

11209
2
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Hospital Central Sur de Alta Especialidad
P E M E X

FACTORES ASOCIADOS A
COLECISTITIS ALITIASICA

T E S I S
Que para obtener la Especialidad de
CIRUGIA GENERAL
p r e s e n t a

DR. TIRZO AUGUSTO AGUILAR MATIAS



México, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1995



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 está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

J. Jasso

DR JOSE DE JESUS GONZALEZ JASSO SILVA.
DIRECTOR MEDICO DEL HCSAE PEMEX



Arturo Cortez Meza
~~DR ARTURO CORTEZ MEZA~~
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.



Laura Moreno Altamirano

DRA LAURA MORENO ALTAMIRANO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION.

Osvaldo

DR OSVALDO GONZALEZ LA RIVIERE
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

Javier Luna Martinez

TUTOR:
DR JAVIER LUNA MARTINEZ.

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
P E T R O L E O S M E X I C A N O S

FACTORES ASOCIADOS A COLECISTITIS ALITIASICA

AUTOR: DR TIRZO AGUSTO AGUILAR MATIAS
RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

TUTOR:
DR JAVIER LUNA MARTINEZ.

ASESORES:
DRA LAURA MORENO ALTAMIRANO.
DR JORGE CARREON GARCIA.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:
POR SU CARIÑO Y APOYO.

A MIS HERMANOS:
POR SU LEALTAD INCONDICIONAL.

A MIS SOBRINOS:
POR SER MOTIVO DE ESTIMULO.

A MIS COMPAÑEROS:
POR SU AMISTAD Y COOPERACION.

A MI NOVIA:
POR SU CARIÑO, PACIENCIA Y COMPRESION.

A MIS MAESTROS:
A QUIENES TODO LES DEBO.

EN MEMORIA DE QUIENES YA NO ESTAN CON NOSOTROS:
CON UN SOLEMNE RESPETO.

INDICE.

- 1.-Introducción.
- 2.-Antecedentes.
- 3.-Definición del Problema.
- 4.-Justificación.
- 5.-Objetivos:
 - 5.1 .-Generales.
 - 5.2.- Específicos.
- 6.- Hipótesis.
- 7.-Metodología.
 - 7.1 Diseño de la investigación.
 - 7.2 Definición de la entidad nosológica
 - 7.3 Definición de la población objetivo.
 - 7.4 Características de la población.
 - 7.4.1.Criterios de inclusión.
 - 7.4.2.Criterios de exclusión.
 - 7.4.3.Criterios de eliminación.
 - 7.4.4.Espacio temporal.
 - 7.5 Diseño estadístico.
 - 7.5.1.Marco de muestreo.
 - 7.5.2.Unidad última de muestreo.
 - 7.5.3.Método de muestreo.
 - 7.5.4.Tamaño de la muestra.
 - 7.6.Definición de las variables y escala de medición.
 - 7.7.Recolección y análisis de datos.
 - 7.8. Etica
- 8.-Resultados
- 9.-Discusión.
- 10.-Conclusiones.
- 11.-Anexos (cuadros y gráficas).
- 12.-Referencias bibliográficas.

INTRODUCCION.

La colecistitis es una entidad clinicopatológica precisa independientemente de sus causas, es una lesión benigna de tipo inflamatorio, con presentación más frecuente en el sexo femenino con relación de 4:1, entidad que puede ser aguda o crónica.

El factor principal usual de una colecistitis aguda es la obstrucción de la bolsa de Hartman o del conducto cístico por un cálculo(95%), mucho menos frecuente la causa obstructiva es un proceso neoplásico del colédoco o tracto de salida de la vesícula biliar y obstruye el cístico (5%).En ocasiones no hay una causa obstructiva la cual se ha denominado como una entidad fisiopatológica precisa llamada COLECISTITIS ALITIASICA en la que se han asociado a diferentes factores podemos mencionar algunos como son:Factores mecánicos por aumento de la presión intraluminal con distensión de la vesícula produciendo isquemia de la pared y mucosa, factores químicos, liberación de lisolecitina y otros agentes locales, factores bacterianos, cultivos positivos de un 50-80% y cambios vasculares previos.

