

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

196

FACULTAD DE MEDICINA

2es

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

CLINICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. DE IGUALA, GRO. 1203

**FRECUENCIA DE PACIENTES CON COLECISTITIS
AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA
CLINICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. DE
IGUALA, GRO.**

T R A B A J O

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DR. ALEJANDRO VARONA BURGOS



ISSSTE

IGUALA, GRO.

ENERO DE 1998

**TESTS CON
MAYOR DE ORIGEN**

265093



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

DR. ALEJANDRO VARONA BURGOS
FRECUENCIA DE PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA HOSPITAL DEL
I.S.S.S.T.E. DE IGUALA, GRO.

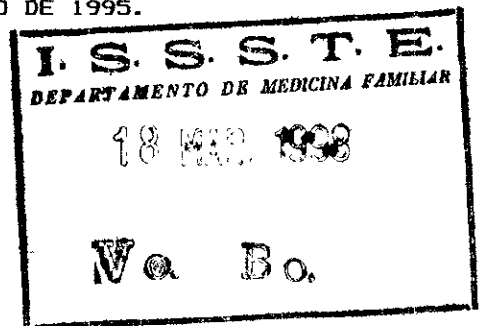
Miguel Ángel F. Rosendo Martínez
DR. MIGUEL ÁNGEL F. ROSENDO MARTINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DE LA CLINICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E.
IGUALA, GRO.

Jose Antonio Zamudio Najera
DR. JOSE ANTONIO ZAMUDIO NAJERA
CIRUJANO GENERAL DE LA CLINICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. DE
IGUALA, GRO.

Isaias Hernandez Torres
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO
ASESORES DE TESIS

Hector Gabriel Arteaga Aceves
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

IGUALA, GRO. ENERO DE 1995.



FRECUENCIA DE PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA HOSPITAL DEL
I.S.S.S.T.E. DE IGUALA, GRO.


QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR


PRESENTA
DR. ALEJANDRO VARONA BURGOS

AUTORIZACIONES


DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.


DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

LA AMISTAD COMIENZA CON RESPETO
A LAS DECISIONES AJENAS, NO EN
LA UNANIMIDAD DE CRITERIOS NI EN
LA CANCELACION DE LAS IDEAS O
SOBERANIA DE LOS OTROS.

AGRADECIMIENTOS

Deseo manifestar mi agradecimiento a todas las personas que contribuyen de una u otra manera para la realización de este estudio. En especial, agradezco la colaboración de los doctores Antonio Zamudio Nájera e Isaiás Hernández Torres, así como a todos los médicos de urgencias.

INDICE

	Pág.
1. Título	7
2. Marco teórico	8
3. Planteamiento del problema	8
4. Justificación	10
5. Objetivos	41
6. Hipótesis	41
7. Metodología	41
7.1. Tipo de estudio	41
7.2. Población, lugar y tiempo	42
7.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	42
7.4. Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	42
7.5. Información a recolectar (variables de medición)	43
7.6. Método o procedimiento para captar la información	44
7.7. Consideraciones éticas	44
8. Resultados	46
8.1. Tablas (cuadros y gráficas)	46
8.2. Descripción de resultados	56
9. Análisis (discusión) de los resultados encontrados	65
10. Conclusiones	72
11. Bibliografía	79
12. Anexos	81

TITULO DE LA TESIS

FRECUENCIA DE PACIENTES CON COLECISTITIS
AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA
CLINICA HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. DE
IGUALA, GRO.

MARCO TEORICO

DEFINICION DEL PROBLEMA

La colecistitis aguda es un padecimiento debido a la inflamación aguda de las paredes y cuello de la vesícula y del conducto cístico, que ocasiona congestión local, proliferación bacteriana, trastornos de la circulación con gangrena y destrucción de sus paredes. Puede o no estar asociada a litiasis vesicular (1,2,9,11).

Esta patología, ocupa el segundo lugar como causa de dolor abdominal agudo, siendo superada únicamente por la apendicitis aguda (1,2,3,4,5,9,12). Muchos de los casos de colecistitis aguda se deben a cálculos biliares que obstruyen el conducto císticos con edema, inflamación y frecuentemente con invasión bacteriana. El porcentaje corresponde a un 14.3 por ciento a litiasis vesicular y un 5 por ciento, a la colecistitis aguda no calculosa (4,5,9,13).

La etiología de la colecistitis es multifactorial, y los factores frecuentemente involucrados en mayor o menor proporción no ha sido establecido con exactitud, pero los considerados de mayor importancia son:

Edad	Obesidad
Sexo	Herencia
Dieta	Raza
Factores hormonales	Area geográfica
Embarazo	Ayunos prolongados
Paridad	

Debido a la alta incidencia en la morbilidad de esta enfermedad, y su predominio en el sexo femenino 4-1 (mayoría de autores), 3-1 (otros autores), sobre el sexo masculino (1,2,4,5,8,9); en la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. de Iguala, Gro. la colesistitis aguda es causa frecuente de cuadro abdominal agudo (archivo clínico hoja SM-10-1).

Por las anteriores consideraciones, este trabajo pretende investigar...

¿Qué tan frecuente es la colecistitis aguda como causa de asistencia al servicio de Urgencias por dolor abdominal agudo, y la influencia de los factores desencadenantes en su presentación?

ANTECEDENTES

De la colecistitis se tiene conocimiento desde la antigüedad, existen escritos que datan del siglo V del Imperio Bizantino (4,13), del médico enciclopedista grecoromano Alejandro de Trales, que hace referencia a esta patología.

Entre los años de 1443-1502, el cirujano Florentino Antonio Benivieni (4), hizo descripción anatomoclínica de la enfermedad al encontrar cálculos biliares en la necropsia de una paciente que él atendía por intensos "dolores hepáticos".

Paracelso, en 1493-1545 (4), atribuyó la génesis de los cálculos a ciertos "trastornos humorales" con precipitación de "impurezas" en la vía biliar.

Naunyn, en 1892 (4), atribuye el origen de la colecistitis, a la estasis biliar y a la infección por el bacilo coli, cuyo efecto sería la producción de "catarro litogénico" en la mucosa vesicular.

Así, mucus, células epiteliales descamadas y gérmenes formarían el núcleo alrededor del cual se precipitan

colesterol, pigmentos biliares y calcio para formar lo que posteriormente será el núcleo del cálculo.

Aschoff, en 1924 (4), estableció una clasificación de los cálculos biliares que aún tiene vigencia:

1. Inflamatorios.

son también denominados "mixtos, generalmente múltiples, compuestos por colesterol, pigmento y calcio. Son los más frecuentes y abarcan más del 50% de las litiasis biliares.

2. Metabólicos.

Pigmento Puro o de color negro compuesto de bilirrubinato de calcio.

Bilirrubinato de Calcio, (cálculos de "frambuesa o mora"), se encuentran generalmente, vinculados a anemias hemolíticas, hiperhemólisis y sobreoferta de bilirrubina al hígado, para su conjugación y excreción e hiperconcentración de éste pigmento en la bilis. Se suele observar jóvenes y aún niños. Su frecuencia relativa es del 4 al 6% (4).

Colesterol Puro, o solitarios, son asépticos, o estar recubiertos por una capa de bilirrubina-colesterol, si se complican con infección. Un 25% de las colelitiasis son de este tipo, (4,9,13).

3: Cálculos compuestos.

Son precipitaciones de colesterol-bilirrubina-calcio sobre núcleos primarios de cálculos metabólicos. Al corte muestran aspecto "escarapela". Se forman en la vesícula donde se estanca la bilis, se concentra y cuya mucosa es capaz de excretar colesterol en ciertos estados patológicos. Su frecuencia oscila entre 8.2 y 22.8% (4,9,13).

4. Calculos de Estasis.

Son terrosos y se producen bajo ciertas circunstancias, especialmente, en pacientes mayores de 50 años de edad, la asociación de estasis e infección en la vía biliar principal es capaz de generar cálculos de apariencia "terrosa", color marrón. Se deshacen fácilmente a la presión de los dedos. Su frecuencia va del 10 al 20% (4,8,9,13).

Actualmente existe consenso entre los diferentes autores, al señalar que la etiología de la colecistitis es multifactorial, y que esta patología va en aumento debido quizás al aumento en la esperanza de vida de la población, al oportuno diagnóstico, mejores métodos y técnicas para su detección así como también al aumento en los factores de riesgos.

Dichos factores de riesgos son: edad, sexo dieta, factores hormonales, embarazo, paridad, obesidad, herencia; área geográfica y los ayunos prolongados.

EDAD Y SEXO

La colecistitis se puede presentar a cualquier edad y en cualquier sexo, pero predomina en el sexo femenino entre los 30-40 años de edad (4,5,6,8,9,13), reportándose que el 70% corresponde a mayores de 40 años de edad, y el riesgo aumenta con la edad; después de los 40 años la cifra de riesgos aumenta a 20%; después de los 60 años de edad al 25% y después de los 70 años, el porcentaje se incrementa al 33% (5,6,8,). El predominio de mujeres sobre los hombres es variable, Kennet W., Roger P. Smith., Menéndez y colaboradores reportan 3-1, mientras que Thomas E. Nolan, Martin L. Pernal., M. A. Figueroa y Villalobos, estos dos

últimos en México, reportan 4-1, respectivamente (4,5,6,9,13).

Estos mismos autores, mencionan que la edad, el sexo y los factores hormonales, se encuentran estrechamente relacionados desde el inicio de la pubertad con la hipersecreción hormonal que se empieza a producir y que en algún momento al fallar algún que rompe el equilibrio entre producción y excreción de los ácidos biliares pudiera ser el principio de litiasis.

FACTORES HORMONALES, EMBARAZO Y PARIDAD

El embarazo, el parto y las hormonas endógenas y exógenas se encuentran fuertemente implicadas en la patogénesis de la colecistitis por un mecanismo aún no muy bien entendido, ya que por un lado, los estrógenos y la progesterona al ser metabolizados por el hígado producen colestasis intrahepática, posiblemente debida a la acumulación de ácidos biliares, y que, al emigrar, vía torrente sanguíneo hacia la vesícula biliar produce prurito y ligero tinte icterico.

Por otro lado, la progesterona por sí sola, produce relajación del músculo liso de la vesícula y vías biliares (4,5,8,9,13).

