extirpación de la vesícula se podría postergar hasta después de 6 semanas o más. Si se llegase a evidenciar alguna complicación como un absceso o por último una perforación la cirugía será inmediata. Una pequeña porción de las personas a las cuales ya se les extirpa la vesícula, realizan pequeños eventos de dolor, se desconoce la causa real de estos episodios, pero se le podría asociar a una alteración en el esfínter de oddi, ya que ahí se controla la liberación de bilis proveniente del intestino delgado.

Muchas veces luego de la cirugía los cálculos restantes pueden generar dolor. La técnica más utilizada por el médico en este caso es el uso del endoscopio, de esta manera dilata el esfínter de oddi. La intervención particularmente calma los síntomas en aquellos que presentan anomalías en el esfínter pero no tiene utilidad en aquellos que solo presentan el dolor agudo.

DISOLUCIÓN FARMACOLÓGICA

Este solo es posible en los cálculos que tiene como origen el colesterol, la innovación mediante un tratamiento médico para la disolución de los cálculos de colesterol en la vesícula, fue gracias a los conocimientos modernos en fisiopatología vesicular y biliar. Esta teoría se confirma a partir de que se comprobó que el ácido quenodesoxicólico (AQ DC), que forma parte de uno de los 3 ácidos biliares de la bilis humana, tenía la capacidad de disolver el cálculo

reduciendo a su vez la saturación biliar. Posterior se descubre también que el ácido ursodesoxicólico (AUDC), un epímero del anterior ácido mencionado tenía la misma eficacia pero en dosis mínimas y a diferencia de la anterior la tolerancia clínica y biológica era mejor. Estos ácidos generan la instauración de la bilis ya que en su translocación por la membrana canalicular estimulan la excreción biliar de colesterol.

Uno de los compuestos más utilizados como agente disolutivo por haber demostrado mínimos efectos secundarios y grandes efectos beneficiosos en patologías colestásicas es el AUDC. Los pacientes candidatos a utilizar esta técnica con resultados positivos son aquellos pacientes asintomáticos, con presencia de vesícula funcionante y con presencia de cálculos pequeños menores a los 10mm. Mientras que en pacientes con alguna complicación, vesícula no funcionante, presencia de cálculos grandes que ocupan gran parte del lumen vesicular, dicha técnica es inútil.

Lo ideal es que la dosis sea 10mg/kg/día de AUDC, en estos casos el tratamiento recomendado debe ser durante 6 meses a 3 años sin interrupción, teniendo en cuenta el tamaño de los cálculos presentes. Por ecografía se demostró que la eficacia no es muy buena, encontrándose una respuesta positiva en menos de la mitad de los enfermos.

Se demostró que los cálculos tienden a recidivar posterior a interrumpir el tratamiento ya que particularmente siempre tiende a persistir la secreción de colesterol. Luego de estudios se demostró que la tasa de recidivas solo llegaba a los 50% en 5 años. Pero hasta ahora no se comprobó en su totalidad si es que la prevención de recidivas con AUDC tenga alguna relación con su capacidad de inhibir la nucleación del colesterol.

MEDIDAS DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Esta es una enfermedad que muchas veces es imposible prevenirla, ya que la población en general desconoce cualquier medida de control y prevención para evitar dicho cuadro. Aquellos pacientes que han presentado algún episodio agudo de colecistitis y por motivos clínico médico aún no se les ha extirpado la vesícula, puede ser de gran ayuda la restricción de alimentos ricos en grasa. La cirugía para la extirpación de la vesícula es la medida de elección para los pacientes que han presentado colecistitis a repetición. El consumo de leguminosas es considerado factor dietario importante en la presentación de la colecistitis. De esta manera se intenta disminuir el consumo de leguminosas, así como el de ácidos grasos, ya que nuestra población mantiene un consumo elevado de las mismas.

De una manera correlativa se debería asociar al consumo de ácidos grasos insaturados y la ingesta de fibra, cuya función primordial es la captación de las grasas saturadas y esto impide su absorción, a esto se le llama efecto protector.

Como dato final se llegó a demostrar el gran papel del AUDC en el tratamiento profiláctico, se comprobó que evita la formación de cálculos biliares en pacientes a los que se les induce a bajar de peso de manera apresurada posterior a la cirugía bariátrica.

CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS

H0: LOS FACTORES DE RIESGO NO ESTÁN ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE 2015.

H1: LOS FACTORES DE RIESGO ESTÁN ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE 2015.

3.2 VARIABLES

Se utilizaron las siguientes variables en el presente estudio:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Factores sociodemográficos:
 - Edad
 - Sexo
 - Talla
- Factores Clínicos:
 - Comorbilidad
 - Obesidad
 - Demora pre hospitalaria
 - Índice de masa corporal

- Dieta Rica en Fibras
- Tiempo de evolución de enfermedad

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Diagnóstico de colecistitis crónica calculosa

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de tipo retrospectivo, transversal, analítico y observacional que fue realizado con el objetivo de Identificar los factores de riesgo asociados a pacientes con diagnostico confirmatorio de colecistitis crónica calculosa en el Hospital Nacional Hipólito Unanue; durante el año 2015; los datos para esta investigación se recopilaron de los expedientes clínicos, mediante el uso de una hoja de recolección de datos, diseñada para este fin.

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Observacional Analítico –Retrospectivo Transversal

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Estuvo conformado por la totalidad de pacientes registrados en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en total fueron 397 casos

que fueron corroborados en el libro de registros de pacientes hospitalizados del servicio de cirugía con diagnóstico de colecistitis crónica a descartar calculosa o no y que ingresaron por el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue durante el año 2015 y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión planteados.

Pacientes a revisar sus historias clínicas escogidas aleatoriamente, donde la muestra según el total de casos fue de 195.

Se determinara el tamaño de la muestra, utilizando la siguiente formula:

Tamaño de población	397
Prevalencia	0.50
Margen de error absoluto	0.05
Nivel de confianza	0.95
Valor Z	1.9600
Tamaño de muestra	195

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años
- De cualquier sexo, raza, edad o nivel educativo
- Enfermos atendidos en el servicio de Cirugía General – Pabellón E2 Del Hospital Nacional Hipólito Unanue con diagnóstico de colecistitis crónica a descartar calculosa.
- Pacientes que hayan ingresado durante el periodo de 2015

Criterios de exclusión:

- Pacientes con historia clínica incompleta
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes que no cuenten con evaluación por estudios ecográficos.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedades terminales atendidos por el servicio de cirugía en el hospital Hipólito Unanue
- Pacientes que padezcan algún otro tipo de complicación de vía biliar que confunda el diagnóstico de colecistitis crónica.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- La recopilación de datos se obtuvo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes y el llenado de las variables a analizar fue vaciado en una ficha elaborada para cada paciente, donde solo se incluyó el número de historia permaneciendo la identidad del paciente anónimo, esta revisión de historias clínicas fue completada en 6 visitas a los archivos del Hospital Hipólito Unanue. Las historias clínicas encontradas con datos no completos o que no aparezcan registradas no se consideraron en la investigación.

