



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Características clínicas ecográficas y quirúrgicas de la  
colecistitis en el Hospital III EsSalud de Juliaca 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Médico Cirujano**

**AUTOR:**

Meyer Life Helizalde Ccama (ORCID: 0000-0002-3145-4895)

**ASESOR:**

Dr. Edgar Ricardo Bazán Palomino (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Enfermedades no transmisibles

**PIURA – PERÚ**

**2020**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hijo, son los mejores padres.

## **AGRADECIMIENTO**

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
.....	33
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	1
I. INTRODUCCIÓN.....	2
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	10
<b>3.1. Tipo y diseño de investigación.....</b>	<b>10</b>
<b>3.2. Variables y operacionalización.....</b>	<b>10</b>
<b>3.3. Población, muestra y muestreo.....</b>	<b>12</b>
<b>3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....</b>	<b>12</b>
<b>3.5. Procedimientos.....</b>	<b>13</b>
<b>3.6. Método de análisis de datos.....</b>	<b>13</b>
<b>3.7. Aspectos éticos.....</b>	<b>13</b>
IV. RESULTADOS.....	14
V. DISCUSIÓN.....	22
VI. CONCLUSIONES.....	25
VII. RECOMENDACIONES.....	26
REFERENCIAS.....	27
ANEXOS.....	31

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 01: Características epidemiológicas de los pacientes con colecistitis. Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.	13
Tabla 02: Características clínicas de los pacientes con colecistitis. Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.	14
Tabla 03: Hallazgos ecográficos de los pacientes con colecistitis. Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.	15
Tabla 04: Características quirúrgicas según técnica de colecistectomía. Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.	17
Tabla 05: Hallazgos intraoperatorios de los pacientes con colecistitis. Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.	18
Tabla 06: Complicaciones perioperatorias de los pacientes con colecistitis. Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.	19
Gráfico 01: Distribución de colecistitis según progresión de enfermedad. Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.	16
Gráfico 02: Estancia hospitalaria promedio de los pacientes con colecistitis. Hospital III EsSalud Juliaca 2019.	20

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características clínicas ecográficas y quirúrgicas de la colecistitis en el Hospital III EsSalud de Juliaca durante el año 2019.

**Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se registraron 190 pacientes operados de colecistitis entre enero y diciembre del 2019. Se estimaron frecuencias relativas para las variables cualitativas y promedios para las variables numéricas.

**Resultados:** La edad promedio fue  $40.11 \pm 11.63$  años, sexo femenino 72.6% y procedencia urbana 87.4%. Dolor abdominal 98.9%, signo de Murphy 42.1%, náuseas y vómitos 18.9%, ictericia 2.1% y fiebre 6.3%. Hallazgos ecográficos: vesícula biliar dilatada 82.6%, pared vesicular engrosada 69.5%, edema de pared vesicular 14.7%, hidrocolecisto 13.2% y presencia de cálculos múltiples 64.2%. El 62.63% tenía colecistitis crónica. El 5.78% fueron operados por técnica abierta y 94.22% por técnica laparoscópica. Dentro del grupo operado por laparoscopia: posición francesa 100 (44.1%), tasa de conversión (3.4%). Tiempo operatorio de cirugía abierta vs laparoscópica  $86.82 \pm 47.71$  vs  $68.99 \pm 27.18$  minutos. Hallazgos intraoperatorios: engrosamiento de pared vesicular 51 (26.8%), edema de pared 42 (22.1%), gangrena de pared 12 (6.3%), piocolecisto 12 (6.3%), hidrocolecisto 43 (22.6%), plastronamiento vesicular 43 (22.6%) y conducto cístico dilatado en 51 (30.0%). Complicaciones perioperatorias: sangrado 7.9%, lesión de vía biliar 4.7%, lesión de víscera sólida 1.6%, lesión de víscera hueca 1.1% e infección de sitio quirúrgico 0.5%. La estancia hospitalaria promedio fue  $2.36 \pm 1.04$  días.

**Conclusiones:** Se concluye que el dolor abdominal y el signo de Murphy fueron las principales manifestaciones clínicas de la colecistitis. Además, la vesícula biliar dilatada con engrosamiento de pared fueron los hallazgos ecográficos más frecuentes. No obstante, el engrosamiento y el edema de pared fue lo que con mayor frecuencia se observó en el acto quirúrgico.

**Palabras clave:** Colecistitis, ecografía, cirugía.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the ultrasound and surgical clinical characteristics of cholecystitis at Hospital III EsSalud de Juliaca during 2019.

**Methodology:** quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional study. 190 patients operated on for cholecystitis were registered between January and December 2019. Relative frequencies were estimated for the qualitative variables and averages for the numerical variables.

**Results:** The average age was  $40.11 \pm 11.63$  years, female sex 72.6% and urban origin 87.4%. Abdominal pain 98.9%, Murphy's sign 42.1%, nausea and vomiting 18.9%, jaundice 2.1% and fever 6.3%. Ultrasound findings: 82.6% dilated gallbladder, thickened gallbladder wall 69.5%, gallbladder wall edema 14.7%, hydrocholecyst 13.2% and presence of multiple stones 64.2%. 62.63% had chronic cholecystitis. 5.78% were operated by open technique and 94.22% by laparoscopic technique. Within the group operated by laparoscopy: French position 100 (44.1%), conversion rate (3.4%). Operative time of open vs laparoscopic surgery  $86.82 \pm 47.71$  vs  $68.99 \pm 27.18$  minutes. Intraoperative findings: gallbladder wall thickening 51 (26.8%), wall edema 42 (22.1%), wall gangrene 12 (6.3%), pyocholecyst 12 (6.3%), hydrocolecyst 43 (22.6%), gallbladder plastronation 43 (22.6%) and dilated cystic duct in 51 (30.0%). Perioperative complications: bleeding 7.9%, bile duct injury 4.7%, solid viscus injury 1.6%, hollow viscus injury 1.1% and surgical site infection 0.5%. The mean hospital stay was  $2.36 \pm 1.04$  days.

**Conclusions:** It is concluded that abdominal pain and Murphy's sign were the main clinical manifestations of cholecystitis. In addition, the dilated gallbladder with wall thickening were the most frequent ultrasound findings. However, wall thickening and edema were the most frequently observed in the surgical act.