John C., Morrison., M. D. y Sue M. Palmer (9), señalan que dependiendo del estado hormonal de la paciente, la ingesta exógena de hormonales y de la capacidad metabolizadora del hígado de éstas, dependerá la cantidad de ácidos libres o vesiculares y la predisposición de ésta, para formar cálculos. Por otra parte añaden que esta respuesta dependerá del número de embarazos, paridad y el equilibrio o desequilibrio de los otros factores, y de la misma vesícula biliar.

La relación embarazo-paridad-colecistitis se encuentra estrechamente vinculada con el grado hormonal de los estrógenos y progestágenos presentes en los estados grávidos que implican colestasis intrahepática química y que puede dar sintomatología clínica. Estos mismos autores hacen incapié en que en los estados grávidos puede haber sobre saturación biliar y/o hepática debido a la deformación o hiperplasia de la papilas gustativas que deforman el sentido del gusto en la gran mayoría de las pacientes quienes se muestran proclives a ingerir dietas demasiadas grasosas cargadas de colesterol y carbohidratos en frecuencia y calidad muy superior a lo que se ingiere con normalidad en estados no grávidos (9,13). Estos mismos autores hacen énfasis en que ésta desviación del gusto, pudiera jugar un papel más importante al que se le ha atribuido contribuyendo, u originando o precipitando los

estados de hiperacidez o hipersaturación. Se requieren de estudios más profundos y más prolongados.

La paridad, es otro factor fuertemente implicado en la colecistitis por diferentes causas; al estado hormonal de la paciente que ya se mencionó anteriormente, a la los fuertes y frecuentes cambios de presión intraluminales a los que se ve sometida la vesícula, favoreciendo la estasis biliar, las elongaciones o hiperflacidez del órgano vascular secundarias a la influencia de la progesterona sobre la musculatura lisa de la vesícula biliar y del cístico y también por el efecto tóxico de la lecitina sobre estas estructuras. Todo eso hace que el contenido biliar permanezca por tiempos prolongados con la mucosa epitelial del órgano, vaciamiento incompleto de ésta, estasis, precipitación de sales biliares, colesterol, calcio y cristalización de éstos (13).

DIETA

Se ha encontrado, como quedó anotado anteriormente, que en la población occidental, la colecistitis, afecta a la sexta parte de la población adulta. Esta entidad se encuentra en estrecha relación con la dieta de dicha población. Quienes consumen una dieta básicamente a base de grasas y proteínas de tipo animal, en la población anglosajona, y de grasas y carbohidratos, en los países del tercer mundo del Centro y Sudamérica (4,5,8,9).

Los alimentos callejeros y los antojitos mexicanos son también consumidos de manera importante. Los primeros, expuestos en cualquier esquina y elaborados con los mismos insumos, pero con la particularidad de ignorar si durante su elaboración se siguieron las normas de higiene que se requieren y por estar más expuestas a la insalubridad, más concentradas y por ende, más propensas a producir patología.

El consumo de estos alimentos callejeros ha ido en aumento y está en completo auge debido también, a que la población femenina ha ingresado al mercado laboral y por un lado, la imposibilita a preparar sus propios alimentos y cuando lo hace, una gran cantidad de estos, son enlatados; por otro lado, por el régimen laboral, que en nuestra

población son trabajadores al servicio del Estado, y por la precaria situación económica que se está viviendo desde hace años, esta población, trabaja en su mayoría, dos turnos obligando con esto, a ayunos prolongados con hipersecreción ácida secundaria e hiperacididad intravesicular. El contacto del ácido biliar con la mucosa la daña, erosiona e inflama, al mismo tiempo que se produce estasis biliar; y si a todo esto, se agrega la carga genética, la raza y el área geográfica a la que pertenecemos, es obvio, que la posibilidad a padecer colecistitis aumenta.

Estas dietas ricas en colesterol, por sí solas, precipitan la formación de cálculos, a la que se agrega una alteración en la composición fisicoquímica como factor de litogénesis; ya que los tres lípidos principales de la bilis son: ácidos biliares, fosfolípidos y colesterol.

Los ácidos biliares, son producto de síntesis hepática a partir del colesterol. El ácido cólico y el quenodesoxicólico son ácidos biliares primarios; el desoxicólico se produce en la luz intestinal por dehidroxilación del ácido cólico. El ácido quenodesoxicólico, también por dehidroxilación en el intestino se transforma en ácido litocólico no absorbible que es eliminado.

Los ácidos biliares conjugados con taurina y glicina forman sales biliares, taurocolato y glicolato que son solubles en agua, con la particularidad de formar aglomerados moleculares o micelas. Los fosfolípidos de la bilis humana están constituidos, casi en su totalidad por lecitina. Esta, no es hidrosoluble, pero absorbe el agua, para formar cristales líquidos.

El colesterol también soluble en agua, se incorpora a los cristales líquidos de lecitina, que se hacen solubles en presencia de sales biliares formando micelas mixtas. La capacidad de mantener el estado micelar-soluto del colesterol, depende de la concentración relativa de los tres lípidos. A esto es a lo que se le denomina "bilis litogénica" producida en forma primaria por el hígado, sin embargo, la vesícula participa en la formación de cálculos, mediante tres mecanismos: 1) modificando la composición de la bilis, no sólo por la absorción del agua, sino por la de ácidos biliares que aunque lenta en la vesícula normal, puede ser significativa en periodos prolongados de estasis. Si se agrega infección vesicular, la absorción de ácidos biliares, de carácter selectivo llega a ser importante. 2) Proporcionando "micelas" y un ambiente favorable para la precipitación. 3) ejerciendo un "bloqueo" por secuestro transitorio, sobre la circulación de los ácidos biliares.

La relación entre vesícula y litiasis biliar, se ha visto nuevamente reforzada por las comprobaciones de Shaffer, Small y de Simons y colaboradores (4), quienes hallaron que la colecistectomía restaura a la normalidad la bilis "litógena" hepática, comprobación de gran interés terapéutico.

A la colecistitis es frecuente encontrarla asociada a otras enfermedades como son: diabetes mellitus, cirrosis hepática, enfermedad de Crohn, anemia hemolítica, enfisema vesicular, infección de las vías biliares y anomalías congénitas, de las vías biliares y vesícula. De estas, las más frecuentemente encontradas en nuestro país son la diabetes mellitus, infección de las vías biliares y anomalías congénitas de éstas, la frecuencia de las dos últimas, oscila de 0.3 a 2% (4,8,9,13).

El porcentaje de la diabetes mellitus más coleoscistitis varía de 20 a 30% (10,11,12). Según los autores consultados, esto se debe a que ambas patologías son de evolución crónica, en la diabetes hay disminución de la motilidad, se favorece la estasis y con ello, la formación de cálculos en forme lenta.

Infección y colecistitis; desde 1902, Naunyn (4), sugirió que según sus investigaciones, a la estasis

vesicular se le agrega infección por el "bacilo de coli" vía ascendente (4). Los gérmenes más frecuentemente encontrados en orden de frecuencia son: Salmonela typhi, E. coli y el bacilo perfringes. Las vías por la que los gérmenes llegan hasta la vía biliar desde el colon son, la ascendente y por la vía hematógena.

Cuando hay inflamación aguda de las paredes de la vesícula y del conducto cístico, se origina congestión local, proliferación bacteriana, trastornos de la circulación con gangrena y destrucción de sus paredes. Puede estar o no asociado a litiasis vesicular.

Mucus, células epiteliales descamadas y gérmenes formarían el núcleo alrededor del cual se precipitan colesterol, pigmentos biliares y calcio. De hecho, aún es aceptado por muchos autores (4), que ello puede ocurrir en los llamados "cálculos mixtos" que se observan en infección biliar (4). Los cálculos de colesterol, en cambio, poco o nada parecen relacionarse con infección previa.

Bajo ciertas circunstancias, especialmente, en personas mayores de 50 años de edad, la asociación de estasis e infección en la vía biliar principal es capaz de generar cálculos de apariencia "terrosa", color marrón que se deshacen fácilmente bajo la presión de los dedos (4).

Madden (4,8) ha llamado la atención recientemente sobre este tipo de cálculos de estasis primitivos de la vía biliar principal, con forma de cigarro de habano o de "molde colédoco", cuya frecuencia es de 60% de la litiasis ductales, frecuencia que excede los hallazgos de otros cirujanos.

OBESIDAD

La obesidad, es otro de los factores de importancia que predispone o que por sí solo puede generar colecistitis y si a éste se encuentra más causas involucradas en la patogénesis, el riesgo aumenta. Este factor o condicionante es consecuencia la dieta predominante en el mundo occidental con sobrecarga en los ácidos grasos y colesterol. Así en pacientes con 6 a 10 kg de sobrepeso, tienen el doble de riesgo en desarrollar colecistitis, mientras que los que sobrepasan los 20 a 30 kg de sobrepeso, el riesgo se incrementa a 6 veces más, (6); y más, si son del sexo femenino. La obesidad es calificada por todos los autores, como uno de los riesgos principales en esta patología, pero el mecanismo por el cual interviene en ella, no ha sido explicado con exactitud, pero como el colesterol es el componente habitual de los ácidos biliares, pudiera haber una alteración en la composición fisicoquímica como factor de litogénesis por la

participación de los tres principales lípidos de la bilis: ácidos biliares, fosfolípidos y colesterol. El mecanismo por el cual ocurre el almacenamiento de tejido graso, es por la sobreoferta de glucógeno en su producción y consumo (4,13).

RAZA Y AREA GEOGRAFICA

La colecistitis es muy variable en cuanto a áreas geográficas y razas, ya que es excepcional en Asia, Africa Central y entre la población negra Norteamericana y la de las Antillas donde se registra únicamente un 0.3% de colecistitis (4). Contrario a esto, en Europa Occidental, Norte, Centro y Sudamérica donde se encuentra una proporción del 10 al 20% (4,13).

En occidente, esta patología afecta a la sexta parte de la población adulta y según M.A. Figueroa (4), en México produce la muerte de una de cada ocho personas.

John C. Morrison, M. D. y Sue M. Palmer quienes manejan población femenina en Norteamérica entre ellas población femenina negra, señalan que si antes la colecistitis en dicha minoría era rara, actualmente está sufriendo un incremento, debido quizás a la dieta y al consumo de hormonales exógenos (8,9).

