

11209
8



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

FACTORES QUE PRONOSTICAN LA
COLECISTECTOMIA DE URGENCIA

**TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA EL
DR. JUAN CARLOS ARANA REYES
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL**

TUTOR DE TESIS: DR. ANTONIO DE J. CORONA BAUTISTA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO: DR. ARTURO C. VAZQUEZ GARCIA



ISSSTE

2 0 0 3

1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

[Handwritten signature]
DR. JULIO CASARÍAS BECERRA
COORDINADOR DE CCAPADES
HOSP. REG. "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

S.T.E.
TERMINA
MA 2003
15 SET 2003

[Handwritten signature]
DR. LUIS ALCAZAR ALVAREZ
JEFE DE INVESTIGACIÓN
HOSP. REG. "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS
15 SET 2003
UNIDAD DE INVESTIGACION

[Handwritten signature]
DRA. GABRIELA SALAS PIREZ
JEFA DE ENSEÑANZA
HOSP. REG. "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

ENTRADA
15 SET. 2003
Subdirección de Enseñanza e Investigación


Asignado a la Dirección General
UNAM a defender en territorio extranjero
del 01 de octubre 2003
COLUMBIENSE: Joan Carlos
Arenda Reyes
RECIBO: 01-0ctubre-2003
FOLIO: 2

PROCESADO
UNAM



DR. ANTONIO DE J. CORONA BAUTISTA.
TUTOR DE TESIS

CIRUJANO GENERAL ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL. HOSP. REG. "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"



DR. ARTURO C. VAZQUEZ GARCÍA.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO
CIRUJANO GENERAL ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL. HOSP. REG. "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"



DR. JOSÉ GUADALUPE SEVILLA FLORES.

VOCAL DE INVESTIGACIÓN
CIRUJANO GENERAL ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL. HOSP. REG. "LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS"

AGRADECIMIENTOS:

A mi esposa Carolina, por ser siempre la compañera, amiga y mujer ideal, por que mis sacrificios han sido compartidos con ella.

A mis padres Wilfrido y Elidé, por haber sido los mejores padres del mundo; ellos mismos.

A mis hermanos Norma, Pedro e Isabel por su cariño.

A mis asesores de tesis Dres. Corona y Torrescano, por su paciencia y apoyo para este trabajo.

A todos los Cirujanos del Servicio, porque de todos y cada uno de ellos aprendí algo.

**Por que estoy convencido que la Cirugía es más que una profesión....
Es un estilo de vida.
J. C. A. R.**

ÍNDICE

• RESUMEN.....	1
• ABSTRACT.....	1
• INTRODUCCIÓN.....	2,3
• MATERIAL Y MÉTODOS.....	3
• RESULTADOS.....	4-13
• DISCUSIÓN.....	14
• CONCLUSIONES.....	15
• BIBLIOGRAFÍA.....	16

RESUMEN

Objetivo: Diseñar un perfil de riesgo para Colectistectomía de Urgencia.

Material y Métodos: De Enero a diciembre del 2002 se revisaron los expedientes de pacientes Operados de Colectistectomía, y se dividieron en un grupo control que incluyó a los operados de manera electiva y un grupo problema integrado por los operados de manera urgente. Se estudiaron las siguientes variables: Sexo, edad, índice de masa corporal, alcoholismo, tabaquismo, dieta, anticoncepción, gesta, enfermedades crónico degenerativas, Número de internamientos previos, tiempo de sintomatología y tiempo de diagnóstico, dimensiones ultrasonográficas de la vesícula y número y tamaño de litos.

Resultados: Se encontró asociación significativa a Colectistectomía Urgente en las variables: Tabaquismo, alcoholismo, Pared vesicular $> 4\text{mm}$, Tiempo de inicio de síntomas y tiempo de diagnóstico menor a 3 meses.

Conclusiones: Podemos decir que los pacientes con grosor de la pared vesicular mayor a 4mm, fumadores y con tiempo de diagnóstico o síntomas < 3 meses, están en mayor riesgo para colectistectomía de urgencia.