Se procedió a llenar la ficha de recolección de datos con la información de las Historias Clínicas. Se procesó la información obtenida. Los resultados se presentaron en cuadros de asociación para su adecuada interpretación, en valores absolutos y relativos, aplicando la media aritmética y utilizando la estadística descriptiva.

4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizaron análisis en medidas de frecuencia, porcentajes, promedios y desviación estándar.

Para el procesamiento de datos se utilizó:

- Codificación de los datos.
- Elaboración de base de informaciones y datos.
- Representación en gráficos, tablas, etc. Según muestras variables

De manera inicial, se empleó un análisis descriptivo de la población general y luego comparando la estadística descriptiva de la muestra con las variables demográficas y clínicas.

Para determinar la intensidad de asociación entre las variables dependiente e independiente, se utilizó la estimación del riesgo mediante el Odds Ratio (OR).

Todas las comparaciones se realizaron con un nivel de confianza al 95% y un grado de error de 0.05%.

Para el procesamiento de datos se utilizara el Software SPSS versión 22.

4.7 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS

Las historias clínicas fueron revisadas exclusivamente con fines de investigación y la información obtenida de las historias es de carácter confidencial, no revelando la identidad u otra información personal de los pacientes.

Para la ejecución del trabajo de investigación, previamente se solicitó el permiso pertinente a la dirección general y al comité Ético y Metodológico del Hospital Nacional Hipólito Unanue, quienes revisaron el proyecto del presente trabajo de investigación y aprobaron la ejecución del mismo,

brindando al autor de la tesis, las facilidades ya autorizaciones necesarias en los servicios correspondientes.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 RESULTADOS

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

En la primera instancia se muestra una tabla que refleja las características de la muestra

Tabla N° 1: Características generales de la muestra en prevalencia

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A SEXO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o	FEMENINO	118	60,2	60,5	60,5
	MASCULINO	77	39,3	39,5	100,0
	Total	195	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,5		
	Total	196	100,0		

Fuente: INICIB-FAMURP-HNHU

Con respecto al sexo, en el cuadro se demuestra que el mayor número de casos (60.2%), correspondieron al sexo femenino y solo 39.5% al sexo masculino

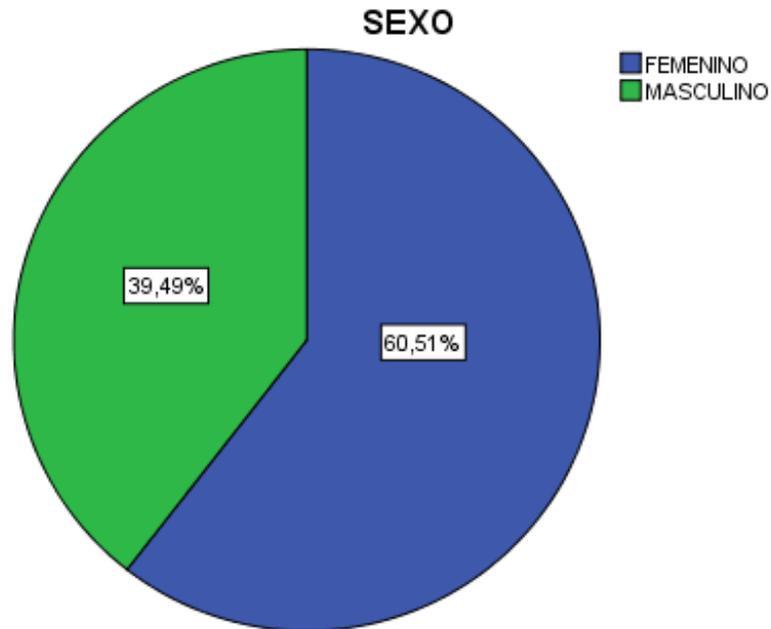


Tabla N° 2: Características generales de la muestra en prevalencia

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO ETAREO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
26-35	10	5,1	5,1	5,1
36-45	100	51,3	51,3	56,4
46-55	70	35,9	35,9	92,3
56 A MAS	15	7,7	7,7	100,0
Total	195	100,0	100,0	

Fuente: INICIB-FAMURP-HNHU

Con respecto a la edad, las historias clínicas se distribuyeron por decenios, iniciando a partir de los 26 años, ya que no se encontraron menores de esta edad. El grupo etareo con el mayor número de casos fue de los 36 a los 45 años con 100 pacientes (51.3%), seguido del grupo de 46 a los 55 años con 70 pacientes (35.9) y finalmente el grupo de 26 a los 35 con 10 paciente (5.1%)

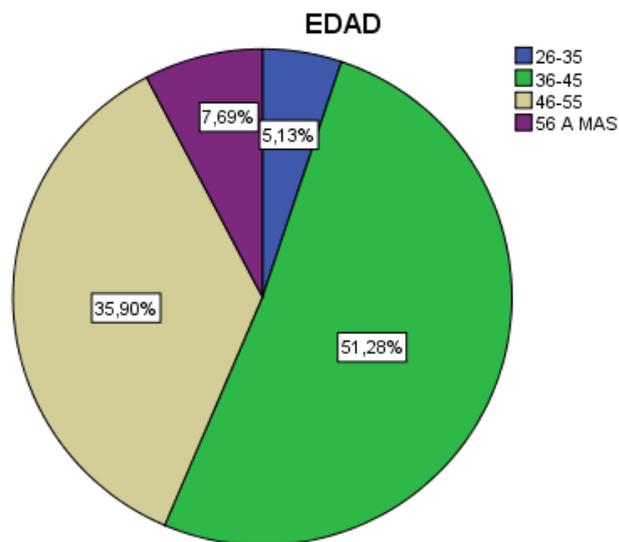


Tabla N° 3: Características generales de la muestra en prevalencia

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A LA COMORBILIDAD ASOCIADA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

COMORBILIDADES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DIABETES MELLITUS	5	2,6	2,6	2,6
.	ENFERMEDAD VASCULAR CRONICA	9	4,6	4,6	7,2
.	OBESIDAD	30	15,3	15,4	22,6
.	NINGUNA	151	77,0	77,4	100,0
.	Total	195	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,5		
Total		196	100,0		

Fuente: INICIB-FAMURP-HNHU

En relación a las enfermedades que se asocian al desarrollo de la colecistitis crónica, tenemos la obesidad con 30 casos (15.3%), enfermedad vascular crónica con 9 casos (7,2%); Diabetes Mellitus en 5 casos (2.6%); no se encontró ningún caso de cáncer (0%) y 151 (77.0%) pacientes no tuvieron ninguna de las enfermedades antes mencionada antes de tener colecistitis crónica

