



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero - Junio 2016.**

**AUTORAS:**

**Cedeño Veintimilla, María Soledad  
Sarmiento Cabrera, Madeleine Juliana**

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

**TUTOR:**

**Dr. Barquet Abi-Hannan, Giaffar**

**Guayaquil, Ecuador**

**21 de septiembre del 2016**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

### **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Cedeño Veintimilla María Soledad y Sarmiento Cabrera Madeleine Juliana**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

**TUTOR**

---

**DR. BARQUET ABI-HANNAN GIAFFAR**

**DIRECTOR DE CARRERA**

---

**DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS**

**Guayaquil, al vigésimo primer día del mes de septiembre del año 2016**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Cedeño Veintimilla María Soledad**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero - Junio 2016**, previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, al vigésimo primer día del mes de septiembre del año 2016**

**LA AUTORA**

---

**Cedeño Veintimilla María Soledad**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Sarmiento Cabrera Madeleine Juliana**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero - Junio 2016**, previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, al vigésimo primer día del mes de septiembre del año 2016**

**LA AUTORA**

---

**Sarmiento Cabrera Madeleine Juliana**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Cedeño Veintimilla María Soledad**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero - Junio 2016**; cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, al vigésimo primer día del mes de septiembre del año 2016**

**LA AUTORA:**

---

**Cedeño Veintimilla María Soledad**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **Sarmiento Cabrera Madeleine Juliana**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero - Junio 2016**; cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, al vigésimo primer día del mes de septiembre del año 2016**

**LA AUTORA:**

---

**Sarmiento Cabrera Madeleine Juliana**



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

---

**DR. GIAFFAR BARQUET, ABI-HANNAN**  
TUTOR

---

**DRA. ABARCA COLOMA, LUZ CLARA**  
OPONENTE

---

**DR. VITERI MOSQUERA, CLEY DAVID**  
OPONENTE

## **AGRADECIMIENTO**

*Quiero agradecer a mi familia mi punto de apoyo, en especial a mis padres quienes día a día estuvieron ahí dándome ánimos, acompañándome en esos días de arduo estudio y desvelos, guiándome en este camino de estudio y esfuerzo, fueron mi motor para seguir adelante, agradezco a mi mamita quién me levantaba a estudiar y me daba sus bendiciones, a mi abuelita quién me tomaba las lecciones, a mi hermano quién me ayudaba a realizar trabajos en computadora, a mi padre quién me daba ánimos y me hacía pensar que todo era más fácil teniendo una actitud positiva, a mi tía quién siempre me inculcaba responsabilidad y dedicación, a mis tíos quienes siempre han estado ahí respaldando cada decisión que yo tome, en serio no tengo palabras para agradecer lo mucho que me han apoyado durante toda mi vida estudiantil sin más palabras gracias de todo corazón no sería nadie sin ustedes mi familia, mi todo, los amo y quiero que siempre se sientan orgullosos de esta humilde servidora.*

*Adicionalmente deseo agradecer a mis amigos, compañeros, doctores, licenciadas, a mi tutor de tesis el Dr. Giaffar Barquet quien nos ha tenido mucha paciencia y nos ha guiado hasta culminar este trabajo. Me siento muy contenta por haber realizado este proyecto con mi compañera y amiga Soledad con la cual he compartido muchos momentos de alegría, estrés, frustración, los cuales nos han permitido crecer como personas y profesionales.*

*Y no me puedo despedir sin agradecer al ser más importante de todos a Dios el cual me permitió llegar hasta donde estoy y ser lo que soy gracias por brindarme sabiduría y entendimiento durante toda mi carrera.*

**Madeleine Juliana Sarmiento Cabrera**

## **AGRADECIMIENTO**

*Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.*

*Les doy gracias a mis padres por todo el apoyo brindado, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.*

*A mis hermanos gracias por estar conmigo, ayudarme en todo momento, y por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo he necesitado.*

*A José, por ser una parte muy importante de mi vida, por estar ahí en las buenas y en las malas, sobre todo por su paciencia, palabras de aliento y amor incondicional.*

*A Madeleine por ser una excelente amiga y compañera de tesis, por estar presente en los buenos y malos momentos que hemos pasado para la culminación de esta meta.*

*A mi tutor de tesis Dr. Giaffar Barquet por su paciencia, apoyo y orientación en los cambios que nos llevaron a la finalización de éste trabajo.*

*Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional, profesores de quienes me llevo grandes conocimientos; amigos a las que me encantaría agradecerles su amistad incondicional, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.*

*Muchas gracias y que Dios los bendiga a todos.*

**Ma. Soledad Cedeño Veintimilla**

## **DEDICATORIA**

*Me llena de orgullo poder dedicarle este trabajo a mi fuente de impulso, ejemplo y dedicación a mis padres quienes siempre han estado ahí guiándome en cada paso que doy, sin su apoyo no estaría donde estoy por lo cual me siento inmensamente agradecida.*

*Con mucho amor, respeto y esfuerzo les dedico este trabajo,*

### **Madeleine Sarmiento Cabrera**

*Dedico este trabajo principalmente a Dios, por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, quién me ha guiado por el buen camino, dado fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.*

*Mi familia quienes son el pilar más importante. A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, y por ayudarme en los momentos más difíciles y con los recursos necesarios para estudiar. A mis hermanos por estar siempre presente en todo momento.*

### **Ma. Soledad Cedeño Veintimilla**

*"El único modo de superar una prueba es realizarla. Es inevitable." El Anciano Cisne Negro Real.*

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	VII
DEDICATORIA.....	IX
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT .....	XIV
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPITULO I.....	16
1.1    Colecistitis Aguda .....	16
1.1.1    Epidemiología .....	17
1.1.2    Factores de riesgo.....	17
1.1.3    Fisiopatología.....	17
1.1.4    Cuadro Clínico .....	18
1.1.5    Diagnóstico .....	18
1.1.6    Complicaciones.....	19
1.1.7    Tratamiento.....	19
1.2    COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA .....	19
1.3    Hipótesis: .....	21
CAPITULO II.....	22
2. Objetivos generales y objetivos específicos.....	22
2.1 Objetivo General:.....	22
2.2 Objetivo Específico: .....	22
CAPITULO III.....	23
3. Materiales y métodos.....	23