ABSTRACT

Objective: To design a risk profile for urgent cholecistectomy.

Study Design: From January to December 2002, we revised the files of patients with the diagnosis of cholecistectomy and divided in two groups: one control that include those patients who underwent planed cholecistectomy and the problem group who underwent urgent cholecistectomy. We studied the following variables: sex, age, body mass index BMI, alcoholism, smoking, diet, anticonception, pregnancy, chronic illness, number of admissions, time of diagnosis, and extents of the gallbladder, number of gallstones.

Results: we find signicant association for urgent cholecistectomy in the following variables: smoking, alcoholism, thickness of the wall $> 4\text{mm}$, time of symptom and diagnosis less than 3 months.

Conclusion: We can say that the patients with thickness of the wall of gallbladder $> 4\text{mm}$, smokers, and with time of diagnosis or simptoms < 3 months, are in more risk for urgent cholecistectomy.

INTRODUCCIÓN

La *colecistitis aguda* es la inflamación^{1,2} química o bacteriana de la vesícula biliar^{1,4}. Es una causa común de dolor abdominal agudo en los pacientes que se presentan a Urgencias^{3,4}.

La *Colecistitis aguda* se presenta en 10% de los pacientes sintomáticos, se produce a consecuencia de la obstrucción del conducto cístico por un lito más comúnmente y se manifiesta con dolor cólico intenso en el cuadrante superior derecho que puede irradiar hacia la espalda, dura más de 3 horas, puede haber masas (plastrón); la fiebre y leucocitosis son variables^{1,3,5}.

Los pacientes con colecistitis aguda conviene que sean ingresados para reposo intestinal, líquidos y/o nutrición parenteral y antibióticos intravenosos^{1,6,7} y succión con sonda nasogástrica⁸. El tratamiento definitivo de la colecistitis aguda es la colecistectomía que puede realizarse abierta o laparoscópica, sin embargo en este punto surgen dos corrientes en cuanto al manejo más prudente. Una prefiere manejar conservadoramente a los pacientes para disminuir el proceso inflamatorio y realizar la colecistectomía electiva (también llamada diferida o tardía)^{1,6,8,9}. La otra corriente propone realizar la colecistectomía en el periodo agudo (también llamada de urgencia o temprana)^{2,6,10-12} argumentando que la inflamación favorece la disección del peritoneo vesicular en su cara hepática^{6,9} así como una reducción de los costos y estancia hospitalaria, menor índice de infecciones^{6,10,12} y en el caso de la colecistectomía laparoscópica algunos autores proponen un menor índice de conversiones¹².

Cámeron IC, presenta un estudio para evaluar la política de manejo conservador con colecistectomía diferida. Revelando que de todos los pacientes tratados inicialmente de esta manera en el 60.6% fue exitosa, el 14.7% ameritó cirugía de urgencia antes de la colecistectomía electiva y 24.8% fueron readmitidos por síntomas biliares agudos durante el tiempo que esperaban cirugía electiva⁹.

En México un estudio realizado en el Hospital Regional Darío Fernández Fierro del ISSSTE demostró que el 35% de los pacientes que se operan de Urgencia por colecistitis aguda habían sido programados para colecistectomía electiva. Este autor hace hincapié en las ventajas de realizar una colecistectomía de urgencia argumentando una morbilidad y mortalidad bajas⁸.

Siendo notable la controversia existente en la decisión de realizar una Colecistectomía de Urgencia o de manera electiva otros Autores han propuesto factores de riesgo asociados a formas más severas de la Colecistitis aguda como el estudio de Merriam Luis T, quien propone que los pacientes masculinos con edad mayor a 50 años, enfermedad Cardiovascular y Leucocitosis mayor a 17,000 , presentan un mayor riesgo de Gangrena vesicular¹¹. Heng-Hui Lein, reportó una fuerte asociación entre el sexo masculino y formas más severas de colecistitis aguda¹⁴.

