

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



ANGEL DAVID VALDEZ VARGAS

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Cirugía General
Para obtener el grado de Maestro
Enero 2013



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El Doctor: Angel David Valdez Vargas

Carné Universitario No.: 100016481

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Cirugía General, el trabajo de tesis **"Manejo post operatorio de la colecistostomía en el Hospital Roosevelt"**

Que fue asesorado: Dr. Víctor Hugo Valdez Vásquez

Y revisado por: Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2013.

Guatemala, 16 de abril de 2012

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

//lamo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COORDINACION PROGRAMA DE POST-GRADO
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST-GRADO
DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA
HOSPITAL ROOSEVELT

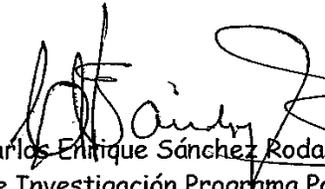
Oficio CPP.EEP/HR 032/2012
Guatemala, Marzo de 2012

Doctor
Luís Alfredo Ruiz Cruz
COORDINADOR GENERAL
Programas de Maestrías y Especialidades
Presente

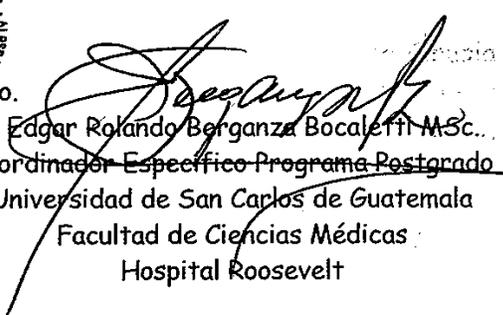
Estimada Doctor Ruiz:

Atentamente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores cotidianas, el motivo de la presente es para informarle que he revisado el trabajo de tesis titulado: "Manejo post Operatorio de la Colectostomía en el Hospital Roosevelt" Realizada por el doctor ANGEL DAVID VALDEZ VARGAS, de la Maestría en Cirugía General, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval por esta coordinación pudiendo continuar con los tramites correspondientes para impresión de tesis y tramite de graduación.

Sin otro particular por el momento me suscribo de usted,


Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.
Docente Investigación Programa Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Roosevelt




Dr. Edgar Rolando Berganza Bocaleffi MSc.
Coordinador Especifico Programa Postgrado
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Roosevelt

c.c. Archivo
CESR-ERBB/lizzy

Guatemala 23 de febrero 2012

Dr. Jorge F. Braham De La Riva
Coordinado Maestría Cirugía General
Hospital Roosevelt

Por este medio le informo que asesoré el informe final de tesis "MANEJO POSTOPERATORIO DE LA COLECISTOSTOMIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT", perteneciente al Dr. Ángel David Valdez Vargas, con carne 100016481; el cual ha sido revisado y APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente



Dr. Víctor Hugo Valdez Vásquez
Cirujano General
Departamento Cirugía

VICTOR HUGO VALDEZ VASQUEZ
COLEGIADO 1431
MEDICO Y CIRUJANO



Oficio CPP.EEP/HR 033/2012
Guatemala, Marzo de 2012

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
COORDINADOR GENERAL
Programas de Maestrías y Especialidades
Presente

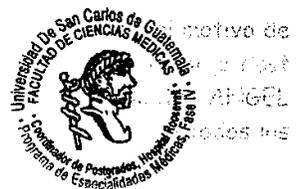
Estimada Doctor Ruiz:

Atentamente me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores cotidianas; el motivo de la presente es para informarle que he sido REVISOR el trabajo de tesis titulado: "Manejo Post Operatorio de la Colectostomía en el Hospital Roosevelt". Realizada por el doctor ANGEL DAVID VALDEZ VARGAS, de la Maestría en Cirugía General, el cual ha cumplido con todos los requerimientos para su aval.

Sin otro particular por el momento me suscribo de usted,

Atentamente,


Dr. Carlos Enrique Sánchez Rodas MSc.
Docente Investigación Programa Postgrado
Hospital Roosevelt
Revisor



c.c. Archivo
CESR-ERBB/lizzy

AGRADECIMIENTOS

A Dios

 Guía de mi camino

A mis Padres

 Víctor Hugo Valdez Vásquez

 María Cristina Vargas Mayorga

 En gratitud por sus sacrificios.

A mis Hermanos

 Erick Rene Valdez López

 Ana Cristina Valdez Vargas

 Hugo Omar Valdez Vargas

 Por su apoyo y colaboración.

A Mi Universidad San Carlos de Guatemala y

Al Hospital Roosevelt

 Por mi formación académica.

ÍNDICE

I. Resumen.....	1
II. Introducción	2
III. Antecedentes	4-15
IV. Objetivos.....	16
V. Material y Métodos.....	17-19
VI. Resultados	20
VII. Discusión y Análisis.....	25
VIII. Bibliografía.....	29
IX. Anexos.....	33

I. RESUMEN

La colecistostomía consiste en la descompresión y el drenaje de la vesícula biliar en situaciones de distensión, hidropesía vesicular o empiema, mediante la colocación de un drenaje con control radiológico o quirúrgico.

El Objetivo del presente trabajo se caracterizo el manejo de la Colecistostomía en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt, enero 2008 a octubre de 2010, siendo su población de estudio 720 pacientes con Colecistitis Aguda quienes fueron intervenidos quirúrgicamente de emergencia, de los cuales 57 casos (7.9%) se realizo Colecistostomía.

Los Pacientes a quienes se les ha realizado colecistostomía por sexo en su mayoría el sexo femenino en un 52%

Los principales criterios quirúrgicos al realizar la colecistostomía son el Hidrops Vesicular (100%), Dificultad Técnica (84%).

Se retiraron 17 sondas de Colecistostomía (85% colecistostogramas permeables) sin complicación. Dos pacientes a quienes se realizo Colecistostograma presentaron litiasis en vesícula biliar y vías biliares se realizo exploración de vías biliares.

Solo una paciente se pudo instilar tetraciclina para esclerosar la mucosa de la vesícula por tener vesícula biliar excluida, en el control radiológico (Colecistectomía química)

II. Introducción

La colecistostomía consiste en la descompresión y el drenaje de la vesícula biliar en situaciones de distensión, hidropesía vesicular o empiema, mediante la colocación de un drenaje con control radiológico o quirúrgico. Con ello se pretende interrumpir el proceso que conduzca a la necrosis isquémica de las paredes vesiculares o a su perforación. En las personas donde la endoscopia y el drenaje transparietohepático hayan fracasado, la colecistostomía puede descomprimir el árbol biliar si hay una obstrucción en el colédoco distal. (1,23) Aproximadamente un 10-15 por ciento, de la población adulta tienen colecistitis aguda, se estima que hay cerca de 1 millón de paciente nuevos anualmente diagnosticados. El predominio es más alto en mujeres, en asociación con embarazos múltiples, obesidad, y pérdida rápida del peso, así como en pacientes más viejos y en ciertos grupos étnicos.

El riesgo de operar a paciente con colecistitis aguda es en ancianos en que la morbilidad y la mortalidad son altas, por lo que se deciden efectuar colecistostomía como tratamiento curativo o se decide diferir la colecistectomía cuando el paciente se encuentre en mejores condiciones generales. (9) Un estudio realizado por A. Membreño en los Hospitales Escuela de I.H.S.S. de Tegucigalpa Honduras en el año 1,988 sobre “Colecistostomía con sonda en Colecistitis Aguda: La alternativa Menospreciada” Se realizó un estudio de investigación retrospectivo, analítico y comparativo en el que se hizo énfasis en la morbilidad (lesiones iatrogénicas) y mortalidad operatorias encontradas tanto en la colecistectomía como en las colecistostomía cuando éstas fueron usadas como operaciones de elección en pacientes con colecistitis aguda, con el objeto de compararlas con el hallazgo en una revisión y análisis exhaustivos de la bibliografía. La conclusión a que llegaron es que donde se efectuó la operación fueron casos difíciles y de muchos riesgos sobre todo en ancianos. (22)

Después de una colecistitis aguda la mayoría de pacientes se encuentran asintomáticos hasta que de nuevo presentan síntomas con consecuencias severas debido a cálculos biliares, como puede ser la pancreatitis biliar.

