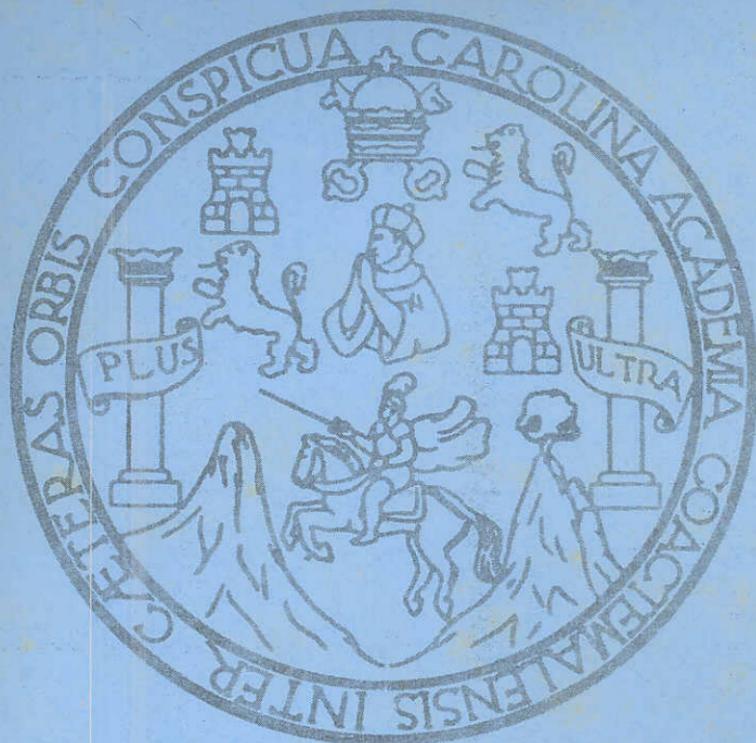


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"CIRUGIA DE LAS VIAS BILIARES EN MUJERES"
(Revisión y estudio de 504 casos en tres años
en el Hospital Roosevelt).

MARIA MAGDALENA GRAMAJO OCHOA

Guatemala, Julio de 1977.

PLAN DE TESIS

- I. PRESENTACION
- II. INTRODUCCION
- III. OBJETIVOS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
- VI. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS
- VII. CUADROS Y GRAFICAS
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA
- XI. RECONOCIMIENTOS

II. INTRODUCCION

Hace dos años, inicié una revisión de pacientes de sexo - femenina operadas en el Hospital Roosevelt, por patología de las vías biliares; en esa ocasión, me encontraba realizando mi práctica de "electivo" en el Departamento de Cirugía de ese Hospital. Dicha patología, llamaba mucho mi atención, especialmente en mujeres, por lo cual aproveché la oportunidad para revisar la cirugía de estas afecciones en tres años, con la intención de tomarla como base para mi trabajo de Tesis.

En el contenido de las siguientes páginas, trato de dar un enfoque global de las características que identifican a la enfermedad de las vías biliares, lo que resulta útil para comparar lo que sucede en otros países, con lo que tiene lugar en nuestro medio; a la vez que podemos analizar los métodos de diagnóstico y de tratamiento que se utilizan en un Hospital Nacional como el Hospital Roosevelt.

En el estudio que presentamos, se investigaron 504 pacientes, que fueron operadas por presentar padecimientos de las vías biliares extrahepáticas. Se trató de tomar a todas las mujeres - que sufrieron intervención quirúrgica durante los años 1972, - 1973 y 1974 (tres años), sin embargo, no fue posible investigar varias papeletas clínicas (16.7%), por razones como: papelería extraviada, mal manejo de la papelería clínica, número de registro médico que se encontraba anotado en los libros de operaciones, que no correspondía a las pacientes en estudio y otras. - Por este motivo, el estudio se limitó a la investigación del 83.3 % de la población femenina que fue intervenida quirúrgicamente por estas afecciones durante el período mencionado.

Durante los tres años, se efectuaron 10,276 operaciones en el Hospital Roosevelt, 4,562 fueron efectuadas en mujeres y -

5,714 en hombres (Cuadro No. 15) (*).

De las pacientes de sexo femenino, 504 corresponden a las de este estudio, lo que hace el 4.90% del total de operaciones - - efectuadas.

(*) Datos obtenidos del Departamento de Estadística del Hospital Roosevelt.