En nuestro Hospital los pacientes programados para Colectistectomía electiva esperan un plazo promedio de 8 a 12 semanas para ser intervenidos. Sin embargo, no todos los pacientes protocolizados de esta manera llegan a la cirugía electiva, pues existe un grupo de ellos que son admitidos a urgencias por sintomatología biliar aguda o complicaciones relacionadas, e incluso algunos son operados de urgencia antes de la colectistectomía electiva.

El propósito de nuestro estudio fue elaborar un perfil de riesgo que evite el retraso de una cirugía que lo más probable es que termine en cirugía de urgencia o en internamientos repetidos antes de un procedimiento electivo. Adicionalmente ofrecer la posibilidad de disminución de los costos para la institución, ya que diversos autores hacen hincapié en mayores costos en este grupo de pacientes, por internamientos repetidos, aumentos de la estancia hospitalaria, mayor incidencia de complicaciones y mayor inconformidad de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los registros de pacientes operados de colectistectomía Electiva y Urgente, en el servicio de Cirugía General del H. R. Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, entre el 1° de Enero y el 31 de Diciembre del año 2002. Posteriormente se procedió a revisar sus expedientes y se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de colecistitis alitiásica, que presentaban registros inadecuados de Ultrasonido o los operados fuera de nuestro Hospital; se integró un grupo control con los pacientes operados electivamente y el grupo problema con los pacientes que se operaron de forma urgente y posteriormente se eliminaron aquellos que no habían sido operados, o no fueron localizables para completar datos faltantes en el expediente, y aquellos que no aceptaron ser entrevistados vía telefónica.

En cada grupo se registraron cada una de las siguientes variables: *Sexo; Edad mayor a 64 años; Índice de masa corporal mayor a 30; Tabaquismo positivo* definido como el consumo de al menos 1 cigarrillo diario; *Alcoholismo positivo* definido como el consumo de al menos 9g de alcohol por semana; *Dieta hiper-grasa* definida como el consumo de más de 3 raciones de alimentos grasos a la semana equivalentes a más del 45% de grasas de una dieta recomendada; *Anticoncepción hormonal* oral o parenteral durante los últimos 6 meses; *Gesta mayor a 1 embarazo; Diabetes Mellitus* diagnosticada antes de la Cirugía; *Hipertensión arterial sistémica* diagnosticada antes de la Cirugía; *Tiempo de inicio de síntomas* antes de la Cirugía menor a 3 meses; *Tiempo de diagnóstico ultrasonográfico* de colecistitis litiasica antes de la Cirugía mayor a 3 meses; *Antecedente de ingresos previos* al ingreso de la Cirugía; *Longitud ultrasonográfica de la vesícula mayor a 100 mm; Diámetro ultrasonográfico de la vesícula mayor a 30 mm; Grosor ultrasonográfico de la pared vesicular mayor a 4 mm; Lito único* por ultrasonido; *Tamaño del lito más grande mayor a 10mm* por ultrasonido; Adicionalmente se realizaron cruce entre variables como tabaquismo con alcoholismo; Comorbilidad de Diabetes con Hipertensión.

Se realizó un análisis multivariado en cada grupo, para lo cual se utilizaron los programas computacionales Microsoft Excel y EPI info. Versión 6.

RESULTADOS

Se tomaron 103 expedientes de los pacientes operados entre 1º de Enero y el 31 de Diciembre del 2002; de los cuales se excluyeron 31; por diagnóstico de colecistitis alitiásica (16), Registros inadecuados de Ultrasonido (12), operados fuera de nuestro Hospital (3); Diez pacientes fueron eliminados, (5) de ellos por que no habían sido operados y no fueron localizables para completar los datos, y otros (5) por que no aceptaron ser entrevistados vía telefónica. Los restantes 62 pacientes integraron nuestro estudio siendo distribuidos en un grupo control 42, el cual se integró con los pacientes que fueron operados de manera electiva, y el grupo problema lo integraron 20 pacientes los cuales fueron operados de Colecistectomía Urgente.