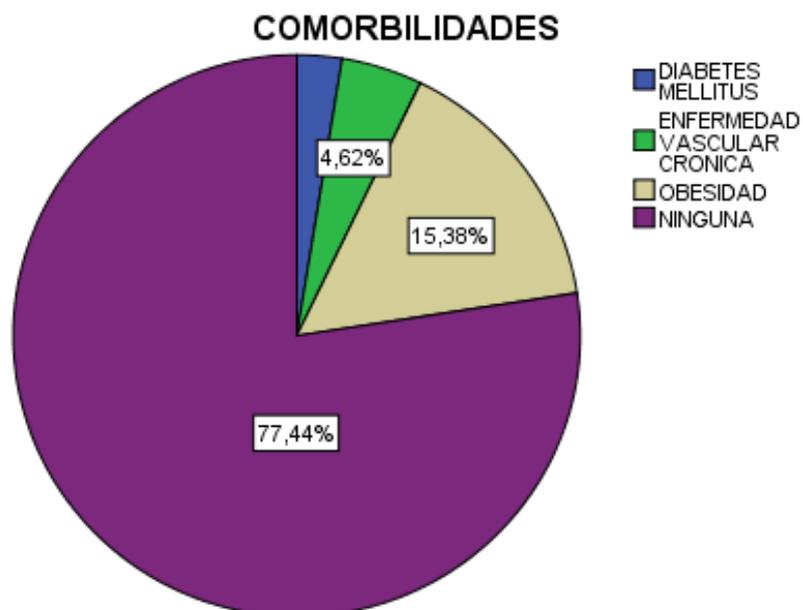


Tabla N° 4: Características generales de la muestra en prevalencia

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCION. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0-10 MESES	33	16,9	16,9	16,9
11-20 MESES	129	66,15	66,15	83,1
21 A MAS MESES	33	16,9	16,9	100,0
Total	195	100,0	100,0	

Fuente: INICIB-FAMURP-HNHU

En relación al tiempo de evolución de la colecistitis crónica calculosa, tenemos que 33 (16.9%) pacientes tuvieron un tiempo de la evolución de la enfermedad de 21 meses a mas, 33 pacientes (16.9%) de 0 a 10 meses y finalmente 129 pacientes (66.15%) de 11 a 20 meses.

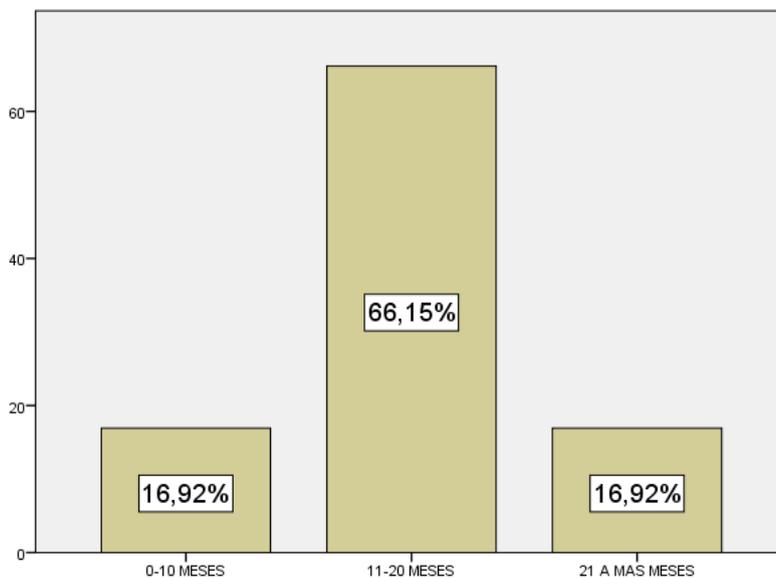


Tabla N° 5: Características generales de la muestra en prevalencia

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL TIEMPO DE PREHOSPITALIZACION. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-7 DIAS	50	25,6	25,6	25,6
8-13 DIAS	100	51,28	51,28	76,9
14 A MAS DIAS	45	23,08	23,08	100,0
Total	195	100,0	100,0	

Fuente: INICIB-FAMURP-HNHU

Según el tiempo de pre hospitalización encontramos que 45 pacientes (23.08%) tuvieron de 14 a más días, 50 pacientes (25.6%) estuvieron solo de 0 a 7 días de pre hospitalización y 100 pacientes (51.28%) estuvieron hospitalizados de 8 a 13 días.

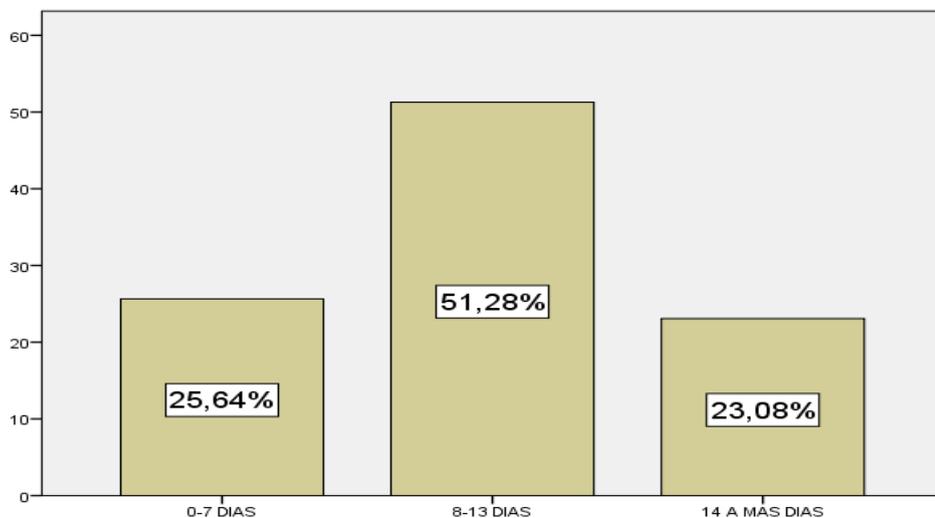


Tabla N° 6: Características generales de la muestra en prevalencia

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL CONSUMO DE DIETA. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	149	76,0	76,4	76,4
	SI	46	23,5	23,6	100,0
	Total	195	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,5		
Total		196	100,0		

Fuente: INICIB-FAMURP-HNHU

En cuanto al consumo de dieta rica en fibras; en el 76.0% de los casos (149 pacientes) la respuesta fue que no consume dicha dieta, favoreciendo la formación de cálculos y el 23.5% de los casos (46 personas) respondieron que si consumen dieta rica en fibras, la cual favorece a la no formación de cálculos.