AYUNOS PROLONGADOS

El papel de los ayunos prolongados parece que se limita a que al permanecer por periodos prolongados los ácidos biliares en contacto con la mucosa vesicular lo que favorece su erosión y esfacelación y así, iniciar el proceso de cristalización de los ácidos biliares. Este principio no ha sufrido grandes variaciones desde su postulación por Naunyn en 1892 (4,13).

COLECISTITIS AGUDA ALITIASICA

Corresponden del 2 al 10% de las colecistitis agudas. Generalmente, se trata de inflamaciones que derivan obstrucciones del conducto cístico o a la isquemia de origen vascular. En el primer caso, se trata de obstrucciones de naturaleza inflamatoria o idiopática. La estenosis puede corresponder también al cuello vesicular siendo el caso más común, el de la colecistitis hiperplásica, raramente tumores o pólipos. La compresión puede ser externa como las provocadas por bridas, acodaduras o vólvulo vesiculares. Todos estos, son poco frecuentes.

Hay un porcentaje de casos no obstructivos de explicación difícil atribuyéndose la causa a un reflujo

pancreático, hipertensión biliar por pancreatitis u odditis según Wagner (4,13).

No se excluye la posibilidad de que los cálculos puedan eliminarse, luego de desencadenarse el cuadro doloroso y más, si el dolor es de tipo "cólico vesicular" y si los cálculos son pequeños no encontrándose durante la operación o en la necropsia, catalogándose estos casos como "colecistitis alitiásica".

No todos excluyen en esta patología a las vesículas filtrantes, es decir, a los casos en los que cálculos emigrados al colédoco provoquen una colecistitis por reflujo de enzimas activadas, que a su vez lesionan la pared vesicular. Esta lesión realmente química provoca la permeabilización parietal, con el consiguiente paso del contenido al exterior. Este paso se exterioriza por el clásico "rocío" sobre la serosa y la complicación inmediata, el coleperitoneo. Esta patogenia determina un cuadro peritoneal grave que rápidamente se generaliza a todo el abdomen con la lógica sintomatología peritoneal difusa a ello se acompaña el cuadro de pancreatitis que se asocian y con mayor gravedad anatomoclínica.

El dolor, los vómitos, el choque, la toxemia y la distensión abdominal con reacción peritoneal, es el cuadro

clínico que exige siempre una operación de urgencias perentoriamente.

INFECCIONES

Estas infecciones son generalmente raras, en estos casos la explicación radicaría en la acción directa de gérmenes hallados en la bilis vesicular.

Moguillansky y colaboradores clasifican las colecistitis alitiásicas infecciosas en la siguiente forma:

1. infecciosa: tifoidea, tuberculosis y brucelosis.
2. química: vesícula filtrante.
3. Vascular: apoplejía vesicular.
4. Mecánica: estenosis del cístico o del cuello vesicular.

CLINICA

La colecistitis es de fácil diagnóstico clínico cuando se piensa en ella por el cuadro clínico clásico y característico tomando en cuenta los antecedentes, los hábitos alimenticios y los factores de riesgo desencadenantes; dolor abdominal de aparición brusca o repentina relacionado con la ingesta previa de colecistoquinéticos, de moderado a intenso localizado en

epigastrio e hipocondrio derecho, puede ser pungitivo o transfictivo dependiendo de lo agudo del cuadro. Es pungitivo cuando están involucradas únicamente las fibras espláncnicas, especialmente la esplácnica mayor, y transfictivo cuando se encuentra involucrado el nervio frénico derecho, por lo que se trasmite a vértice de escápula y hombro derecho. Se acompaña casi invariablemente de náuseas, vómitos y cefalea y muy a menudo, "dispepsia biliar": digestiones lentas distensión abdominal, somnolencia posprandial y halitosis.

Estas molestias se exageran después de trasgresiones dietéticas.

Los signos más frecuentemente encontrados son: vesículas palpable en un tercio de los casos, defensa muscular, Murphy y la halitosis componente esta última del síndrome de dispepsia.

Este cuadro clínico puede ser tal y como se describe en la literatura, pero no todos los cuadros son similares ni muy floridos, especialmente en ancianos y niños muy jóvenes, en los cuales dicho cuadro clínico suele ser muy pobre (4,5,8,11,12,13,14,15).

LABORATORIO

BIOMETRIA HEMATICA, generalmente, se encuentra normal pero si la inflamación es importante y hay infección agregada se puede encontrar una leucocitocis de 10,500 a 12,500 mm³ según lo reportan los autores consultados (4,5,8,9,13).

TRANSAMINASAS, rara vez se encuentran elevadas, excepto, en las obstrucciones por tumores vasculares.

AMILASA, ocurre elevación de la amilasa sérica en un 15% de los casos de impacción temporal del cálculo en el coledowirsuniano, según lo reporta en México, Mazzariello (4).

BILIRRUBINAS, la ictericia se presenta en una proporción variable que va del 17 al 61% según diversos autores (4,5,8,13,15), que en promedio se encuentra en un 25%. En México, el promedio es de 10 a 22%. Esta ictericia desaparece con la colecistectomia. En una compilación de casos que realizó Sosa y Gallardo de litiasis coledocócicas asociadas no presentaron ictericia el 50% los casos (4).

Puede encontrarse también una asociación de bilirrubinas y FOSFATASA ALCALINA elevadas en casos de coledocócicas.

URIANALISIS, el urobilinógeno hidrosoluble (el que no se reabsorbió), permanece en la circulación y pasa a la orina; los niveles de éste en la orina reflejan la cantidad en el intestino. En virtud de que la obstrucción biliar evita que la bilirrubina pase al intestino, los niveles del urobilinógeno en la orina disminuyen, (a cero si la obstrucción es completa). No obstante, si la obstrucción lleva a daño hepatocelular hay escape intenso hacia la circulación, con lo que se elevan los niveles urinarios de éste. Este aumento suele ocurrir antes de la hiperbilirrubinemia y luego se detecta esta hiperbilirrubinemia.

GABINETE

PLACA SIMPLE DE ABDOMEN, de pie y decúbito es imprescindible en todo paciente con sospecha diagnóstica de colecistitis ya que, puede mostrar cálculos radiopacos o una vesícula calcificada, aire en vías biliares o íleo regional.

COLECISTOGRAFIA ORAL, con doble o triple dosis, es de rigor cuando se piensa en diagnóstico de colecistitis; demuestra perfectamente la silueta vesicular y la presencia de los cálculos. Tiene una certeza que oscila entre el 85 al 87% (4,5,8,13).

Está contraindicada en los casos de ictericia clínica, colestasis del embarazo e intolerancia al Iodo. Si la colecistografía repetida con doble o triple dosis o la prueba de Salzman fueron negativas, se debe recurrir a la..

COLANGIOGRAFIA ENDOVENOSA, (si no está contraindicada) que permite ver opacificación radiológica de la vesícula, cuya mucosa ha perdido la capacidad de concentración. La falta de relleno vesicular en una correcta colangiografía endovenosa, permite establecer el diagnóstico de "vesícula excluida" por obstrucción litiásica o inflamatorio del cístico (1,2). Es un método invasivo tiene factor de riesgo y no es método primario de diagnóstico.

ECOGRAFIA (ultrasonido), es el método no invasivo de mayor utilidad, económico y con una sensibilidad que va del 90 al 98% de certeza que se utiliza en la actualidad. El examen ecográfico visualiza la vesícula biliar como una imagen transónica, de límites netos, en íntimo contacto con el parénquima hepático. Los cálculos biliares provocan

fuertes "ecos" en la luz vesicular, que proyectan por detrás una sombra acústica bien definida (3,4,5,6,7,8,11).

TOMOGRAFIA COMPUTADA, es un método diagnóstico efectivo en el 100% de los casos, pero de muy elevado costo. En los grandes centros hospitalarios es el método más utilizado después del ultrasonido.

Otros estudios más invasivos, caros y menos utilizados:

- Colangiografía transhepática percutánea.
- Colangiopancreatografía endoscópica retrograda.
- Gammagrafía con derivados HIDA (nucleótidos scans).

COMPLICACIONES

- Perforación a cavidad libre y/o duodeno.
 - Fístulas, cuando el cuadro no mejora, se produce empiema.
 - Colangitis
 - Pancreatitis
- } secundarias a la migración de
} cálculos.

TRATAMIENTO

Establecidos el diagnóstico de colecistitis aguda típico, las primeras 24 hr son de observación con tratamiento médico y farmacológico a base de:

- Analgésicos
- Antiácidos
- Antiespasmódicos

Si el paciente queda libre de síntomas en las primeras 24 hrs es evidente que por el momento no requiere de cirugía. Pasado ese lapso, y si el cuadro no mejora, todos los autores consultados (4,5,6,8,10,13). coinciden con agregar...

- Antibióticos porque la infección ya se ha establecido y además, la posibilidad de hepatocolangitis y de el mismo empiema vesicular (4,8,12).

En la década de los 80s se utilizó tratamiento oral disolutivo a base de acidoquenodesoxicólico por periodos prolongados de 5-6 meses, pero con efectos adversos por el aumento de los lípidos y colesterol libres. Después se optó por otro fármaco que al parecer no presenta los efectos colaterales del primer medicamento;

- Acido Ursodeoxicólico que aumenta la solubilidad del colesterol en la bilis facilitando la formación de una capa de lecitina-colesterol liquido en la superficie del cálculo que provoca una disminución en la secreción biliar y en la secreción-reabsorción del colesterol. Es eficaz en la disminución del tamaño de los cálculos y en 3-4 meses. El problema radica en que se vuelven a formar entre 4 y 5 años y son efectivos únicamente en los cálculos de colesterol (10,11,12,13).

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Presenta dos variantes:

Tendencia ABSTENCIONISTA

Tendencia INTERVENCIONISTA

En cualquiera de sus dos variantes, el tratamiento quirúrgico continúa siendo el tratamiento de elección de las colecistitis litiásicas y cierto tipo de las alitiásicas por pólipos, bridas, infecciosas que no responden al tratamiento médico convencional y con recidivas frecuentes. Otras colecistitis alitiáticas que deben recibir tratamiento quirúrgico son las de obstrucción de tipo congénito o de neoformación como los tumores vesiculares resecables.

TRATAMIENTO

Establecidos el diagnóstico de colecistitis aguda típico, las primeras 24 hr son de observación con tratamiento médico y farmacológico a base de:

- Analgésicos
- Antiácidos
- Antiespasmódicos

Si el paciente queda libre de síntomas en las primeras 24 hrs es evidente que por el momento no requiere de cirugía. Pasado ese lapso, y si el cuadro no mejora, todos los autores consultados (4,5,6,8,10,13). coinciden con agregar...