Comúnmente se observa ictericia transitoria durante un episodio de colecistitis en ausencia de cálculos biliares, aunque las bases patológicas de esta no esta clara.La inflamación aguda cede espontáneamente en la mayoría de los casos, pero en aproximadamente 10% progresa a complicaciones locales, como formación de absceso pericolecístico sin embargo la perforación libre aguda de la vesícula biliar generalmente es una secuela poco común.Recientemente han relacionado esta entidad en pacientes críticos o sometidos a estrés quirúrgico, uso de aminas, anestésicos y nutrición parenteral total.

2.-ANTECEDENTES.

Desde la descripción de la vesícula biliar por Galeno y Orbasius en el año de 131 D.C. y la descripción de la litiasis vesicular 600 años después en animales. Foster y Oddi, establecen las bases fisiológicas entre las cuales destaca la inervación y el vaciamiento vesicular.

Luis Petit(1674-1670) advirtió que la vesícula biliar podría adherirse a la pared y propuso que fuera puncionada por un trocar, mas no se sabe si llevo a cabo el procedimiento.

En 1867. John Stough Bobbs en Indianapolis, U.S. realiza la primer colecistectomía. Con el advenimiento de la asepsia introducida por Lister en 1868, Carl Lengebuch en Berlín efectuó la primer colecistectomía con técnica aséptica.

Los avances en el presente siglo han: en 1924 Graham y Cole introduce el medio de contraste para la visualización de la vesícula biliar. Los avances y técnicas de visualización iconográficas y mejores métodos y medios radiológicos y radioisotópicos han dado como resultado el desarrollo de la colecistografía y colecintografía de alta resolución.

En 1960 Glenn principio el uso de la colangiografía intravenosa y posteriormente en 1962 la colangiografía percutánea trashepática, para visualizar la anatomía de la vía biliar .

La aplicación del ultrasonido y Tomografía Axial computada, coledocoscopia, uso de gamagrafia con isótopos y técnicas transoperatorias han ocurrido en los últimos 20 años.

Westephal introduce el término de disquinecia biliar que es una alteración del vaciamiento vesicular.

En las últimas tres décadas se han descrito una entidad clínica y fisiopatológica en la cual se presenta inflamación de la vesícula biliar en ausencia de litiasis vesicular, se han asociado a algunas enfermedades de base concomitantes crónicas como Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial sistémica, cardiopatías, enfermedades degenerativas y de la colágena. Agudas como son Traumas(Fracturas)quemaduras, cirugías mayores, estancia en la unidad de cuidados intensivos y recientemente se han descrito en el uso de aminas, anestésicos y uso de nutrición parenteral total.

3.-Definición del problema.

La colecistitis alitiasica es una entidad clinicopatologica con comprobación histologica, es una forma poco común de colecistitis aguda en ausencia de cálculos biliares o de cualquier otra forma de obstrucción del tracto de salida de la vesícula biliar.Lesión inflamatoria benigna cuya causa puede ser multifactorial, la cual ocupa del 1-5% de todas las colecistitis.

4.-JUSTIFICACION.

La colecistitis alitiásica es una entidad clinicopatológica bien definida, se caracteriza por una inflamación de la vesícula biliar en ausencia de litiasis vesicular y de cualquier otra forma de obstrucción del tracto de salida de la vesícula biliar, es de carácter multifactorial, frecuentemente asociada a otras patologías de índole agudo o crónico, así como también asociado al uso de aminas, nutrición parenteral total, en pacientes sometidos a estrés quirúrgico ya sea de urgencia y/o electiva. El uso de aminas se ha convertido en uso rutinario en pacientes graves en la Unidad de cuidados Intensivos, y que en su mayoría además requieren de apoyo con nutrición parenteral total; en pacientes críticos esta patología ha sido causa de sépsis persistente.