3.1 Criterios de inclusión:.....	23
3.2 Criterios de exclusión:.....	23
3.3 Muestra:.....	23
3.4 Variables:.....	24
3.5 Técnicas y procedimientos de obtención de la información .....	24
3.6 Técnicas y procedimientos de análisis de la información .....	25
3.7 Consideraciones éticas .....	25
CAPITULO IV .....	26
4. Resultados.....	26
CAPITULO V .....	28
5. Discusión .....	28
CAPITULO VI .....	30
6. Conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.....	30
6.1 Conclusiones .....	30
6.2 Recomendaciones .....	31
6.3 Referencias bibliográficas .....	32
ANEXOS .....	35

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla #1: Prevalencia de pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Junio del 2016 según sexo y edad. ....	35
Tabla #2: Frecuencia de pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo según antecedentes patológicos personales en el periodo de Enero a Junio del 2016. ....	35
Tabla #3: Correlacion del tipo de colecistectomía con tiempo de manejo quirúrgico en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Junio del 2016. ....	36
Tabla #4: Frecuencia de sintomatología en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Junio del 2016. ....	36
Tabla #5: Relación de estancia hospitalaria con el tiempo del manejo quirúrgico en pacientes colecistectomizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Junio del 2016.....	37
Tabla #6: Comparación de las complicaciones en base al tiempo del manejo quirúrgico en pacientes colecistectomizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Junio del 2016.....	38

## RESUMEN

**Introducción:** La colecistitis es la afección más característica de la patología de las vías biliares, ocasionada por tumefacción de forma aguda o crónica de las paredes de la vesícula biliar lo que ocasiona dolor abdominal intenso. Se presenta en el 5–20% de los pacientes con colelitiasis. La colecistitis aguda es la inflamación aguda de la vesícula biliar, cuya resolución es mayoritariamente por colecistectomía laparoscópica, siendo el momento de intervención aún controvertido.

**Objetivos:** Comparar manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero a Junio 2016.

**Métodos:** Estudio descriptivo. Recolección de datos de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de colecistitis que han sido colecistectomizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

**Resultados:** Los pacientes colecistectomizados en un tiempo menor de 72 horas de evolución de sus síntomas presentaron menor número de complicaciones siendo estas dolor en hipocondrio derecho y fiebre en el tiempo posquirúrgico a diferencia de pacientes intervenidos luego de 72 horas donde se presentaron mayor complicaciones y entre ellas la más frecuente fue plastrón vesicular y se reportó un caso de síndrome de Mirizzi y se pudo comprobarlo estadísticamente al obtener una significancia de 0,001.

**Conclusiones:** Los pacientes con colecistitis aguda que acuden en las primeras 72 horas del comienzo de la sintomatología deben ser valorados correctamente para decidir de manera acertada el manejo quirúrgico que se llevara a cabo. Ya que se comprobó que si el paciente puede ser intervenido precozmente reduce su estancia hospitalaria así como también las complicaciones a corto plazo en el tiempo postquirúrgico.

**Palabras clave:** Colecistitis, colecistectomía temprana, colecistectomía tardía, hallazgos anatomopatológicos, estancia hospitalaria, complicaciones.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cholecystitis is the most characteristic condition of biliary tract disease, caused by swelling of acute and chronic exposure of the walls of the gallbladder, causing severe abdominal pain. It occurs in 5-20% of patients with cholelithiasis. Acute cholecystitis is acute inflammation of the gallbladder, whose resolution is mainly of laparoscopic cholecystectomy, being the time still controversial intervention.

**Objectives:** To compare early and late surgical management of patients diagnosed with cholecystitis in the Hospital Teodoro Maldonado Carbo in the period January to June 2016.

**Methods:** A descriptive study. Data collection from medical records of patients diagnosed with cholecystitis have been cholecystectomized Hospital Teodoro Maldonado in Carbo.

**Results:** Patients cholecystectomized in less time than 72 hours after onset of symptoms presented fewer complications being these right upper quadrant pain and fever in the postoperative time unlike patients after 72 hours of surgery where most complications occurred and including most frequent was vesicular plastron and a case of Mirizzi syndrome was reported and could statistically prove to obtain a significance of 0.001.

**Conclusions:** Patients with acute cholecystitis who come in the first 72 hours of onset of symptoms should be assessed properly to decide rightly surgical management to be carried out. Since it was found that if the patient can undergo surgery early reduces their hospital stay as well as short-term complications in the postoperative period.

**Keywords:** cholecystitis, early cholecystectomy, cholecystectomy late, pathologic findings, hospital stay, complications.

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia de colecistitis ha aumentado con el paso del tiempo, debido al elevado número de casos de colelitiasis. En Ecuador, en el año 2013 llegó a convertirse en la principal causa de morbilidad en mujeres y la quinta causa de muerte en hombres, con una tasa de morbilidad nacional de 22,13% por cada 10.000 habitantes. <sup>(1,2)</sup>

La terapéutica de elección para la colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica de preferencia en las primeras 72 horas posterior al inicio de los síntomas. Sin embargo, aún existe cierto desacuerdo entre los profesionales de la salud sobre el momento óptimo para la cirugía. Pero cabe mencionar que existen otros motivos por el cual no es viable dicho procedimiento entre los cuales tenemos: la falta de disponibilidad de quirófano, de recursos humanos idóneos, retraso en el diagnóstico y contraindicaciones por el estado del paciente. <sup>(3,4)</sup>