El grupo control lo integraron 37 mujeres y 5 hombres, el grupo problema lo integraron 15 mujeres y 5 hombres (Tabla 1) y (Gráficas 1 y 2). Los registros de las variables estudiadas en cada grupo quedaron distribuidas de la siguiente manera: *Edad mayor a 64 años* fueron 6 controles y 2 problemas; *Índice de masa corporal mayor (IMC) a 30* fueron 8 controles y 4 problemas; *Tabaquismo positivo* fueron 9 controles y 13 problemas; *Alcoholismo positivo* fueron 8 controles y 12 problemas; *Dieta hiper-grasa* fueron 16 controles y 7 problemas; *Anticoncepción hormonal* fueron 3 controles y 2 problemas; *Gesta mayor a 1* fueron 30 controles y 11 problemas; *Diabetes Mellitus (DM2)* fueron 5 controles y 2 problemas; *Hipertensión arterial sistémica (HTAS)* fueron 12 controles y 4 problemas; *Tiempo de inicio de síntomas* antes de la Cirugía mayor a 3 meses fueron 34 controles y 8 problemas; *Tiempo de diagnóstico ultrasonográfico de colecistitis litíásica mayor a 3 meses* fueron 31 controles y 4 problemas; *Antecedente de ingresos previos* fueron 37 controles y 13 problemas; *Longitud ultrasonográfica de la vesícula mayor a 100mm* fueron 1 control y 6 problemas; *Diámetro ultrasonográfico de la vesícula mayor a 30mm* fueron 29 controles y 18 problemas; *Grosor ultrasonográfico de la pared vesicular mayor a 4mm* fueron 13 controles y 13 problemas; *Lito único* fueron 18 controles y 5 problemas; *Tamaño del lito más grande mayor a 10mm* fueron 28 controles y 12 problemas.

El promedio de edad para las mujeres fue notablemente menor en el grupo problema, mientras que el promedio de edad para los hombres fue notablemente mayor en ese mismo grupo, pero no hubo diferencia estadísticamente significativa. El IMC presentó promedios en ambos sexos y cada grupo similares. Los promedios de tiempo entre el inicio de síntomas y la operación, así como el tiempo entre el diagnóstico y la operación fueron menores en los hombres en ambos grupos. El promedio de número de ingresos previos fue similar en ambos sexos en los dos grupos. El promedio de número de litos en ambos sexo en cada grupo no tuvo diferencias significativas. El promedio del grosor de la pared vesicular fue notablemente mayor para ambos sexos en el grupo problema y sí hubo diferencia estadísticamente significativa. (Tabla 2).

La dieta hipergrasa, anticoncepción, Gesta, DM2, HTAS; así como las variables ultrasonográficas como la longitud, diámetro, lito único y tamaño de lito mayor no presentaron diferencias estadísticamente significativas (Gráficas 3 y 4).

Con respecto al sexo encontramos una asociación entre sexo masculino y la Colectistectomía de urgencia, pero no hubo significancia estadística. Cuando se analizó la presencia de comorbilidad, es decir (DM+HTAS) encontramos una modesta asociación a colectistectomía de urgencia, pero sin significancia estadística. El tabaquismo presentó una asociación estadísticamente significativa a la Colectistectomía de Urgencias R.M. = 6.8, IC 95% y p 0.01. El alcoholismo se encontró una asociación significativa a Cirugía de Urgencia R.M. = 6.3, IC 95%, p 0.01. El grosor de la pared $\leq 4\text{mm}$ estuvo asociada significativamente a la Colectistectomía urgente R.M. = 4.1, IC 95%, p 0.05. Tiempo de síntomas ≤ 3 meses estuvo asociado a Colectistectomía de Urgencia R.M. = 6.4, IC 95%, p 0.01, y el tiempo de diagnóstico ≤ 3 meses también se asoció significativamente a la intervención urgente R. M. = 11.27, IC 95%, p 0.01 (Tablas 3 al 8) y (Gráficas 5 y 6).