5.-Objetivos:

Generales.

Describir la experiencia del Hospital Central Sur de Alta Especialidad en Colecistitis Alitiasica en 5 años(87-91).

Específicos:

Analizar sus posibles relación con:

Patologías Previas, agudas ó crónicas.

Uso de NPT,

Aminas,

Anestésicos,

Cirugías recientes.

Persistencias de sépsis.

Tipos de estudio para su Diagnóstico.

7.-METODOLOGIA.

7.1.-Diseño de la investigación: Estudio retrospectivo de análisis y revisión de casos.

7.2.-Definición de la entidad nosológica.

Colecistitis alitiásica es una entidad fisiopatológica poco común de colecistitis aguda en ausencia de cálculos biliares o de cualquier otra forma de obstrucción del tracto de salida de la vesícula biliar; es una lesión benigna de tipo inflamatorio.

7.3.-Definición de la población objetivo.

Serán analizados todos los casos que hayan sido diagnosticados como colecistitis alitiásica en un período comprendido de 5 años de 1987-1991.

7.4.-Características de la población.

7.4.1. Criterios de inclusión.

Serán incluidos todos los casos diagnosticados como colecistitis alitiásica en el HCSAE (Picacho) en un período comprendido de 5 años 1987-1991.

7.4.2. Criterios de exclusión.

Todos los casos que hayan sido diagnosticados como portadores de litiasis vesicular, clínico y radiográficamente y/o se sepan portadores de enfermedad vesicular previa y el diagnóstico histopatológico sea de colelitiasis.

7.4.3. Criterios de eliminación

Serán eliminados aquellos casos de los cuales no se encuentren los expedientes, o que este se encuentre incompleto o haya sido depurado.

7.4.4. Ubicación espacio temporal.

Todos los pacientes reportados como colecistitis alitiásica en un período de 5 años (1987-1991) en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad.

7.5.-Diseño Estadístico:

7.5.1.-Marco de muestreo.

Archivo clínico del Hospital Central Sur de Alta Especialidad. Expedientes clínicos.

7.5.2.-Unidad última de muestreo.

Serán analizados hasta el último caso diagnosticado histopatológicamente en el año de 1991 de colecistitis alitiásica.

7.5.3.-Método de muestreo.

Se incluirán todas diagnosticadas histopatológicamente como colecistitis alitiásica desde el año de 1987 hasta 1991 que cumplan con los criterios de selección.

7.5.4.Tamaño de la muestra.

Fueron analizados 15 expedientes de colecistitis alitiásica en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad, en un período comprendido en 5 años.

7.6.Definición de las variables y escalas de medición.

Edad:Medición cronológica de la vida expresada en años, meses, días.

Sexo. Condición orgánica anatómica y fisiológica que distingue al hombre y a la mujer.

Patologías de Base:Si el sujeto en estudio tuviera alguna enfermedad de índole crónico y/o agudo al momento de detección de la patología en estudio.

Factores de riesgo:Elementos con causa de contingencia de un daño en la patología de estudio.

Síntomas:Manifestación de indicio que denota el estudio de un sujeto y que ordinariamente sirve para reconocer una enfermedad o su curso.

Diagnóstico:Determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos, el cual puede ser apoyado por diferentes estudios de laboratorio y gabinete.

Tratamiento:Método para tratar enfermedades ya sea por métodos médicos, quirúrgicos.

Diagnóstico Histopatológico:Hallazgos de microscopía al momento de su estudio histopatológico.

7.7.-Recolección y análisis de datos.

La recolección de datos fue realizada mediante revisión de los expedientes clínicos, recabándose estos en la hoja de recolección de datos previamente diseñada y autorizada para dicho efecto siendo analizada posteriormente.