El manejo de la Colecistitis Aguda requiere un diagnóstico rápido y evaluación integral seguido de tratamiento quirúrgico temprano, abierto o laparoscópico. El manejo diferido de la colecistitis aguda debe ser de excepción por otras condiciones clínicas concomitantes y siempre que la colecistitis no está complicada como empiema, perforación, gangrena, colangitis etc. (1, 6)

Cada paciente se requiere la evaluación integral con manejo médico enérgico inicial seguido del drenaje de la vesícula biliar, la colecistostomía quirúrgica deben tenerse en mente dentro del armamentario terapéutico en situaciones de excepción.

El Departamento de Cirugía se determinará la evolución, seguimiento y manejo de los pacientes tratados con colecistostomía en el Hospital Roosevelt durante el período de Enero de 2,008 a octubre del 2,010. Analizar el manejo de la Colecistostomía en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt. Identificar los criterios para realizar una Colecistostomía. Indicar el tiempo adecuado para retirar el tubo de Colecistostomía.

III. ANTECEDENTES

3.1 DATOS HISTÓRICOS

La historia de la litiasis biliar es muy antigua hasta 1,000 años A. d C. en Egipcios.

Se describe vesículas doble por Plinio en el Imperio Romano

Sorano de Efeso describió la Ictericia, Acolia, Coluria y Prurito en la obstrucción del drenaje biliar

La Litiasis biliar fue descrita por el Griego Alejandro Teolliano.

Jean Louis Petit (1674-1760) describió la capacidad del omento de adherirse a la vesícula biliar y estructuras vecinas vesiculares, también la punción percutánea con aguja. (12)

La primera colecistectomía descrita fue por Kart Langenbuch en Berlín 1882 (Colecistectomía mediante Laparotomía) (1%)

La primera colecistectomía efectuada por video laparoscopia fue en Francia por Dubios en 1988.

La primera colecistostomía abierta fue realizada por Bobbs en 1867, y la primera colecistostomía percutánea dirigida por ecografía se la atribuyen a Elyaderani y Gabrièle en 1979 o Radder en 1980. Cuya mortalidad oscila del 5% al 30% para la colecistostomía abierta con anestesia general. La mortalidad para la colecistostomía percutánea o con mini incisión y con anestesia local oscila de 0 al 36%. (23)

3.2 GENERALIDADES

La vesícula Biliar es un órgano en forma de pera que mide entre 7 a 10 cms de largo y 3 cms. De ancho con capacidad de 30 a 35 cc pero que puede contener más bilis en condiciones anormales. Anatómicamente tiene: fondo, cuerpo y cuello. Del cuello emerge el conducto cístico al Conducto Hepático Común y dar origen al conducto colédoco. En su extremo distal se encuentra rodeado de fibras musculares circulares y longitudinales en el Duodeno, formándose así el Esfínter de Oddi este esfínter trabaja sincrónicamente con el vaciamiento de la vesícula biliar (15).

La pared de la vesícula biliar contiene:

- Mucosa el epitelio es cilíndrico
- Muscular el tejido muscular es liso y fibrolelastico
- Serosa envuelve casi toda la vesícula menos la cara hepática. (18)

El hígado es el órgano productor de la bilis, líquido amarillo oro y verde oscuro de aspecto viscoso. Diariamente se excreta de 800 a 1,200 c. c. En su contenido la mayor

parte es agua luego electrolitos y enzimas digestivas. Al salir del hígado por los canales biliares y toma el rumbo hacia el conducto biliar común almacenándose en la vesícula biliar, y que por estimulación de la hormona *colecistocinina* es enviada al duodeno para la digestión de los alimentos grasos. (15)

La bilis fluye de la vesícula biliar al conducto común y luego al duodeno, pero al aumentar la presión arriba de 35 cms. de agua deja de pasar bilis del hígado a los conductos y a la vesícula biliar esto dura de 5 a 30 minutos

La irrigación de la vesícula biliar se hace por la arteria cística rama de la arteria hepática derecha, además de pequeños vasos arteriales directamente del hígado. El drenaje venoso de retorno se hace por medio del sistema portal, a través de la vena cística

Las Redes linfáticas van a la región coledociana y siguen a la cabeza del páncreas

3.3 COLECISTITIS AGUDA

La colecistitis Aguda ocurre con mas en el sexo femenino a razón de 3:1 sobre el masculino para la edad menor o igual a 50 años, y cuando supera esta edad sigue siendo el femenino pero a razón de 1.5: 1

La inflamación de la vesícula biliar puede ser bacteriana y/o química debido a la presencia de cálculos en su interior que es el 95% y la Alitiasica 5%, y la mortalidad es debido a complicaciones sépticas de la colecistitis aguda.

La causa de la Colecistitis Aguda es por la obstrucción del conducto cístico por uno o varios cálculos o por la erosión local de la mucosa por cálculo con la consecuente inflamación y el paso de bacterias hacia la pared vesicular con distensión y edema secundario que alcanza la subserosa, que va ocasionar obstrucción de los vasos linfáticos y por la compresión que se produce da edema y compresión del retorno venoso y esto también dificulta la irrigación arterial con el desarrollo de áreas de isquemia de la pared vesicular, que al perforarse dará como consecuencia peritonitis biliar la cual es grave y fatal.

En patología se apreciará una pared de la vesícula engrosada y edematosa, en las primera 24 horas se encontraran neutrófilos, si se tiene infección por acumulación purulenta se llama **empiema vesicular**, que puede ser el punto inicial de de una sépsis grave. Si esta acumulación es mayor pero localizado al espesor de la vesícula es el **Absceso vesicular**. Y cuando pasa la pared de la vesícula al parénquima hepático se conoce como **Absceso Hepático**. Y cuando no se tiene irrigación se necrosará la

vesícula biliar y se le llamará **Gangrena Vesicular**. Al tener gas alrededor de la vesícula es la **vesícula enfisematosa**. (2, 4)

3.4 SINTOMAS Y SIGNOS DE LA COLECISTITIS AGUDA

Son pocos los pacientes que no dan el cuadro clínico esperado (20-40%)

3.4.1 DOLOR ABDOMINAL tipo cólico persistente y localizado en el cuadrante superior derecho del abdomen que se propaga o irradia a la escápula derecha y en ocasiones al hipocondrio izquierdo, la duración puede ser de pocas horas a varios días. Los pacientes de mayor edad o ancianos pueden ser no típico o estar ausente o en estados especiales o en enfermedades asociadas como en la diabetes, pacientes embarazadas, los inmunosuprimidos y en niños NAUSEA Y VOMITOS en mas de la mitad de los casos ocurre como consecuencia de aumento de la presión intraluminal gastrointestinal (60-70%)

3.4.2 FIEBRE se da en la mayoría de los casos pero no en grados alarmantes oscila entre 37,5 a 38 grados que se acompaña con discreta taquicardia.

3.4.3 ICTERICIA es poco común se debe al edema que ocasiona la vesícula sobre el conducto común, y puede asociarse a colédocolitiasis.

3.4.4 VESICULA PALPABLE es posible palpar al examen en el cuadrante superior derecho abdominal una masa redondeada, de límites precisos, de superficie lisa, dolorosa, que con los movimientos respiratorios se moviliza, que ocasiona también dolor solamente al respirar con RESISTENCIA MUSCULAR a la movilidad de los músculos respiratorios.