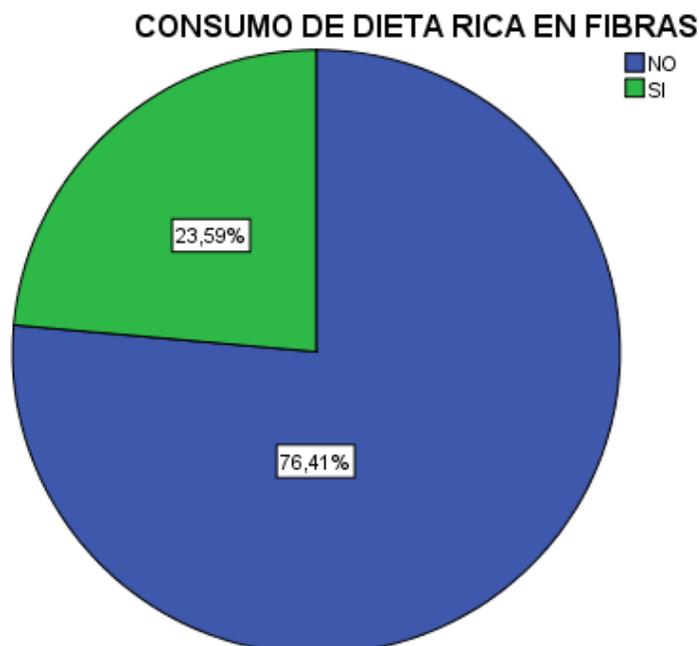


Tabla N° 7: Características generales de la muestra en prevalencia
 DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL PESO DEL PACIENTE.
 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO
 DE COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

		PESO			
		Frecuenci	Porcentaj	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	0-69 KILOS	27	13,7	13,8	13,8
.	70-85 KILOS	44	22,3	22,6	36,4
.	86 A MAS	124	62,9	63,6	100,0
.	KILOS				
.	Total	195	99,0	100,0	
Perdido	Sistema	2	1,0		
s					
Total		197	100,0		

FUENTE: INICIB-FAMURP-HNHU

En cuanto al peso en kilos del paciente, se encontró que 44 casos (22.3 %) tienen peso entre 70 a 85 kilos; 27 casos (13.7%) pacientes tiene peso entre 0 a 69 kilos y se encontró que el mayor porcentaje de pacientes que presentaron cálculos fueron 124 casos (62,9%) cuyo peso era más de 86 kilos.

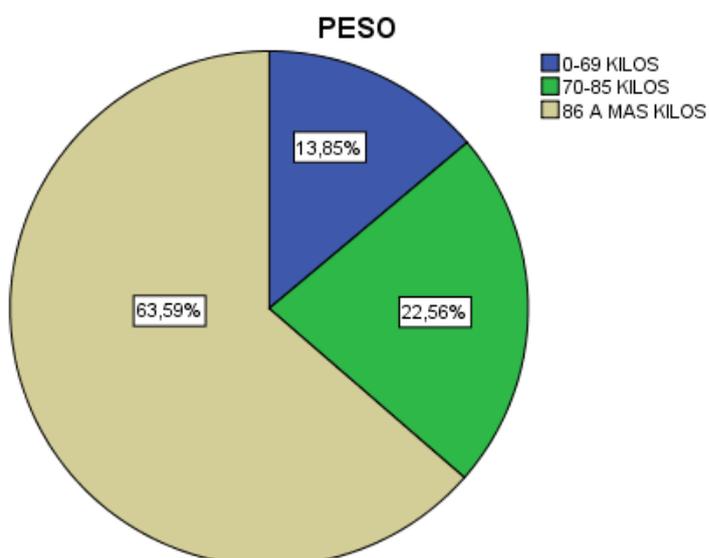


Tabla N°8 características generales de la muestra

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A LA TALLA DEL PACIENTE.
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO
DE COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-1.65 METROS	40	20,5	20,5	20,5
1.66-1.77 METROS	109	55,9	55,9	76,4
1.78 A MAS METROS	46	23,6	23,6	100,0
Total	195	100,0	100,0	

FUENTE: INICIB-FAMURP-HNHU

Con respecto a la talla en metros del paciente, se encontró que 109 casos (55.9 %) midieron entre 1,66 – 1,77 metros; 43 casos (20.5%) los pacientes midieron entre 0 – 1,65 metros y el porcentaje para pacientes que midieron de 1,78 a más fue de 23,6 % con 46 casos.

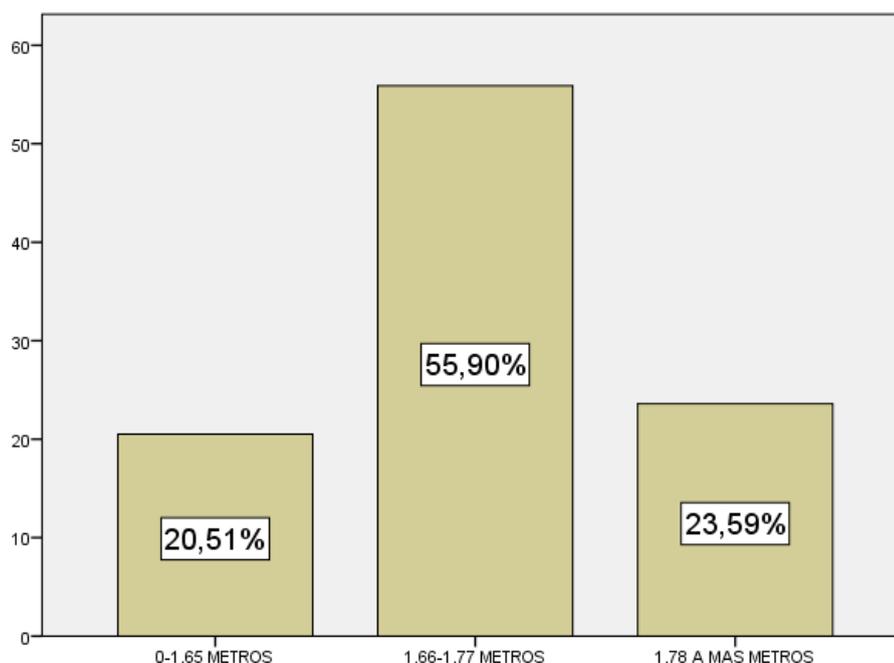


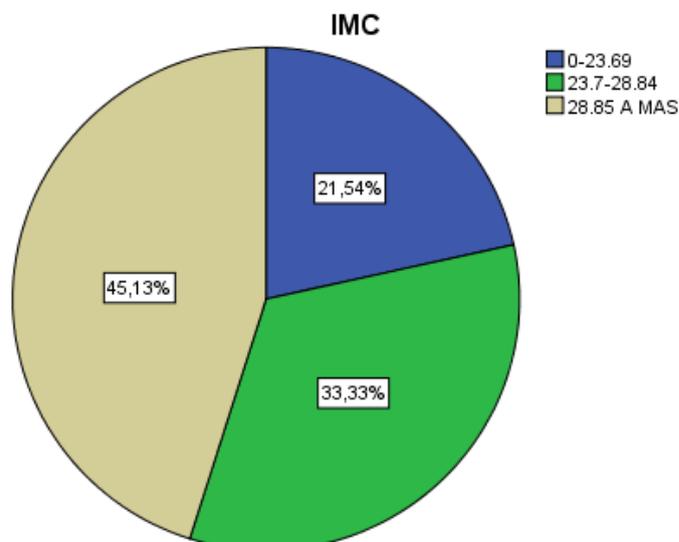
Tabla N° 9 características generales de la muestra en prevalencia