7.8.-ETICA:

Previamente fue enviado el protocolo al comite de investigación y ética del H C S A E, autorizándose para ser realizada y ejecutada.aunque el estudio es de tipo retrospectivo de análisis y revisión de casos por lo que el trabajo no presenta aspectos de aceptación del estudio por parte de los pacientes ya que además el estudio no ofrece ningún riesgo para este, como se ha venido mencionado anteriormente es un estudio de revisión.además de haberse obtenido autorización de los diferentes servicios involucrados en el estudios.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

COLECISTITIS ALITIASICA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

Edad ___ Sexo ___ :Ayud6 de importancia: Ayud6 de Base: _____.

^Factores de riesgo: Cirugía reciente _____ Estancia en UTI _____

Hospitalización: _____, Uso de NPT _____, Uso de Aminas _____

Anestésicos, _____ Antibióticos _____, Edo de hidratación del paciente _____, Diagnostico, Sospecha clínica _____, Laboratorio: _____

B H ; H b _____ ; h t o . _____, L e u c o s , Diferencial _____; Plaquetas, _____

_____, tp _____ .tpt _____; pfh; dhl _____; fa _____; tgo _____ tgp _____

BILIRRUBINAS DIR _____ . INDI _____ Amilasa _____ . EGO alteraciones _____

Radiología: Placa simple de abdomen, _____, Us _____ . TAC _____

Colangiografía: oral _____ . Percutánea _____ : HíDa _____ otros: _____

Tratamiento: Médico. Hidratación: _____, Antibióticos _____

Uso de SNG _____, Hallazgos Quirúrgicos: _____

Bacteriología Reportada: _____

Reporte de Patología: _____

8.- RESULTADOS.

En un periodo de 5 años de 1987 a 1991 fueron realizadas un total de 402 colecistectomías en el servicio de cirugía general del H C S A E .La patología más frecuente fue de etiología litiásica, de estos 402 casos fueron diagnosticados 39 como colecistitis alitiásica(9.7%) de los cuales según los criterios de selección se eliminaron los expedientes no encontrados en el archivo clínico, así como los que previamente habían sido depurados o que se encontraron incompletos.Finalmente se incluyeron 15 expedientes(39%) de los 39 diagnosticados como colecistitis alitiásica.

De los 15 expedientes clínicos analizados se observo que en edades variaron de 15 a 76 años como extremos , con un promedio de edad de 45.67 años.De estos fueron 8 (53.4%) del sexo femenino y 7 (46.7%) del sexo masculino.De los factores de riesgo se encontró que estos se encontraron presente cuando menos uno de los estos, dos pacientes no presentaron ninguno

Un paciente presento cinco factores de riesgo , tres pacientes presentaron cuatro, dos pacientes tres , dos pacientes dos factores de riesgo, un solo factor estuvo presente en tres pacientes y dos pacientes no tuvieron ningún factor asociado, los factores más frecuentemente asociados fueron crónicas como hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus .Siete pacientes habían sido sometidos a cirugía, cuatro pacientes se encontraban en la unidad de Cuidados Intensivos y el uso de nutrición parenteral total fue llevado a cabo en tres pacientes, las amins fueron utilizadas únicamente en dos pacientes.tab.17.

El estado de hidratación fue bueno en el 100% de los casos.

En cuanto a la sintomatología presentada se encontró que el dolor en el hipocondrio derecho predomino en el 93% , el vomito en el 53.3%, fiebre en el 33% , la ictericia se encontraba en el 40%.

La sospecha clínica fue apoyada pos estudios de laboratorio encontrándose que :la hemoglobina se encontró en un promedio de 11.7grs, el hematocrito promedio fue de 33.20%.

La leucocitosis vario desde 4700 hasta 32500 con promedio de 17593, encontrándose mayor de 10,000 en 8 pacientes. Las pruebas de función hepática mostraron aumento de DHL de 246 a 369 en cuatro pacientes; la fosfatasa (FA) vario de 164 a 602 con promedio de 100us en 5, las transaminasas se encontraron elevadas en 5 y en 7 se encontraron dentro de límites normales; Las bilirrubinas se encontraban elevadas en 5 con valores de 3 a 6 mgrs con predominio de la indirecta sobre la directa, esta elevación podría deberse a factores hemolíticos ya que en algunas de las patologías de base son por problemas de coagulación.