TABLA 1. Distribución de los grupos por sexo y edad.

EDAD EN AÑOS	PROBLEMA		CONTROL		TOTAL	PORCENTAJE
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino		
< 27	0	0	1	3	4	6.46%
28-37	0	4	0	7	11	17.75%
38-47	1	7	3	9	20	32.26%
48-57	1	4	1	11	17	27.41%
58-67	1	0	0	4	5	8.06
> 68	2	0	0	3	5	8.06
TOTAL	5	15	5	37	62	100%

GRÁFICA 1. Distribución por sexo en grupo control.

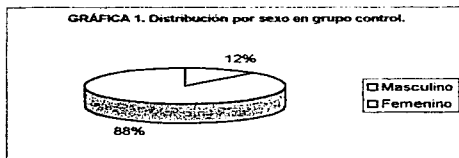


GRÁFICO 2. Distribución por sexo en el grupo Problema.

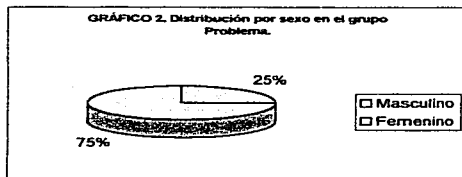


TABLA 2. Promedios de las principales variables numéricas.

VARIABLES	CONTROLES		PROBLEMA	
	F	M	F	M
EDAD	46.67	38.8	42	59
IMC	26.5	24.59	26.47	25.35
TIEMPO DE SINTOMAS	38.72	11.2	19.34	7.23
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	31.24	8.4	16.99	4.5
INGRESOS PREVIOS	1.43	1.2	1.13	1.2
PARO VESICULAR	3.7	4.6	5.1	4.8
NÚMERO DE LTIOS	4	5	4	8

*IMC: Índice de Masa Corporal.

TABLA 3. Distribución de los grupos por sexo, edad y comorbilidad de DM + HTAS

EDAD EN AÑOS	PROBLEMA				CONTROL			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	si	no	si	no	si	no	si	no
< 27	0	0	0	0	0	1	0	3
28-37	0	0	0	4	0	0	0	7
38-47	0	1	0	7	0	3	0	9
48-57	0	1	1	3	0	1	2	9
58-67	0	1	0	0	0	0	0	4
≥ 68	1	1	0	0	0	0	0	3
TOTAL	1	4	1	14	0	5	2	35

(DM + HTAS) es la comorbilidad de Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial en un mismo paciente.

(si) - es la presencia de dicho binomio.

(no) - es la ausencia de dicho binomio.

TABLA 4. Distribución de los grupos por sexo, edad y tabaquismo.

EDAD EN AÑOS	PROBLEMA				CONTROL			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	si	no	si	no	si	no	si	no
< 27	0	0	0	0	0	1	2	1
28-37	0	0	2	2	0	0	0	7
38-47	1	0	5	2	1	2	0	9
48-57	1	0	2	2	0	1	4	7
58-67	0	1	0	0	0	0	0	4
> 68	2	0	0	0	0	0	2	1
TOTAL	4	1	9	6	1	4	8	29

(si) es tabaquismo positivo.

(no) es tabaquismo negativo.

TABLA 5. Distribución de los grupos por sexo, edad y alcoholismo

EDAD EN AÑOS	PROBLEMA				CONTROL			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	si	no	si	no	si	no	si	no
< 27	0	0	0	0	0	1	1	2
28-37	0	0	3	1	0	0	0	7
38-47	1	0	4	3	1	2	1	8
48-57	1	0	0	4	1	0	3	8
58-67	1	0	0	0	0	0	0	4
> 68	2	0	0	0	0	0	1	2
TOTAL	5	0	7	8	2	3	6	31

(si) es alcoholismo positivo.

(no) es alcoholismo negativo.