La colecistitis representa una de las principales causas de consulta tanto en el servicio de emergencia como en la consulta externa de cirugía general; siendo la causa más común la colelitiasis. Los datos de autopsia revelan que del 11 al 35% de los adultos norteamericanos, es decir, cerca de 25 millones de personas, presentan cálculos biliares. <sup>(5-7)</sup>

La colecistitis aguda es una patología habitual en nuestro ámbito hospitalario, por lo cual buscaremos con esta investigación tratar de disminuir la variabilidad, y determinar el tiempo que nos brinde mayor beneficio en cuanto al manejo quirúrgico en relación a la disminución de complicaciones en el paciente, además de maximizar el porcentaje de colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. <sup>(8)</sup>

# CAPITULO I

La vesícula biliar es un órgano intraabdominal de aspecto piriforme que mide 7 a 10 cm de longitud y 3 a 5 cm de ancho, cumple con la función de almacenar y concentrar la bilis hepática durante la fase de ayuno y excretarla hacia el duodeno en respuesta postprandial, con una producción aproximada de hasta 600 ml al día; la bilis suele concentrarse 5 a 10 veces más en la vesícula biliar. <sup>(9,10)</sup>

La inflamación aguda o crónica de la vesícula biliar provoca dolor abdominal intenso, síntoma que se presenta en el 20% de pacientes con colelitiasis, la cual se define como la presencia de litos (cálculos) en la vesícula biliar. Ésta patología representa la principal causa de colecistitis, aunque cabe mencionar que la presencia de barro biliar también puede desencadenar esta condición pero en menor frecuencia y en rara ocasión. La colecistitis se divide en dos tipos: colecistitis aguda, la cual se produce por dilatación aguda de la vesícula biliar generalmente debida a la presencia de uno o varios cálculos biliares que obstruyen los conductos de salida de la vesícula. Y la crónica que se produce por episodios repetitivos de colecistitis aguda; ocasionando que sus paredes se dilaten, sufran hipertrofia de forma progresiva disminuyendo el lumen vesicular perdiendo de esta manera la capacidad para poder almacenar bilis. <sup>(6,11,12)</sup>

## 1.1 Colecistitis Aguda

La colecistitis aguda es originada por la inflamación o infección ocasionada por la oclusión del conducto de salida de la vesícula biliar, siendo la causa más frecuente la colelitiasis. Es motivo habitual de consulta por pacientes del género femenino mayores de 50 años, en quienes usualmente se encuentra comorbilidades, como hipertensión, obesidad o diabetes. La etiología calculosa alcanza el 95% de los casos; en cambio el 3,7% al 14% de las colecistitis agudas corresponde a colecistitis alitiásica que se relaciona con factores de riesgo como cirugía, trauma, prolongación de estancia

hospitalaria en unidades de cuidados intensivos, infección, quemaduras, reflujo del jugo pancreático a la vesícula, bridas y neoplasias; en los pacientes añosos puede presentarse obstrucción de la arteria cística por esclerosis produciendo colecistitis aguda vascular con isquemia y necrosis. (9,13)

### **1.1.1 Epidemiología**

La incidencia de la colecistitis aguda aumenta con la edad; es más frecuente en el sexo femenino, por lo que las mujeres mayores de 40 años tienen una prevalencia de un 80%. En el mundo se diagnostican alrededor de 800.000 casos nuevos al año. (14,15)

### **1.1.2 Factores de riesgo**

Entre los factores de riesgo se encuentran los siguientes: pacientes de género femenino, la edad más frecuente es a partir de los 40 años y la obesidad ha demostrado mayor prevalencia. Además de la pérdida de peso brusca, nutrición parenteral, embarazo, antecedentes familiares de litiasis biliar, diabetes mellitus, cirrosis hepática, enfermedad de Crohn, dislipidemias, entre otras. (7,11)

### **1.1.3 Fisiopatología**

En el mecanismo fisiopatológico de la colecistitis aguda intervienen diferentes factores como son:

1) La disminución de la luz del conducto cístico por la presencia de un cálculo (lito) que impide el drenaje biliar al colédoco. Lo cual conlleva a la retención de secreciones, acompañado de edema de pared y distensión vesicular, desencadenando fenómenos vasculares con compromiso venoso para luego arterial, provocando de forma subsecuente la isquemia, que termina en necrosis y posterior perforación vesicular. (16,17)

2) La infección vesicular no es un desencadenante primario, sino más bien debuta como una complicación de la obstrucción vesicular, por lo que actuaría más en la evolución que en el inicio de la colecistitis. Los gérmenes Gram - son los más frecuentes (75%), la mayoría son enterobacterias como

la Escherichia Coli, o asociada a Klebsiella. Los gérmenes Gram + se encuentran en menor proporción (25%).<sup>(16)</sup>

3) La Colecistitis alitiásica, se da por lo regular en pacientes críticos traumatizados o en aquellos que están cursando un postoperatorio prolongado. Agregando otros factores como la deshidratación, la hipovolemia, la asistencia mecánica respiratoria, las endotoxinas, el síndrome de bajo volumen minuto y la hiperalimentación parenteral; pueden llegar a sumar para ocasionar un funcionamiento vesicular pobre, generando estasis, aumento de la viscosidad de la bilis y distensión vesicular que actúan de manera desfavorable sobre la vitalidad de los tejidos y contribuyen a la inflamación e infección de la vesícula biliar.<sup>(5,16)</sup>

#### **1.1.4 Cuadro Clínico**

Existe historia previa de sintomatología vesicular en el 80% de los procesos de colecistitis aguda, el cuadro agudo se presenta generalmente en forma brusca y en otros casos puede ser progresivo. El síntoma más común es el dolor intenso en cuadrante superior derecho o en epigastrio con irradiación escapular en el 40% de los casos, acompañándose de náuseas y vómitos en un 85%.<sup>(2,18)</sup>