De los estudios de gabinete que apoyaron el diagnóstico clínico se encontraron desde las placas simples de abdomen hasta estudios sofisticados como el gamagrama con HIDA, pasando por el ultrasonido y Tomografía axial computada. De estos estudios el que mayor certeza diagnóstica obtuvo fue el ultrasonido el cual además se realizó en 14 pacientes: La tomografía axial computada únicamente fue realizada en 2 pacientes en ambos pacientes sépticos en quien se sospechaba colecciones intrabdominales siendo esta causa de sepsis. La gamagrafía y colecistografía oral no mostraron ser métodos accesibles ya que las condiciones de los pacientes no lo permiten en la mayoría de los casos.

El tratamiento médico incluye: desde la hidratación del paciente uso de antibióticos cubriendo gram+, gram- y anaeróbios. Uso de sonda nasogástrica, y en algunos casos se intento el uso de aceite vegetal para tratar de estimular el vaciamiento vesicular; otros tratamientos fueron intentados como antiespasmódicos y uso de sonda nasogástrica. Todos los pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, el intervalo del diagnóstico hasta la resolución del cuadro con la cirugía vario de 48-72 hrs. Y los hallazgos transoperatorio fue de vesícula a tensión en catorce

pacientes: en tres la pieza quirúrgica mostró datos de necrosis de la pared, en 6 pacientes se encontró líquido libre en cavidad abdominal y nats de fibrina y una sola pieza quirúrgica su aspecto fue normal.

Los cultivos fueron positivos únicamente en tres pacientes con los siguientes gérmenes: E. coli, Klebsiela, Pseudomona, Streptococo alfa hemolítico, Estafilococo.

El Diagnóstico histopatológico mostró datos de cronicidad en 8 piezas (53.3%), y en 7 pacientes se comprobó ser un padecimiento agudo al 100%.

9.- DISCUSION.

Como se ha venido mencionando las causas de la colecistitis alitiásica aun no son precisas y en un gran número de casos al parecer es de tipo multifactorial en el que se conjugan algunos cambios histopatológicos previos (daño en vasos de mediano calibre y arteriolas); precipitado por los factores de riesgo como son el uso de aminas, anestésicos, nutrición parenteral. estas causa pueden estar en una o más al mismo tiempo, las más constantes fueron las enfermedades crónicas degenerativas como hipertensión arterial y Diabetes mellitus. Se ha observado que en los pacientes críticos ha sido causa de persistencia de sepsis y al retirar el Probable foco séptico los pacientes han mejorado clínica y hemodinámicamente al retirar el foco de infección (vesícula).

Las pruebas de laboratorio que más se alteran pero que no pueden ser utilizadas como factores pronósticos fueron los leucocitos y las bilirrubinas, las transaminasas pueden elevarse según el tiempo de evolución del cuadro el cual va a influir en el estudio histopatológico ya que se ha observado que entre mayor sea el tiempo de evolución mayor será el daño tisular. Mismo tiempo es vital para el tratamiento ya que en pacientes de primera instancia se intenta el tratamiento médico iniciándose con la hidratación del paciente, uso de antibióticos (amplio espectro), en algunos casos el uso de sonda nasogástrica, y como última medida se intenta el uso de aceite oral como estimulador del vaciamiento vesicular. En caso de que el tratamiento médico fracase, el procedimiento quirúrgico es indicado con colecistectomía simple ya que algunos autores proponen el uso de colecistostomía. Entre los estudios diagnósticos con mayor sensibilidad y más accesibles se encuentra el ultrasonido por lo tanto se propone que este sea usado como primer método de diagnóstico seguido por la Tomografía axial computada. El tratamiento médico debe intentarse de primera instancia y en caso de fracaso de este en un plazo no mayor de 72 horas de no ceder el cuadro el paciente deberá ser sometido a cirugía la cual se considerara como urgencia.

10.- CONCLUSIONES.