**Keywords:** Cholecystitis, ultrasound, surgery.

## I. INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda se conoce al proceso inflamatorio de que sufre la vesícula biliar. Su fisiopatológico de esta enfermedad se reside en el bloqueo de la vía del cístico que obstruye la salida de bilis hacia el conducto biliar principal (1). Se calcula que entre el 10-20% de la población del mundo desarrollará litos biliares en algún momento de su ciclo de vida y un el 80% aproximadamente de ellos no presentaran síntomas (2). La incidencia de aparición y formación de litos o cálculos biliares aumenta con cada año de vida, más de una cuarta parte del sexo femenino mayores de 60 años poseerán cálculos biliares. La obesidad también suma a la probabilidad de cálculos biliares, especialmente en el sexo femenino por el aumento de las secreciones de la bilis de colesterol (3). Los pacientes con pérdida abrupta de peso o en ayunas prolongadas tienen una mayor posibilidad de litos biliares secundarios a una estasis biliar (4).

Se considera un tipo cólico que se aparece y se ubica por debajo del reborde costal derecho o epigastrio como el principal síntoma por el cual paciente con patología litiásica en bilis visita a las salas de emergencia (5), esta sintomatología puede llegar muy grave que limita incluso la actividad cotidiana. Entre otras sintomatologías podemos hallar náuseas, los vómitos, fiebre y en casos más severos los trastornos hemodinámicos.

El examen imagenológico diagnóstica de elección es la ultrasonografía (6), este examen nos permite ver la agudeza y severidad de la enfermedad. Entre las posibilidades terapéuticas, se toman a la cirugía como un tratamiento definitivo. Se puede elegir por la cirugía abierta, pero, la colecistectomía laparoscópica es una cirugía mínimamente invasiva que permite sacar la vesícula biliar patológica con mucho mejores resultados postoperatorios (7-9).

Este problema descrito nos planteamos la siguiente pregunta, ¿Cuáles son características clínico ecográfica y quirúrgicas de la colecistitis en el Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2019?

Con esta investigación pretendemos apreciar la realidad de la patología quirúrgica más común del Hospital III EsSalud de Juliaca, la colecistitis, y poder valorar la importancia de la colecistectomía,

Por lo tanto, mi investigación tiene como objetivo principal determinar las características clínico ecográfica y quirúrgicas de la colecistitis en el Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2019. Para la obtención del objetivo principal nos apoyaremos en:

1. Reconocer las principales características epidemiológicas de los pacientes con colecistitis que recibieron tratamiento quirúrgico.
2. Señalar las manifestaciones clínicas más frecuentes de los pacientes con colecistitis que recibieron tratamiento quirúrgico.
3. Describir los principales hallazgos ecográficos de los pacientes con colecistitis que recibieron tratamiento quirúrgico.
4. Señalar las principales características quirúrgicas de los pacientes operados de colecistitis.
5. Identificar las complicaciones perioperatorias más frecuente de los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por colecistitis.

## II. MARCO TEÓRICO

Portugal M. 2019. Realizó un estudio con el objetivo de relacionar los hallazgos clínicos, hallazgos laboratoriales y hallazgos ecográficos preoperatorios con los hallazgos intraoperatorios de la colecistitis en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo. Se registraron 104 pacientes entre las edades de 20 y 40. Se observó que el promedio de edad fue 35.3 años, 65.4% mujeres. Entre las sintomatologías: el dolor abdominal 100%, las náuseas 63.5%, vómitos 51%, fiebre 8.7%, el signo de Murphy 72.1%, ictericia 4.8% y signo de rebote con 2.9%. Los hallazgos ecográficos: vesicular grande 23.1%, pared vesicular engrosada 48.1%, edema perivesicular en un 6.7%, hidrocolecisto en un 4.8%. Hallazgos operatorios: edema de pared en un 19.2%, gangrena de pared en un 12.5%, piocolecisto 8.7% (10).

Guía M. 2019. Realizó estudio descriptivo sobre la epidemiología y clínica de los pacientes con colecistitis atendidos en el Hospital de Cañete, se estudió a 200 pacientes. Se halló que 68.5% tenían una edad superior a 35 años, 81.5% fueron mujeres. Entre sus manifestaciones clínicas: las náuseas en 85%, los vómitos 84.5%, el dolor en hipocondrio derecho en 84%, la intolerancia a las grasas en 66% y la fiebre solo en 11% (11).

Coronel C. 2019. Hizo un estudio con el objetivo de describir los resultados perioperatorios de la colecistectomía abierta en pacientes geriátricos del Hospital Docente de Trujillo. Se estudió a 189 pacientes con edades superior de 65 años. Se vio que 76.7% fueron mujeres. Tiempo operatorio fue  $74.9 \pm 19.9$  minutos. Estancia hospitalaria de  $3.9 \pm 2.3$  días. Tasa de complicaciones perioperatorias de 24.3%; lesión de vía biliar común 7.9%, el sangrado intraoperatorio 4.2%, ISO 2.6% (12).

Nizama L. 2018. Realizó un estudio con el objetivo de hacer la comparación de las características perioperatorias de la colecistectomía temprana versus la tardía. Se incluyó a 234 pacientes sometidos a cirugía laparoscópica en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales desde enero del 2015 a diciembre del 2017. Se vio que: 79.5%

eran de sexo femenino,  $47.3 \pm 17.3$  años fue la edad promedio. Tiempo operatorio fue entre 61-90 minutos en 42.7%. La estancia hospitalaria  $3.92 \pm 1.9$  días. Tasa de conversión en 9.4%. Complicaciones perioperatorias 24.4%; de las cuales ISO fue 1.3%, fuga biliar 0.9% y el hematoma de pared abdominal 0.4% (13).

Marin C. 2017. Realizó un estudio de correlación entre criterios de Tokyo y el examen anatomopatológico de la vesícula biliar en los pacientes con colecistitis que fueron atendidos en el Hospital Docente de Cajamarca desde enero a diciembre del 2016. Se incluyó a 114 pacientes con edad superior a 16 años. Se observó que el promedio de edad fue  $43 \pm 16$  años, 75.4% fueron de sexo femenino, 56.1% venia de zonas urbanas. En las manifestaciones clínicas: el dolor en HCD fue de 93.0%, signo de Murphy fue de 88.6%, la fiebre fue de 33.3%. Hallazgos ecográficos: pared vesicular engrosada  $>5\text{mm}$  64.9%, líquido perivesicular 2.6%. La técnica quirúrgica: colecistectomía abierta 62.3% (14).