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL IMC DEL PACIENTE.
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO
DE COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

		IMC			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	18-23.50	42	21,5	21,5	21,5
	23.6-29,5	65	33,3	33,3	54,9
	29.6 A MAS	88	45,13	45,1	100,0
	Total	195	99,0	100,0	
Perdidos	Sistemas	2	1,0		
	Total	197	100,0		

FUENTE: INICIB-FAMURP-HNHU

En cuanto al índice de masa corporal, se encontró que 65 casos (33.3 %) el IMC está dentro 23,6 – 28,5; 42 casos (21.5%) el IMC está dentro 18 – 23,5, sin embargo se logró encontrar que los casos que fueron 88 (45,13%) tenían un IMC de 29,6 a más y estos presentaron la enfermedad.



OBESIDAD

Tabla N° 10 colecistitis crónica calculosa vs obesidad

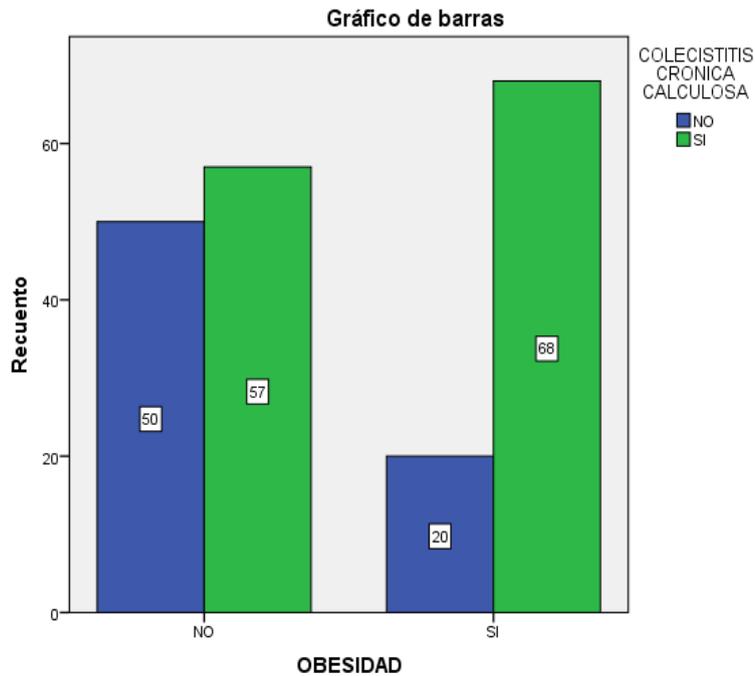
	Estimación de riesgo		
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para OBESIDAD (NO / SI) Para cohorte COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA = NO	2,982	1,594	5,582
Para cohorte COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA = SI	2,056	1,331	3,177
N de casos válidos	,689	0,559	0,851
	195		

FUENTE: INICIB-FAMURP-HNHU

Tabla N° 11 asociación colecistitis crónica calculosa vs obesidad

	Chi-cuadrado de Pearson	Grado de Libertad	P	OR
OBESIDAD	12,089 ^a	1	0,001	2.982

FUENTE: INICIB-FAMURP-HNHU



En la tabla N° 11 se muestra el cruce de datos entre la variable dependiente Colecistitis crónica calculosa y la variable independiente obesidad. Al ser variables cualitativas se someten a Chi Cuadrado, encontrándose un valor de $p: 0.001$ (tabla N° 10), al obtener un valor de $p < 0.05$ se concluye que si existe relación estadísticamente significativas en el número de pacientes con obesidad y los pacientes con colecistitis crónica calculosa

El análisis de riesgo de obesidad (Tabla N°10) nos da un valor de OR de 2.982 (IC95% 1.594-5.582), hallando que la razón que no incluye la unidad podemos afirmar que la variable es un factor de riesgo. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Consumo de dieta rica en fibras

Tabla N° 12 colecistitis crónica calculosa vs consumo de fibra

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para CONSUMO DE DIETA RICA EN FIBRAS (NO / SI)	2,495	1,152	5,406
Para cohorte COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA = NO	1,883	1,053	3,368
Para cohorte COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA = SI	0,755	0,616	0,924
N de casos válidos	195		

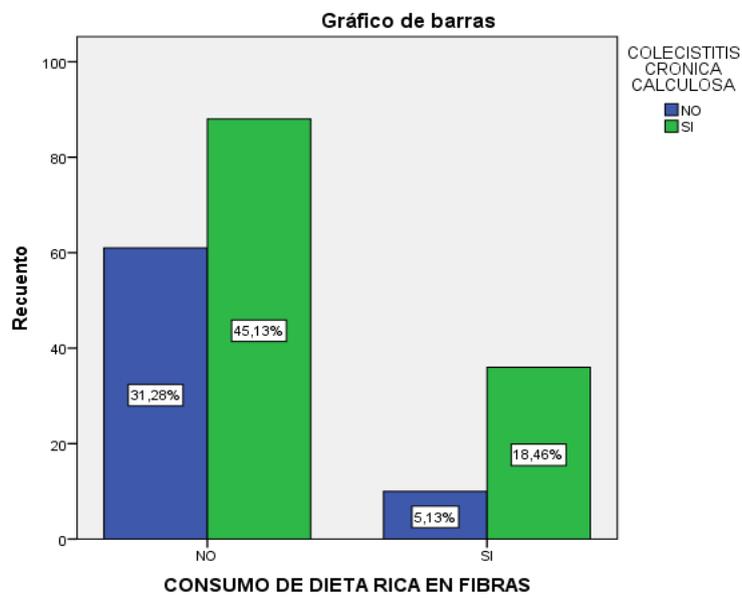
En la tabla N° 12 se muestra el cruce de datos entre la variable dependiente Colecistitis crónica calculosa y la variable independiente consumo de dieta rica en fibra. Al ser variables cualitativas se someten a Chi Cuadrado, encontrándose

un valor de $p: 0.018$ (tabla N° 13), al obtener un valor de $p < 0.05$ se concluye que si existe relación estadísticamente significativas en los pacientes que consumen dieta rica en fibra y los pacientes con colecistitis crónica calculosa.