- Antibióticos porque la infección ya se ha establecido y además, la posibilidad de hepatocolangitis y de el mismo empiema vesicular (4,8,12).

En la década de los 80s se utilizó tratamiento oral disolutivo a base de acidoquenodesoxicólico por periodos prolongados de 5-6 meses, pero con efectos adversos por el aumento de los lípidos y colesterol libres. Después se optó por otro fármaco que al parecer no presenta los efectos colaterales del primer medicamento;

En muchos países del tercer mundo que no cuentan con hospitales con los recursos ultramodernos de la cirugía laparoscópica, entre ellos, el nuestro, la cirugía Colectectomía Clásica, continúa siendo la más practicada por no contar con los recursos técnicos y humanos capacitados para realizar la de tipo laparoscópico.

En los Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Europa, la Cirugía Laparoscópica se encuentra en completo auge después de su introducción por Mouret en Francia en el año de 1987 (5,6,7), y su popularización por Reddick y Olsen, en los Estados Unidos de Norteamérica en el año de 1989 (7,8,9).

Después de lograr saltar los obstáculos que conlleva la introducción de una nueva técnica quirúrgica en todos los países del mundo especialmente en aquellos donde el excepticismo es más acentuado, incluido nuestro país, la cirugía laparoscópica va ganando terreno sobre todo en los hospitales de segundo y tercer nivel que cuentan con los recursos humanos y técnicos para su práctica.

En México, le correspondió a Gutiérrez y colaboradores (6,7,8) el mérito de ser los primeros en efectuar el procedimiento en junio de 1990.

Quienes están a favor de la práctica de la cirugía laparoscópica señalan las ventajas de esta sobre la cirugía tradicional o clásica como sigue:

1. Menor tiempo quirúrgico.
2. Poco traumatismo abdominal.
3. Mínimo sangrado.
4. Menos complicaciones.
5. Tiempo hospitalario mínimo.
6. Efectividad del 99% (1,2,3,4,5).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

1. Incapacidad para tolerar anestesia general.
2. Coagulopatía severa no corregida.
3. Peritonitis/colangitis.
4. Fístula biliar.
5. Sospecha de carcinoma.
6. Coledocolitiasis con pocas posibilidades de extracción endoscópica (1,2,3,4,5,6).

En nuestro país, la COLECISTECTOMIA CLASICA continúa siendo la más efectuada, especialmente en los centros hospitalarios que no cuentan con los recursos económicos para contar con el equipo de vanguardia, pero el

procedimiento laparoscópico se continúa haciendo, sobre todo, en los hospitales de tercer nivel.

Para efectuar uno u otro procedimiento quirúrgico existen los dos criterios anteriormente mencionados, abstencionista e intervencionista.

Los argumentos a favor del acto INTERVENCIONISTA o precoz son:

1. Facilidad con que se efectúa la disección vesicular en la fase de inflamación edematosa.
2. Intervención antes de que presenten complicaciones como colangitis, fístulas esfacelos y perforación.
3. Alta mortalidad y morbilidad de estas complicaciones.
4. Cuadros hipertóxicos o gangrenosos solapados con aparente evolución benigna, común sobre todo, en los ancianos.
5. Persistencia de cólicos rebeldes, después de la primera semana de evolución, lo que obliga a operar en etapa subaguda con las siguientes dificultades técnicas.
6. Menor tiempo de hospitalización (1,2,3,10).

Criterios a favor del ABSTENCIONISTA o enfriamiento del proceso son:

1. Permite un mejor estudio del paciente y su preparación, ya sea desde el punto de vista general, como de su afección biliar.
2. La inflamación aguda, que abarca a menudo, hepatocolodocócica hace que la visualización y explotación de la vía biliar sea más difícil e incompleta.
3. Rareza de la perforación o cuadro peritoneales secundarios.
4. Buena evolución clínica con tratamiento médico en la mayoría de los casos (1,2,3,10).

LA COLECISTECTOMIA TIPICA RETROGRADA O ANTEROGRADA según la preferencia del cirujano o el estado inflamatorio de la vesícula, es la operación ideal, seguida de la colangiografía transcística y la eventual exploración coledocócica.

La técnica quirúrgica de ambos procedimientos, escapa a el objetivo de este trabajo , por lo que nos limitamos al panorama clínico protocolario que nos compete.

Por último, solamente resta mencionar que será el cirujano y el paciente quienes elijan cuál de los dos procedimientos conviene al paciente, tomando en cuenta las ventajas de ambos.

En este apartado cabe mencionar, que antes del advenimiento de la cirugía laparoscópica, se utilizó la destrucción de los cálculos por medio de la LITROTIPSIA, después de la utilización que se le encontró a nivel renal.

Actualmente ha caído en deshuso por la reincidencia en periodos relativamente cortos de la litiasis biliar, y por los extraordinarios resultados definitivos de la colecistectomía clásica y laparoscópica (4,8,9,13).

JUSTIFICACION

Este trabajo, se realiza por la gran incidencia de cuadro abdominal agudo secundario a colecistitis aguda en el servicio de Urgencias de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. de Iguala, Gro. Dicha entidad solamente es superada por la apendicitis aguda como lo reportan las estadísticas de nuestra institución (Hoja SM-10-1).

El diagnóstico de esta enfermedad pocas veces fue el de entrada y la mayoría de los casos, fueron los estudios de gabinete, (ultrasonido), el cual muestra las características clásicas de inflamación y la presencia de los cálculos en su interior; el motivo de la resistencia de los clínicos y cirujanos de incluirla como una de las principales sospechas diagnósticas. Por su predominio en el sexo femenino, hace pensar primero, en patologías propias de la mujer, sin tomar en cuenta la importancia de los antecedentes personales no patológicos, patológicos y en sí, la importancia de un buen interrogatorio y una exhaustiva exploración física. En el caso de los varones, la mayoría de los que presentaron el cuadro abdominal agudo, se atribuyó primero, a cuadros gastroduodenales (gastritis, úlcera), o pancreáticos (pancreatitis).

Por lo anterior, este trabajo pretende exponer un problema de salud pública importante por la gran morbilidad que ocasiona en la población expuesta a los factores precursores o desencadenantes, y el médico de primer contacto con el paciente y/o la familia exponga el problema, tomando en cuenta los factores de cada paciente y/o familia, para evitar cuando se pueda, o modificar los hábitos higiénico-dietéticos participantes en dicha entidad.

Ya establecido el problema, el médico debe actuar con sentido clínico riguroso, para llegar a un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado y eficaz.

La actualización del clínico, el conocimiento de las patologías más frecuentes en la población en general y en particular, en la población de determinada región geográfica donde pueden existir más factores de riesgos. Esto siempre en beneficio del paciente, su familia y la institución pues todo el protocolo de investigación estará encaminado sobre los datos clínicos más fundamentados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los antecedentes heredofamiliares de los pacientes estudiados.
- Conocer los antecedentes personales no patológicos de dichos pacientes.
- Establecer los antecedentes personales patológicos de los pacientes con colecistitis.
- Indicar la distribución de los pacientes diagnosticados por edad y sexo.
- Señalar el cuadro clínico más común.
- Definir el método diagnóstico más utilizado.

HIPOTESIS

(No necesaria en estudios descriptivos)

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo
- Prospectivo
- Transversal

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar los antecedentes heredofamiliares de los pacientes estudiados.
- Conocer los antecedentes personales no patológicos de dichos pacientes.
- Establecer los antecedentes personales patológicos de los pacientes con colecistitis.
- Indicar la distribución de los pacientes diagnosticados por edad y sexo.
- Señalar el cuadro clínico más común.
- Definir el método diagnóstico más utilizado.

HIPOTESIS

(No necesaria en estudios descriptivos)

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo
- Prospectivo
- Transversal

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

- A los derechohabientes del I.S.S.S.T.E. de la ciudad de Iguala, Gro. durante los meses de enero a junio de 1994.

TIPO DE MUESTRA Y TAMARO DE LA MUESTRA

Es de tipo consecutivo, captando un total de 110 pacientes con cuadro abdominal agudo durante los seis meses que duró en estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Derechohabientes de la Clínica Hospital I.S.S.S.T.E. de Iguala, Gro. con sintomatología sospechosa de colecistitis aguda sin importar edad y sexo.
- Pacientes derechohabientes de la clínica Hospital de Iguala, Gro. con cuadro de colecistitis crónica agudizada.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que refirieron otros hospitales con diagnóstico de colecistitis aguda.
- Pacientes diagnosticados fuera del servicio de

urgencias de la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. de
Iguala, Gro.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes con síndrome doloroso abdominal con diagnóstico final diferente a colecistitis agudizada.

INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES DE MEDICION)

- Edad
- Peso
- Sexo
- Escolaridad
- Antecedentes Heredofamiliares
- Antecedentes Personales no Patológicos
- Antecedentes Personales Patológicos
- Cuadro Clínico

- Laboratorio:
 - Biometría Hemática Completa.
 - Química Sanguínea (bilirrubinas,
Transaminasas Fosfatasa).
 - Examen General de Orina.

- Rayos Equis:

Placa Simple de Abdomen de Pie y
decúbito.

Colecistografía Oral.

- Ultrasonido de Vesícula y Vías Biliares.

MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

La información se obtuvo por interrogatorio directo aplicando la cédula recolectora de datos y en algunas ocasiones, auxiliándome de un compañero médico a quien previamente se capacitó para el llenado del cuestionario.

CONSIDERACIONES ETICAS

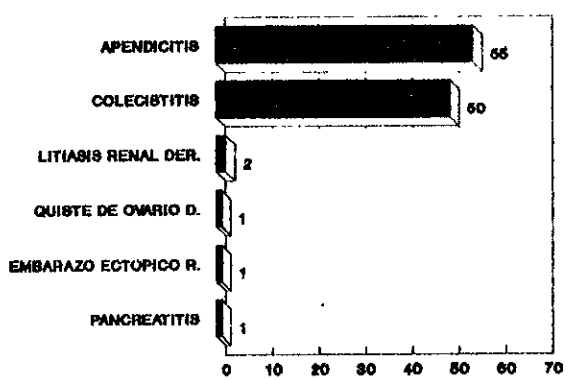
A pesar de ser un estudio que se realiza sobre pacientes, éste no es de tipo experimental y únicamente se limita a la aplicación de un cuestionario de preguntas y respuestas en el que el paciente se limita a contestar lo que se le pregunta con respecto a la patología que investigamos, esto, no implica ningún tipo de riesgos físicos o mental del paciente en cuestión.