Tapia L, 2017. Realizó un estudio de comparación de las complicaciones de cirugía abierta (CA) y la laparoscópica (CL) en el tratamiento quirúrgico de colecistitis. Se incluyeron 157 pacientes del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el 2016. Se observó que el 54.7% de la muestra se realizó CL. En relación a las complicaciones: 3.5% vs 12.7% de ISO superficial en CL y CA respectivamente, el 9.9% ISO profundo en CA. Además, se vio que la estadia y el costo hospitalario tenían asociación con la técnica quirúrgica (15).

La patología colecistitis es causada por inflamación constante de la vesícula biliar que produce alteración y disfunción mecánica o fisiológica en el vaciado de bilis hacia el conducto principal biliar (16). Se presenta como patología de curso latente que puede ser acompañada de episodio de cuadros agudas de aumento del dolor tipo cólico (cólico biliar agudo), o puede evolucionar a una forma más compleja que necesita una intervención quirúrgica urgente (colecistitis aguda) (17). Existen cuadros clínicos clásicos relacionados con esta enfermedad, así como su prevalencia en determinadas etnias de pacientes. La mayor parte de los casos de la colecistitis crónica se relacionan con la colelitiasis, pero, existen pacientes con esta enfermedad, pero alitiásica (18). En ocasiones, la palabra de colecistitis se usa

para dar a conocer el dolor abdominal resultado de una disfunción del vaciado de la vesícula biliar, lo cual se sobrepone con la disfunción que sufre el esfínter de Oddi lo cual se conoce como discinesia biliar o vesicular (19).

Aproximadamente del 10-20% de las personas del mundo desarrollarán litos biliares en algún momento de la vida y aproximadamente del 80% de ellos serán asintomáticos (20). La incidencia de aparición y formación de los cálculos biliares se incrementa cada año, más de la cuarta parte del sexo femenino mayores de 60 años poseerán cálculos biliares. En los Estados Unidos, un promedio de 14 millones de mujeres y 6 millones de varones con edades entre 20 a 74 años poseen cálculos biliares (21). La obesidad incrementa la probabilidad de los cálculos biliares, en especial en mujeres por el aumento de la secreción biliar de colesterol. Por otro lado, las personas con pérdida abrupta de peso o en ayunas prolongadas tienden a tener una mayor probabilidad de cálculos biliares consecuentes a estasis biliar (22). Además, también hay una asociación hormonal con los litos biliares, se ha demostrado que el estrógeno se relaciona con un aumento del colesterol biliar y una aminoración de la contractilidad de la vesícula biliar. Las mujeres con edad fértil o que usan anticonceptivos de estrógenos tienen un incremento de dos veces en la aparición y formación de litos biliares en relación con los hombres (23). Las personas con patologías crónicas como es el caso de la diabetes tienden a un aumento en la formación de litos biliares y una disminución de la contractilidad de la pared vesicular debido a la neuropatía.

Se ha mencionado que la bilis litogénica produce a un mayor daño mediado por radicales libres de las sales biliares hidrófobas, eso, en asociado con una protección de la mucosa reducida debido a los niveles mermados de prostaglandina E2, da como consecuencia un estado inflamatorio continuo (18). Cuando los receptores de colecistoquinina del músculo liso son afectados, hay una contracción disfuncional de la vesícula biliar que produce una estasis y complica el ambiente permisivo donde la bilis litogénica promueve la inflamación.

La pared de la vesícula biliar puede estar engrosada en grados variables y puede haber adherencias en la superficie serosa, en algunas situaciones, debido a una

fibrosis extensa, la vesícula biliar puede observarse encogida. Hay hipertrofia del músculo liso, esencialmente en situaciones crónicas prolongadas y los litos de bilirrubinato de calcio o colesterol que se presentan con mayor frecuencia y pueden variar en tamaño, desde arenilla hasta ocupar completamente la luz de la vesícula biliar (23).

Se pueden encontrar varias colonias de bacterias en el 11% al 30% de los casos (24). La mucosa demostrara diversos grados de inflamación, suele haber hipertrofia de la muscularis mucosa con diversos grados de fibrosis mural y elastosis. Una variante en la que el depósito de calcio y la fibrosis hialina conllevan a un adelgazamiento difuso de la pared de la vesícula que lleva por nombre colecistitis hialinizante y a la consistencia frágil también le da el nombre de vesícula biliar de porcelana (25).

Los individuos con patología crónica sintomática tienden a presentar un dolor sordo en el abdomen, en la parte superior derecha que suele irradia alrededor de la cintura hasta la espalda en su parte media o la punta del omoplato derecho. Este dolor suele exacerbarse por el consumo de alimentos grasos, pero el dolor de aparición posprandial clásico de la colecistitis aguda es menos común. Las náuseas y los vómitos situacionales también acompañan al cuadro con aumento de la hinchazón y la flatulencia. Con frecuencia, los síntomas suelen ser vespertinos o nocturnos y suelen estar acompañar durante semanas o meses que por el contrario a la presentación abrupta y grave de colecistitis aguda (26). Puede existir un agravamiento escalonado de los síntomas o un incremento en la frecuencia de los eventos. La fiebre y la taquicardia infrecuentes. Los pacientes geriátricos con colecistitis suelen presentar síntomas inespecíficos y tienen probabilidad de complicaciones, por tanto, se necesita un alto índice de sospecha clínica en el diagnóstico de esta condición.

Las pruebas laboratoriales no son específicas ni sensibles para hacer un diagnóstico de colecistitis (27). La leucocitosis y los exámenes de función hepática no normales pueden no estar presentes en estos cuadros con colecistitis crónica, a diferencia de la enfermedad aguda, no obstante, deben hacerse exámenes de

laboratorio de entrada en forma de panel metabólico, funciones hepáticas y hemograma (28). Los exámenes cardíacos, que incluyen el electrocardiograma y troponinas, deben estar a consideración.

El Examen diagnóstico de elección cuando se sospecha de colecistitis aguda o crónica es una ecografía en el cuadrante superior derecho del abdomen. Este examen que está en la mayoría de los centros médicos puede observar con gran exactitud la vesícula, se busca de una pared engrosada o inflamación (29). La tomografía computarizada (TC) con contraste endovenoso suele mostrar colelitiasis, incremento de la atenuación de la bilis y engrosamiento en pared de la vesícula biliar, en sí puede observar distendida o contraída, pero, la inflamación pericolecística y la acumulación de líquido no suelen observarse. Una vesícula biliar distendida y un aumento en el realce del tejido hepático adyacente suelen favorecer más la colecistitis aguda, en tanto que el hiperrealce de la pared de la vesícula se ve con mayor frecuencia en la patología crónica (30). Dados los hallazgos superpuestos entre la colecistitis aguda y crónica, en ocasiones la ecografía y la TC suelen ser necesarias para llegar a un diagnóstico final. Un estudio imagenológico por resonancia magnética (IRM) es una opción útil en pacientes que no pueden ser sometidos a una tomografía computarizada debido a problemas de radiación o lesión renal (31).