III. O B J E T I V O S

1. Hacer una revisión de pacientes de sexo femenino, tratadas quirúrgicamente en el Hospital Roosevelt, por afecciones de las vías biliares, para determinar los aspectos tales como: manifestaciones clínicas, relación con la edad y otros, en nuestro medio.
2. Analizar los métodos diagnósticos y el tratamiento que se brinda, cuando se trata de estas enfermedades, en el Hospital Roosevelt.
3. Investigar si en nuestro medio, existen los recursos de diagnóstico y técnicas adecuadas, así como el personal médico capacitado para resolver los problemas de vías biliares en forma segura para el paciente.

IV. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Como el estudio fue retrospectivo, se utilizaron los recursos materiales siguientes:

1. Libros de Registro de Operaciones de los años 1972, 1973 y 1974.
2. Registros Médicos de las pacientes que fueron operadas de vías biliares.
3. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
4. Comunicación interpersonal con los Doctores Carlos Gallardo Flores y Enrique Andrade.

METODOS:

La Metodología seguida, fue revisar primero, los Libros de Registro Operatorio en los cuales se encuentran con signadas los datos siguientes: Nombre del paciente, Registro Médico, Diagnóstico Pre y post-operatorio. Con estos datos se elaboró un cuadro, el cual sirvió para obtener cada una de las papeletas clínicas de las pacientes, de donde se extrajo la información que se necesitaba.

Los parámetros investigados fueron los siguientes:

Categoría de la atención (servicio privado o público), Fecha de ingreso y egreso, Días de hospitalización, Localización del dolor, Presencia de náuseas, vómitos e ictericia, Exámenes de Laboratorio especiales (colangiograma y colecistograma), Antecedentes quirúrgicos, Tipo de operación efectuada, Compli-

caciones (operatorias y post-operatorias), Hallazgos operatorios, Uso de antibióticos, Condiciones de egreso y Tiempo de control post-operatorio.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

Las enfermedades de vías biliares, ocupan un sitio muy importante en la práctica clínica, ya que la colecistitis es la segunda causa de dolor abdominal e intervención quirúrgica después de la apendicitis (11) y a menudo se acompañan de la formación de cálculos (colecistitis), con obstrucción secundaria, que pueden llevar a complicaciones como: ictericia obstructiva y cirrosis biliar secundaria (11).

En relación con anomalías congénitas de vesícula, pueden existir: a) agenesia, hipoplasia, hiperplasia, vesícula tabicada, parcial o totalmente, vesícula bilobulada o duplicación vesicular; la mayoría de las veces no modifican la salud del paciente (11).

En cuanto a las vías biliares, pueden no presentar la formación estructural clásica, por lo que pueden encontrarse conexiones y distribuciones anómalas variables; sin embargo, se consideran más importantes: agenesia completa de los conductos hepático o colédoco o atresia. La agenesia o estenosis grave, son incompatibles con la vida y se descubren por ictericia progresiva; no tratarlas quirúrgicamente, llevan a la muerte tarde o temprano.

TEORIAS QUE EXPLICAN LA FORMACION DE CALCULOS.

1. Infección bacteriana
2. Estasis biliar
3. Trastornos metabólicos.

En la infección bacteriana se producen cambios inflamatorios en la mucosa de la vesícula, lo que provoca pérdida de

sales biliares y lecitinas, estabilizadores del colesterol de la bilis, también el crecimiento bacteriano aumenta la actividad de la glucuronidasa, la cual hidroliza el glucuronato de bilirrubina, esto produce precipitación de bilirrubina con calcio.

Aschoff afirma que la estasis biliar es un factor importante en la génesis de los cálculos, porque al alterarse el equilibrio físico-químico de la bilis, se precipitan: colesterol, sales de calcio y pigmentos biliares.

El exceso en la concentración del colesterol o concentración deficiente de sales biliares y lecitina, permiten la cristalización del colesterol fuera de las micelas mixtas (12).

COMPOSICION DE LOS CALCULOS (11, 12)

1. Cálculos puros (10%)
2. Cálculos combinados (10%)
3. Cálculos mixtos (80%).

Se dice que los cálculos "puros" se deben a trastornos metabólicos o de excreción excesiva de bilirrubina; entre éstos se encuentran en orden de frecuencia: 1) de colesterol (más comunes); 2) de bilirrubinato de calcio y 3) de carbonato cálcico.