El análisis de riesgo de la variable dieta rica en fibras (Tabla N°13) nos da un valor de OR de 2,495 (IC95% 1.152-5.406), hallando que la razón entre consumo de dieta rica en fibras y colecistitis crónica calculosa es 2.495, constituyendo un factor de riesgo. Esta asociación es estadísticamente significativa.

Tabla N° 13 Asociación colecistitis crónica calculosa vs consumo de fibra

	Chi-cuadrado de Pearson	Grado de Libertad	P	OR	IC (95%)
Consumo de fibra	5,597 ^a	1	0,018	2.495	1.152-5.406



RESUMEN DE VARIABLES

Variable	Chi- cuadrado de Pearson	P	OR	IC (95%)
<i>EDAD:</i>	21.094 ^a	0.001	-	-
<i>SEXO</i>	20.756 ^a	0.001	0.246	0.133-0.456
<i>OBESIDAD</i>	12.089 ^a	0.001	2.982	1.594-5.582
<i>CONSUMO DE FIBRA</i>	5.597 ^a	0.018	2.495	1.152-5.406
<i>DIABETES MELLITUS</i>	0.597 ^a	0.440	0.429	0.047-3.911
<i>IMC</i>	2.058 ^a	0.001	-	-
<i>TIEMPO PRE HOSPITALARIO</i>	18.351 ^a	0.367	-	-
<i>TIEMPO DE EVOLUCION</i>	33.057 ^a	0.257	-	-
<i>TALLA</i>	1.313 ^a	0.519	-	-
<i>PESO</i>	0.656 ^a	0.721	-	-

5.2 DISCUSION DE RESULTADOS

Durante la resolución del presente trabajo de investigación, se ha resaltado que la presencia de cálculos en pacientes que hayan presentado colecistitis, que en primera instancia fue aguda para luego convertirse en crónica al pasar el tiempo podría estar asociada al estilo o calidad de vida y así guardar relación con los diversos factores de riesgo siendo estos sociodemográficos o alguna comorbilidad que pueda estar asociada a la formación de dichos cálculos.

En el presente trabajo se analizó si las características sociodemográficas, las comorbilidades en los pacientes constituyen un factor de riesgo asociado a la formación de cálculos en pacientes con colecistitis crónica, también analizamos el tipo de dieta, si es rica en fibra o no. ya que esta influye de una manera importante para la formación o no de cálculos en el futuro.

Durante el período de estudio que fue en el año 2015 se tuvieron a 397 pacientes que acudieron al Hospital Hipólito Unanue por presentar algún tipo de molestia vesicular, siendo esta una colecistitis crónica mal tratada o en tratamiento, de esta población mediante la fórmula estadística para estimación y prevalencias, se sacó una muestra que fue de 195 pacientes. De los cuales 124 pacientes terminaron presentando cálculos, lo cual corresponde al 30.4% de mi población, según los estudios leídos a nivel mundial tenemos el estudio de Pérez rivera (2012) en la ciudad de Ecuador se encontró una tasa de colecistitis crónica calculosa de 28.72% siendo un porcentaje promedio al presente estudio.

En nuestro país la tasa de colecistitis crónica calculosa oscila entre 40 %. Almería (2015) reporta en su estudio una tasa de conversión de 32%, Medina¹ (2008) reporta una tasa de colecistitis crónica calculosa de 26%. Domínguez (2011) reporta una tasa de colecistitis crónica calculosa 18.72%. Podemos con esto concluir que la tasa de conversión encontrada en este estudio no es muy diferente a la ya encontrada en otros estudios realizados en el país como fuera del país.

A. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

En este grupo se evaluaron 2 características: Edad y sexo.

Lo que respecta a la edad, la edad media encontrada con la presencia de la enfermedad abarca la 4ta y 5ta década con un valor de 50,8 % de nuestra

población estudiada. Se procedió a agrupar las edades en 4 grupos de acuerdo al corte encontrado en diferentes estudios en pacientes de 26 a 35 años, de pacientes de 36 a 45 años, de pacientes de 46 a 55 años y de 55 años a más. Encontrándose que de toda la muestra estudiada 100 pacientes se encontraban entre los 36 a 45 años (50,8%) de la población. Por lo que podemos concluir que de nuestra población los que presentaron colecistitis crónica calculosa tenían una edad promedio entre los 36 y 45 años. A diferencia de nosotros Huberrt (2010) en un estudio donde busca la relación entre los factores riesgo de la colelitiasis y los tipos de litiasis en los pacientes con la enfermedad encontró que de su población estudiada el 56% tenía más de 40 años. Varela Fernández (2011) encontró que el 38% de su población estudiada pertenecían al grupo etario de 36 a 45 años. Dr. Luis Fernández a diferencia de nosotros realizo un estudio con 276 pacientes donde encontró que los que presentaron colecistitis crónica calculosa pertenecían a un grupo etario avanzado > 70 años en un 40 % de la población estudiada. Por lo que podemos decir que los estudios encontrados no están muy alejados del nuestro ya que el grupo etario es similar o mayor.

Respecto al sexo en los resultados obtenidos del estudio se encontró que el sexo femenino presento mayor porcentaje de formación de colecistitis crónica calculosa siendo el 59.9% con 90 pacientes. De sexo Femenino. Dr. Luis Fernández (2008) en su estudio encontró que de su población la relación de sexo femenino sobre el masculino era de 4:1 en formar colecistitis crónica calculosa con un 45% de su población estudiada que si presento la enfermedad. Podemos con esto llegar a la conclusión que el sexo femenino tiene mayor prevalencia en la formación de cálculos dato encontrado en nuestro estudio como en los demás estudios revisados.

B. COMORBILIDADES

En este grupo se evaluaron 3 características: Obesidad, Diabetes mellitus, enfermedad vascular crónica

Respeto a las morbilidades que predominaron en los pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue que acudieron por colecistitis crónica calculosa fue el de Obesidad con 15.2 % seguido por enfermedad vascular crónica con 9 % y por ultimo Diabetes Mellitus con 5 %, a diferencia de los encontrado por Domínguez L.¹⁷(2011) donde la hipertensión arterial (21.2%) fue la primera morbilidad encontrada en los pacientes con colecistitis crónica calculosa y tienen a la Diabetes Mellitus (5.2%) como segunda causa de morbilidades asociadas. Almeria P.²⁴ (2015) encontró que en los pacientes con colecistitis crónica calculosa el 2.4% de ellos presentaron diabetes mellitus y el 1.8% presento hipertensión arterial.