El tratamiento de elección preferido para la colecistitis crónica es la colecistectomía laparoscópica electiva. Tiene una tasa de morbilidad muy baja y se puede realizar de forma ambulatoria (32). Una colecistectomía abierta también suele ser una opción, pero, requiere mayor tiempo de hospitalización y un tiempo de recuperación más largos (33). La cirugía abierta está indicada situaciones que el paciente no son candidatos un procedimiento laparoscópico, como en los que tuvieron extensas cirugías previas y adherencias.

Los que no son candidatos a cirugía o se nieguen someterse a una cirugía pueden ser seguidos de cerca y manejados de forma conservadora. Una dieta escasa en grasas suele ayudar a bajar la frecuencia de los cuadros (34). En pacientes con colelitiasis sintomática, se ha observado que el uso de ácido ursodesoxicólico

(UDCA o ursodiol) baja las tasas de cólico biliar y colecistitis aguda (35), no obstante, la literatura sobre su papel en la colecistitis crónica es limitada.

El manejo de pacientes asintomáticos con colecistitis crónica doagnosticada de forma incidental dependerá de cada paciente. Los pacientes asintomáticos sin preocupaciones radiológicas o clínicas de malignidad también pueden ser monitoreados de cerca con imágenes de seguimiento (36).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

Investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

#### 3.2. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
<b>Colecistitis</b>	Condición en la se presenta un proceso inflamatorio de las paredes de la vesícula biliar.	Condición en la se presenta un proceso inflamatorio de las paredes de la vesícula biliar según historia clínica	CIE 10: K81.	Cualitativa nominal
<b>Características Epidemiológicas</b>	Rasgos o cualidades de las individuos, que suelen tener mayor o menor probabilidad de padecer una patología	Rasgos o cualidades de la individuos anotados en la historia clínica.	Edad: _____ años	Cuantitativa discreta
			Sexo: • Masculino • Femenino	Cualitativa Nominal
			Procedencia • Rural • Urbano	
<b>Características Clínicas</b>	Cuadro clínico que presenta un paciente ante a una determinada enfermedad.	Manifestaciones clínicas anotadas en la historia clínica.	Dolor abdominal Nauseas Vómitos Fiebre Ictericia Signo de Murphy	Cualitativa Nominal
<b>Características Ecográficas</b>	Hallazgos encontrados durante la evaluación ecográfica	Hallazgos encontrados durante evaluación ecográfica anotadas en historia clínica	Vesícula biliar • Normal • dilatada Pared vesicular • Normal • Engrosada Cálculos • Único • Múltiples Edema perivesicular • Si • No Hidrocolecisto • Si • No	Cualitativa Nominal
<b>Características Quirúrgicas</b>	Hallazgos que presentan o suscitan durante el	Hallazgos del procedimiento descrito en el reporte	<b>Técnica quirúrgica</b> Profilaxis antibiótica • Si	Cualitativa Nominal

	procedimiento quirúrgico	operatorio o historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> </ul> Técnica quirúrgica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abierta</li> <li>• Laparoscópica</li> </ul> Posición del paciente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Americana</li> <li>• Francesa</li> </ul> Conversión quirúrgica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> Tiempo operatorio: _____ minutos <p><b>Hallazgos intraoperatorios</b></p> Pared vesicular <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> Edema de pared <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> Pared gangrenada <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> Pícolecisto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> Hidrocolecisto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> Aplastronada <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul> Conducto cístico <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Dilatado</li> </ul> Cálculos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Único</li> <li>• Múltiple</li> </ul> Complicaciones intraoperatorias <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión de vía biliar</li> <li>• Lesión de víscera hueca</li> <li>• Lesión de víscera sólida</li> <li>• Sangrado</li> <li>• ISO</li> </ul>	
			Tiempo operatorio _____ minutos	Cuantitativa Discreta
<b>Estancia Hospitalaria</b>	Cantidad de días que permanece un paciente hospitalizado hasta el día del alta.	Cantidad de días hospitalizado según historia clínica.	_____ días	Cuantitativa Discreta

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

La población de estudio esta conformada por la totalidad de pacientes con diagnóstico de colecistitis que fueron atendidos en el Hospital III EsSalud de Juliaca. La muestra estuvo conformada por la totalidad de historias clínicas de los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico de enero a diciembre del 2019. El tamaño muestral se definió por el total de la población, haciendo un muestreo no probabilístico por conveniencia. Según el reporte de centro quirúrgico, durante el periodo de estudio se realizaron 245 colecistectomías, de las cuales 55 presentaban datos incompletos en el reporte operatorio, por lo tanto, la muestra final estuvo conformada por 190 pacientes.

#### **Criterios de inclusión**

Historias clínicas de pacientes con colecistitis que recibió tratamiento quirúrgico.

#### **Criterios de exclusión**

Historias clínicas de gestantes o menores de 15 años de edad.

Historia clínica de paciente que durante el acto quirúrgico se evidenció patología tumoral.

Historias clínicas con datos incompletos.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Técnica: análisis documental.

Instrumento: para la recolección de datos se creó una ficha de recolección de datos (anexo 1). En dicha ficha se recopiló información de las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas que nos permitieron alcanzar los objetivos planteados.

### **3.5. Procedimientos**

Se presentó el anteproyecto de investigación ante al comité revisor de la UCV, con la aprobación, enviamos una carta de presentación al director del hospital solicitando el acceso a las historias clínicas de los pacientes seleccionados, con la autorización de dirección nos acercamos al área de archivo del hospital en busca de las historias clínicas preseleccionadas para la investigación. Para el llenado de fichas se utilizó la técnica del vaciado de información.

### **3.6. Método de análisis de datos**

Toda la información recopilada se ingresó a una base de datos en SPSS® a la cual se le aplicó control de calidad en busca de datos perdidos. Para el análisis descriptivo de las variables categóricas se utilizó tablas de frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas se utilizó la media y desviación estándar.