Al examen físico se encuentra signo de Murphy positivo con hiperestesia y defensa muscular; en algunos casos puede palpase la vesícula y en otros la presencia de un plastrón vesicular después de varias horas. Es común la presencia de fiebre con o sin escalofríos previos. La ictericia es poco frecuente, así como la coluria, y cuando se presentan generalmente se debe a edema u otra forma de obstrucción de las vías biliares.<sup>(2,18)</sup>

#### **1.1.5 Diagnóstico**

El diagnóstico diferencial de la colecistitis hay que realizarlo con casi todos los procesos intra abdominales que producen dolor agudo y nos pueden llevar a una confusión y dudas diagnósticas. Esta patología se la diagnostica mediante la clínica en la cual encontramos antecedente de cólico biliar complicado con fiebre persistente de intensidad moderada más defensa muscular involuntaria en el hipocondrio derecho. Además de esto se puede

recurrir a pruebas imagenológicas como la ecografía siendo la técnica de elección, ya que es un método rápido, seguro y exacto con una especificidad de 80 a 90%. En exámenes de laboratorio se observa una ligera leucocitosis, en cuanto a la medición de amilasa, fosfatasa alcalina, bilirrubina; estarán elevadas dependiendo de la severidad del cuadro. (7,12)

### **1.1.6 Complicaciones**

Las complicaciones que se presentan en pacientes con colecistitis aguda se relacionan de acuerdo al tiempo de evolución, tanto de manera aguda como crónica, por lo que si continúa prolongándose puede llegar a la perforación vesicular y a la consiguiente peritonitis aguda con formación de abscesos subhepáticos o intrahepáticos en el epiplón. Otra de las complicaciones son las fistulas que en mayor frecuencia se presentan en el duodeno, y prosiguen las de colon y estómago. Es importante conocer que por medio de estas fistulas los cálculos pueden migrar hacia la válvula ileocecal y obstruir el tracto de salida de la materia fecal desde el intestino delgado al intestino grueso. (19,20)

### **1.1.7 Tratamiento**

El manejo quirúrgico se implementó en 1882, el cual desde ese periodo se ha convertido en la opción terapéutica de elección en los pacientes con colecistitis aguda y crónica. La resolución quirúrgica es denominada colecistectomía, la cual si se realiza dentro de las primeras 72 horas del comienzo de los síntomas la denominamos colecistectomía temprana o si es posterior a las 72 horas de iniciados los síntomas se identificaría como tardía. Aproximadamente el 20% de los pacientes requieren cirugía de emergencia debido al deterioro clínico o por la aparición de complicaciones como son la perforación de la vesícula biliar y peritonitis. (9,21)

## **1.2 COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

La colecistectomía laparoscópica (CL) en la actualidad es considerada como un procedimiento seguro y efectivo en el 85% de los pacientes que

presentan colecistitis aguda, debido a la práctica diaria por parte de los cirujanos a nivel mundial, el mejoramiento de la curva de aprendizaje y el acelerado avance tecnológico del instrumental vídeo-laparoscópico. (22–24)

### **1.2.1 Tiempo de manejo quirúrgico en colecistitis.**

La colecistectomía temprana es considerada como tratamiento de elección; en estudios de meta-análisis comparan la colecistectomía temprana con procedimientos diferidos, concluyendo que el tratamiento prematuro se asocia con reducción de recidivas y tiempo quirúrgico más corto por la fácil disección de las vías biliares. De igual manera como lo menciona Jean Francois Gigot, la intervención precoz, en los 4 días siguientes al episodio agudo se asocia con una tasa menor de conversión de cirugía laparoscópica a una laparotomía y además menos complicaciones postoperatorias. (25)

Si se realiza una colecistectomía después de las 72 horas del comienzo del cuadro clínico, se debe proseguir con un tratamiento conservador, mediante el uso de antibióticos y líquidos intravenosos, para poder controlar el cuadro agudo de la enfermedad. Autores como Toshihiko Mayumi menciona en su investigación que el manejo quirúrgico dependerá de la evolución de la enfermedad, en un paciente con cuadro agudo severo pero evolución favorable la colecistectomía puede ser realizada 6 a 8 semanas más tarde; todo lo contrario sería si la evolución del paciente no es la adecuada y hay persistencia o recurrencia de los síntomas (dolor, fiebre, leucocitosis, toxicidad sistémica) por lo que se indicara la intervención quirúrgica temprana, sin esperar a que pasen las 6 a 8 semanas. (25)

Cuando se compararon la colecistectomía abierta (CA) vs la colecistectomía laparoscópica (CL), esta última ofrece menor tasa de morbimortalidad (morbilidad: CA: 18,7% vs. CL: 4,8%  $p < 0,0001$ ; mortalidad: CA: 4% vs. CL: 2,8%,  $p < 0,0001$ ). En América latina otros estudios orientan que la tasa de conversión oscila entre el 0,8% y el 11%. A diferencia de Colombia, que indican que la conversión se da entre el 0,8% y el 12%, sin embargo no existe información disponible sobre los factores que la predicen. Pero ante todo el juicio clínico y experiencia del cirujano señala cuándo y por qué realizar una conversión a laparotomía. (22–24)

La complicación más grave de la colecistectomía es la lesión de la vía biliar. Estudios observacionales previos sugerían una tasa más alta de lesión de la vía en el grupo de la colecistectomía precoz; no obstante esto no se ha demostrado en ningún ensayo clínico randomizado. La fístula biliar sucede en alrededor del 1 % de las colecistectomías laparoscópicas, con una incidencia del 3% en el grupo de la cirugía precoz, probablemente por una mayor friabilidad de los tejidos edematosos durante el episodio agudo. Otro punto especialmente relevante es la morbilidad asociada a la presencia de cálculos en la vesícula durante el tiempo de espera hasta la colecistectomía diferida. El 17.5% de los pacientes en espera de la colecistectomía requirieron cirugía urgente durante este periodo, con una tasa de reconversión a vía abierta cercana al 50%. <sup>(26,27)</sup>

### **1.3 Hipótesis:**

Los pacientes con colecistitis sometidos a manejo quirúrgico tardío presentan una mayor tasa de complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria en comparación a los pacientes con manejo quirúrgico temprano.