Aplicando el cuestionario siempre previa autorización del paciente y del el familiar que le acompaña así como apegado a la DECLARACION DE HELSINKI y al código Internacional de Etica Médica.

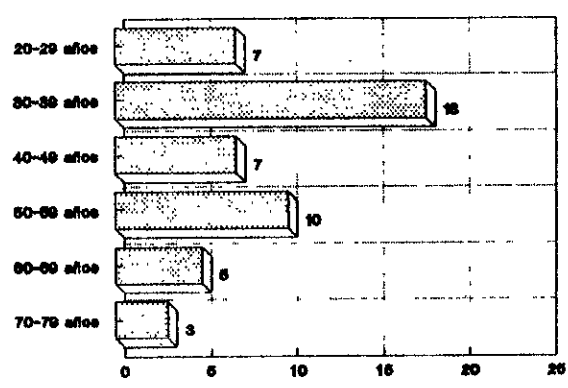
RESULTADOS

TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS

Distribución por patología causal del cuadro abdominal agudo.

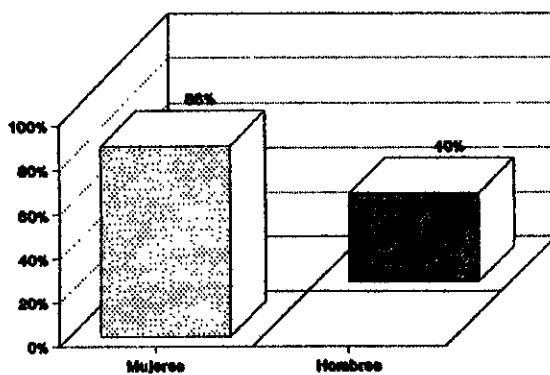


Distribución por edad de los pacientes colecistitis.

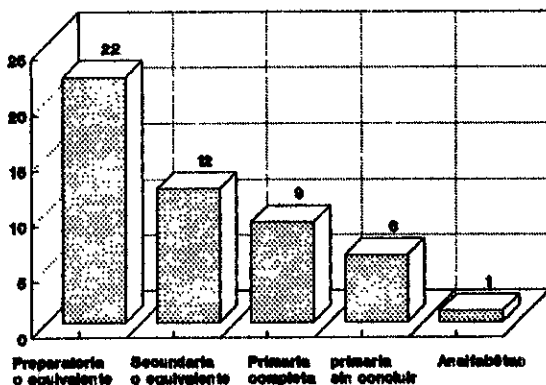


Fuente: Archivo clínico.

Distribución por sexo de pacientes con colecistitis.

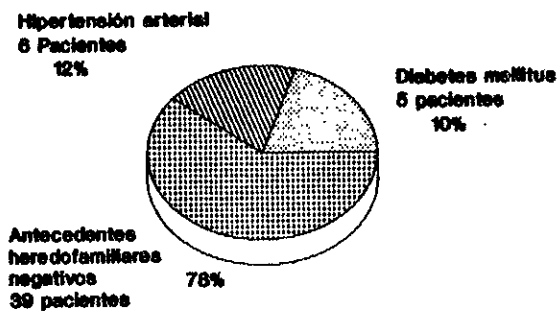


Distribución de pacientes con colecistitis según grado de escolaridad.

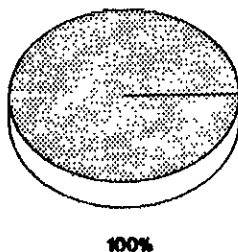


Fuente: Archivo clínico.

Pacientes con colecistitis y antecedentes heredo-
familiares positivos.

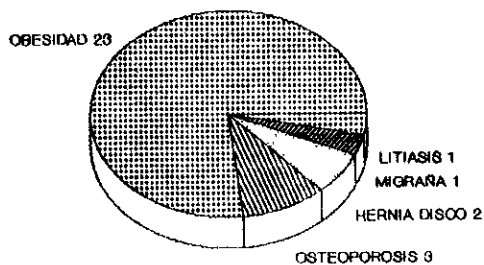


Pacientes con colecistitis y antecedentes personales
no patológicos positivos.

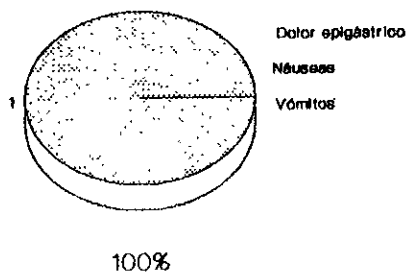


Fuente: Archivo clínico.

Distribución de pacientes con antecedentes personales positivos y colecistitis.



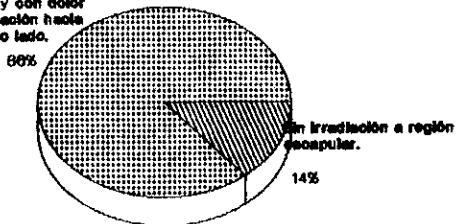
Distribución de pacientes colecistitis y cuadro clínico característico.



Fuente: Archivo clínico.

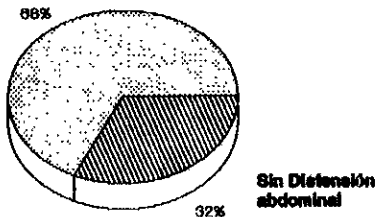
Distribución de pacientes con colecistitis y con dolor epigástrico irradiado hacia hipocondrio derecho y escápula de el mismo lado.

Distribución con cuadro de colecistitis aguda y con dolor de HD y con irradiación hacia escápula del mismo lado.



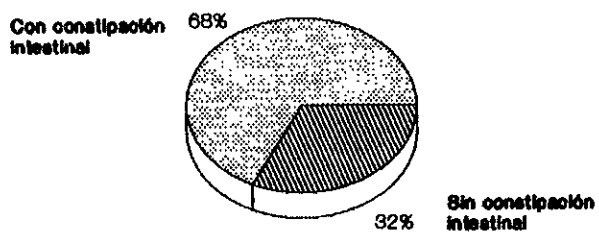
Pacientes con y sin distensión abdominal

Con Distensión abdominal

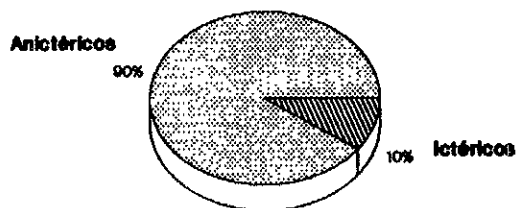


Fuente: Archivo clínico.

Pacientes con o sin constipación intestinal.

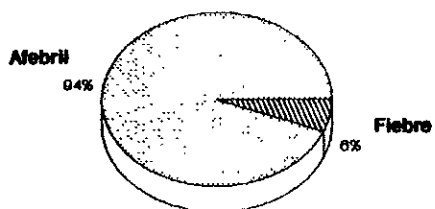


Pacientes anictéricos y con ictericia.

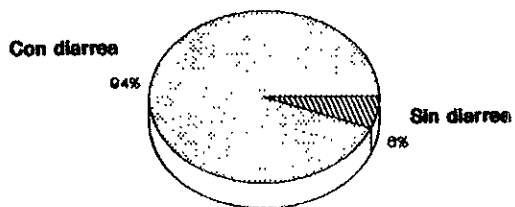


Fuente: Archivo clínico

Pacientes afebriles y con fiebre.

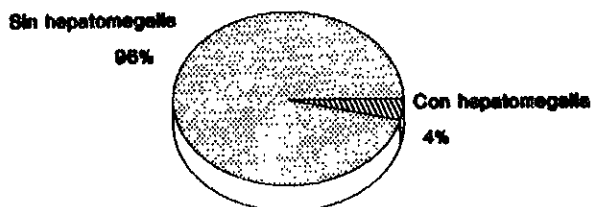


Pacientes sin diarrea y con diarrea.

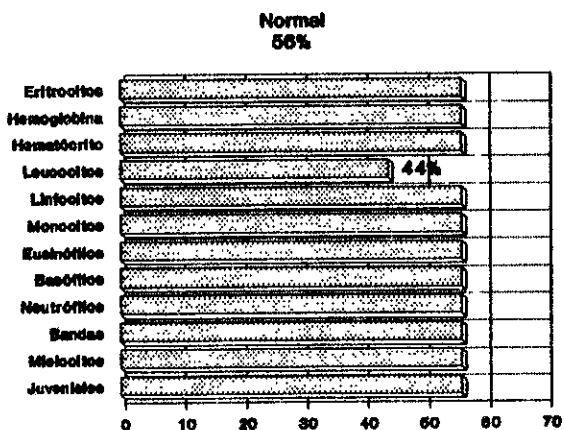


Fuente: Archivo clínico.

Pacientes con y sin hepatomegalia.



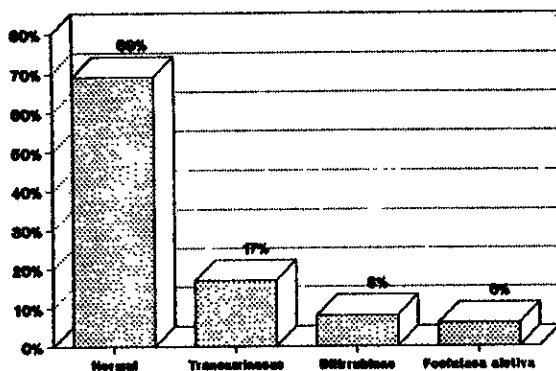
Distribución de pacientes con colecistitis con datos de biometría hemática alterados.



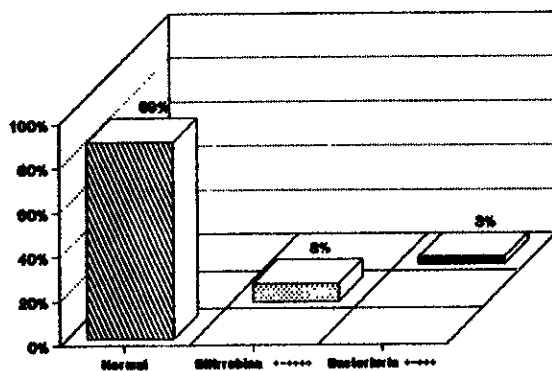
Fuente: Archivo clínico

Distribución de pacientes con colecistitis y con pruebas de Funcionamiento Hepáticas alteradas.