### **3.7. Aspectos éticos**

Al ser un estudio no experimental y retrospectivo, limitado a la recolección de datos de las historias clínicas no existió exposición a riesgos ni para los pacientes ni para los investigadores. En todo momento se mantuvo en reserva la identificación de los pacientes evitando recolectar datos personales no relacionados con el desarrollo de los objetivos. Además, se realizó el adecuado llenado de la información manteniendo la veracidad de los datos.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 01: Características epidemiológicas de los pacientes con colecistitis.  
Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.**

		COLECISTITIS N=190	
		n	%
EDAD (media, DE, años)		40.11 ± 11.63	
SEXO	Masculino	52	27.4%
	Femenino	138	72.6%
PROCEDENCIA	Urbana	166	87.4%
	Rural	24	12.6%

La tabla muestra la edad promedio de los pacientes con colecistitis fue  $40.11 \pm 11.63$  años. Predominio del sexo femenino con 72.6% de la muestra. La procedencia urbana se observó en 87.4% de la población estudiada.

**Tabla 02: Características clínicas de los pacientes con colecistitis.  
Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.**

		COLECISTITIS N=190	
		n	%
DOLOR ABDOMINAL	Si	188	98.9%
	No	2	1.1%
SIGNO DE MURPHY	Si	80	42.1%
	No	110	57.9%
NAUSEAS Y VÓMITOS	Si	36	18.9%
	No	154	81.1%
ICTERICIA	Si	4	2.1%
	No	186	97.9%
FIEBRE	Si	12	6.3%
	No	178	93.7%

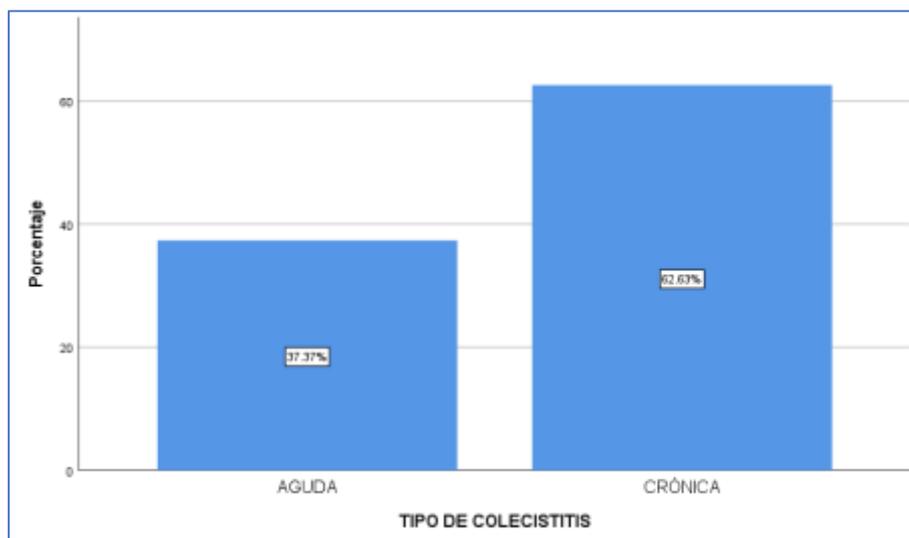
La tabla muestra la frecuencia global de síntomas, se observa que 98.9% de los pacientes presentó dolor abdominal, 42.1% signo de Murphy, 18.9% náuseas y vómitos, 2.1% ictericia y 6.3% fiebre.

**Tabla 03: Hallazgos ecográficos de los pacientes con colecistitis.  
Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.**

		COLECISTITIS N=190	
		n	%
VESICULA BILIAR	Si	157	82.6%
DILATADA	No	33	17.4%
PARED VESICULAR	Si	132	69.5%
ENGROSADA	No	58	30.5%
EDEMA DE PARED	Si	28	14.7%
VESICULAR	No	162	85.3%
HIDROCOLECISTO	Si	25	13.2%
	No	165	86.8%
PRESENCIA DE CÁLCULOS	Únicos	68	35.8%
	Múltiples	122	64.2%

El gráfico muestra que entre los hallazgos ecográficos se observó: vesícula biliar dilatada (82.6%), pared vesicular engrosada (69.5%), edema de pared vesicular (14.7%), hidrocolecisto (13.2%) y presencia de cálculos múltiples en 64.2%.

**Gráfico 01: Distribución de colecistitis según progresión de enfermedad.  
Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.**



El gráfico muestra que 62.63% de los pacientes tenía colecistitis crónica, y 37.37% colecistitis aguda.

**Tabla 04: Características quirúrgicas según técnica de colecistectomía.  
Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.**

		TÉCNICA QUIRÚRGICA					
		ABIERTA		LAPAROSCÓPICA		Total	
		n	%	n	%	n	%
Profilaxis antibiótica	Si	9	81.8%	49	27.4%	58	30.5%
	No	2	18.2%	130	72.6%	132	69.5%
	Total	11	100.0%	179	100.0%	190	100.0%
Posición del paciente	Americana	0	0.0%	79	44.1%	79	44.1%
	Francesa	0	0.0%	100	55.9%	100	55.9%
	Total	0	0.0%	179	100.0%	179	100.0%
Apertura incidental de la vesícula	Si	0	0.0%	13	7.3%	13	7.3%
	No	0	0.0%	166	92.7%	166	92.7%
	Total	0	0.0%	179	100.0%	179	100.0%
Conversión quirúrgica	Si	0	0.0%	6	3.4%	6	3.4%
	No	0	0.0%	173	96.6%	173	96.6%
	Total	0	0.0%	179	100.0%	179	100.0%
Tiempo operatorio (media, DE, minutos)		86.82 ± 47.71		68.99 ± 27.18		70.03 ± 28.87	

La tabla muestra que 11 (5.78%) pacientes fueron operados por técnica abierta y 179 (94.22%) por técnica laparoscópica. También se observa que 58 (30.5%) recibió profilaxis antibiótica y 132 (69.5%) no. Dentro del grupo operado por técnica laparoscópica se observa que: 100 (44.1%) se operaron en posición francesa y 79 (44.1%) en posición americana, además, en 13 (7.3%) se produjo la apertura incidental de la vesícula. Tasa de conversión del 3.4%. En cuanto al tiempo operatorio se observa que la cirugía abierta tuvo una media de 86.82 ± 47.71 minutos y la cirugía laparoscópica una media de 68.99 ± 27.18 minutos.