## **CAPITULO II**

### **2. Objetivos generales y objetivos específicos**

#### **2.1 Objetivo General:**

- Comparar los resultados entre manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero–Junio 2016.

#### **2.2 Objetivo Específico:**

- Evaluar los factores demográficos de la población en estudio.
- Establecer las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica temprana.
- Establecer las complicaciones de la colecistectomía tardía.
- Determinar la estancia hospitalaria de los pacientes colecistectomizados.

## CAPITULO III

### 3. Materiales y métodos

Estudio observacional, no experimental de corte transversal donde se revisaran la base de datos de pacientes colecistectomizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

#### 3.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos y cualquier edad.
- Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda en el HTMC.
- Pacientes colecistectomizados en el HTMC.

#### 3.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de pancreatitis por cálculo biliar.
- Pacientes colecistectomizados en otra unidad hospitalaria.
- Pacientes diagnosticados de colecistitis aguda en otra unidad hospitalaria.

#### 3.3 Muestra:

Está conformado por 114 pacientes con diagnóstico de colecistitis y que fueron colecistectomizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

### 3.4 Variables:

VARIABLES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
Sexo	Femenino/ masculino	Cualitativa nominal dicotómica
Edad	Años	Cuantitativa discreta
Antecedentes personales	Por aparición	Cualitativa nominal
Colecistitis Aguda	SI/NO	Cualitativa nominal dicotómica
Síntomas y signos	Por aparición	Cuantitativa nominal
Área atendida de la unidad hospitalaria	Emergencia/consulta externa (programada)	Cualitativa nominal dicotómica
Tipo de colecistectomía	Laparoscópica/convenci onal	Cualitativa nominal dicotómica
Tiempo de colecistectomía	<72 horas/>72 horas	Cualitativa nominal dicotómica
Complicaciones	Por aparición	Cualitativa nominal
Estancia hospitalaria	Días.	Cuantitativa discreta

### 3.5 Técnicas y procedimientos de obtención de la información

Se recolectaran los datos de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de colecistitis, las cuales reposan en el sistema AS 400 del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión durante el año 2016 a los cuales se le realizo colecistectomía.

### **3.6 Técnicas y procedimientos de análisis de la información**

Para el análisis estadístico se utilizarán medidas de resumen para datos cualitativos (frecuencias y porcentajes) y medidas de resumen para datos cuantitativos (media y desviación estándar). Para identificar la asociación de variables se empleará chi cuadrado. Se empleará un nivel de significación del 95%. La presentación de la información será a través de cuadros y gráficos. Se confeccionará y elaborará una base de datos en Excel y luego para facilitar el procesamiento de la información mediante el software profesional SPSS 22.0 para Windows 7

### **3.7 Consideraciones éticas**

Cumpliendo con los principios éticos fundamentales como: el respeto por las personas o autonomía, el de beneficencia y no maleficencia y el de justicia, a cada uno de los pacientes seleccionados le serán explicados de forma concreta y hasta lograr su comprensión, las características de la investigación, quedando estos en plena libertad de abstenerse de su participación en el estudio si así lo consideran. Durante el desarrollo de este trabajo se mantendrá una conducta ética, más bien encaminada a profundizar en el conocimiento del tema a investigar, protegiendo la integridad biopsicosocial del enfermo y su familia. La información obtenida solamente se empleará con fines científicos. La investigación será sometida para su valoración por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución responsable, y se adhiere a las normas de Helsinki.

## CAPITULO IV

### 4. Resultados

Se recolectaron 114 pacientes colecistectomizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de enero a junio del 2016, de los cuales el 57% de los pacientes son de sexo femenino y el 43% masculino. La edad de los pacientes se la dividió en 3 grupos; entre 14 a 25 años se encontraron 12 pacientes lo que nos da como resultado 10,5%, los pacientes entre 26 a 50 años representan el mayor número con 65 lo que corresponde al 57%, y en las edades 51 a 77 años se hallaron 37 pacientes que equivale al 32,5%.

Tabla 1

Como antecedentes patológicos personales de los pacientes con colecistitis el 54.9% no tuvo ningún antecedente; la enfermedad que se dio en mayor frecuencia fue hipertensión junto a diabetes mellitus con el 15%, seguido por historia familiar de colelitiasis vesicular con 14.2% y en menor frecuencia la apendicitis. Tabla 2.

El tipo de colecistectomía realizada en los pacientes con colecistitis fue en mayor proporción por vía laparoscópica con el 93% de la población y el 7% por vía convencional o abierta. El tiempo del manejo quirúrgico de los pacientes con colecistitis se lo divide en dos grupos, colecistectomía temprana y tardía. Los pacientes con una intervención temprana representaron el 42,1% y los pacientes con una intervención tardía 57,9%.

Tabla 3

Los signos y síntomas de los pacientes con colecistitis que predominaron en la mayoría fue el dolor en hipocondrio derecho con el 98,2%, náuseas y vómitos se presentaron en el 65,8%. Y la fiebre solo se presentó en el 25,4%. Tabla 4

Al relacionar la estancia hospitalaria con el tiempo del manejo quirúrgico obtuvimos que los pacientes con una intervención temprana tenían menos días de estancia, considerando un tiempo prudente de hospitalización 3 días

es decir 72 horas. En cambio los pacientes con intervención tardía tuvieron mayores días de estancia hospitalaria. Al calcular el chi cuadro obtuvimos una significancia de 0,001; siendo un valor estadísticamente significativo.