Los cálculos combinados por lo general se encuentran formados por un núcleo de colesterol y corteza mixta, muy raras veces su composición es a la inversa. Por lo común son únicos, voluminosos y ocurren a edad avanzada, algunas veces existe más de un cálculo, por lo que sus superficies aparecen facetadas; esta característica de las superficies, debe obligar al cirujano a buscar más de un cálculo.

Los cálculos mixtos se asocian con inflamación crónica de la vesícula, lo que determina alteración de la actividad vesicular, se forman dentro de la vesícula (cistógenos), están formados a menudo por tres de las sustancias biliares o a veces, por dos. Suelen ser pequeños y múltiples (0.1-1.5 cms.), su color varía del blanco al gris pálido o pardo negruzco, casi por lo común, son poliédricos.

COMPOSICION DE LA BILIS EN % (12)

CONSTITUYENTE:	BILIS HEPATICA	BILIS VESICULAR
	%	%
AGUA	97.00	89.00
SOLIDOS	3.00	11.00
SALES BILIARES	0.20 - 2.00	6.00
BILIRRUBINA	0.02 - 0.07	2.50
COLESTEROL	0.06 - 0.16	0.20 - 0.40
FOSFOLIPIDOS	0.04	0.10 - 0.40
GRASAS NEUTRAS	0.12	0.30 - 1.20
SALES INORGANICAS	1.00	0.80

CONSTITUYENTES IONICOS DE LA BILIS EN mM/LITRO (12)

CONSTITUYENTES	BILIS HEPATICA	BILIS VESICULAR
SODIO (Na)	174	220 - 340
POTASIO (K)	6.6	6 - 10
CLORO (Cl -)	55 - 107	1 - 10
BICARBONATO (HCO ₃ ⁻)	34 - 65	0 - 17
SALES BILIARES	28 - 42	290 - 340

CALCIO (Ca)	6	25 - 32
MAGNESIO (Mg)	0.5
OSMOLARIDAD	299 mM/Litro	299mM/LITRO

Volúmen de Bilis secretada por día = 600 - 800 ml.

pH Bilis hepática = 7.5 - 7.7; pH Bilis vesicular = 5.6 - 7.0.

MANIFESTACIONES CLINICAS (12)

Por lo general, los síntomas iniciales de los padecimientos biliares extrahepáticos, son: dolor e ictericia y son causados por - obstrucción e inflamación.

Pueden aparecer también fiebre y escalofríos, aún cuando no haya dolor e ictericia. Las náuseas y vómitos son fenómenos reflejos que a veces dominan el cuadro clínico; se considera importante la dispepsia, flatulencia, sensación de plenitud e intolerancia a comidas grasosas. El dolor se percibe frecuentemente en el epigastrio, irradiado al hipocondrio derecho, algunas veces se irradia a la región escapular derecha, al hombro derecho o el cuello y pocas veces al cuadrante superior izquierdo. Puede haber dolor con rigidez de la pared abdominal anterior a causa de inflamación del peritoneo parietal contiguo.

La ictericia es producida por la obstrucción del colédoco por un cálculo, provocándose distensión de los conductos biliares. - A una presión de 23 mm. de mercurio, se suprime el flujo de bilis hepática y la bilirrubina conjugada pasa a la circulación; -- posteriormente, al evolucionar el proceso, disminuye la captación de la bilirrubina no conjugada, por las células hepáticas, - por lo cual aumenta su concentración sérica.

La ictericia obstructiva produce efectos secundarios como prurito, esteatorrea y tendencia hemorrágica. La acumulación de sales biliares en la piel se considera que es causa del prurito; la esteatorrea y defectos hemostáticos, se deben a que no llegan sales biliares del intestino delgado, estas sales biliares conjugadas, son esenciales para la absorción y digestión normales de los lípidos y su ausencia causa pérdida excesiva de vitaminas liposolubles (A, D, E, K), esto en una a tres semanas deprime la síntesis de protrombina (Factor II), de proconvertina (Factor VII), Factor Christmas (Factor IX) y Factor de Stuart (Factor X).

FIEBRE Y ESCALOFRIOS (11, 12, 13)

La fiebre es frecuente en la colecistitis aguda y rara en la forma crónica. La mayoría de los casos que presentan fiebre, pueden demostrar invasión bacteriana en los especímenes de vesícula biliar o de bilis.