**Tabla 05: Hallazgos intraoperatorios de los pacientes con colecistitis.  
Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.**

		COLECISTITIS	
		N=190	
		n	%
PARED VESICULAR	Si	51	26.8%
	No	139	73.2%
ENGROSADA	Si	42	22.1%
	No	148	77.9%
EDEMA DE PARED	Si	12	6.3%
	No	178	93.7%
PARED GANGRENADA	Si	12	6.3%
	No	178	93.7%
PIOCOLECISTO	Si	12	6.3%
	No	178	93.7%
HIDROCOLECISTO	Si	9	4.7%
	No	181	95.3%
VESÍCULA PLASTRONADA	Si	43	22.6%
	No	147	77.4%
CONDUCTO CÍSTICO	Normal	133	70.0%
	Dilatado	57	30.0%
CÁLCULOS	Únicos	63	33.2%
	Múltiples	127	66.8%

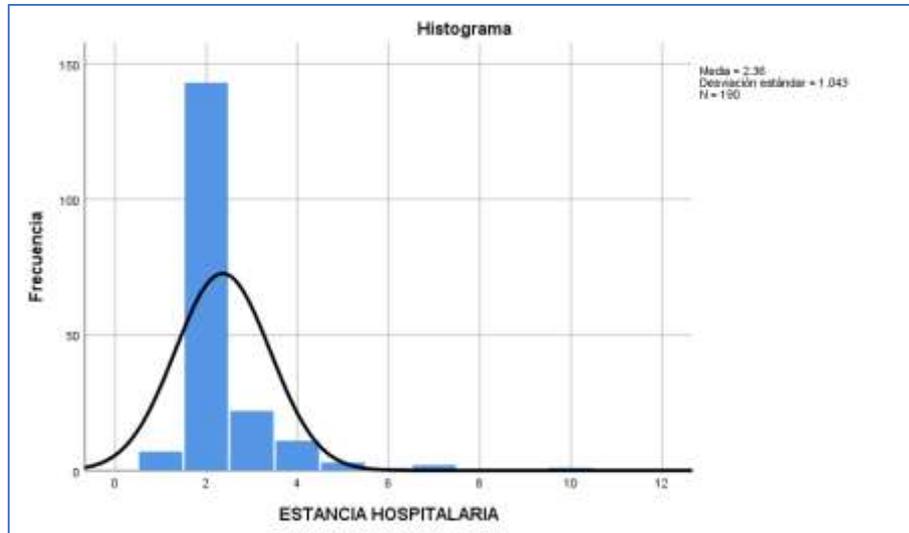
La tabla muestra que 51 (26.8%) pacientes presentaron engrosamiento de la pared vesicular, 42 (22.1%) desarrolló edema de pared y 12 (6.3%) gangrena de pared. En 12 (6.3%) se observó pirocolecisto, en 43 (22.6%) hidrocolecisto y en 43 (22.6%) plastronamiento vesicular. El conducto cístico se observó dilatado en 57 (30.0%).

**Tabla 06: Complicaciones perioperatorias de los pacientes con colecistitis.  
Hospital III EsSalud de Juliaca 2019.**

		COLECISTITIS N=190	
		n	%
LESIÓN DE VÍA BILIAR	si	9	4.7%
	no	181	95.3%
LESIÓN DE VISCERA HUECA	si	2	1.1%
	no	188	98.9%
LESIÓN DE VISCERA SÓLIDA	si	3	1.6%
	no	187	98.4%
SANGRADO	si	15	7.9%
	no	175	92.1%
INFECCIÓN SITIO QUIRÚRGICO	si	1	0.5%
	no	189	99.5%

La tabla muestra que entre las complicaciones perioperatorias 15 (7.9%) pacientes presentaron sangrado, 9 (4.7%) lesión de vía biliar, 3 (1.6%) lesión de víscera sólida, 2 (1.1%) lesión de víscera hueca y 1 (0.5%) con infección de sitio quirúrgico.

**Gráfico 02: Estancia hospitalaria promedio de los pacientes con colecistitis.  
Hospital III EsSalud Juliaca 2019.**



El gráfico muestra que la estancia hospitalaria promedio fue de  $2.36 \pm 1.04$  días.

## V. DISCUSIÓN

La tabla 01 muestra que la edad promedio de los pacientes con colecistitis fue  $40.11 \pm 11.63$  años. Cifra que concuerda Portugal M. (10) quien encontró en el HNCASE un promedio de edad de 35.3 años a predominio en mujeres con 65.4 %, siendo parecido en nuestro trabajo donde hallamos el predominio del sexo femenino con 72.6% de la muestra. La procedencia urbana se observó en 87.4% de la población estudiada. Coronel C. 2019 (12), estudio realizado en el Hospital Docente de Trujillo en pacientes geriátricos observó que 76.7% eran del sexo femenino, corroborando también los resultados encontrados en el nuestro. Nizama (13) observó que 79.5% eran mujeres,  $47.3 \pm 17.3$  años era la edad promedio. Los cuales casi duplican el porcentaje de edad encontrado por nosotros.

La tabla 02 muestra la frecuencia global de síntomas, se observa que 98.9% de los pacientes presentó dolor abdominal, 42.1% signo de Murphy, 18.9% náuseas y vómitos, 2.1% ictericia y 6.3% fiebre. Resultados similares encontró Guía (11) náuseas en 85%, vómitos 84.5%, dolor en hipocondrio derecho en 84%, intolerancia a las grasas en 66% y fiebre solo en 11% de los pacientes. Portugal (10) describiendo las manifestaciones clínicas: dolor abdominal 100%, náuseas 63.5%, vómitos 51%, fiebre 8.7%, signo de Murphy 72.1%, ictericia 4.8% y signo de rebote en 2.9%. Marin (14) reportó dolor en HCD 93.0%, signo de Murphy 88.6%, fiebre 33.3%.

En la tabla 03 muestra que entre los hallazgos ecográficos se observó: vesícula biliar dilatada (82.6%), pared vesicular engrosada (69.5%), edema de pared vesicular (14.7%), hidrocolecisto (13.2%) y presencia de cálculos múltiples en 64.2%. Marin (14) encontraron resultados similares a los nuestros pues dentro de sus hallazgos ecográficos estuvieron: pared engrosada  $>5\text{mm}$  64.9%, líquido perivesicular 2.6%. muy parecidos a los resultados encontrados por Portugal (10) quien reporta hallazgos ecográficos: tamaño vesicular grande 23.1%, pared vesicular gruesa 48.1%, edema perivesicular 6.7%, hidrocolecisto 4.8%.