3.4.5 SIGNO DE MURPHY POSITIVO (Tope Inspiratorio) Consiste en la interrupción de la inspiración profunda durante la palpación profunda cuando se examina el cuadrante superior derecho en su hipocondrio. Este signo no se da en todos los casos para hacer más simple su diagnóstico clínico.

3.4.6 LABORATORIO

Hematología se espera leucocitosis arriba de 80% y aumento en la velocidad de sedimentación arriba de 20 mm a la hora Pruebas hepáticas aumento de las bilirrubinas sobre toda la directa.

Amilasa Sérica puede estar aumentada en un tercera parte de los casos.

3.4.7 RADIOLOGÍA

Ultrasonido abdominal es el examen en la actualidad ideal para diagnosticar la colelitiasis ya que vemos la imagen de la vesícula biliar con sus ondas sonoras de los litos tamaño

forma y cantidad viéndose como un abanico después que la onda sonora no puede pasar por la presencia del o los cálculos, además nos da información de órganos y tejidos vecinos inflamados, calibre de las vías biliares intra y extrahepáticas y otros órganos como páncreas, bazo, riñones, además e la presencia de líquido en la cavidad abdominal o alrededor de la vesícula biliar.(16)

Diagnóstico Diferencial: Apendicitis Aguda, Ulcera Duodenal complicada ya sea perforada o penetrada, Ulcera Gástrica complicada, Pancreatitis Aguda, Neuropatía basal derecha, pielonefritis aguda, crisis de Porfiria aguda.

3.4.8 EVOLUCIÓN DE LA COLECISTITIS AGUDA

En su evolución la colecistitis Aguda se puede complicar, perforándose o necrosándose (gangrena) debido a la falta de irrigación arterial de su pared dando origen a la PERITONITIS BILIAR AGUDA.

3.4.9 ABSCESO VESICULAR es la colección de material purulento en el espesor de la pared vesicular.

3.4.10 ABSCESO PERIVESICULAR el material purulento que se encuentra localizado entre la vesícula biliar y los órganos adyacentes (hígado, omento mayor, duodeno colon, etc.) cuya mortalidad es arriba del 15%.

3.4.11 EMPIEMA VESICULAR es la colección de material purulento dentro del lumen de la vesícula biliar.

3.4.12 ABSCESO HEPÁTICO ya el material purulento se encuentra dentro del parénquima hepático, que puede ser único o múltiple cercano a la vesícula biliar

3.4.13 VESÍCULA ENFISEMATOSA: es la complicación que se ve en los pacientes diabéticos que se tiene gas en la pared de la vesícula a gérmenes Gram. Negativos productores de gas.

3.4.14 FISTULAS BILIODIGESTIVAS es el trayecto que efectúa la vesícula biliar infectada continuamente hacia la luz de sistema gastrointestinal uniéndose la mucosa de la vesícula con la del duodeno que es lo mas frecuente, o bien el estómago o el colon y cuando pasan los cálculos al tracto gastrointestinal se producirá una obstrucción que se le llama ILEO BILIAR. (25)

3.4.15 FISTULAS BILIOBILIARES (Síndrome de Mirizzi) es la comunicación que ocurre entre la vesícula biliar y las vías biliares, que pueden dar origen además de colangitis obstrucción del conducto común y o Hepáticos.

3.5 TRATAMIENTO

3.5.1 TRATAMIENTO MEDICO INICIAL

Para comprobar el diagnóstico de Colecistitis Aguda se indica:

- Ordenar el ingreso al Hospital.
- Solicitar laboratorios como hematología gasometría Electrolitos, bilirrubinas, amilasa sérica transaminasa, fosfatasa alcalina examen de orina hemocultivo.
- Solicitar Radiología como ultrasonido abdominal rayos X de tórax y abdomen.
- Gamma grafía hepática si es posible.
- Electrocardiograma.
- Indicar dieta Nada por boca.
- Colocar sonda naso gástrico con drenaje a declive, para evitar el estímulo de la colecistocinina.
- Aliviar el dolor con analgésico potente de fibra lisa
- Soluciones endovenosas iniciar con sueros salinos

El antibiótico o los antibióticos pueden iniciarse en el momento de confirmar el diagnóstico ya que se disminuyen de esta manera las complicaciones que se pueden sobrevenir (colangitis ascendente, empiema y abscesos) y las infecciones posquirúrgicas. La elección del antibiótico depende la bacteria que ocasione la gravedad del cuadro clínico, y las características que tenga el paciente. Cuando el cuadro clínico no es grave, el paciente se encuentra estable, no es anciano, ni diabético, ni tiene otra enfermedad de riesgo o concomitante se decidirá por darle el que sea sensible para los más comunes y frecuente reportados en esta entidad E. Coli, Klebsiella pneumonie, Enterobacter y Enterococcus spp.

A continuación se mencionan antibióticos:

Cefalosporinas de tercera generación Cefotaxima de 1 a 2 gramos cada 8 horas vía endovenosa disueltas en suero (100 cc. de suero salino pasarla en 60 minutos)
Ceftriaxona puede ser por vía endovenosa o intramuscular en dosis única diarias de 1 a 2 gramos.

Estas son sensibles contra gram-positivos y gram-negativos (Klebsiella, E. Coli, Enterobacter) pero poco sensibles frente a Enterococcus faecalis, y anaerobios.

Amoxicilina/Acido clavulánico. 1 0 2 gramos endovenoso cada 8 horas

Piperacilina 4 a 9 gramos endovenosa, asociada a Tazobactán 0.5 gramos endovenoso.

La hipersensibilidad a Lactamicos, se pueden cambiar a Quinolonas como el Ciprofloxacino 200mg a 400mg cada 12 horas endovenoso o vía oral.

Ofloxacino 200 a 400 miligramos cada 12 horas endovenoso o vía oral

3.5.2 TRATAMIENTO QUIRURGICO

La colecistectomía de Urgencia se realiza cuando el estado y las condiciones generales del paciente lo permita y cuando el paciente esta evolucionando con complicaciones o se le han agregado: Peritonitis biliar, empiema de la vesícula, Estado tóxico del paciente, Incremento del dolor, Fiebre por arriba de 39°C. Leucocitosis arriba de 18,000, Aumento de la masa abdominal (vesicular), Tensión arterial disminuida abajo de 90 m m. de Hg., Obstrucción Intestinal. (6, 23)

También en el ultrasonido se encuentra líquido peri vesicular, gas en la pared de la vesícula, edema marcado en la pared de la vesícula biliar o líquido libre en la cavidad abdominal.

El periodo de tiempo que se da tratamiento médico al paciente y se observa y vigila su evolución no mayor de tres días, que es cuando las condiciones del paciente ya han mejorado el diagnóstico clínico se ha efectuado satisfactoriamente, esto mejorará el hallazgo transoperatorio con menos edema

El resultado de la operación es bueno y la estancia hospitalaria menor, disminuyendo el costo hospitalario.

3.5.2.1 COLECISTECTOMÍA DIFERIDA (6 a 8 semanas)

Cuando el paciente asiste al hospital En la historia refiere más de tres días de la evolución de lo agudo del problema, se pospone el acto quirúrgico pero seguirá con el tratamiento médico indicado en los párrafos anteriores, Porque si se le opera en estos momentos el hallazgo de mucho edema de la región dificulta la técnica quirúrgica y en ocasiones se tendrán lesiones de vías biliares reconocidas o inadvertidas, a este período de tiempo se le conoció como el período de la colecistitis sub aguda por el hallazgo descrito. El paciente egresará y se le cita en 6 semanas para la colecistectomía pero se le indica y recomienda que al tener síntomas de nuevo reconsulte inmediatamente sin llegar al tiempo de seis semanas para la realización de la operación planificada

3.5.2.2 VARIEDAD DE COLECISTECTOMIA

3.5.2.2.1 Colecistectomía abierta

Es la tradicional colecistectomía efectuada en estos casos agudos a la cual se le agregan algunas modificaciones o pasos necesarios a la técnica.