TABLA 6. Distribución de grupos por sexo, edad y pared vesicular mayor a 4mm

EDAD EN AÑOS	PROBLEMA				CONTROL			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
< 27	0	0	0	0	0	1	1	2
28-37	0	0	3	1	0	0	0	7
38-47	1	0	4	3	2	1	4	5
48-57	1	0	3	1	1	0	3	8
58-67	0	1	0	0	0	0	1	3
≥ 68	1	1	0	0	0	0	1	2
TOTAL	3	2	10	5	3	2	10	27

(sí) - tienen pared mayor a 4mm.

(no) - tienen pared menor o igual a 4mm.

TABLA 7. Distribución de grupos por sexo, edad y Tiempo de síntomas menor a 3 meses.

EDAD EN AÑOS	PROBLEMA				CONTROL			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
< 27	0	0	0	0	0	1	1	2
28-37	0	0	2	2	0	0	1	6
38-47	0	0	4	3	2	1	1	8
48-57	1	1	4	0	0	1	3	8
58-67	0	1	0	0	0	0	0	4
≥ 68	1	1	0	0	0	0	0	3
TOTAL	2	3	10	5	2	3	6	31

(sí) - tienen tiempo de inicio de los síntomas mayor o igual a 3 meses.

(no) - tienen tiempo de inicio de los síntomas mayor o igual a 4 meses.

TABLA 8. Distribución de grupos por sexo, edad y Tiempo de diagnóstico menor a 3 meses.

EDAD EN AÑOS	PROBLEMA				CONTROL			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	si	no	si	no	si	no	si	no
< 27	0	0	0	0	0	1	1	2
28-37	0	0	3	1	0	0	3	4
38-47	0	1	5	2	2	1	1	8
48-57	1	0	4	0	0	1	4	7
58-67	1	0	0	0	0	0	0	4
≥ 68	2	0	0	0	0	0	0	3
TOTAL	4	1	12	3	2	3	9	28

(si) tienen tiempo de diagnóstico menor o igual a 3 meses.
 (no) tienen tiempo de diagnóstico mayor o igual a 4 meses.

TABLA 9. Variables asociadas a colecistectomía de urgencia.

VARIABLES	PROBLEMA (n=20)	CONTROL (n=42)	RM	I. C. 95%	VALOR DE p
SEXO M	5	5	2.42		0.75
COMORBILIDAD DE ITPAS = 12642	2	2	1.7	0.15-19.19	0.49
TABAQUISMO	13	9	6.8	1.58-7.20	0.01
ALCOHOLISMO	12	8	6.3	1.7-25	0.01
PAKED >4mm	13	13	4.1	1.18-15.07	0.05
TIEMPO DE SINTOMAS < 3 MESES	12	8	6.4	1.7-25.9	0.01
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO < 3 MESES	16	11	11.27	2.69-51.53	0.01

GRÁFICA 3. Distribución por grupo de las variables que no se asociaron a Colectistomía de Urgencia.

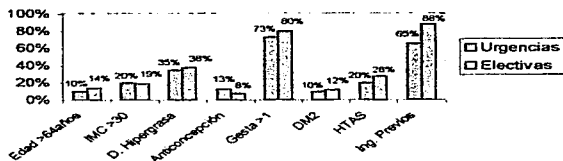
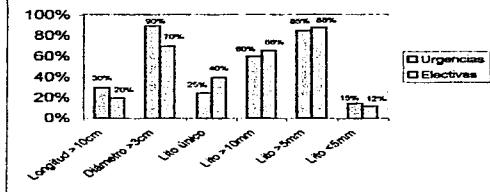
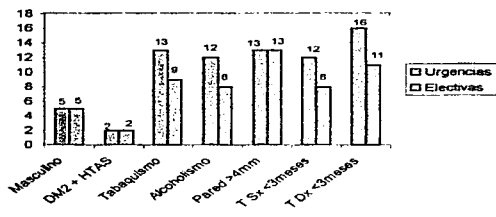


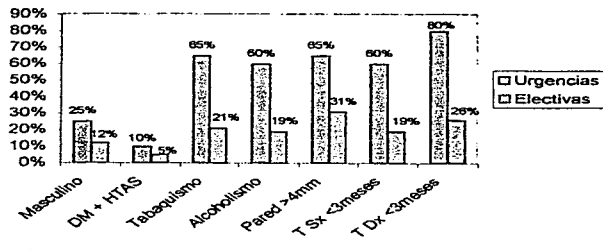
GRÁFICO 4. Frecuencia de variables Ultrasonográficas en cada grupo.