50 Pacientes en total

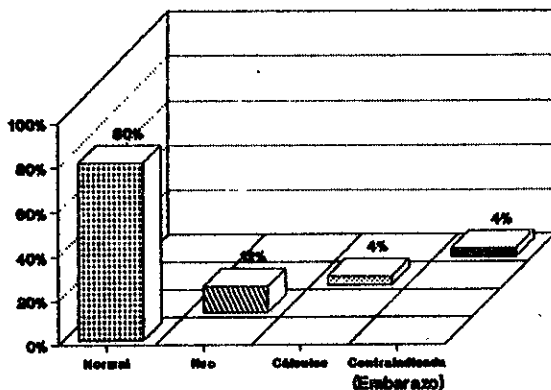


Pacientes con colecistitis y Examen General de Orina Anormal.

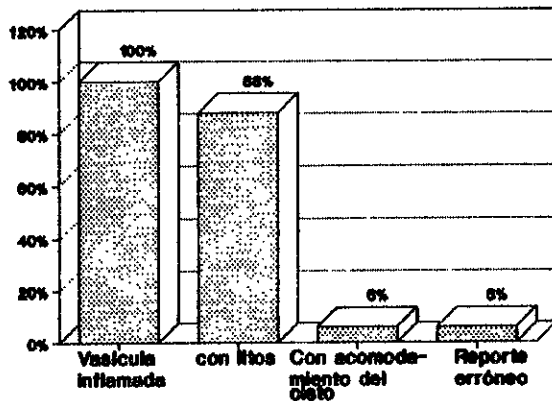


Fuente: Archivo clínico.

Hallazgos en la Placa Simple de Abdomen de Pie y Decúbito en los pacientes con colecistitis.



Hallazgos en el Ultrasonido de Vesícula y Vías Biliares en los pacientes con colecistitis.



Fuente: Archivo clínico.

DESCRIPCION DE RESULTADOS

Los resultados del estudio, son directamente proporcionales a la influencia de las variables de medición encontradas en la colecistitis aguda como causa frecuente de dolor abdominal agudo, de aquí que los hallazgos son como sigue;

-La colecistitis es frecuente en nuestra población en la que se encuentran generalmente, más de dos factores asociados como condicionantes para su presentación.

-Se encuentra predominio en el sexo femenino con respecto al masculino en una proporción variable, que depende de la extensión del estudio o muestreo . En éste, que comprende de los meses de Enero a Junio de 1994 se encontraron 50 casos en total de colecistitis como causa de dolor abdominal agudo de un global de 110 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con éste síndrome.

De los 50 casos encontrados de colecistitis, 43 son mujeres y 7 son hombres ; correspondiendo un 86% al sexo femenino y un 14% al sexo masculino.

-De estos 50 casos de colecistitis, la distribución por edad y sexo se encuentra así:

de 20 a 29 años = 7 mujeres

de 30 a 39 años = 18 mujeres

de 40 a 49 años = 6 mujeres

1 hombre

de 50 a 59 años = 7 mujeres

3 hombres

de 60 a 69 años = 4 mujeres

2 hombres

de 70 a más años = 2 hombres

50 total.

- La relación entre obesidad y colecistitis en nuestro trabajo es menor quizá por el poco tiempo del estudio, de 6 meses en que se realizó.

De el total de los casos de colecistitis, 50, un número de 20 pacientes presentan franca obesidad; otros 20 sobrepeso de leve a moderado y los 10 pacientes restantes no presentaron sobrepeso, como se aprecia en la gráfica.

- El grado de escolaridad que encontramos en estos pacientes, llama la atención, ya que los más preparados académicamente presentan una incidencia mayor de colecistitis como se aprecia en el cuadro:

Preparatorio o equivalente..	22 casos
(normalista en nuestro estudio)	
Secundaria o equivalente...	12 casos
Primaria completa	9 casos
Primaria incompleta.....	6 casos
Analfabetas.....	1 caso

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y COLECISTITIS

Los más comunmente encontrados son dos patologías muy frecuentes en nuestra población: DIABETES MELLITUS e HIPERTENSION ARTERIAL generalmente asociadas entre si y por ende, vinculadas con la colecistitis. En nuestro estudio encontramos esta relación entre Diabetes millitus II, 5 pacientes cuyo porcentaje equivale al 10% e Hipertensión arterial y colecistitis en 6 pacientes correspondiendo a un 12% de los casos, otro factor relacionado es la presencia de obesidad en la familia, pero este factor puede pertenecer a la clasificación de personales patológicos por sí solo ya que como heredofamiliar puede deberse a la misma dieta a la que están sometidos todos los miembros de la familia desde la infancia. Encontramos 23 pacientes con este antecedente.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

En el 100% de los casos encontramos alteración en los hábitos dietéticos deficientes en calidad y aumentados en cantidad; dieta abundantes en grasas, colesterol, y en menor grado, proteínas de tipo animal, la calidad aumentada en cantidad por ser más económica o por deficiente cultura alimenticia.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

La mayoría de los pacientes, 30 en total refirió haber estado o estar recibiendo tratamiento para gastritis aguda o crónica agudizada por la presencia del síndrome dispéptico presente en estos pacientes que presentaron colecistitis. Otras 3 pacientes femeninas manifestaron estar recibiendo tratamiento para osteoporosis. Se encontraron otras patologías sin relación con colecistitis tales como Migraña, 2 casos; Hernia discal, 2 casos; Infarto agudo del miocardio, 1 caso. El resto, 15 pacientes, no refirieron otra patología aparte de la colecistitis. Con obesidad, 20 casos al igual que con sobrepeso 20 pacientes.

CUADRO CLINICO

El total de los pacientes presenta el cuadro clínico característico de colecistitis agudizada, con el antecedente previo de la ingesta de colecistoquinéticos; el 60% le inició el cuadro agudo en el posprandial tardío y el 40% restante en el posprandial inmediato. El dolor localizado en epigastrio de inicio e hipocondrio derecho de tipo pungitivo de aparición brusca y de mediana intensidad que al aumentar de intensidad puede ser de tipo tranfictivo con irradiación hacia hipocondrio derecho si se encontraba localizado en epigástrico únicamente, se irradia hacia el dorso y hombro derecho, acompañada de náuseas y vómitos, en muestra únicamente 1 paciente no presentó este signo.

Al inicio, el vómito es de contenido alimentario y posteriormente, de contenido gastrobiliar; distensión abdominal en 16 pacientes y en la mitad de éstos, constipación intestinal.

La fiebre, signo que puede o no estar presente, en nuestro trabajo se presentó únicamente en tres pacientes y su intensidad varió de 38 a 39 grados centígrados a los que se les administró tratamiento antibiótico de 6 a 8 hr después de su ingreso al servicio de urgencias al permanecer el dolor y la fiebre misma que desapareció en

dos de los tres pacientes, de los cuales, uno correspondió a una colecistitis alitiásica con acodamiento del cístico y el otro caso a una colecistitis crónica con abundantes litos. El dolor desapareció a las 12 hr de controlada la hipertermia. El diagnóstico se sospechó por la clínica y se corroboró por el ultrasonido de vesícula y vías biliares. El otro caso, en el que persistió la fiebre a pesar del tratamiento antibiótico, correspondió a un piocolecisto, diagnosticado también por medio del ultrasonido y en este caso, se sometió a colecistectomía de urgencias después de diagnosticado.

La diarrea, es un signo que al igual que la fiebre, puede o no estar presente y generalmente autolimitada, en nuestra serie así se presentó en cinco pacientes únicamente; es generalmente, líquida, escasa, frecuente hasta controlado el cuadro abdominal doloroso. Cabe señalar que en estos cinco casos se practicó amiba en fresco y el reporte de laboratorio fue quistes de E. coli en cantidad moderada.

La ictericia, se presentó solamente en cuatro casos, en uno de ellos leve (+) y en los otros tres, severa (++++); de estos, este tipo signo el paciente se percató de su presencia 6 meses antes aproximadamente, pero como no le dolía nada, no le dió importancia hasta que ésta se acentuó

en forma importante. Dos casos corresponden al sexo femenino y uno al sexo masculino, los tres casos mayores de 50 años. Además, de la ictericia clínica notoria, presentaron prurito y pérdida de peso menor de 10 kg, antes de que apareciera el dolor. Estos tres casos laboratorialmente presentaron elevación importante de la fosfatasa alcalina y de las transaminasas sanguínea al igual que las bilirrubinas séricas y urinarias.

Hepatomegalia, signo clínico encontrado en los tres casos anteriormente señalados por medio de la exploración física y corroborada por medio de las placas simples de abdomen de pie y decúbito así como de el ultrasonido de la vesícula y de las vías biliares.

RESULTADO DE EL METODO DIAGNOSTICO MAS EMPLEADO

Antes de mencionar el método diagnóstico más empleado, cabe señalar que aún con el avance tecnológico en medicina la clínica, continúa siendo el mejor método diagnóstico y los exámenes de laboratorio y gabinete deben ser métodos auxiliares que como su calificativo lo indica, deben ser eso, métodos auxiliares a los que debemos de recurrir para corroborar o descartar nuestro diagnóstico presuntivo, y no solamente los de rutina o con los que contemos en cada unidad, sino, los más sofisticados siempre apegados

a la única verdad que debiera predominar en medicina, la salud del paciente y su calidad de vida.

Desde su ingreso al servicio de urgencias, por rutina a todo paciente con síndrome abdominal doloroso, se le toman estudios de laboratorio encaminados a la sospecha clínica de cada paciente, en este caso, a todos los pacientes se les solicitó biometría hemática completa de los cuales, el 44% de ellos presentó una leucocitosis de 10,500 a 11,000 mm^3 esto debido a la inflamación y a la infección agregada.

Transaminasas (transaminasa glutámico oxalacética y transaminasa glutámico pirúvica), elevadas en forma leve a la mayoría de los pacientes en los que resultaron positivas (17%), salvo en tres pacientes de este 17% en los que la elevación fue muy desproporcionada por la presencia de cáncer de vesícula en etapa tardía.