La fiebre y escalofríos son manifestaciones de bacteremia y pueden encontrarse en complicaciones del árbol biliar, tales como colédocolitiasis, estenosis y fístulas. Cuando asociado a ellas se encuentran, dolor en hipocondrio derecho con hiperbilirrubinemia o sin ella, sugieren colangitis.

La obstrucción maligna del colédoco, raras veces provoca colangitis clínica con cultivos de bilis negativos. Muchas veces puede haber obstrucción incompleta o remitente, frecuentemente por cálculos o raras veces, por carcinoma ampullar; algunas veces, éstos se complican con colangitis.

En ocasiones, se presenta una tríada que consiste en dolor en el cuadrante superior derecho, ictericia obstructiva (por un coágulo) y hemorragia gastrointestinal; que caracteriza a la hemobilia. Esta es rara, alarmante y a veces, mortal. La

hemobilia puede ser producida por varias causas, las más frecuentes, son: rotura de los aneurismas de la arteria hepática o de sus ramas, tumores y enfermedades inflamatorias del sistema biliar, los traumatismos (incluyendo la necrosis por la presencia de una sonda en "T" o una biopsia hepática). La colédocolitiasis y, rara vez, colecistitis con cálculos o sin éstos. Debe sospecharse hemobilia, cuando se han eliminado otras causas de hemorragia gastrointestinal, por investigación y exploración.

TRATAMIENTO (11, 12, 13)

El tratamiento de elección es quirúrgico. Antiguamente se daba, de primera intención, tratamiento médico, con succión nasogástrica, para reducir el vómito, evitar la distensión y la estimulación de la vesícula por la colecistocinina, la cual desencadena el cólico biliar, analgésicos (*), sedantes y reposo en cama, soluciones endovenosas; si hay colangitis, se debe tratar con antibióticos efectivos en las infecciones a Gram-negativos.

En la actualidad, aunque se considera ideal el tratamiento quirúrgico, existe controversia en cuando a la decisión del tiempo oportuno para la operación. Algunos opinan que debe efectuarse entre las primeras 48 horas del inicio del cuadro agudo; dependiendo de la gravedad efectuar un procedimiento corto, consistente en drenar la vesícula (colecistostomía), o efectuar la colecistectomía si las condiciones lo permiten. Otros piensan que debe intentarse tratamiento conservador y esperar de una a tres semanas para efectuar el tratamiento quirúrgico, a menos que apareciera antes una complicación en el estado del paciente (12); la razón de esto es que la operación en la etapa clínica aguda, puede ser difícil, por

(*) No deben usarse analgésicos morfínicos, porque producen espasmo del esfínter de Oddi.

que la inflamación y el edema no permiten la fácil exploración del colédoco.

En Guatemala, la experiencia ha demostrado que el tratamiento quirúrgico temprano (24-72 horas del inicio del cuadro), da buenos resultados (2), así como el estado general adecuado de las pacientes, y la habilidad del cirujano (1, 2, 3, 4); autores extranjeros apoyan esta posición (7, 8, 12, 13). Algunos autores creen que efectuar coledocostomía, tiende a elevar el riesgo de mortalidad (5).

La exploración del colédoco no es una técnica rutinaria, ya que eleva la morbilidad y mortalidad. Durante el acto operatorio, el cirujano debe decidir si es necesaria o no la exploración del colédoco, tomando en consideración las indicaciones siguientes (13):

1. Cálculo o tumefacción palpable del colédoco
2. Dilatación mayor de 12 mm.
3. Ictericia actual o antecedentes recientes de la misma.
4. Imágen de cálculos en el colangiograma.
5. Múltiples cálculos, de diámetro inferior al de la luz del cístico, dentro de la vesícula.
6. Un cálculo solitario de facetas múltiples dentro de la vesícula biliar.

En algunas ocasiones, se debe agregar a la colédocotomía, duodenotomía o corte o resección parcial del esfínter de Oddi, para extraer cálculos impactados de la ampolla de Vater y corregir la obstrucción biliar. Muchos cirujanos dejan drenaje del colédoco con un tubo de "T" después de la coledocotomía, y efectúan colangiografía directa antes de terminar la operación y la repitan 7-10 días después, antes de extraer el tubo,

para asegurarse de que no quedaron cálculos biliares inadvertidamente.