Tabla 5

ESTANCIA HOSPITALARIA	MANEJO QUIRURGICO				TOTAL
	TEMPRANO		TARDIO		
	#	%	#	%	
<3 DÍAS	37	32,5%	31	27,2%	59,6%
> 3 DÍAS	11	9,6%	35	30,7%	40,4%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>42,1%</b>	<b>66</b>	<b>57,9%</b>	<b>100%</b>

ESTANCIA HOSPITALARIA	MANEJO QUIRURGICO
Chi-cuadrado	10,470
Gl	1
<b>Sig.</b>	<b>,001</b>

De acuerdo con las complicaciones en los pacientes colecistectomizados, encontramos que a los pacientes que se les realizó una intervención quirúrgica temprana tuvieron menos complicaciones, aunque cabe mencionar que estas fueron dolor en hipocondrio derecho y fiebre en el postquirúrgico. En cambio en las intervenciones quirúrgicas tardías se presentaron en un 33% de los pacientes, la complicación que se presentó con mayor proporción fue plastrón vesicular con 13,2% y en menor frecuencia un síndrome de Mirizzi. Al calcular el chi cuadrado obtuvimos una significancia de 0,001; siendo un valor estadísticamente significativo. Tabla 6.

## CAPITULO V

### 5. Discusión

Leyre y Tarsicio realizaron un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo donde se revisó las historias clínicas de todos los pacientes intervenidos por colecistectomía temprana y tardía en el quirófano de urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2014. Se incluyeron en el estudio un total de 49 pacientes de los cuales 34 se intervinieron de forma urgente y 15 de forma programada. En cuanto a la estancia hospitalaria total, se observa que los pacientes intervenidos de forma programada tienen un tiempo de ingreso total significativamente mayor que los pacientes intervenidos de urgencia ( $p=0.008$ ). <sup>(4,28)</sup>

Fuentes y López realizaron un estudio observacional, retrospectivo donde analizaron los datos de 88 pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica en el Hospital Doctor Gustavo Fricke de Viña del Mar entre enero y octubre de 2011. Se dividieron en dos grupos; 57 de ellos fueron intervenidos por colecistectomía temprana y 31 pacientes con colecistectomía tardía. La estancia hospitalaria en el grupo de intervención tardía fue de nueve días y en el grupo de intervención temprana de tres días, diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,00001$ ). <sup>(4,28)</sup>

Los estudios mencionados anteriormente difieren con esta investigación por el número de pacientes receptados que fue de 114, pero coincide en que los pacientes intervenidos de manera temprana tuvieron menor estancia hospitalaria obteniendo una significancia de 0,001; siendo estadísticamente significativo. <sup>(4,28)</sup>

Las complicaciones intra-operatorias de los 88 pacientes colecistectomizados del estudio de Fuentes y López fueron las siguientes: cuatro pacientes presentaron perforación de la vesícula biliar en el grupo de intervención tardía (12,90%) y ocho pacientes en el grupo de intervención temprana (14,04%); nueve pacientes del grupo de intervención tardía tenían

un plastrón al momento de la cirugía (29,03%), en comparación de 13 en el grupo de intervención temprana (22,81%); no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para ninguna de las complicaciones, lo que difiere con este estudio ya que las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en pacientes con colecistectomía tardía (32.5%) y como principal complicación tenemos al plastrón vesicular (13,2%) seguido por múltiples bridas (4,4%) y un solo paciente reportó síndrome de Mirizzi (0,9%). En cambio en el grupo de pacientes con colecistectomía temprana se dieron en un 10%, sobresaliendo el dolor en hipocondrio derecho y fiebre en el postquirúrgico. <sup>(28)</sup>

Una revisión sistemática mediante meta-análisis de ensayos clínicos randomizados compararon colecistectomía laparoscópica precoz vs tardía, dando resultados estadísticamente significativos en cuanto a la reducción de estancia hospitalaria y a las complicaciones en el grupo de pacientes colecistectomizados tempranamente a diferencia de los pacientes con colecistectomía tardía que presentaron un 17,5% de estas complicaciones. En este estudio se observa la misma presentación, es decir reducción de la estancia hospitalaria y complicaciones en pacientes con manejo quirúrgico temprano, en comparación a los pacientes intervenidos de manera tardía quienes presentan mayor número de complicaciones alcanzando un 30%. <sup>(26)</sup>

## **CAPITULO VI**

### **6. Conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.**

#### **6.1 Conclusiones**

La colecistitis es muy común en nuestro medio, siendo una de las principales causas de consulta en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se presenta en mayor frecuencia en pacientes de género femenino, obesas y que tengan comorbilidades como hipertensión y diabetes mellitus.

La clínica que presentan estos pacientes con mayor frecuencia es: dolor en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo, náuseas y vómitos. La fiebre no es un indicador de presentación de colecistitis aguda, pero si lo hace es un indicador de mala evolución en el posquirúrgico.

Los pacientes con colecistitis aguda que acuden en las primeras 72 horas del comienzo de la sintomatología deben ser valorados correctamente para decidir de manera acertada el manejo quirúrgico que se llevara a cabo. Ya que se comprobó que si el paciente puede ser intervenido precozmente reduce su estancia hospitalaria así como también las complicaciones a corto plazo en el tiempo postquirúrgico.

## 6.2 Recomendaciones

- ✓ Implementar la colecistectomía en pacientes con colecistitis en las primeras 72 horas de presentación de los síntomas, porque reduce las complicaciones y estancia hospitalaria.
  
- ✓ Realizar estudios de casos y controles con un mayor número de pacientes para poder determinar los beneficios de la colecistectomía laparoscópica temprana.
  
- ✓ Comparar los beneficios de la colecistectomía temprana en un estudio de tipo longitudinal.