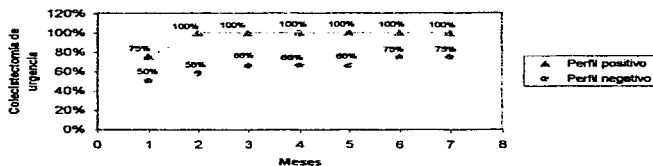
GRÁFICA 5. Variables asociadas a Colectectomía de Urgencia.



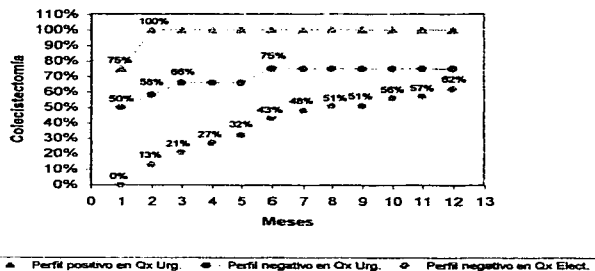
GRÁFICA 6. Frecuencia de las variables asociadas a colectectomía Urgente en cada grupo.



GRÁFICA 7. Evolución en el tiempo de pacientes que presentaron el perfil (Tiempo de diagnóstico <3 meses, Pared vesicular > 4 mm y tabaquismo); contra los que no lo presentaron en el grupo problema.



GRÁFICA 8. Evolución en el tiempo de pacientes que presentaron el perfil (tiempo de diagnóstico <3 meses, Pared vesicular > 4mm y Tabaquismo); contra los que no lo presentaron en ambos grupos.



DISCUSIÓN

En relación al número total de colecistectomías, en nuestro estudio encontramos que el 83.4% fueron mujeres y 16.6% hombres lo cual coincide con lo publicado Gutiérrez R L¹⁵ del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde del total de colecistectomías realizadas en un período de 5 años el 83.7% fueron mujeres y 16.3% fueron hombres. Se encontró que los grupos de edad más afectados fueron de los 28-48 años con 50%, de los 48-67 años con 35% y mayores de 68 años con 8.06%; lo anterior fue similar en el mismo estudio donde se encontró que de los 25-44 años fueron el 45.69%, de los 45-64 años el 32.38% y los mayores de 65 años con 12%.

Los reportes en la literatura de la incidencia de Colecistitis aguda van de 10 a 20%¹, mientras que nosotros encontramos una incidencia confirmada por diagnóstico histopatológico del 33%. Heng Hui L¹⁴ reporta que en relación al diagnóstico de Colecistitis aguda encontró que las mujeres más afectadas se encuentran entre la cuarta y quinta décadas de la vida; lo cual es similar a lo que se encontró en nuestro estudio. Por otra parte este mismo autor menciona que los hombres más afectados están entre la cuarta y quinta décadas de la vida; mientras nosotros encontramos que se encuentran entre la sexta y séptima décadas de la vida.

El 74% de los pacientes operados electivamente (el total del grupo control) tenían antecedente del al menos un internamiento previo por sintomatología biliar aguda; mientras que Cámeron IC⁹ tiene 85% de pacientes operados electivamente luego de un internamiento previo por la misma patología. A este respecto nosotros no investigamos sobre el intervalo de tiempo entre el último internamiento y el momento de la operación.

En el grupo de pacientes operados de Urgencia (el total del grupo problema) el 50% estaba en espera de una colecistectomía electiva; esta cifra en nuestro estudio fue superior a lo reportado por Bizueto R⁸ quien encontró en su estudio que el 35% de los pacientes operados de manera urgente esperaban cirugía programada.