Los cálculos retenidos o residuales de los conductos biliares, son un problema grave, que muchas veces, lleva a la reoperación (13).

Cuando hay estenosis de la ampolla de Vater, los cálculos están impactados en los conductos intrahepáticos pequeños y no pueden extirparse, deberá añadirse a la operación, colédocoduodenostomía (o colédocoyeyunostomía) o resección parcial del esfínter de Oddi (esfínteroplastia), para garantizar el paso libre de los cálculos restantes o en formación, hacia el duodeno (13).

VI. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS

CLASIFICACION DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGUN EDAD.

La población estudiada, mujeres todas, se encuentra comprendida entre los grupos de edad de 11 a 90 años, encontrándose la mayor frecuencia entre el grupo de edad comprendido dentro de los límites de 31 a 40 años (137 casos), con un porcentaje de 27.18% en relación al total. Le siguieron en orden descendente, el grupo de 41 a 50 años (105 casos), lo que correspondió al 20.83%; luego el grupo de 21 a 30 años (104 casos), 20.63%; el grupo de 51 a 60 años (92 casos), 18.25%; el grupo de 61 a 70 años (35 casos), 6.94%; el grupo de 71 a 80 años (15 casos), -- 2.97%; el de 11 a 20 años (14 casos) 2.77%; y, finalmente, la menor frecuencia se presentó en el grupo de 81 a 90 años (2 casos), correspondiéndole su porcentaje de 0.39% (Cuadro No. 1, Gráfica No. 1).

DIAS DE HOSPITALIZACION

La mayoría de las pacientes se encontraron en el grupo de 1- a 10 días, siendo un total de 234 pacientes, 46.42%; le siguió en orden descendente en cuanto a frecuencia, el grupo de 11 a 20 días (139 pacientes) con un porcentaje de 27.60%; luego el grupo de 21 a 30 (83 casos), 16.50%; el grupo de 31 a 40 (20 - casos), 3.96%; el de 41 a 50 (17 casos), 3.37%; de 51 a 60 (7 - casos), 1.38%; de 61 a 70 (3 casos), 0.60%; y hubo una paciente cuya estancia en el Hospital fue mayor de 100 días, cuyo -- porcentaje correspondió a 0.20% (Cuadro No. 2, Gráfica No. - 2).

CATEGORIA DE LA ATENCION HOSPITALARIA

Se observó que la mayoría correspondió a la categoría de -- atención pública (430 pacientes), lo que correspondió al 85.32 %; que era de esperarse por ser un Hospital Nacional; otro grupo correspondió a la atención semi-privada (45 casos), 8.92%-- y 2 casos correspondieron a la atención privada, 5.75% (Cuadro No. 3, Gráfica No. 3).

SINTOMAS Y SIGNOS

El síntoma principal en la mayoría de las pacientes, fue dolor abdominal, el cual se presentó en diferentes localizaciones; señalándose, incluso, algunas no correspondientes al abdomen.

De las localizaciones abdominales, la más frecuente fue la correspondiente al hipocondrio derecho (330 pacientes), lo que hizo un 65.47%; 58 pacientes presentaron dolor en el epigastrio, 11.50%; en 51 casos no está referida en la historia la presencia de dolor, por lo cual se consideró a éstos, como cuadros clínicos sin dolor, 10.12%; en 24 pacientes, hubo dolor en localizaciones extraabdominales, 4.76%; en algunas pacientes, el dolor se presentó en el hipocondrio derecho y epigastrio -- (22 casos), 4.36% y, en 19 pacientes, hubo dolor generalizado al abdomen, haciendo un 3.76% (Cuadro No. 4, Gráfica No. 4).

Signos encontrados: 317 pacientes presentaron náuseas (62.90%); 275, presentaron vómitos, 54.56%; y, 123 pacientes, manifestaron ictericia, 24.40%. (Cuadro No. 4).