### 6.3 Referencias bibliográficas

1. Montes B, Lema A, Ordóñez J, García J. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA COLECISTITIS AGUDA EN EL HOSPITAL HOMERO CASTANIER EN EL AÑO 2014. 2014;
2. Varela L, Mondragon M, Ocaña H. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE COLECISTITIS LITIASICA. HOSPITAL MUNICIPAL DE TENANGO DEL VALLE MARIANO MATAMOROS BICENTENARIO, ISEM; 2010- 2011. 2011;1-52.
3. Sugrañes G, Ribera C, Morell JR, Bach CM, Aguilera JR, Alarcón M. Colectectomía urgente versus diferida en la colecistitis aguda. Un problema logístico. 2014;92:2-3.
4. Leyre B, Tarsicio A. Colectectomía laparoscópica de urgencia versus programada en el tratamiento de la colecistitis aguda. 2015;
5. Elwood D. Colecistitis. CLÍNICAS QUIRÚRGICAS DE NORTEAMÉRICA ELSEVIER SAUNDERS. 2009;88:1241-52.
6. Melorose J, Perroy R, Careas S. COLECISTITIS LITIASICA Y COLEDOCOLITIASIS. Statew Agric L Use Baseline 2015. 2015;1:1-6.
7. Cortes V, Alfaro L, Espinosa M, Gómez C. Colecistitis Y Colelitiasis. 2009;1-39.
8. Román IAS, Aguirre FJI, Sainz SM, Olavarria AL, Sierra BU, Badiola I. Estrategia terapéutica en colecistitis aguda. 2014;92:3-4.
9. Monroy M, Martínez G, González F, López C. Factores asociados a severidad de la colecistitis por criterios de tokyo en pacientes operados de urgencia en el hospital de alta especialidad UMAE Adolfo Ruiz Cortinez. Inst Nac del Seguro Soc Veracruz. 2014;0-27.
10. Montenegro KA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Principales patologías asociadas a la vía biliar y páncreas y la aplicación de la

colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ( CPRE ) en el diagnóstico y tratamiento de algunas de ellas Abstract : Key words : 2016;33(1).

11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis Guía de Práctica Clínica GPC Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis. Guía Ref Rápida. 2010;Vol.11 No. 2 Abr. – Jun., 2010. pp 63–70.
12. Molina J. INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN LA COLECISTITIS AGUDA. 2013;1–192. Available from: <http://www.uv.es/mediodont>
13. Chan C, Bandín A, Villalobos I, Torres A. Guía de Práctica Clínica Colecistitis. 2014;1–30.
14. Velázquez J, Medina A, Vega A. Factores predictivos para el diagnóstico temprano de coledocolitiasis. Medigraphic. 2010;32(01462):39–44.
15. Quintanilla IC, Flisfisch LH. Medicina y Humanidades. Vol. I. N° 3. (Sept.-Dic.) 2009. 2009;I:160–8.
16. Monestes J, Galindo F. Colecistitis Aguda.
17. Angarita, Fernando; Acuña, Sergio; Jimenez, Carolina; Garay, Javier; Gomez D. Colecistitis calculosa aguda. Univ Méd Bogotá. 2010;51(3):301–19.
18. M. Tejedor Bravao y A. Albillos Martíneza. Enfermedad litiásica biliar. Actualización. 2012;11(8):481–8.
19. Castro F, Galindo J, Bejarano M. Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia. Rev Colomb Cir. 2008;23(1):16–21.

20. Jerusalén C, Simón MÁ. Cálculos biliares y sus complicaciones. :667–82.
21. Patiño JF. Colecistitis aguda. Lecciones de cirugía. 2000;732–5.
22. Domínguez LC, Rivera A, Bermúdez C, Herrera W. Análisis de los factores de conversión durante colecistectomía laparoscópica a abierta en una cohorte prospectiva de 703 pacientes con colecistitis aguda. Cir Esp. 2011;89(5):300–6.
23. Venturelli L. A, Avendaño H. R, Butte B. JM, Zamorano V. I. Colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda. Cuad Cirugía [Internet]. 2000;14(1):9–11. Available from: [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-28642000000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-28642000000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. Mercado MÁ. Colecistitis la expansión de un concepto y sus implicaciones. Cirugía y Cir Medigraphic [Internet]. 2002;70(5):303–4. Available from: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=10&IDARTICULO=3226&IDPUBLICACION=457>
25. Paltín J, Ochoa G. Area de la salud humana programa de postgrado especialidad en cirugía general. 2012;
26. Monclús JL, Cirugía S De, Hospital G. Meta - análisis de ensayos clínicos randomizados sobre la seguridad y efectividad de la colecistectomía laparoscópica precoz versus diferida para la colecistitis aguda. 2011;1:5–7.
27. Porras, Luis; Canullan C. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica. Cir Dig [Internet]. 2009;(IV-453):1–5. Available from: [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar)
28. Fuentes I, López T, Papuzinski C, Zuñiga C. Colecistectomía laparoscópica temprana y tardía por colecistitis aguda : Relación en la estadía hospitalaria . Hospital Dr . Gustavo Fricke, Chile 2011. 2013;2(2):60–4.

## ANEXOS

**Tabla #1: Prevalencia de pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Junio del 2016 según sexo y edad.**

				COLECISTITIS	
				#	%
<b>SEXO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>EDAD</b>	14-25 AÑOS	1	2,0%
			26-50 AÑOS	28	57,1%
			51-77 AÑOS	20	40,8%
		<b>TOTAL</b>			<b>49</b>
	<b>FEMENINO</b>	<b>EDAD</b>	14-25 AÑOS	11	16,9%
			26-50 AÑOS	37	56,9%
			51-77 AÑOS	17	26,2%
		<b>TOTAL</b>			<b>65</b>

**Tabla #2: Frecuencia de pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo según antecedentes patológicos personales en el periodo de Enero a Junio del 2016.**

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	COLECISTITIS	
	#	%
HTA	11	9,7%
HTA + DIABETES	17	15,0%
H.F DE COLELITIASIS	16	14,2%
APENDICECTOMÍA	1	,9%
GASTRITIS + COLECISTITIS	2	1,8%
PANCREATITIS	3	1,8%
CESAREA	2	1,8%
NINGUNA	62	54,9%
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

**Tabla #3: Correlación del tipo de colecistectomía con tiempo de manejo quirúrgico en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Junio del 2016.**