Punción Vesicular y aspiración del contenido biliar con el fin de reducir su presión y tomar muestra de la bilis para cultivos y efectuar antibiograma, se puede efectuar colecistografía en sala de operaciones para ver pintadas las vías biliares a los rayos X facilitando la disección de la región y estar seguro que no se tendrán litiasis residual esto se efectuará si las condiciones del paciente lo permite, comprobándose con los datos que de el anestesiólogo e informe al cirujano para proseguir lo planificado. Se le coloca un dren en lecho vesicular durante pocos días disminuyendo el riesgo de complicaciones infecciosas localizadas del área disecada. Los antibióticos se indican de 3 a 7 días según la sensibilidad del antibiograma. Con este procedimiento se resuelve completamente la enfermedad. Pero hay diferencia de resultados en someter a cirugía a personas abajo o arriba de los 50 años por las complicaciones que pueden sobrevenir. Así como operar una colecistectomía planificada y electivamente que una de urgencia; la mayoría de complicaciones reportadas son las cardiopulmonares o en casos donde se exploran las vías biliares o hay infección de la herida operatoria.

3.5.2.2.2. Colecistectomía Laparoscópica

Es bajo visión de video y se inicia con la punción de la vesícula biliar, para tomar muestras de la bilis, la disección siempre es anterógrada, que cuando se dificulta en el triangulo de Calot la disección, es donde se decide convertirse a cirugía abierta, sobre todo si hay dilatación de las vías biliares, si se tienen cálculos enclavados en el cístico y el cirujano con experiencia puede extraer el cálculo enclavado o impactado en el cuello o conducto cístico vesicular, pero también pueden tener un lito en el colédoco que pocos días después coledoscopia retrógrada con esfínter otomía.

Esta cirugía en colecistectomía de urgencia efectuada por cirujanos expertos se tiene menos casos de conversión que va del 5 a 10%, la morbilidad es del 10% como infección intra abdominal, pancreatitis, hemorragia o atelectasia pulmonar y la mortalidad **no** es estadísticamente reportable y está entre 0.01 y 0.2%. El tiempo operatorio va de 90 a 150 minutos disminuyéndose la estancia hospitalaria así como costo de gastos y el retorno a la vida cotidiana y laboral.

Las contraindicaciones que se mencionan para efectuarla son colangitis aguda, peritonitis generalizada, sépsis abdominal, diátesis hemorrágica y embarazo.

3.6 COLECISTOSTOMIA

La primera colecistostomía abierta fue realizada por Bobbs en 1867, y la primera colecistostomía percutánea dirigida por ecografía se la atribuyen a Elyaderani y Gabrièle en 1979 o Radder en 1980. Cuya mortalidad oscila del 5% al 30% para la colecistostomía abierta con anestesia general. La mortalidad para la colecistostomía percutánea o con mini incisión y con anestesia local oscila de 0 al 36%.

La colecistostomía consiste en la descompresión y el drenaje de la vesícula biliar en situaciones de distensión, hidropesía vesicular o empiema, mediante la colocación de un drenaje con control radiológico o quirúrgico. Con ello se pretende interrumpir el proceso que conduzca a la necrosis isquémica de las paredes vesiculares o a su perforación. En las personas donde la endoscopia y el drenaje trans parieto hepático hayan fracasado, la colecistostomía puede descomprimir el árbol biliar si hay una obstrucción en el colédoco distal.

La colecistostomía está justificada en dos situaciones concretas:

- 1- Cuando en el curso de la colecistectomía, la disección de la vesícula biliar es difícil y es alto el riesgo de lesionar las vías biliares.
- 2- En pacientes de la tercera edad o muy ancianos, hemodinámicamente inestables o con un riesgo quirúrgico muy alto (ASA 3 o ASA 4)

3.6.1 CRITERIOS DE RIESGOS PREOPERATORIOS MODIFICADOS

Estos riesgos preoperatorios de la Sociedad Americana de Anestesiología son pocas las modificaciones que le efectuó el Dr. Tomoaki Higashizawa a las cinco clasificaciones reconocidos mundialmente en los grados 1 y 2 y no son sustancialmente de base o de fondo. (10)

La clasificación de riesgo quirúrgico han sido de 5 aquí se proponen agregar dos ya existentes, variedad en la clase 1 y clase 2 así:

Grado	Clasificación	Grado	Clasificación Revisada			
1	Clase 1	1a	Paciente sano normal			
		1b	Paciente con mínima enfermedad sistémica Paciente sano normal, riesgo(s) operatorio anestésico.			
2	Clase 2	2 ^a	Paciente con enfermedad moderada sistémica Paciente con enfermedad intermedia sistémica con riesgos(s) operatorios o anestésicos			
		2b	Paciente con enfermedad sistémica de moderado a severo que no limita su actividad. Paciente con enfermedad intermedia sistémica con riesgos operatorios y anestésicos. Pacientes con enfermedad moderada sistémica con riesgos operatorios o anestésicos.			
3.	Clase 3	3	Paciente con enfermedad sistémica severa que limita la actividad pero no es Incapacitante. Paciente con enfermedad sistémica moderada que no limita la actividad con riesgo(s) operatorios y anestésicos- Paciente con enfermedad sistémica de moderada a severa que no limita la actividad con riesgos operatorios y anestésicos			
			4-	Clase 4	4	Paciente con una enfermedad sistémica incapacitante que esta en constante tratamiento para vivir. Paciente con enfermedad sistémica severa que limita su actividad, incapacitado.
						5.

Si es evaluado en la emergencia hay que agregar la letra E

Tomoaki Higashizawa, M.D., Ph. D. Modified ASA Physical Status (7 Grades) May be More Practical in recent Use For preoperative Risk Assessment The Internet Journal of Anaesthesiology 2007 Volume 15 Number 1. (10)

3.6.2 COLECISTOSTOMIA ABIERTA

En sala de operaciones con anestesia local o general superficial, se realiza en pacientes muy graves y de alto riesgo en sépsis y en mal estado general, la incisión se efectúa en la región subcostal derecha, para entrar directamente al sitio donde se encuentra la vesícula biliar, el trayecto puede ser sobre el recto del abdomen o sobre el oblicuo externo.

3.6.3 INDICACIONES

La operación está indicada para pacientes de la tercera edad, ancianos deteriorados con riesgos quirúrgicos altos, pero es la operación que le salve la vida y es la única esperanza que tiene y el último procedimiento riesgoso que le queda con enfermedades asociadas, hepáticas, cardíacas pero que debe intentarse.