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

Las pacientes investigadas fueron llevadas a la sala de operaciones con diferentes diagnósticos, de los cuales el más frecuente fue colecistitis crónica calculosa en 211 casos, 41.86%; 103 casos tuvieron el diagnóstico de colecistitis aguda, 20.44%; en 66 casos (13.09%), no aparece anotado en ninguna parte de la paleta el dato que indique el diagnóstico; 42 pacientes tuvieron el diagnóstico de colelitiasis (8.33%); 28 fueron consideradas con el diagnóstico de ictericia obstructiva (5.55%); 27 aparecen con diagnósticos no relacionados con enfermedades de las vías biliares (5.36%); en 10 casos se hizo diagnóstico de cáncer de las vías biliares (1.98%); en 7 casos se hizo diagnóstico de litiasis del colédoco (1.39%); y, finalmente, en 2 casos, se hizo diagnóstico de litiasis recidivante (0.40%) (Cuadro No. 6, Gráfica No. 5).

EXAMENES ESPECIALES DE LABORATORIO

En cuanto a exámenes de Laboratorio, la técnica de elección fue la radiografía de vías biliares con medio de contraste, habiéndosele practicado colecistograma a 132 pacientes (26.19%); colangiograma a 37 pacientes (7.34%); ambas técnicas radiológicas a 8 pacientes (1.59%); y, no se efectuó ninguno de estos exámenes en 327 pacientes aparentemente (64.88%) (Cuadro No. 7).

ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE VIAS BILIARES.

Se encontró que en 16 de los casos se había efectuado cirugía de vías biliares anteriormente (3.17%); de éstos, 5 fueron colecistectomías (0.99%); 4 coledocostomías (0.79%); 4 colecistostomías (0.79%); 2 exploraciones de vías biliares (0.40%) y en un caso había sido efectuada colecistectomía con colédocostomía (0.20%). En 488 casos (96.83%), no se indicó si se había o no efectuado cirugía anterior de la región (Cuadro No. 8).

OPERACIONES EFECTUADAS

La operación más frecuente fue la colecistectomía en 389 casos (77.18%); colecistectomía con coledocostomía en 59 casos (11.71%); exploración de vías biliares en 21 casos - (4.17%); colédocostomía, 16 casos (3.17%); colecistostomía, 8 casos (1.59%); biopsia hepática 6 (1.19%); colédocoduodenostomía, 3 (0.59%); Hepatoyeyunostomía 1 (0.20%); colecistoyeyunostomía 1 (0.20%). Entre las operaciones se contó también la biopsia hepática que se efectuó sola y asociada a otras técnicas quirúrgicas, como un método de diagnóstico (Cuadro 9, Gráfica No. 6).

HALLAZGOS OPERATORIOS

De los hallazgos operatorios, el más frecuente fue colelitiasis o colecistitis calculosa, en 379 (75.20%); le siguió en orden descendente de frecuencia, colecistitis sin cálculos en 32 casos (6.34%); en 22 casos se encontró tumor de las vías biliares (4.36%); 19 casos presentaron colédocolitiasis (3.76%); en 11 casos los hallazgos no tenían relación con las vías biliares (2.18%); en 10 casos se encontró vesícula biliar atrófica (1.98%); 9 casos presentaron adherencias de vesícula biliar (1.78%); en 8 de las pacientes se encontró pícolecisto con colelitiasis (1.58%); 5 casos tuvieron vesícula biliar atrófica con colelitiasis (0.99%), en otros 5 casos (0.99%), se encontró pícolecisto; y, finalmente, en 4 casos (0.79%), el hallazgo fue tumor metastático. (Cuadro No. 10, Gráfica No. 7).

COMPLICACIONES OPERATORIAS

En la mayoría de los casos no se presentaron complicaciones durante la operación (499 casos) 99.0%; únicamente se encontraron 5 casos, que se designan a continuación: hemo-

rragia, 2 casos (0.40%); sección del colédoco, 2 casos (0.40%) - paro cardiorrespiratorio, 1 caso (0.20%). (Cuadro No. 11).

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

En este sentido, en 463 casos no se presentó ninguna complicación post-operatoria (91.86%); en 18 casos (3.57%), hubo infección de la herida operatoria; en 7 casos (1.39%), paro cardiorrespiratorio; en 5 casos (0.99%), litiasis residual; 4 pacientes (0.79%), presentaron insuficiencia hepática en grado variable; en 2 casos (0.40%), hubo hemorragia; 2 pacientes más, presentaron fistulas (0.40%); otras 2 pacientes (0.40%), presentaron otras complicaciones no relacionadas con la patología original; y 1 paciente (0.20%), presentó dehiscencia de la herida operatoria.