El gráfico 01 muestra que 62.63% de los pacientes tenía colecistitis crónica, y 37.37% colecistitis aguda. Esto se puede explicar que el criterio de selección fue la intervención quirúrgica y no el servicio de procedencia,

La tabla 04 muestra que 11 (5.78%) pacientes fueron operados por técnica abierta y 179 (94.22%) por técnica laparoscópica. También se observa que 58 (30.5%) recibió profilaxis antibiótica y 132 (69.5%) no.

Dentro del grupo operado por técnica laparoscópica se observa que: 100 (44.1%) se operaron en posición francesa y 79 (44.1%) en posición americana, además, en 13 (7.3%) se produjo la apertura incidental de la vesícula. Tasa de conversión del 3.4%. la cual se encuentra dentro de lo esperado según la literatura consultada.

En cuanto al tiempo operatorio se observa que la cirugía abierta tuvo una media de  $86.82 \pm 47.71$  minutos y la cirugía laparoscópica una media de  $68.99 \pm 27.18$  minutos. Nizama (13) reporta un tiempo operatorio entre 61-90 minutos en 42.7%, ligeramente menor que el nuestro, Coronel (12) tiempo operatorio  $74.9 \pm 19.9$  minutos de manera diferente y por encima del tiempo operatorio encontrado en la investigación.

La tabla 05 muestra que 51 (26.8%) pacientes presentaron engrosamiento de la pared vesicular, 42 (22.1%) desarrolló edema de pared y 12 (6.3%) gangrena de pared. En 12 (6.3%) se observó pirocolecisto, en 43 (22.6%) hidrocolecisto y en 43 (22.6%) plastronamiento vesicular. El conducto cístico se observó dilatado en 51 (30.0%). Portugal (10) encuentra hallazgos operatorios similares a los nuestros y con el incremento considerable de casos de pirocolecisto de nuestra parte: edema de pared 19.2%, gangrena de pared 12.5%, pirocolecisto 8.7%

La tabla 06 muestra que entre las complicaciones perioperatorias 15 (7.9%) pacientes presentaron sangrado, 9 (4.7%) lesión de vía biliar, 3 (1.6%) lesión de víscera sólida, 2 (1.1%) lesión de víscera hueca y 1 (0.5%) con infección de sitio quirúrgico. Coronel C. 2019 (12) encontró Tasa de complicaciones perioperatorias 24.3%; lesión de conducto biliar común 7.9%, sangrado intraoperatorio 4.2%, ISO

2.6% (12). Nizama (13). Complicaciones perioperatorias 24.4%; de las cuales ISO 1.3%, fuga biliar 0.9%, hematoma de pared abdominal 0.4%.

El gráfico 02 muestra que la estancia hospitalaria promedio fue de  $2.36 \pm 1.04$  días. Un poco mas alto el promedio de días de hospitalización fue el encontrado por Nizama (13) quien informa estancia hospitalaria de  $3.92 \pm 1.9$  días.

## VI. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos podemos concluir que:

La edad promedio fue  $40.11 \pm 11.63$  años, con predominio del sexo femenino y de procedencia urbana

Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se encontró dolor abdominal y signo de Murphy.

Los hallazgos ecográficos más frecuentes fueron la vesícula biliar dilatada con pared vesicular engrosada y en menor cuantía se observó edema de pared vesicular.

La mayoría de colecistectomías se realizaron por laparoscopia, en posición francesa y con una tasa de conversión baja (3.4%). Siendo el engrosamiento de pared vesicular y la presencia de edema los hallazgos intraoperatorios más frecuentes.

La tasa de complicaciones perioperatorias es baja, siendo el sangrado y la lesión de vía biliar las más frecuentes.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Se recomienda realizar estudios que permitan correlacionar los hallazgos intraoperatorios con el informe ecográfico ya que se ha observado una diferencia sustancial entre ambos.

Se recomienda el adecuado llenado de datos en el reporte operatorio ya que hubo una pérdida significativa de pacientes por esta circunstancia.

## REFERENCIAS

1. Andercou O, Olteanu G, Mihaileanu F, Stancu B, Dorin M. Risk factors for acute cholecystitis and for intraoperative complications. *Ann Ital Chir.* 2017; 88: 318-325.
2. Wang L, Sun W, Chang Y, Yi Z. Differential proteomics analysis of bile between gangrenous cholecystitis and chronic cholecystitis. *Med Hypotheses.* 2018; 121: 131-136.
3. Benkhadoura M, Elshaikhy A, Eldruki S, Elfaedy O. Routine histopathological examination of gallbladder specimens after cholecystectomy: Is it time to change the current practice? *Turk J Surg.* 2018; 14: 1-4.
4. Yeo D, Jung S. Differentiation of acute cholecystitis from chronic cholecystitis: Determination of useful multidetector computed tomography findings. *Medicine (Baltimore).* 2018; 97(33): e11851.
5. Kaura S, Haghighi M, Matza W, Hajdu C, Rosenkrantz A. Comparison of CT and MRI findings in the differentiation of acute from chronic cholecystitis. *Clin Imaging.* 2018 ;37(4): 687-91.
6. Chamarchy M, Freeman LM. Hepatobiliary scan findings in chronic cholecystitis. *Clin Nucl Med.* 2016; 35(4): 244-51.
7. Guarino M, Cocca S, Altomare A, Emerenziani S, Cicala M. Ursodeoxycholic acid therapy in gallbladder disease, a story not yet completed. *World J Gastroenterol.* 2013 Aug; 19(31): 5029-34.
8. Malik T, Gnanapandithan K, Singh K. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Jun 18, 2020. Peptic Ulcer Disease.
9. Ajani J, Lee J, Sano T, Janjigian Y, Fan D, Song S. Gastric adenocarcinoma. *Nat Rev Dis Primers.* 2017; 3: 17036.
10. Portugal M. Correlación de hallazgos clínicos – laboratoriales - ecográficos de la colecistitis aguda litiásica con hallazgos operatorios en pacientes entre los 20 y 40 años que ingresaron por emergencia en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo 2019. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Arequipa. Universidad Católica de Santa María. 2019.
11. Guía M. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con colecistitis crónica calculosa en el servicio de cirugía del Hospital Rezola Cañete en el año