3.6.4 TECNICA DE COLECISTOSTOMÍA.

Con anestesia local o general superflua. La incisión se efectúa subcostal derecha, oblicua, transversa o longitudinal, puede ser a través del recto abdominal con incisión de su vaina o sobre el oblicuo externo con incisión de su fascia, al incidir el peritoneo se encontrará la vesícula biliar que puede tener el omento cubriéndola, cuidadosamente se separan y se limpia el fondo de la vesícula, se punciona con trocar de vías biliares para disminuir su tensión y se toma el líquido de lo drenado para cultivos, al retirar el trocar cuidadosamente con aspiración continua para tratar que no caiga parte de material sobre el campo operatorio. Se toma la pared de la vesícula en el fondo donde fue drenado la bilis y su contenido generosamente con pinzas de Babcock para poder efectuar la incisión e ir preparando el tejido por donde se colocará la sonda de drenaje, se palpa la vesícula si tienen cálculos se extraerán con pinzas de anillos o de vías biliares, se lava el interior de la vesícula y luego digitalmente dentro de la vesícula se puede tocar el cuello y palpar la entrada a colédoco sitio donde generalmente se encuentra impactado cálculo el cual se puede extraer traccionándolo con pinzas hacia el fondo de la vesícula o comprimiendo por fuera de la vesícula del cuello al fondo, después de extraído el cálculo puede seguirse palpando digitalmente el cuello y darse una idea de cómo se encuentra la vía biliar o colédoco, con presencia o no de cálculos en su interior para decidir agregar otro procedimiento posteriormente. Se sigue lavando el interior de la vesícula biliar a satisfacción de estar limpia se coloca la sonda de Malecot, Pezzer o Foley que es la más usada últimamente y la cual será la que se extraerá al exterior, se colocan puntos de material absorbible 3-0 alrededor en el tejido de la vesícula en bolsa de tabaco donde se efectuó la colecistotomía para fijarlo y dejar hermético este sitio y evitar la salida a través de sus paredes en contacto con el tubo, puede agregarse otro drenaje (pen-rose) a

criterio del cirujano bajo el hígado y a la par de la vesícula el cual se extraerá en dos a tres días según su evolución. Se colocan puntos de material absorbible 3-0 de la pared de la vesícula biliar al peritoneo parietal por donde sale el tubo de colecistostomía. Se cierra la pared en forma habitual. Se fija el tubo de colecistostomía a la piel de la pared abdominal con material no absorbible (Nylon o seda), se coloca apósito estéril alrededor del tubo y un frasco o bolsa para drenaje a declive para medir el volumen del material que drene, También se le coloca un apósito al drenaje (pen-rose) el cual se le cambiará cada día y este sirve de seguridad para drenar liquido o material inflamatorio peri vesicular u otro.

3.6.5 COLECISTOSTOMÍA PERCUTANEA.

Este procedimiento se puede hacer en sala de Rayos X. localizando la vesícula por ultrasonido se punciona percutaneamente con una aguja de #11 a 14 pasando a través del parénquima hepático utilizándola como guía, algunos prefieren no pasar el parénquima por riesgo a la hemorragia de alguno vaso del hígado, se introduce un catéter # del 8 a 10 French, se aspira la bilis retenida, se lava la vesícula con suero salino varias veces (hasta 20) se fija el catéter a piel con material inabsorbible se mantiene por 2 a 3 semanas, en este periodo de tiempo se forma una trayecto o canal entre la vesícula y la piel, Tiempo después (10 días) se puede efectuar colecistografía, para demostrar que si las vías biliares están libres se retira el catéter, pero si tiene litiasis pueden extraerse por medio de colangiografía retrógrada endoscópica con papilotomía o bien por cirugía; estos procedimientos se realizan siempre que el paciente esté en mejores condiciones, y que se considere entre 6 a 8 semanas y a esto se le llama colecistectomía electiva o planificada. En ocasiones cuando en la colangiografía no se tiene cálculos (acalculosa) puede retirarse el tubo de colecistostomía sin realizar la colecistectomía. Este procedimiento percutáneo no tiene mortalidad reportado en manos experimentadas, pero si tiene morbilidad y mortalidad por enfermedades asociadas reportan complicaciones reflejos vaso-vagáles, bradicardia.

3.6.6 COLECISTECTOMIA QUIMICA (usando Tetraciclina)

El colecistostograma sin litos y excluida de las vías biliares se visualiza su contorno y el balón de la sonda de Foley pero no se conoce cuánto mide su contenido, el cual se extrae con una jeringa para medir el volumen, ya con el paciente en decúbito dorsal se rellena de nuevo la vesícula biliar con solución estéril para medir objetivamente el volumen de

líquido, el cual de nuevo se extrae se mide y se le agrega Tetraciclina en polvo para efectuar una suspensión de uno a dos gramos según la capacidad que tenga la vesícula a llenar por medio de goteo a declive o con la jeringa se llena la vesícula pero sin darle presión luego se obstruye la salida de la sonda por medio de una pinza durante quince a veinte minutos para que la Tetraciclina realice el objetivo deseado en la mucosa de la vesícula biliar, se retira el pinzamiento del tubo de colecistostomía se desinfla el balón que sostiene la sonda de colecistostomía en el interior de la vesícula se le dice al paciente que sostenga la respiración por un momento para retirarle el tubo de colecistostomía. Se coloca apósito.

Se recomienda al paciente que evalúe y cambie el apósito que manchará en los siguiente dos o tres días y se le ordena que regrese a su cita para evaluación al tercer día.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el manejo de la Colecistostomía en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 4.2.1** Identificar los criterios para realizar una Colecistostomía
- 4.2.2** Comprobar por medio de Colecistostograma la ausencia de litiasis Vesicular y la permeabilidad de la Vía biliar.
- 4.2.3** Indicar el tiempo adecuado para retirar el tubo de Colecistostomía

V. MATERIAL Y METODOS

5.1 Tipo de Estudio

Descriptivo, Longitudinal ya que se tomaron datos de historias clínicas de pacientes adultos a quienes se les efectuaron Colecistostomía en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt enero 2008 a octubre 2010.

5.2 Población

Pacientes con Colecistitis Aguda quienes fueron intervenidos quirúrgicamente de **emergencia** (720 casos =100%).

5.3 Sujetos de Estudio

Pacientes a quienes se les realizo Colecistostomía.

5.4 Cálculo de la Muestra

Se tomó a todos los casos diagnosticados con Colecistitis Aguda tratados con Colecistostomía y que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo de estudio. (57 casos = 7.9%)

5.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

5.5.1 Inclusión

- a) Edad: Mayores de 12 años
- b) Enfermedades Concomitantes: Pacientes con enfermedades crónicas de base a quienes se les realiza Colecistostomía (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial)

5.5.2 Exclusión

- a) Pacientes tratados quirúrgicamente en otro hospital con colecistostomía.
- b) Colecistectomías electivas

5.6 Cuadro de Operacionalización de Variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de medida
Sexo	Sexo del paciente de la investigación	Masculino o Femenino	Cualitativa	Nominal	Masculino o Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Dato referido por años cumplidos al momento de la cirugía	Cuantitativa	Numérica	Años
Colecistitis Aguda	Colecistitis Aguda es una inflamación de la pared de la vesícula biliar. Produce dolor con signo Murphy positivo.	Diagnostico clínico de ingreso del paciente, referidos en el record operatorio.	Cualitativa	Nominal	Criterio
Colecistostomía	Descompresión y el drenaje de la vesícula biliar en situaciones de hidrops Vesicular, tejido friable, empiema, dificultad para identificar el conducto cístico, perforación.	Hallazgos trans-operatorios referidos en el record operatorio. Pacientes operados de emergencia.		Intervalo	Criterio
Colecistostograma	Estudio diagnostico para evaluar Permeabilidad de la vía biliar.	Diagnostico radiográfico que evalúa permeabilidad de la vía biliar.	Cuantitativa	Numérica	Criterio
Antibióticos	Compuesto químico utilizado para eliminar o inhibir el crecimiento de organismos infecciosos (como profiláctico y/o tratamiento)	Datos obtenidos del registro médico.	Cualitativa	Nominal	Sí /No
Tiempo de retiro de la sonda de Colecistostomia	Tiempo transcurrido desde el procedimiento quirúrgico hasta el retiro del drenaje. Realizando estudio radiológico previo "colecistostograma"	Datos obtenidos del registro médico.	Cuantitativa	Numérica	Días

5.7 Proceso de Selección de la Muestra

El presente trabajo es el manejo postoperatorio de la colecistostomía en el Hospital Roosevelt. Se tomaron datos de historias clínicas de pacientes adultos a quienes se les efectuó Colecistostomía en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt enero 2008 a octubre 2010. En donde se determinará la evolución, seguimiento y manejo de la sonda de colecistostomía. Se llenó una ficha de recolección de datos tomando en cuenta registro del paciente para corroborar información del expediente clínico escribiendo sexo, edad, fecha de operación, los hallazgos transoperatorios, tiempo en días transcurrido después de la cirugía hasta retiro del tubo de colecistostomía, siempre tomando en cuenta criterios de laboratorio y en aquellos casos en que se realice estudios radiológicos como Colecistostograma directo. Tomando en cuenta pacientes mayores de 12 años de edad a quienes se les realiza Colecistostomía con enfermedades crónicas de base. (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial)

5.8 Instrumento y plan de análisis estadístico

Se utilizó una boleta de recolección de datos, tomando registros médicos de pacientes y se analizaron los datos, de la boleta que incluyen: registro, sexo, edad, fecha de operación, operación realizada, hallazgos transoperatorios, tiempo pos operatorio hasta retirar el tubo de colecistostomía, criterios, hallazgos de colecistostograma directo.