El decremento del flujo de la arteria cística puede ocurrir en estados de bajo gasto shock, falla cardíaca, congestiva, arteriosclerosis. Desencadenada además por uno o más de los factores asociados pueden condicionar el cuadro de colecistitis alitiásica. por lo que se puede concluir que la entidad clinicopatológica precisa llamada colecistitis alitiásica es de tipo MULTIFACTORIAL. Y no existe un solo factor desencadenante.

11.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Bockus, H, Gastroenterology.2a edición.Editorial Mosby.1974.
- 2.- Schwartz-Ellis.Operaciones abdominales. Editorial. Panamericana 8a edición 1986.
- 3.- Schwartz-Shires Spencer.Principios de Cirugía. Editorial Interamericana, Mcgraw-Hill,5a edición 1991.
- 4.- Sabiston.D.C..Tratado de Patología Quirúrgica, Editorial Interamericana 13a edición, 1986.
- 5.- Erika Díaz Cortez.Cambios Vasculares en Colecistitis Tesis de Posgrado.México.D.F.1992.
- 6.- Long.T.N, Helmbach, Carrico.C.j.Acute Cholecystitis in critically Ill patients.A.M.Journal Of Surgery.Vol 136, pag31-36.1978.
- 7.- Clínicas quirúrgicas de Norte América.Cirugía de vías biliares.Volumen 6.1990.
- 8.- Ackermá's, Surgycal Patology.Editorial:Juan Rosal.Vol.I, Pag 746-75.1984.
- 9.- Richard , M.Dexie, Michel B, Farenel, Peter Mucha.Jr.Arch Surgery.Acute Cholecystitis as a complicacion in Surgycal Patients.Arch Surgery , Vol 119, Dec 1984.
- 10.- Richard J.Howard.Acute Acalculos Cholecystitis.The American Journal of Surgery.Vol 141, Pag 197-98.pag 197-98.Febrero de 1981.
- 11.- Richard C Fralee, David.Mnagolley, Perez Mucha.Acute Acalculous Cholecystitis.Mayo Clinic Procedur.Vol 67.Pag 163-167.1989.
- 12.- O.Ekbelg And Weiber.The Clinic Importance Of Thickwalled Tendes Gall-blader Without Stones on Ultrasonography.Clinical Radiology.Vol 44, Pag 38-41.1991.
- 13.- Lawrnce C .Swayne :Acute Acalculous Cholecystitis Sensitivity In detection Using Technetium-99, Inminodiacetic Acid Coleanhigraphy.Radiology , Vol 160 N.L.Pag 33-38.Julio de 1986.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

COLECISTITIS ALITIASICA

INCIDENCIA EN 5 AÑOS.

COLECISTECTOMIAS	402	100%
C. ALITIASICA	39	9.7%
ENCONTRADOS	15	39%
EXCLUIDOS	24	61%

HCSAE
CIRUGIA GENERAL

FRECUENCIA DE EDAD.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
15-30	3	20%
31-45	4	29%
46-60	5	33.3%
61-76	2	13.3%

HCSAE
CIRUGIA GENERAL.

FRECUENCIA DE SEXO.

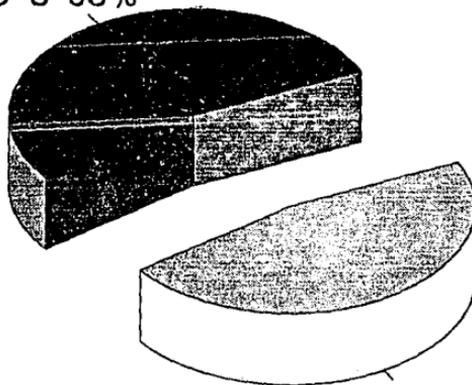
<i>SEXO</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>MASCULINO</i>	<i>7</i>	<i>46.7%</i>
<i>FEMENINO</i>	<i>8</i>	<i>53.3%</i>

***HCSAE
CIRUGIA GENERAL***

TABLA 2

FRECUENCIA DE SEXO.