Bilirrubinas, solamente se le practicaron a los pacientes que presentan ictericia clínica que, en nuestra muestra comprende el 8% del total de los casos de ellos, resultaron muy elevadas únicamente en los casos de cáncer vesicular ya mencionados. Igual implicación se encontró en la elevación importante de Fosfatasa alcalina muy

desproporcionada en el 6% del total de los casos, solicitada en este porcentaje de los pacientes.

Examen General de Orina, estudio de rutina que se practicó a el 100% de los pacientes con síndrome abdominal doloroso desde su ingreso a urgencias con sospecha diagnóstica presuntivo de colecistitis, encontrándose normal en el 89% de los casos con presencia de bilirrubinas positivas de + a ++++ en el 8% de los casos y con bacteriuria de + a +++ de positividad en el 3% del total de los casos.

Estudios de rayo X, estos se practicaron en el 86% de los pacientes a su ingreso al servicio de urgencias del paciente con síndrome abdominal doloroso, exceptuando al 4% de las pacientes en que está contraindicado por embarazo.

El resultado de dicho estudio muestra que el 80% de los casos es normal, el 12% muestra íleo y únicamente un 4% muestra la presencia de cálculos vesiculares.

El estudio colecistográfico se solicitó en los casos donde la sospecha diagnóstica no fue totalmente aclarada por otros estudios complementarios como el ultrasonido,

especialmente, en los casos de los pacientes obesos mostró un reporte erróneo.

Ultrasonido, estudio igual que la biometría hemática se solicitó al 100% de los pacientes, aún en aquellos en los que en estudio de rayos equis se apreció la presencia de los cálculos, con el objeto de corroborar efectivamente su presencia en la vesícula biliar.

El 100% de los casos reportados, mostró la presencia de inflamación vesicular, con litos, el 88% de los pacientes; con acodamiento del cístico, un 6% de los casos y con un reporte erróneo el 6% de los casos; casos encontrados en los pacientes muy obesos. Este estudio se prefirió por ser más efectivo, no invasivo y por su costo razonable y su accesibilidad.

ANALISIS

Algunos autores, señalan que la colecistitis es una patología frecuente en la población occidental y que, en cuestiones de morbilidad, ocupa el segundo lugar como causa de dolor abdominal agudo, y solamente es superado por la apendicitis aguda, quien ocupa el primer lugar (4,5,9,13,15).

especialmente, en los casos de los pacientes obesos mostró un reporte erróneo.

Ultrasonido, estudio igual que la biometría hemática se solicitó al 100% de los pacientes, aún en aquellos en los que en estudio de rayos equis se apreció la presencia de los cálculos, con el objeto de corroborar efectivamente su presencia en la vesícula biliar.

El 100% de los casos reportados, mostró la presencia de inflamación vesicular, con litos, el 88% de los pacientes; con acodamiento del cístico, un 6% de los casos y con un reporte erróneo el 6% de los casos; casos encontrados en los pacientes muy obesos. Este estudio se prefirió por ser más efectivo, no invasivo y por su costo razonable y su accesibilidad.

ANALISIS

Algunos autores, señalan que la colecistitis es una patología frecuente en la población occidental y que, en cuestiones de morbilidad, ocupa el segundo lugar como causa de dolor abdominal agudo, y solamente es superado por la apendicitis aguda, quien ocupa el primer lugar (4,5,9,13,15).

Esta aseveración se pudo constatar en este trabajo de investigación realizado en la Clínica Hospital del I.S.S.S.T.E. de Iguala, Gro. Encontrando un total de 110 casos de dolor abdominal agudo, de ellos, 55 fueron apendicitis aguda, 50 colecistitis, 2 litiasis renal, 1 quistes torcidos de ovario roto, 1 embarazo ectópico y 1 caso de pancreatitis (ver cuadro).

Estos mismos autores, coinciden en señalar que la etiología de la colecistitis es multifactorial y que dichos factores, juegan un papel importante en la formación de los cálculos vesiculares, dependiendo de la proporción o desproporción a nivel plasmático, aclarando que, unos pueden influir más que otros en la formación de dichos cálculos como sucede con el sexo, la edad, la dieta, los factores hormonales, el embarazo, la paridad, la obesidad, la herencia, la raza, el área geográfica y los ayunos prolongados todos ellos involucrados en la etiopatogenia vesicular.

Para la formación de los cálculos vesiculares este trabajo de investigación encontró involucrados por lo menos cinco factores o más en la población estudiada. Así encontramos semejanzas entre los autores antes mencionados y este estudio al coincidir en la presencia de los factores

encontrados por ambas partes de la vinculación de el sexo, la dieta, los factores hormonales, el embarazo, la paridad, la edad y los otros factores involucrados como predisponentes o desencadenantes de enfermedad vesicular.

Aquí cabe aclarar que existe diferencia entre los autores y este trabajo en cuanto a la edad, ya que para ellos, entre más edad, más riesgos de presentar enfermedad vesicular, en tanto que para nosotros la incidencia de colecistitis es más frecuente en plena etapa reproductiva biológica y laboral entre los 30 a 39 años en el sexo femenino y dicha incidencia declina en cuanto aumente la edad de la paciente en tanto que la mayoría de los autores antes señalados coinciden al señalar que la frecuencia de colecistitis en Europa Occidental, Norte, Centro y Sudamericanos, la proporción es de 10 a 20% de los adultos. Frecuencia predominante en el sexo femenino de 3-4 a 4-1 sobre el sexo masculino, esta frecuencia aumenta con la edad. Después de los 40 años de edad, son portadores en un 20% de los habitantes de occidente, un 25% después de los 60 años y un 33% después de los 70 años (4,5,8,10).

Esta incongruencia entre los hallazgos de ambos estudios puede deberse, a que este trabajo se limita a seis meses y encontró un total de 50 casos únicamente en tanto

que para los autores consultados el estudio es de largo tiempo de estudio.

Científicamente esta alta incidencia de colecistitis en el sexo femenino, se debe a que en esta etapa, hay mayor liberación de factores precursores para la producción hormonal de estrógenos y progestágenos y a que éstos por sí solos, pueden producir o inducir la formación de cálculos, y si a esto le agregamos el número de embarazos partos, se potencia la posibilidad de litos vesiculares en la mujer adulta y en edad fértil (9).

En nuestra población encontramos que las mujeres afectadas, han tenido como mínimo dos embarazos y como máximo, 3 partos; en la población de este estudio, 42 en total y 8 hombres; de estas mujeres, las que se encuentran en etapa fértil, se encuentran en un régimen de planificación familiar por método como sigue:

Dispositivo intrauterino (DIU).....	47.6%
Hormonales orales.....	16.6%
Hormonales inyectables.....	7.3%
Ligadura de trompas.....	4.7%
Menopausia.....	23.8%

En este grupo, todas las pacientes menores de 50 años, en alguna época de su vida se sometieron a regímenes de hormonales por tiempos variables que no precisaron.

Si a todo este agregamos la dieta base de esta población, de bajos recursos económicos, en la mayoría, predominan las grasas de tipo animal y en una menor proporción, las de tipo vegetal, utilizando para las preparación de los alimentos, grasa de cerdo; los alimentos que más consumen son huevos, quesos, cremas, natas (más que la materia prima: la leche), carnes de puerco y ternero en menor cantidad y frecuencia. El agua potable que debiera tomarse en cantidades suficientes, se reemplaza por la ingesta desmesurada de bebidas industrializadas o refrescos de cola, como mínimo, un refresco diario por persona, y el agua potable ingerida, pocas veces supera el litro diario por persona en 24 hr.

En cuanto a la herencia, hasta hoy fecha, no se ha encontrado un gen específico que transmita dicha carga genética, más bien, son los antecedentes los involucrados, llámese personales no patológicos o personales patológicos los más involucrados y los heredofamiliares por nosotros encontrados, hipertensión arterial y diabetes mellitus II los que aumentan los riesgos a desarrollar colecistitis por

los altos niveles de colesterol y lípidos plasmáticos que afectan a varios aparatos y sistemas y con ello, aumenta las posibilidades de presentar enfermedad vesicular. Esto es importante por la razón de que se pueden encontrar o no a algún miembro de la familia con dicho antecedente, pero se encuentre o no, no significa que pueda tener o descartar la enfermedad (4,8).

Lo encontrado por nosotros es que, si algún progenitor u otro miembro de la familia tenía el antecedente de haber presentado colecistitis, se debe a que todos los miembros de la familia estuvieron expuestos a los mismos hábitos dietéticos o aún lo están y por eso la incidencia de la colecistitis en más de dos miembros de la familia.

Los mismos autores consultados, hacen mención de la colecistitis como causa frecuente en pacientes diabéticos, pacientes cirróticos y en pacientes con enfermedad de Crhon. Esta frecuencia de litiasis vesicular en diabéticos la encuentran en un porcentaje que oscila del 20 al 30% en este grupo de pacientes; predominado en ellos, los cálculos de colesterol, en relación con la hiperlipidemia encontrada y a la disminución de la motilidad de la vesícula biliar, secundaria a la neuropatía visceral en los diabéticos de larga evolución (4,5,8,9,11,13,15).

Ellos refieren que este tipo de colecistitis se debe a infección vesicular producida por el bacilo perfringes productores de gas. Por regla general hay fiebre y requieren de colecistectomía clásica de urgencia (4,5,8,9,11,13,15).

En este trabajo, se encontró colecistitis en la población diabética en el 10% de los casos, pero en ninguno de ellos se encontró colecistitis enfisematosa; encontrando un porcentaje mayor de pacientes con hipertensión arterial crónica y colecistitis en un 12% de los casos, esta relación se debe a los estados de hipercolesterolemia que por lo general, se encuentra en estos pacientes.

La bibliografía consultada no refiere esta relación de colecistitis e hipoertensión arterial, por lo que esto, pudiera ser un hallazgo de este estudio.

Otras de las patologías relacionada con la colecistitis es la cirrosis hepática reportada por todos los autores, por nuestra parte, no encontramos ni un solo caso colecistitis relacionado con cirrosis como tampoco encontramos colecistitis en la población infantil, que aunque rara, ha habido casos reportados en la bibliografía consultada (4,5,7).

Consideramos que los hallazgos reportados por los autores consultados con respecto a los pacientes diabéticos con colecistitis enfisematosa, en cirróticos y en la población infantil, en este trabajo no se encontraron por dos razones fundamentales: 1) Por la brevedad de tiempo, seis meses en que se realizó este estudio y por 2) La cantidad de pacientes encontrados durante el tiempo de duración.