5.9 Aspectos éticos de la Investigación

Se solicitarán autorización para obtener datos de investigación, informando a las autoridades pertinentes del Hospital Roosevelt.

VI. RESULTADOS

El manejo de la Colecistitis Aguda requiere un diagnóstico rápido y evaluación integral seguido de tratamiento quirúrgico temprano, abierto o laparoscópico. El manejo diferido de la colecistitis aguda debe ser de excepción por otras condiciones clínicas concomitantes y siempre que la colecistitis no está complicada como empiema, perforación, gangrena, colangitis etc. (1, 6)

La colecistostomía consiste en la descompresión y el drenaje de la vesícula biliar en situaciones de distensión, hidropesía vesicular o empiema, mediante la colocación de un drenaje con control radiológico o quirúrgico. Con ello se pretende interrumpir el proceso que conduzca a la necrosis isquémica de las paredes vesiculares o a su perforación.

El Departamento de Cirugía se determinó la evolución, seguimiento y manejo de los pacientes tratados con colecistostomía en el Hospital Roosevelt durante el período de Enero de 2,008 a octubre del 2,010. Se caracterizo el manejo de la Colecistostomía en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt. Identifico los criterios para realizar una Colecistostomía y se evaluó el tiempo adecuado para retirar el tubo de Colecistostomía.

Se intervino quirúrgicamente de emergencia por Colecistitis Aguda 720 casos =100%, de los cuales 57 casos = 7.9% se realizo Colecistostomía. La Tasa de Incidencia por Colecistostomía es de 79 por cada 1000 casos de colecistectomías operadas de emergencia.

Los principales criterios quirúrgicos al realizar la colecistostomía son el Hidrops Vesicular (100%), Dificultad Técnica (84%).

Se realizaron 20 colecistostogramas de los cuales el 85% fueron permeables, el 10% se encontraron litiasis residual en vesícula biliar y vías biliares, y un 5% se diagnostico Vesícula Excluida.

Se retiraron 17 sondas de Colecistostomía (85% colecistostogramas permeables) sin complicación. La mediana para el retiro del tubo de colecistostomía es 48 días.

Dos pacientes a quienes se realizo Colecistostograma (10%) presentaron litiasis en vesícula biliar y vías biliares se realizo exploración de vías biliares.

Solo una paciente se pudo instilar tetraciclina para esclerosar la mucosa de la vesícula por tener vesícula biliar excluida, en el control radiológico (Colecistectomía química)

Tabla. 1

MANEJO POSTOPERATORIO DE LA COLECISTOSTOMIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT
ESTUDIO DESCRIPTIVO A REALIZAR EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2008 A OCTUBRE 2010

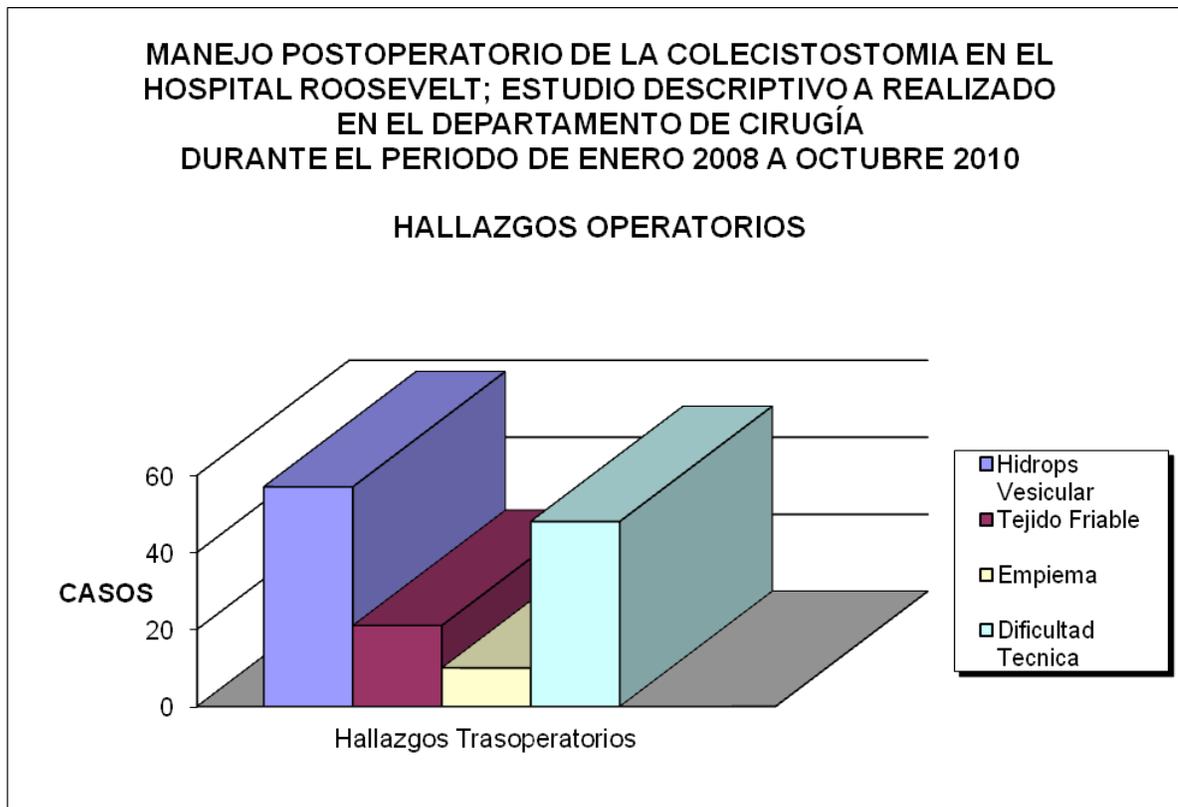
HALLAZGOS OPERATORIOS

Hallazgos Operatorios	Frecuencia	%	Intervalo de confianza
Hidrops Vesicular	57/57	100 (de 57)	98%-100%
Dificultad de Técnica *	48/57	84(de 57)	75%-93%
Tejido Friable	21/57	37(de 57)	25%-49%
Empiema	10/57	17(de 57)	12%-22%
TOTAL DE CASOS	57	100	

Fuente: Expediente clínico del paciente y seguimiento por consulta externa

- **Dificultad de Técnica: Durante el procedimiento quirúrgico, no es posible visualizar la Vía Biliar e infundíbulo, Por lo que no se puede realizar disección y Colectomía.**