FEMENINO 8 53%



MASCULINO 7 47%

***HCSAE
CIRUGIA GENERAL***

ANTECEDENTES DE PATOLOGIA CRONICA

ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL,CON HEMIPLEJIA	1	6.7%
CARDIOPATIA RAUMATICA,TROMBOFLEBITIS	1	6.7%
DIABETES MELLITUS	1	6.75
HIPERTENSION ARTERIAL CON CARDIOPATIA ISQUEMICA	1	6.7%
HIPHIPOTIROIDISMO	1	6.7%
TROMBOFLEBITIS DE MPD,	1	6.7%

HCSAE
CIRUGIA GENERAL

PATOLOGIAS AGUDAS PREVIAS

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.	2	13.%
FRACTURA EXPUESTA TIBIA DER.	1	6.7%
LEUCEMIA LINFOCITICA AGUDA.EN Q.T.	1	6.7%
TREOMBOEMBOLIA PULMONAR.	1	6.7%
PSEUDOQUISTE PANCREATICO.	1	6.7%
SEPSIS ABDOMINAL	1	6.7%

HCSAE.

CIRUGIA GENERAL.

CIRUGIA RECIENTE

FACTOR DE RIESGO

<i>CIRUGIA REALIZADA.</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>CLIPAJE ANEURISMA CEREBRAL</i>	<i>2</i>	<i>13.3%</i>
<i>REDUCCION DE FRACTURA EXPUESTA</i>	<i>1</i>	<i>6.75%</i>
<i>COLOCACION DE FILTRO DE GREENFIELD</i>	<i>1</i>	<i>6.7%</i>
<i>DRENAJE DE QUISTE PANCREATICO</i>	<i>1</i>	<i>6.7%</i>
<i>REPLAZO VALVULAR</i>	<i>1</i>	<i>6.7%</i>

HCSAE
CIRUGIA GENERAL

USO DE ANESTESICO.

USO ANESTESICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
SI	6	40.0%
NO	11	73.3%

***HCSAE
CIRUGIA GENERAL***

TABLA 9

USO DE AMINAS.

PACIENTES CRITICOS

<i>USO DE AMINAS</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE.</i>
<i>SI</i>	<i>2</i>	<i>13.3%</i>
<i>NO</i>	<i>13</i>	<i>86.6%</i>

HCSAE
CIRUGIA GENERAL

TABLA 8

USO NUTRICION PARENTERAL

USO DE NPT	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	26.6%
NO	11	73.3%

**HCSAE
CIRUGIA GENERAL**

TABLA 7

SINTOMATOLOGIA

SINTOMATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
DOLOR	1	6.7%
DOLOR, FIEBRE	2	13.3%
DOLOR, FIEBRE, ICTERICIA	1	6.7%
DOLOR, FIEBRE, ICTERICIA, VOMITO	1	6.7%
DOLOR, FIEBRE, VOMITO	2	13.3%
DOLOR, ICTERICIA, VOMITO	1	6.7%
DOLOR, VOMITO	5	33.3%
FIEBRE, ICTERICIA.	2	13.3%

HCSAE
CIRUGIA GENERAL

LABORATORIO

HEMOGLOBINA

HB REPORTADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9	1	6.7%
11	4	26.7%
12	3	20.0%
14	1	6.7%
15	2	13.3%
16	2	13.3%
S/R	2	13.3%

HCSAE
CIRUGIA GENERAL

LABORATORIO

LEUCOCITOS

LEUCOCITOS REPORTADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 10,000	6	40%
MÁS DE 10,000	8	60%

HCSAE
CIRUGIA GENERAL

LABORATORIO

BILIRRUBINAS

TOTALES	DIRECTA	INDIRECTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	1	2	2	13.3%
4	1	3	2	13.3%
5	2	3	2	13.3%
6	2	4	1	6.7%
s/r	-	-	8	53.3%

HCSAE
CIRUGIA GENERAL

LABORATORIO.

BACTERIOLOGIA POSITIVA.

BACTERIOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
E. COLI,		
KLEBSIELA,		
PSEUDOMONA.	1	6.7%
ESTREPTOCOCO,ALFA HEMOLITICO,		
ESTAFILOCOCO.	1	6.7%
KLEBSIELA PNEUMONIA.	1	6.7%

HCSAE
CIRUGIA GENERAL

RADIOLOGIA

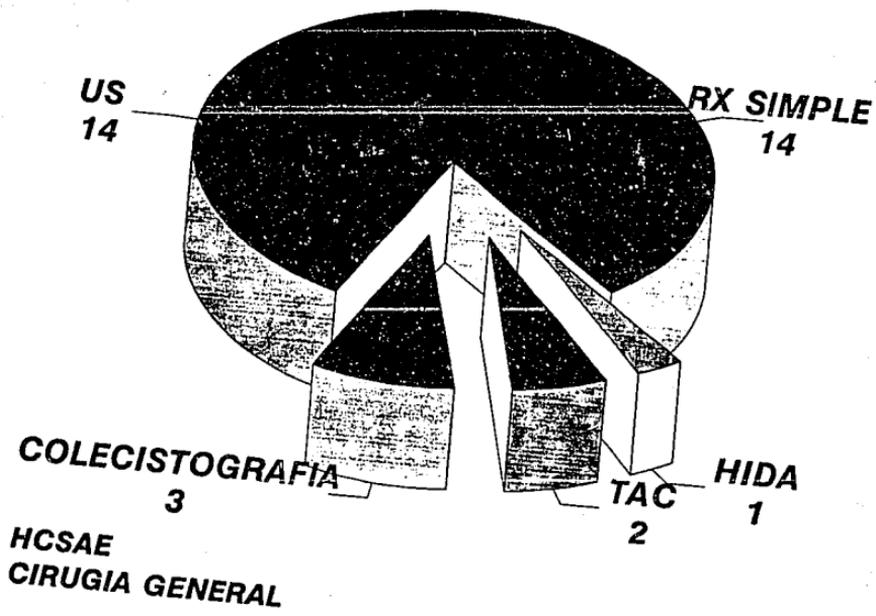
<i>TIPO DE ESTUDIO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>RX SIMPLE DE ABDOMEN</i>	<i>14</i>	<i>93.3%</i>
<i>ULTRASONIDO</i>	<i>14</i>	<i>93.3%</i>
<i>TAC CONTRASTADA</i>	<i>2</i>	<i>13.3%</i>
<i>HIDA</i>	<i>1</i>	<i>6.7%</i>
<i>COLECISTOGRAFIA ORAL</i>	<i>3</i>	<i>20%</i>

**HCSAE
CIRUGIA GENERAL**

TABLA 14

RADIOLOGIA

ESTUDIOS REALIZADOS



HCSAE
CIRUGIA GENERAL

FIG 14

TRATAMIENTO

TIPO DE TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIDRATACION	11	73%
ANTIBIOTICOS	7	46.7%
SNG	5	33.3%
USO DE ACEITE ORAL	1	6.7%
QUIURGICO	15	100%

HCSAE
CIRUGIA GENERAL

HALLAZGOS QUIRURGICOS

HALLAZGOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
VESICULA A TENSION	14	93.3%
REACCION INFLAMATORIA C/LIQUIDO LIBRE	5	33.3%
CON NECROSIS	3	20.0%
APARENTEMENTE NORMAL.	1	6.7%

HCSA
CIRUGIA GENERAL

FACTORES PREDISPONENTES.

PACIENTES	PATOLOGIA A	PATOLOGIA C	CIRUGIA RECIENTE	UCI	NPT	AMINAS
1	x		X	X	X	X
2	x	X	X	X		
3		X	X	X	X	
4	x		x		X	
5		X	X	X		X
6			X			
7						
8	x	X	X	x		
9	x	X				
10		X				
11		X				
12		x				
13						
14		X				
15		x				

***HCSAE
CIRUGIA GENERAL***

TAB 18