C. ALIMENTACION

En este grupo se evaluó 1 característica: consumo de dieta rica en fibra

Con respecto a la alimentación, tenemos a la dieta rica en fibras que en nuestro estudio nos dio como resultado que los pacientes que no consumían dieta rica en fibras fueron 149 casos (75,6%). El análisis de riesgo de la variable dieta rica en fibras nos da un valor de OR de 2,495 (IC95% 1.152-5.406), hallando que la razón entre consumo de dieta rica en fibras y colecistitis crónica calculosa es 2.495, constituyendo un factor de riesgo. Esta asociación es estadísticamente significativa. A diferencia del estudio realizado por Almeria P.²⁴ (2015) encontró que en los pacientes con colecistitis crónica calculosa solo el 20% de la población estudiada no consumía dieta rica en fibras mientras que

el restante si, volviéndose un factor protector para la no formación de cálculos vesiculares.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. El sexo femenino presenta el mayor número de casos con una frecuencia en el estudio realizado de 1.3 mujeres por cada varón.
2. Los factores de riesgo que fueron estadísticamente significativos y estuvieron asociados a la Colecistitis crónica calculosa en nuestro estudio fueron: la edad, obesidad consumo de dieta.
3. El grupo etáreo más afectado es el de la cuarta y quinta década de la vida.
4. la enfermedad más asociada a los pacientes con diagnóstico de colecistitis crónica calculosa fue la obesidad.
5. Entre todos los pacientes que formaron parte de nuestro estudio, el tiempo de evolución de la colecistitis crónica calculosa que más se encontró estuvo en el rango de 11 a 20 meses.
6. Dentro del rango de 8 a 13 días, se presenta el mayor número de pacientes con tiempo pre hospitalario.
7. Se observó que de las historias clínicas estudiadas, en su mayoría, los pacientes no consumen una dieta rica en fibras la cual favorece a la formación de cálculos vesiculares.

RECOMENDACIONES

- A pesar de ser una enfermedad de gran relevancia epidemiológica, la colecistitis crónica calculosa no cuenta, a nivel nacional, con una cantidad suficiente de estudios que asocien los factores de riesgo que predisponen a dicha patología. Por este motivo:
- Se debería fomentar los trabajos de investigación acerca de esta patología; los mismos que deberían realizarse en diferentes instituciones a nivel nacional y por períodos de tiempo superiores a los dos años; para así tener información fidedigna, con significancia estadística y valedera con la que se pueda establecer comparaciones y tomar, consecutivamente, las medidas preventivas necesarias.
- Al encontrar asociación de dicha patología con el índice de masa corporal, se recomienda a las instituciones de salud que mantengan un control íntegro y exhaustivo, mediante la instauración de recomendaciones dietéticas y de actividad física en pacientes con riesgo de poseer litiasis vesicular a futuro; es decir personas con un índice de masa corporal superior al normal.
- Es importante informar a los pacientes la asociación existente entre la formación de cálculos vesiculares y el IMC incrementado, en especial a los que ya presentan este factor de riesgo.
- El personal de salud debe orientar a los pacientes con sobrepeso u obesidad, a que ante la presencia de sintomatología sugerente de colecistitis aguda acudan inmediatamente al servicio de salud para la correspondiente atención evitando así se vuelva crónica, formación de cálculos o complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alteraciones de la Vesícula Biliar. En Línea Manual Merck. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España; 2005.
2. Colecistitis Crónica. ADAM. [en línea] 2005 mayo 30 [fecha de acceso 16 de septiembre de 2005];
cszSzuszSzcnSzcontentzSzadamzSzespzSzesp__encyzSzarticlezSz000273zPzhtm
3. Villalobos P. Colecistitis Aguda. En Introducción a la Gastroenterología. 3ra Edición. México: Méndez editores; 2001. p. 766-786.
4. Gustavo A. Quintero. Cirugía Hepatobiliar: Historia y Perspectiva. [En Línea] 2004. [fecha de acceso 14 de septiembre de 2005].
5. Colecistitis Aguda. ADAM. [en línea] 2005 mayo 31 [fecha de acceso 16 de Setiembre de 2005];
cszSzuszSzcnSzcontentzSzadamzSzespzSzesp__encyzSzarticlezSz138zPzhtm.
6. Rally Sanpen. Colecistitis. [En Línea] 2005 [fecha de acceso 16 de Septiembre de 2005].
7. Rally Sanpen. Colecistitis y Cólico Biliar. [En Línea] 2005 [fecha de acceso 16 de Septiembre de 2005]. Hoogerwer WA, Soloway RD. Epidemiology, pathogenesis and treatment of gallstones. Curr Opin Gastroenterol 1998; 14:413-416.

8. Biología del hígado y de la vesícula biliar. En Línea Manual Merck. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España; 2005.
9. E. Ros Róala. Enfermedades de las vías biliares. En CD ROM Principios de Medicina Interna de Farreras, Rozman. 14a Edición. Ediciones Harcourt, S. A. Velázquez, 24, 5.º Dcha. 28001 Madrid. España. 2000.
10. Apstein MD, Carey MC. Pathogenesis of cholesterol gallstones: a parsimonious hypothesis. *Eur J Clin Invest* 1996; 26:343-352.
11. Bebko, S. y et al. *Eventos Intraoperatorios Inesperados y Conversión en Pacientes Colecistectomizados por Vía Laparoscópica: Sexo Masculino como Factor de Riesgo Independiente*. Lima : Rev. Gastroenterología, 2011.
12. Cainamari, D'. *Complicaciones Intraoperatoria e Inmediata de la Colecistectomía Laparoscópica*. Cirugia, Hospital III Iquitos. Iquitos : s.n., 2010. pág. vii.
13. Prieto – Diaz -Chavez, E. Factores de riesgo para conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta. Mexico: Departamento de Cirugia General y Unidad de Investigacion en Epidemiologia Clinica, Hospital Gneral de Zona N 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Colima, enero – marzo 2010.
14. Marquez F. Comportamiento de factores de riesgo de conversión de la COLELAP a colicistectomia abierta, Hospital General de Barranquilla, Enero de 2014 – abril 2015.

15. Almeria P. Causas de conversión de colecistectomía laparoscópica, Departamento de Cirugía, Hospital III Iquitos- ESSALUD, Octubre 2013 a Octubre 2014.
16. Reyna L. Conversión de colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda vs colecistitis crónica Hospital Regional docente de Trujillo 2008-2013.
17. Bocanegra R., et al. Colecistectomía laparoscopia en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Peru del 2007-2011.
18. Campos G. y Gonzales M. Factores de conversión a cirugía abierta en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Centro Medico Naval en el Centro. Universidad Ricardo Palma 2010.
19. M Tejedor Bravo y A. albillos Martinez Actualización Enfermedad Litiasica biliar medicine 2012; 11(8):481-8
20. Arpi C. Juan. Causas de conversión de la colecistectomía laparoscópica, departamento de cirugía, Hospital Castanier Cresp, Azogues 2013. Universidad de Cuenca. CUENCA: ECUADOR, 2014
21. Almora, C y et. al. Diagnostico Clinico y Epidemiologico de la litiasis vesicular. Revision Bibliografica. Enero – Febrero de 2012, Vol 16,1, pags. 200-214.
22. Naranjo R., A. Y Rodriguez R., C Litiasis biliar, colangitis aguda y colecistitis aguda. (en línea) 2011.
<http://www.elseiverinsituaciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitul35.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Variables operacionales