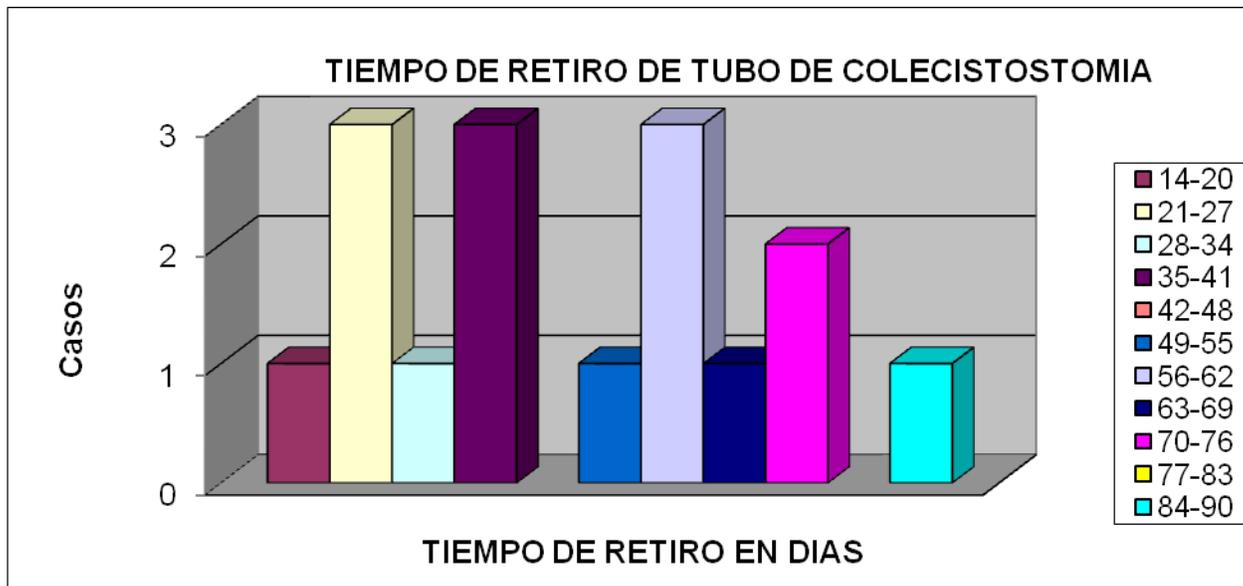
Gráfica No. 1



Fuente: Expediente clínico del paciente y seguimiento por consulta externa

Los principales hallazgos quirúrgicos al realizar la colecistostomía son el Hidrops Vesicular, Dificultad Técnica y la Dificultad para localización del Conducto Cístico.

Gráfica No.2



Fuente: Expediente clínico del paciente y seguimiento por consulta externa

Se han podido retirar tubos de colecistostomía a diecisiete casos. Los Casos Pendientes son por obstáculos en las reconsultas, aunque se le ha dado énfasis en localizar pacientes en estudio. Con una mediana en **48 días**.

Tabla No. 2

**Estudio Diagnóstico “Colecistostograma”
Para evaluar la Permeabilidad de las Vías Biliares**

Colecistostograma	Frecuencia	%	Intervalo de Confianza
Permeable	17	85	70%-100%
Litiasis Residual	2	10	0%-23%
Vesícula Excluida	1	5	0%-14%
Total	20	100	

Fuente: Expediente clínico del paciente y seguimiento por consulta externa

Se realizaron 20 colecistostogramas de los cuales el 85% fueron permeables, el 10% se encontraron litiasis residual en vesícula biliar y vías biliares, y un 5% se diagnosticó Vesícula Excluida.

VII. DISCUSIÓN Y ANALISIS

La colecistostomía consiste en la descompresión y el drenaje de la vesícula biliar en situaciones de distensión, hidropesía vesicular o empiema, mediante la colocación de un drenaje con control radiológico o quirúrgico.

La colecistitis aguda es frecuente en nuestro hospital y el tratamiento quirúrgico a efectuar depende del hallazgo, y la decisión por el cirujano en ese momento y es la colecistostomía que antiguamente se efectuaba y que actualmente se le ha mencionado más y le han atribuido la *alternativa menospreciada* pero que ha salvado vidas sobre todos en pacientes de alto riesgo y de edad mayor o de la tercera edad (22).

El seguimiento y el que hacer con el tubo colocado en la vesícula biliar, pues en la consulta externa se decide, cuando efectuar el control radiológico, drena o no drena material biliar, el tiempo que debe tener o transcurrir con la colecistostomía, y ser retirado; y el método o la forma como debe efectuarse el retiro de la colecistostomía.

En el Departamento de Cirugía se determinó la evolución, seguimiento y manejo de los pacientes tratados con colecistostomía en el Hospital Roosevelt durante el período de Enero de 2,008 a octubre del 2,010.

En los pacientes a quienes se les realizó la colecistostomía (7.9%) han mejorado con el drenaje a la vesícula biliar. Se han realizado colecistostomías en el Hospital Roosevelt aunque son pocos los casos pero son más que en los años anteriores.

Pacientes a quienes se les ha realizado colecistostomía por sexo en su mayoría el sexo femenino en un 52%

La Tasa de Incidencia por Colecistostomía es de 79 por cada 1000 casos de colecistectomías operadas de emergencia. El Intervalo de Confianza es de 75 – 83 casos al año al realizar colecistostomía

Los principales criterios quirúrgicos al realizar la colecistostomía son el Hidrops Vesicular (100%), Dificultad Técnica (84%).

Se han podido retirar tubos de colecistostomía a diecisiete casos. (30%). Solo una paciente se pudo instilar tetraciclina por tener vesícula biliar excluida, en el control radiológico. La mediana para el retiro del tubo de colecistostomía es 48 días.

El 100% de los casos recibe tratamiento antibiótico pre y post operatorio profiláctico (Ampicilina Sulbactam).

No hubo complicaciones 57casos (100%), ni a los pacientes que se le retiro la colecistostomía.

Los Casos Pendientes son por obstáculos en las reconsultas, aunque se le ha dado énfasis en localizar pacientes en estudio.

Los obstáculos encontrados al realizar la recolección de datos es la falta de datos a la hora de ingreso como el número de cédula y teléfono, para localizar al paciente. Pacientes no re-consultan para su seguimiento post operatorio en la consulta externa.

Se debe promover este estudio para realizar un protocolo de manejo de la colecistostomía en el Hospital Roosevelt.

7.1 CONCLUSIONES

- 7.1.1 Tasa de Incidencia por Colectostomía es de 79 por cada 1000 casos de colecistectomías operadas de emergencia.
- 7.1.2 Se intervino quirúrgicamente de emergencia por Colectitis Aguda 720 casos =100%, de los cuales 57 casos = 7.9% se realizó Colectostomía.
- 7.1.3 El Intervalo de Confianza es de 75 – 83 casos al año al realizar colectostomía.
- 7.1.4 Los principales criterios quirúrgicos al realizar la colectostomía son el Hidrops Vesicular (100%), Dificultad Técnica (84%).
- 7.1.5 Se han podido retirar diecisiete tubos de colectostomía, el 30% de los casos. El tiempo promedio varía por obstáculos en las reconsultas, las cuales son muy prolongadas o los pacientes no reconsultan de nuevo y se pierde el caso. La mediana para el retiro del tubo de colectostomía es 48 días.
- 7.1.6 Los pacientes a quienes se les ha realizado colectostomía según el sexo masculino corresponde al 47% y 53% al sexo femenino.
- 7.1.7 Se realizaron 20 colectostogramas de los cuales el 85% fueron permeables, el 10% se encontraron litiasis residual en vesícula biliar y vías biliares, y un 5% se diagnóstico Vesícula Excluida.
- 7.1.8 Se retiraron 17 sondas de Colectostomía (85% colectostogramas permeables) sin complicación.
- 7.1.9 Dos pacientes a quienes se realizó Colectostograma (10%) presentaron litiasis en vesícula biliar y vías biliares se realizó exploración de vías biliares.
- 7.1.10 Solo una paciente se pudo instilar tetraciclina para esclerosar la mucosa de la vesícula por tener vesícula biliar excluida, en el control radiológico (Colecistectomía química)

7.2. RECOMENDACIONES

7.2.1 Mejorar el seguimiento post operatorio en la consulta externa, por el cirujano y evitar la pérdida de casos al no asistir a su reconsulta. Se debe involucrar al Departamento de Trabajo Social del Hospital para localizar a los pacientes que no asisten a su cita postoperatoria en la consulta externa.