COLECISTECTOMÍA	MANEJO QUIRURGICO				TOTAL	
	TEMPRANO		TARDIO			
	#	%	#	%	#	%
LAPAROSCOPICA	45	39,5%	61	53,5%	106	93%
CONVENCIONAL (ABIERTA)	3	2,6%	5	4,4%	8	7%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>42,1%</b>	<b>66</b>	<b>57,9%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

**Tabla #4: Frecuencia de sintomatología en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Junio del 2016.**

SINTOMAS Y SIGNOS		COLECISTITIS	
		#	%
DOLOR HIPOCONDRIO DERECHO	SI	112	98,2%
	NO	2	1,8%
<b>TOTAL</b>		<b>114</b>	<b>100%</b>
NAUSEAS / VOMITO	SI	75	65,8%
	NO	39	34,2%
<b>TOTAL</b>		<b>114</b>	<b>100%</b>
FIEBRE	SI	29	25,4%
	NO	85	74,6%
<b>TOTAL</b>		<b>114</b>	<b>100%</b>
SIGNOS	SI	60	52,6%
	NO	54	47,4%
<b>TOTAL</b>		<b>114</b>	<b>100%</b>

**Tabla #5: Relación de estancia hospitalaria con el tiempo del manejo quirúrgico en pacientes colecistectomizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Junio del 2016.**

ESTANCIA HOSPITALARIA	MANEJO QUIRURGICO				TOTAL
	TEMPRANO		TARDIO		
	#	%	#	%	
<3 DÍAS	37	32,5%	31	27,2%	59,6%
> 3 DÍAS	11	9,6%	35	30,7%	40,4%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>42,1%</b>	<b>66</b>	<b>57,9%</b>	<b>100%</b>

ESTANCIA HOSPITALARIA	MANEJO QUIRURGICO
Chi-cuadrado	10,470
G1	1
<b>Sig.</b>	<b>,001</b>

**Tabla #6: Comparación de las complicaciones en base al tiempo del manejo quirúrgico en pacientes colecistectomizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de Enero a Junio del 2016.**

COMPLICACION	MANEJO QUIRURGICO				TOTAL
	TEMPRANO		TARDIO		
	#	%	#	%	
DOLOR HIPOCONDRIO DERECHO	6	5,3%	3	2,6%	7,9%
EMPIEMA VASCULAR	0	0,0%	2	1,8%	1,8%
PLASTRON VESICULAR	0	0,0%	15	13,2%	13,2%
MULTIPLES BRIDAS	0	0,0%	5	4,4%	4,4%
HEMOPERITONEO	0	0,0%	2	1,8%	1,8%
FIEBRE POSTCIRUGIA	4	3,5%	1	,9%	4,4%
DOLOR UMBILICAL	1	,9%	1	,9%	1,8%
GRANULOMA ABSCEDADO	0	0,0%	1	,9%	0,9%
SEROMA	0	0,0%	1	,9%	0,9%
SANGRADO	0	0,0%	3	2,6%	2,6%
SINDROME DE MIRRIZZI	0	0,0%	1	,9%	0,9%
HIDROPS VESICULAR	0	0,0%	2	1,8%	1,8%
NINGUNO	37	32,5%	29	25,4%	57,9%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>42,1%</b>	<b>66</b>	<b>57,9%</b>	<b>100%</b>

COMPLICACION	MANEJO QUIRURGICO
Chi-cuadrado	33,769
GI	12
<b>Sig.</b>	<b>,001</b>



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Sarmiento Cabrera Madeleine Juliana**, con C.C: # **0950098988** autora del trabajo de titulación: **Manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero - Junio 2016** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 21 de Septiembre del 2016.

---

Nombre: **Sarmiento Cabrera Madeleine Juliana**

C.C: **0950098988**



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cedeño Veintimilla María Soledad** con C.C: # **0930420005** autora del trabajo de titulación: **Manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero - Junio 2016** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 21 de septiembre del 2016.

---

Nombre: **Cedeño Veintimilla María Soledad**

C.C: 0930420005



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	<i>Manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero - Junio 2016</i>		
AUTOR(ES)	Cedeño Veintimilla María Soledad y Sarmiento Cabrera Madeleine Juliana		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Giaffar Barquet		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de ciencias medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21 de septiembre de 2016	No. PÁGINAS:	40
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía, gastroenterología, medicina interna.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Colecistitis, colecistectomía temprana, colecistectomía tardía, estancia hospitalaria, complicaciones.		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>La colecistitis es la afección más característica de la patología de las vías biliares, ocasionada por tumefacción de forma aguda o crónica de las paredes de la vesícula biliar lo que ocasiona dolor abdominal intenso. Se presenta en el 5–20% de los pacientes con colelitiasis. La colecistitis aguda es la inflamación aguda de la vesícula biliar, cuya resolución es mayoritariamente por colecistectomía laparoscópica, siendo el momento de intervención aún controvertido. <b>Objetivos:</b> Comparar manejo quirúrgico temprano y tardío en pacientes diagnosticados con colecistitis en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero a Junio 2016. <b>Métodos:</b> Estudio descriptivo. Recolección de datos de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de colecistitis que han sido colecistectomizados en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. <b>Resultados:</b> Los pacientes colecistectomizados dentro de las 72 de horas del inicio de los síntomas presentaron menor número de complicaciones siendo estas dolor en hipocondrio derecho y fiebre en el posquirúrgico a diferencia de pacientes intervenidos luego de 72 horas donde se presentaron mayor complicaciones y entre ellas la más frecuente fue plastrón vesicular además de un caso de síndrome de Mirizzi y se pudo comprobarlo estadísticamente al obtener una significancia de chi cuadrado con valor de p de 0,001.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0982961949 0981247362	E-mail: sole-cedeno@hotmail.com madeleinesarmiento@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: +593982742221		
	E-mail: diegovasquez@gmail.com		



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

<b>PROCESO UTE)::</b>	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>	
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	