2018. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima. Universidad Privada San Juan Bautista. 2019.
12. Coronel C. 2019. Resultados perioperatorios de la colecistectomía precoz en pacientes geriátricos con colecistitis aguda. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. 2019.
  13. Nizama L. Características perioperatorias del manejo quirúrgico precoz vs tardío de colecistitis aguda en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales entre el año 2015 y 2017. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima. Universidad Nacional Federico Villarreal. 2018.
  14. Marin C. Correlacion de los criterios diagnósticos de Tokyo 2013 (TG13) con el examen anatomo - patológico en el diagnóstico de la colecistitis aguda en el Hospital Regional Docente de Cajamarca periodos enero-diciembre 2016. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Cajamarca. Universidad Nacional de Cajamarca. 2017.
  15. Tapia L. Colecistitis Aguda en El Hospital Nacional Ramiro Priale Priale en el Periodo 2016. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Huancayo. Universidad Peruana los Andes. 2017.
  16. Albulushi A, Giannopoulos A, Kafkas N, Dragasis S, Pavlides G, Chatzizisis Y. Acute right ventricular myocardial infarction. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2018; 16(7): 455-46.
  17. Gnanapandithan K, Feuerstadt P. Review Article: Mesenteric Ischemia. *Curr Gastroenterol Rep.* 2020; 22(4): 17
  18. Goetze T. Gallbladder carcinoma: Prognostic factors and therapeutic options. *World J Gastroenterol.* 2015; 21(43): 12211-7.
  19. Clark C. An Update on Biliary Dyskinesia. *Surg Clin North Am.* 2019 Apr;99(2):203-214.
  20. Charfi S, Gouiaa N, Mnif H, Chtourou L, Tahri N, Abid B, et al. Histopathological findings in cholecystectomies specimens: A single institution study of 20 584 cases. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2018 Aug;17(4):345-348.
  21. Andercou O, Olteanu G, Mihaileanu F, Stancu B, Dorin M. Risk factors for acute cholecystitis and for intraoperative complications. *Ann Ital Chir.* 2017; 88: 318-325.

22. Gu M, Kim T, Song J, Nam Y, Lee J, Park J. Risk factors and therapeutic outcomes of acute acalculous cholecystitis. *Digestion*. 2014; 90(2): 75-80.
23. Mhamdi S, Mhamdi K. Emphysematous Cholecystitis. *N Engl J Med*. 2019; 381(8): 14.
24. Goel A, Agarwal A, Gupta S, Bhagat T, Kumar G, Gupta A. Porcelain Gallbladder. *Euroasian J Hepatogastroenterol*. 2017; 7(2): 181-82.
25. Knab L, Boller A, Mahvi D. Cholecystitis. *Surg Clin North Am*. 2014; 94(2): 455-70.
26. Gómez V, Alba F, Piñero L, Komorowski A. Acute cholecystitis, chronic cholecystitis or gallbladder cancer?. *Gastroenterol Hepatol*. 2017; 40(10): 671-73.
27. Menéndez P, León C, Amo M, Méndez B, García A. Association of laboratory and radiologic parameters in the diagnosis of acute cholecystitis. *Rev Gastroenterol Mex*. 2019; 84(4): 449-54.
28. Real H, Fernández J, Soler G. Predicting factors for the diagnosis of gangrene acute cholecystitis. *Cir Cir*. 2019; 87(4): 443-49.
29. Shapira M, Mahamid A, Reindorp N, Nachtigal A, Zeina A. Sonographic Diagnosis of Complicated Cholecystitis. *J Ultrasound Med*. 2015; 34(12): 2231-36.
30. Wertz J, Lopez J, Olson D, Thompson W. Comparing the Diagnostic Accuracy of Ultrasound and CT in Evaluating Acute Cholecystitis. *AJR Am J Roentgenol*. 2018; 211(2): 92-97.
31. Cremer A, Arvanitakis M. Diagnosis and management of bile stone disease and its complications. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2016; 62(1): 103-29.
32. Kim S, Donahue T. Laparoscopic Cholecystectomy. *JAMA*. 2018; 319(17): 1834.
33. Campbell B, Lambrianides A, Dulhunty J. Open cholecystectomy: Exposure and confidence of surgical trainees and new fellows. *Int J Surg*. 2018; 51: 218-22.
34. Della A, Lange J, Hilbert J, Archid R, Königsrainer A, Quante M. Ursodeoxycholic Acid for 6 Months After Bariatric Surgery Is Impacting Gallstone Associated Morbidity in Patients with Preoperative Asymptomatic Gallstones. *Obes Surg*. 2019; 29(4): 1216-21.

35. Loozen C, Oor J, van Ramshorst B, van Santvoort H, Boerma D. Conservative treatment of acute cholecystitis: a systematic review and pooled analysis. *Surg Endosc.* 2017; 31(2): 504-15.

## ANEXOS

### ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO ECOGRÁFICAS Y QUIRÚRGICAS DE LA COLECISTITIS EN EL HOSPITAL III ESSALUD JULIACA 2019

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: masculino ( ) femenino ( )

Procedencia: urbano ( ) rural ( )

#### Manifestaciones clínicas

Dolor abdominal si ( ) no ( )

Ictericia: si ( ) no ( )

Signo de Murphy: si ( ) no ( )

Náuseas y vómitos: si ( ) no ( )

Fiebre: si ( ) no ( )

#### Datos ecográficos preoperatorios

Vesícula biliar dilatada: si ( ) no ( )

Pared vesicular engrosada: si ( ) no ( )

Edema perivesicular: si ( ) no ( )

Hidrocolecisto: si ( ) no ( )

Cálculos: único ( ) múltiples ( )

#### Diagnóstico preoperatorio

Colecistitis aguda: si ( ) no ( )

Colecistitis crónica: si ( ) no ( )

#### Técnica quirúrgica

Profilaxis antibiótica: si ( ) no ( )

Técnica quirúrgica: abierta ( ) laparoscópica ( )  
Si marcó laparoscópica:  
Posición del paciente: americana ( ) francesa ( )  
Conversión quirúrgica: si ( ) no ( )  
Apertura incidental de vesícula: si ( ) no ( )  
Tiempo quirúrgico: \_\_\_\_\_ minutos

### **Hallazgos intraoperatorios**

Pared vesicular engrosada si ( ) no ( )  
Edema de pared si ( ) no ( )  
Gangrena si ( ) no ( )  
Pícolecisto si ( ) no ( )  
Hidrocolecisto si ( ) no ( )  
Plastronada si ( ) no ( )  
Conducto cístico normal ( ) dilatado ( )  
Cálculos: único ( ) múltiples ( )

### **Complicaciones perioperatorias**

Lesión de vía biliar si ( ) no ( )  
Lesión de víscera hueca si ( ) no ( )  
Lesión de víscera sólida si ( ) no ( )  
Sangrado si ( ) no ( )  
ISO si ( ) no ( )  
Otras:

**Estancia hospitalaria:** \_\_\_\_\_ días