CONCLUSIONES

Se concluye que la colecistitis aguda, si es una causa frecuente en la presentación de síndrome abdominal doloroso, encontrándose una frecuencia de 45.4%, siendo superada únicamente por la apendicitis aguda con una frecuencia del 50% en la población mayor de 20 años de edad en nuestra población y se encontró que los principales antecedentes son:

De los ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES encontrados se tienen los siguientes:

- HIPERTENSION ARTERIAL.
- DIABETES MELLITUS II

Consideramos que los hallazgos reportados por los autores consultados con respecto a los pacientes diabéticos con colecistitis enfisematosa, en cirróticos y en la población infantil, en este trabajo no se encontraron por dos razones fundamentales: 1) Por la brevedad de tiempo, seis meses en que se realizó este estudio y por 2) La cantidad de pacientes encontrados durante el tiempo de duración.

CONCLUSIONES

Se concluye que la colecistitis aguda, si es una causa frecuente en la presentación de síndrome abdominal doloroso, encontrándose una frecuencia de 45.4%, siendo superada únicamente por la apendicitis aguda con una frecuencia del 50% en la población mayor de 20 años de edad en nuestra población y se encontró que los principales antecedentes son:

De los ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES encontrados se tienen los siguientes:

- HIPERTENSION ARTERIAL.
- DIABETES MELLITUS II

En los ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS participantes en esta patologia son..

- Dieta abundante en cantidad de grasas de tipo animal, carbohidratos y colesterol.

- En menor cantidad de proteínas de tipo animal y vegetal.

- Escasa o nula ingesta de frutas y verduras.

- Insuficiente ingesta de agua potable en cantidad menor de 1.5 litros de agua por persona al día.

- Abuso en la ingesta de bebidas industrializadas o refrescos de cola.

Entre los ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS encontrados en este grabajo están

- La obesidad

- El síndrome dispéptico

- La osteoporosis

- Las hernias de disco intervertebrales

OBJETIVOS QUE SE ALCANZARON

Importancia de los antecedentes personales no patológicos implicados.

Hábitos dietéticos

Ayunos prolongados

Quedan identificados los antecedentes personales vinculados con la enfermedad litiásica.

La obesidad

El síndrome dispéptico

Además, se observó que la edad y el sexo que más se encuentran implicados son

De los 30 a 39 años y en el sexo femenino

El cuadro clínico característico descrito en la bibliografía

- Los métodos diagnósticos más utilizados fueron

a) Biometría hemática

b) Química sanguínea (bilirrubinas, transaminasas y fosfatasa alcalina).

c) Uriánalisis

d) Rayos equis (placa simple de abdomen)

e) Ultrasonido de vesícula y vías biliares.

SUGERENCIAS

A LA INSTITUCION:

- Actualización académica al personal médico por medio de cursos, conferencias y aumento del acervo bibliográfico de la unidad médica para su consulta.

- Reducción del número de consultas de medicina familiar para que el médico sin prisas ni presiones dedique su concentración por completo al paciente en turno.

- Menos barreras burocráticas para que el médico familiar que sospeche de alguna enfermedad específica que requiere de estudios de laboratorio y gabinete para su comprobación o para descartarla, pueda solicitarlo sin traba alguna.

A LOS COLEGAS MEDICOS

- Actualización académica de manera personal y continua con bibliografía variada, llámese libros o revistas publicadas por instituciones de salud serias, nacionales o extranjeras.

- Ante un síndrome dispéptico, pensar en las patologías productoras de tal síndrome, entre ellas, la colecistitis.

- Tomar en cuenta las patologías más frecuentes en la población, sus antecedentes, los factores predisponentes o desencadenantes y las variaciones en las manifestaciones clínicas que dependen de el estadio de la enfermedad.

- Capitalizar el poco tiempo destinado para cada consulta para llevar a cabo un interrogatorio y una exploración físicas eficientes.

- Proporcionar información educativa referente a la dieta al paciente, su familia y a su población o universo de trabajo.

A LOS PACIENTES

- Modificar los hábitos alimenticios, sustituyendo las dietas ricas en grasas y las proteínas de origen animal por las de origen vegetal por su fácil desdoblamiento digestión y absorción.

- Ingerir abundantes cantidades de agua natural de 2 a 4 litros durante las 24 hrs en lugar de las bebidas industrializadas o refrescos.

- Acatar en forma disciplinada las recomendaciones médicas y solicitar a éste información respecto a su enfermedad.

- Ante cualquier cuadro doloroso abdominal por leve que sea, acudir con su médico, en lugar de ingerir pócimas caseras que pudiera enmascarar el diagnóstico clínico temprano y oportuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Bernal Gómez Roberto. Colecistectomía Laparoscópica. Análisis de 50 casos. Rev. Gastroenterología, México. Vol. 57. Núm. 4, 1992. Pag. 233-237
2. Cervantes Jorge y Col. Colecistitis Laparoscópica en Pediatría. Informe del Primer caso en la Literatura Nacional. El Boletín Médico del Hospital Infantil. México. Vol. 49, Núm. 6, junio 1992. Pag. 380-383.
3. Cueto García Jorge y Col. Cirugía Laparoscópica de la Vesícula Biliar y Avanzada. Anales Médicos. México 1993;38 (3): 93-103.
4. Figueroa Facs Miguel A. Colecistitis Aguda, C. Crónica. Tratado de Cirugía de Romero Torres, Ed. Nueva Interamericana. México. 1994. Reimpresión. Vol. 2, Pag. 1815-1837.
5. García Guerrero V. A. Pérez Torres S. E. Sobrino Cossio S. Litiasis Biliar. Rev. Gastroenterología del Hospital General, Secretaría de Salud. México. Marzo 1993. Pag. 76-93.
6. H. Pilli Edward. Controversias en el Tratamiento de los Cálculos del Colédoco. Departament of Surgery Cedars-Sinai Medical Center. Los Angeles Cal. 90048. Pag. 977-995.
7. Huertas Rojas Abel, Maldonado Solano J. Colecistitis Enfisematosa. Informe de 3 casos. Rev. Med. I.M.S.S. Aportaciones Clínicas México 1985. Vol. 23, Núm. 1. Pag. 7-11.
8. Johson G. Alan, Cálculos Vesiculares. Los temas de Fondo Unidad Quirúrgica Universitaria, Royal Hallamshire Hospital Sheffield S 10 2 JF Reino Unido, Julio 1993. Vol. 1, Pag. 238-240.
9. Martín N. James. Martín W. Rick. Morris C. John/Martin L. Pernoll. Ralph c. Benson. Enfermedades y Trastornos Quirúrgicos en el Embarazo, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. Ed. Maanual Moderno. Quinta Edición. México 1989, Cap. 21. Pag. 413-418.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.**

10. Ortiz de la Peña R. Jorge, Pardo García Adolfo, Contreras Arturo, Torres Jaime. C. L. Marcos, M. I. Jorge. La Técnica de la Colectistectomía Laparoscópica en Pediatría. Informe de 1 Caso. Anales Médicos. Hospital ABC. México, Jul-Sep 1994. Vol. 39, Núm. 3. Pag. 114-117.
11. Pigott P. John. Williams B. Gary, Cholecystectomy in the Elderly. The American Journal of Surgery From the Departaments of Surgery Akron City, Akron Ohio, March 1988. Vol. 155. Pag. 408-410.
12. Puig J. Domingo, Sentís Crivellé M., Valls R., Vilar F. Ultrasonografía de Vesícula y Vías Biliares y Páncreas, Rev. Atención Primaria del Hospital General Granollers. Barcelona, Esp. Sep. 1991. Vol. 8, Pag. 627-635.
13. Sáenz Félix Victoriano/Villalobos José. Colectistitis Aguda. C. Crónica, Gastroenterología. Ed. Méndez Oteo. Segunda Edición. México 1986. Vol. II. Pag. 475-519.
14. Sheridan G. W., Williams L. O. H., Lewis H. M., Morbidity and Mortality of Common Bile Duct Exploration. Department of Surgery, East Glamorgan. General Hospital Church Village Pontyprid. Mid Glamorgan, Uk. December 1987. Vol. 74, Pag. 1095-1099.
15. W. Sharp Kenneth. Colectistitis Aguda. Department of Surgery. Vanderbilt University School of Medicine. Nashville. Tennessee 37232. Pag. 293-295.

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE CON COLECISTITIS AGUDA EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DEL I.S.S.S.T.E. IGUALA, GRO.

ANEXO No. 1

NOMBRE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____
 TALLA: _____ PESO: _____
 No. DE EXPEDIENTE CLINICO: _____
 FUMA (CANTIDAD Y FRECUENCIA): _____
 TOMA (CANTIDAD Y FRECUENCIA): _____
 ES PORTADOR DE ENFERMEDAD CRONICA? _____ (SI) _____ (NO)
 CUAL? _____
 HAY OBESOS EN SU FAMILIA? _____
 REALIZA ALGUN DEPORTE _____ (SI) _____ (NO)
 ¿POR QUE? _____
 TIENE ANTECEDENTES DE COLECISTITIS EN SU FAMILIA? _____
 QUIEN? _____
 A PRESENTADO EL DOLOR ABDOMINAL CON ANTERIORIDAD? _____
 DESDE CUANDO? _____
 ES DESENCADENADO POR ALIMENTOS COLECISTOQUINETICOS _____
 EVOLUCION (DIAS, MESES O AÑOS) _____
 RECIDIVAS _____
 SINTOMAS QUE PRESENTA: DOLOR () NAUSEAS () VOMITOS ()
 ICTERICIA () FIEBRE () DISTENSION ABDOMINAL ()
 CONSTIPACION () DIARREA () OTROS (_____)
 TRATAMIENTO MEDICO
 ANALGESICOS () ANTIESPASMODICOS () ANTIACIDOS ()
 ANTIBIOTICOS () SONDA NASOGASTRICA ()
 TRATAMIENTO QUIRURGICO
 SI () NO ()
 TIPO DE COLECISTECTOMIA _____
 COMPLICACIONES:
 TIPO: _____
 DIAS DE HOSPITALIZACION _____
 TIEMPO EN HORAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HASTA EL
 CONTROL DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO _____
 LABORATORIO:
 GABINETE:
 DATOS DEL RECOLECTOR DE LA INFORMACION:
 NOMBRE: _____
 FECHA Y HORARIO _____

 FIRMA DE CONSENTIMIENTO