7.2.2 Mejorar el plan educacional de los pacientes para el manejo del tubo de colecistostomía.

7.2.3 Continuar con el manejo adecuado de la colecistostomía y evitar el daño a vías biliares cuando no se puede realizar la colecistectomía.

7.2.4 Promover este estudio para realizar un protocolo de manejo de la colecistostomía en el Hospital Roosevelt.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Codina A. et. Al. Colectostomía abierta o percutánea en pacientes de alto riesgo. Análisis de una serie de 30 pacientes. Cirugía Española: Órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos,, ISSN 0009-739X, Vol. 73, Nº. 6,2003, Págs.336-341.
2. Hutching P. et. Al. Cholecystocolic fistula: A complication of Cholecystostomy; With Special Reference to the Management o Cholecystostomy. From the Department of Surgery, Yale University School o Medicine, New Haven, Connecticut. May 18,1962.
3. R. Avrahami, et, al. The Role Percutaneous transhepatic Cholecystostomy in the management of acute Cholecystitis in high- risk patients. International surgery 1995. 80: 111-114
4. Quevedo Lázaro. Complicaciones de la Colectistitis aguda; diagnóstico y Tratamiento. Revista Cubana Cirugía V.46 n2. Ciudad de la Habana Abr-jun.2007
5. Gómez, Luís et.al. Colectistectomía por invasión reducida, Respuesta al dolor según el tamaño de una mini-incisión. Vol.23 num. 3. México 2001 Págs.158-162
6. Larry c. Carey y Philip W. Catalano.Colectistitis Aguda. Tratado de Patología Quirúrgica Tomo 1 Davis Christopher Undécima Edición. Editorial Interamericana México 1981 Págs. 1246-1251
7. Steven M. Strasberg, Md, FACS. Biliary Injury in Laparoscopic Surgery: Part 2. Changing the culture of Cholecystectomy Journal of the American College of Surgeons Vol. 2 Nº 4 Oct, 2005 Págs.604-611.
8. Charles B. Puestow, M. D. Ph. D. (Surg) Gallbladder Surgery, Surgery of The Biliary Tract, Pancreas and Spleen Third Edition Section II Chapter 11 Chicago 1964 Págs. 158-159.

9. Berber E. et. Al. Selective Use of Tube Cholecystostomy with Interval Laparoscopic Cholecystectomy in Acute Cholecystitis Archives of Surgery. Volume 135; Cleveland, Ohio 2000, Pags. 341-346
10. Tomoaski Higashizawa, M.D., Ph. D. Modified ASA Physical Status (7 grades) May be More Practical in recent Use for preoperative Risk Assessment the Internet Journal of Anaesthesiology 2007 Volume 15 number 1.
11. Grau J. et. al. La Colecistitis aguda tratada con colecistostomía y extracción de cálculos bajo anestesia local en el paciente anciano de alto riesgo. Cirugía Española: Órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos, ISSN 0009-739X, Vol. 73, Nº.3, 2003 , Págs. 1734-177.
12. John McGahan, M. D. Percutaneous Cholecystostomy for Acute Cholecystitis the western Journal of Medicine, January, Sacramento, California vol. 152 1. 1990 Page. 63.
13. Polychronidis A., et. al. Laparoscopic Cholecystectomy in a patient with previous open Cholecystostomy. Surgical Endoscopy. Sprige-Veriag New York, Inc. 2002 Pages. 1-5.
14. G.G.R. Kuster, D. Domagk. Laparoscopic Cholecystostomy with delayed Cholecystectomy as an alternative to conversion to open procedure. Division of General Surgery, Scripps Clinic and Research Foundation, 10666N., Torrey Pines Rd., La Jolla, CA. 92037, USA Surgical Endoscopy(1996) 10:426-428.
15. Schwartz Seymour. Vesícula Biliar, y Sistema Biliar Extrahepático. Colecistostomía Capítulo 29. Principios de Cirugía Vol. II Schwartz Séptima Edición McGraw-Hill Interamericana México 2003 Pág. 1555.
16. Giles W. Boland. Et. al. Percutaneous Cholecystostomy Critically III Patients. Early response and outcome in 82 patients. AJR: 163 Aug 1994 page: 339-342.

17. Bryan A. Whowstpsm. M.D. Seth I Wollpwert, M.D. FACS. Cholelithiasis and Cholecystitis in a Retained Gallbladder Remnant after Cholecystectomy. University of Minnesota, Minneapolis, Mn. Journal of the American College of Surgeons. Vol. 205 N° 6 Dec. 2007 Pages. 814-815.
18. Richard Warren, M.D. Liver, Biliary Tract, Pancreas, and Spleen Chapter Twenty-Six Acute Cholecystitis. Philadelphia U.S.A. 1963 Pages. 844-846.
19. David D. Neal, Hígado, Hipertensión Portal y Vías Biliares. Capítulo 14, NMS Cuarta Edición Editorial McGraw-Hill Interamericana México 2003 Págs. 348-349.
20. Verónica Silva O. Tratamiento Laparoscópico de la Colecistitis Aguda, Variables que Inciden en el alta. Revista Chilena de Cirugía vol. 55, N° 2, Abr. 2003; Págs. 165-170.
21. Luigi Bonavina, M.D. FACS. Laparoscopic Subtotal Cholecystectomy Milan Italia Journal of the American Collage of Surgeons Vol 2005Published by Elsevier Inc. Feb. 2007 Pag.337.
22. Membreño Alejandro. Colecistostomía con sonda en Colecistitis Aguda, La Alternativa Menospreciada. Revista de la Asociación de Cirujanos de Guatemala. Guatemala. 17 Abril 1989 Pág. 16.
23. Ien F. M. D. Cholecystostomy in the high risk patient with Biliary Tract Disease. Ann Surg. February 1977:185-191.
24. Quintero Gustavo et al. Colecistostomía percutánea y litotripsia. Revista Colombiana de Cirugía. Colombia 1990 5(1): 8-11.
25. Salazar Carlos et al. Íleo biliar y fístula colecistoduodenal. Informe de un caso. México D.F. Año 2006 volumen 74, numero 003. Páginas 199-203.
26. Patiño José Félix. Colecistitis Aguda. Guías para manejo de urgencias. Santa Fe de Bogotá Año 2008 Capitulo V Paginas 732-735.

27. Yusoff If et al. Diagnóstico y Tratamiento de la Colecistitis y la Colangitis. Gastroenterology Clinics of North America Año 2003 Paginas 1145-1168
28. Cueva Alipio. Vesícula y Vías Biliares. Cirugía General Bogota 2009 Paginas 1-4
29. Choi Young and Silverman William. Trastornos del tracto biliar, trastornos de la vesicular biliar y pancreatitis por cálculos biliares. Universidad de Iowa USA 2007 Paginas de la 1-5.
30. Quevedo Lazaro. Complicaciones de la colecistitis aguda. Bogota Colombia 2007 Paginas 1-6.

IX. ANEXOS

9.1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. REGISTRO _____
2. SEXO _____
3. EDAD _____
4. FECHA DE OPERACIÓN _____
5. OPERACIÓN REALIZADA _____

6. HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS _____

7. TIEMPO (DÍAS) TRANSCURRIDO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA HASTA RETIRO DEL TUBO DE COLECISTOSTOMÍA _____
8. Criterios
 - a. Laboratorio _____

9. Radiológico(Colecistostograma Directo)

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **“MANEJO POSTOPERATORIO DE LA COLECISTOSTOMIA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.