Dependiente: Diagnostico de colecistitis crónica calculosa

Independiente: Factores de Riesgo asociados Características

demográficas

- Edad
- Sexo

Características clínicas

- IMC
- Tiempo de Enfermedad
- Obesidad

1. Obesidad
2. Demora pre hospitalaria
3. Consumo de dieta rica en fibra
4. Complicaciones
5. índice de Masa corporal
6. diabetes mellitus

Variable	Tipo	Naturaleza	Escala de Medición	Unidad de Medida	Indicador	Instrumento	Dimensión	Definición operacional	Definición Conceptual
Edad	Independiente	Cuantitativo	De razón	Rango etario	Porcentaje de individuos perteneciente a cada grupo etario.	Historia Clínica.	Sociodemográfica.	Rango de edad al cual pertenece el individuo.	Agrupación de los individuos de acuerdo a rangos de edades.
Sexo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Sexo Biológico.	Porcentaje de individuos perteneciente a cada sexo.	Historia Clínica.	Biológica	Perteneciente al sexo biológico masculino o femenino.	Condición orgánica, masculina o femenina, basada en la presencia de gónadas

Demora pre – hospitalaria	Independiente	Cuantitativa	De razón	———	Horas	Tiempo	Temporal	Tiempo de hospitalización	Tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas.
Dieta	Independiente	Cualitativa	———	———	Alimento	Alimentos	Temporal	Comida Ingerida	Alimentos balanceados proteínas, grasas, carbohidrato.
DX Plecistitis crónica calculosa	Dependiente	Cualitativa	Razón	———	Calculo	Calculo	Temporal	Sintomatología clínica diagnosticada clínica y por márgenes.	Cálculo vesicular de larga data el organismo

Variable	Tipo	Naturaleza	Escala de Medición	Unidad de Medida	Indicador	Instrumento	Dimensión	Definición operacional	Definición Conceptual
Obesidad	Independiente	Cuantitativa	De razón	Kg/m ²	Sobre peso > percentil 95	IMC	Bidimensional.	Valores de punto de corte de IMC > percentil 95	Enfermedad crónica, caracterizada acumu > 20% de gr.
Índice de Masa Corporal	Independiente	Cualitativa	Razón	Kg/m ²	Relación entre el peso corporal y la talla ²	—	Bidimensional	Se determinará mediante la relación del peso y la talla evaluados al día de la entrevista.	Es la medida o asociación entre el peso y la talla de una persona para evaluar su estado nutricional.

Anexo 2: Ficha de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTA DE MEDICINA HUMANA

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRÓNICA CALCULOSA EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE EN EL 2015"

Número de Historia Clínica: _____ CÓDIGO _____

Paciente (siglas) _____

Edad: Sexo del paciente: 1.FEMENINO () 2. MASCULINO () Peso: __

Talla: _____ IMC: _____

Enfermedades asociadas

(comorbilidades):

Diabetes mellitus ()

Enfermedad vascular crónica ()

Cáncer ()

Obesidad ()

Tiempo de evolución de la colecistitis crónica calculosa: (meses)

Tiempo pre hospitalización: _____

Consumo de dieta rica en fibras: Si () No ()

Tipo de herida operatoria:

Herida limpia ()

Herida limpia contaminada ()

Herida contaminada ()

Herida sucia ()

Anexo 3: turnitin



2.1 OBJETIVO GENERAL..... 7

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 8

3. HIPÓTESIS..... 8

4. MARCO TEÓRICO..... 9

5. METODOLOGÍA..... 25

5.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....25

5.2 UNIVERSO..... 26

5.3 TIPO DE MUESTREO Y MUESTRA..... 28

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... 27

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... 27

5.8 INSTRUMENTO.....27

5.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS..... 27

5.8 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS..... 29

5.9 PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS..... 28

5.10 ASPECTOS ÉTICOS..... 29

6. RESULTADOS..... 30

7. DISCUSIÓN..... 51

8. CONCLUSIONES.....52

9. RECOMENDACIONES..... 53

9. BIBLIOGRAFÍA..... 54

9.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 54

10. ANEXOS..... 56

Anexo 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... 56

Anexo 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... 59

1.1 Introducción

La Colección crítica Calculosa es también llamada a la luz o información de la

Desglose de coincidencias

1	medipaz.blogcindario.c...	9 %
Fuente de Internet		
Coincidencia 1 de 78		
	medipaz.blogcindario.c...	9 %
Fuente de Internet		
	scgd3murcia.iespana.es	4 %
Fuente de Internet		
	pt.scribd.com	2 %
Fuente de Internet		
	www.msds.es	1 %
Fuente de Internet		
	www.msds.co.cr	1 %
Fuente de Internet		
	msdchile.cl	1 %
Fuente de Internet		
	msd.com.ve	1 %
Fuente de Internet		
	msd.com.ec	1 %
Fuente de Internet		
	www.msds.com.ec	1 %
Fuente de Internet		
	www.msds.com.mx	1 %
Fuente de Internet		
	www.msds.com.pe	1 %
Fuente de Internet		
	attikacontigo.es.tl	1 %
Fuente de Internet		
	ilustrados.com	1 %
Fuente de Internet: 2 URL		
	www.ilustrados.com	1 %
Fuente de Internet: 2 URL		
	2013enfermeriaceusjic...	1 %
Fuente de Internet		
	arzthaus.blogspot.com	1 %
Fuente de Internet		
	www.revistaciencias.c...	1 %
Fuente de Internet		
	www.dominamos.com	1 %
Fuente de Internet		
	www.recopilamos.com	1 %
Fuente de Internet		
	escuela.med.puc.cl	1 %
Fuente de Internet		



Anexo 4: Permiso para revisión de historias clínicas



PERÚ
Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Hipólito Unzué

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"Año de la consolidación del Mar de Grau"

El Agustino, 15 de diciembre de 2016

CARTA N° 069-218-OEI-HNHU

Señor
RODOLFO GONZALES MATICORENA
Presente.-

Asunto : REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

Ref. : Exp. N° 52758

De mi consideración:

Me dirijo a usted, para expresarle mi cordial saludo y en relación al documento de la referencia, remito adjunto al presente la información solicitada de pacientes con el diagnóstico de "COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA", correspondiente al año 2015.

Atentamente.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNZUÉ"
ING. EST. E INF. MARIBEL PONCE CARHUAMACA
REG. CIP-147723
JEFA DE LA OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

MPC/mer

www.hnhu.gob.pe Av. César Vallejo N° 1390
El Agustino
Lima 10 - Perú
Telef. (511) 382-5700