En la literatura^{1,6} se mencionan al sexo femenino, obesidad, embarazos, anticoncepción hormonal, dieta y Diabetes Mellitus como factores de riesgo para la formación de cálculos biliares; pero no encontramos estudios previos que asocien estas variables como predictores de colecistectomía urgente. Tampoco encontramos estudios que hallan estudiado tabaquismo, alcoholismo como factores que pronostiquen una colecistectomía de urgencia.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos afirmar que existen evidencias suficientes para definir un perfil de riesgo que pronostica una colecistectomía de urgencia. Los pacientes con una pared vesicular mayor a 4mm, fumadores y con diagnóstico ultrasonográfico o inicio de sintomatología hace menos de 3 meses; tienen 22 veces más riesgo de ser operados de Urgencia que de manera electiva ($RM = 22$; $IC\ 95\% = 2.3-524.4$; $p < 0.001$. Sensibilidad = 35%; Especificidad = 97%. Valor predictivo positivo = 87%; Valor predictivo negativo = 76%)

BIBLIOGRAFÍA

1. Kallo Anthony N, Kantsevov Sergey V. Gallstones and biliary diseases. *Gastroenterology*. 12 (3). 2001.
2. Ahmed Ajjaz, Cheung Ramsey C, Keeffis Emmet B. Management of Gallstones and their complications. *American Family Physician*. 61 (6): 1673-80. 2000.
3. Singer Adam J, et al. Correlation among clinical, laboratory, and hepatobiliary scanning findings in patients with suspected acute Cholecystitis. *Annals of Emergency Medicine*. 28 (3): 267-72. 1996.
4. Gruber Peter J, et al. Presence of fever and leukocytosis in acute cholecystitis. *Annals of Emergency Medicine*. 28 (3): 273-77. 1996.
5. Kalimi R, et al. Diagnosis of acute cholecystitis: sensitivity of sonography, cholecystintigraphy, and combined sonography-cholescintigraphy. *Journal of American College of Surgeons*. 193 (6): 609-13. 2001.
6. Amendolara M, Perri S, Pasquale E, Biasiato R. Surgical treatment in acute cholecystitis emergencies. *Chirurgia Italiana*. 53 (3): 375-81. 2001.
7. Lo Chung-Mau, et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. *Annals of Surgery*. 223 (1): 38-41. 1996.
8. Bizueto Rosas H, Hernández P, N. Jaime G. G. Morbilidad y mortalidad en la cirugía de urgencia de la colecistitis crónica litiasica agudizada. *Cirujano General*. 70: 82-5. 2002.
9. Cameron IC, et al. Acute cholecistitis--room for improvement?. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 84 (1): 10-3. 2002.
10. Eldar Samuel, et al. The impact of patient delay and physician delay on the outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *The American Journal of Surgery*. 178: 303-7. 1999.
11. García Sancho T.L, et al. Acute emphysematous cholecystitis. Report of twenty cases. *Hepato-Gastroenterology*. 46 (28): 2144-8. 1999.
12. Madan A K, et al. How early laparoscopic treatment of acute cholecystitis?. *American Journal of Surgery*. 183(3): 232-6. 2002.
13. Merriam L T, Kanaan S A, Dawwes I. G, et al. Gangrenous Cholecystitis: Analysis of risk factors and experience with laparoscopic cholecystectomy. *Surgery*. 126 (4): 680-8. 1999.
14. Heng-Hui L, Ching-Shui H. Male gender: Risk Factor for severa Symptomatic Cholelithiasis. *World Journal of Surgery*. 26 (5): 598-601. 2002.
15. Gutierrez R L, Vargas de la R, Peniche Q A, Huerta N L. Colecistectomías realizadas en 5 años en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Cirujano General*. 18 (4): 261-5. 1996.
16. Feldman M, Slesenger M, Scharschmidt B. *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas 6ª Edición*. Litiasis biliar y sus complicaciones. Pgs. 1012-21. Ed. Panamericana.