Datos de autores extranjeros en Suiza, presentan como complicaciones más frecuentes, las tromboembólicas y las pancreatitis - (9, 10); en nuestro estudio no se presentó este tipo de complicaciones (Cuadro No. 12).

USO DE ANTIBIOTICOS

En 162 pacientes (32.14%), se utilizó durante el período post-operatorio, algún tipo de antibióticos (Cuadro No. 13).

CONDICIONES DE EGRESO

A este respecto, se tomó literalmente según lo especificado en las papeletas clínicas, tomando, para clasificar los casos, los parámetros de: curado, no curado, fallecido.

El primero, "curado", 467 casos (92.66%), se refiere a los pacientes que abandonaron el Hospital sin presentar molestia alguna; "no curado", 20 pacientes (3.99%), corresponde a pacientes que, al abandonar el Hospital, aún presentaban algún tipo de molestia; el último parámetro "fallecido", 17 pacientes, (3.25%), no requiere explicación (Cuadro No. 14).

VII. CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO No. 1

CLASIFICACION DE LA POBLACION SEGUN EDAD

EDADES	FRECUENCIA	%
31 - 40	137	27.20
41 - 50	105	20.85
21 - 30	104	20.63
51 - 60	92	18.25
61 - 70	35	6.94
71 - 80	15	2.97
11 - 20	14	2.77
81 - 90	2	0.39
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 2

TIEMPO DE HOSPITALIZACION (EN DIAS):

DIAS	PACIENTES	%
1 - 10	234	46.42
11 - 20	139	27.60
21 - 30	83	16.50
31 - 40	20	3.96
41 - 50	17	3.37
51 - 60	7	1.35
61 - 70	3	0.60
Más de 100	1	0.20
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 3

PACIENTES SEGUN CATEGORIA DE ATENCION

<u>CATEGORIA</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>%</u>
Privados	29	5.75
Semi-privados	45	8.92
No privados	430	85.33
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 4

LOCALIZACION DEL DOLOR

<u>LOCALIZACION</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>%</u>
Hipocondrio derecho	330	65.50
Epigastrio	58	11.50
Sin dolor	51	10.12
Otras localizaciones	24	4.76
Hipocondrio y Epigastrio	22	4.36
Abdomen generalizado	19	3.76
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 5

SIGNOS CLINICOS

<u>SIGNO</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>%</u>
Con náusea	317	62.90
Sin náusea	187	37.10
	<u>504</u>	<u>100.00</u>
Con vómitos	275	54.56
Sin vómitos	229	45.44
	<u>504</u>	<u>100.00</u>
Con ictericia	123	24.40
Sin ictericia	381	75.60
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

	<u>FRECUENCIA</u>	<u>%</u>
Colecistitis Crónica		
Calculosa	211	41.86
Colecistitis Aguda	103	20.44
Sin diagnóstico	66	13.10
Colelitiasis	42	8.33
Ictericia obstructiva	28	5.55
Otros diagnósticos	27	5.36

	<u>FRECUENCIA</u>	<u>%</u>
Cáncer de Vías Biliares	10	1.98
Cáncer metastático	8	1.59
Colédocolitiasis	7	1.39
Litiasis recidivante	2	0.40
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 7

EXAMENES DE LABORATORIO

	<u>NUMERO</u>	<u>%</u>
Con colecistograma	132	26.19
Con colangiograma	37	7.34
Con ambos	8	1.59
Sin exámenes	327	64.88
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 8

CIRUGIA ANTERIOR DE VIAS BILIARES

	<u>CASOS</u>	<u>%</u>
Colecistectomías	5	0.99
Coledocostomías	4	0.79
Colecistostomías	4	0.79
Exploración de Vías Biliares	2	0.40
Colecistectomía y Coledocost.	1	0.20
Sin cirugía de V.Biliares	488	96.83
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 9

OPERACION EFECTUADA

<u>OPERACION</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>%</u>
Colecistectomía	389	77.18
Colecistectomía y Coledo.	59	11.71
Exploración de V.Biliares	21	4.17
Coledocostomía	16	3.17
Colecistostomía	8	1.59
Biopsia Hepática	6	1.19
Colédocoduodenostomía	3	0.59
Hepatoyeyunostomía	1	0.20
Colecistoyeyunostomía	1	0.20
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 10

HALLAZGOS OPERATORIOS

	<u>FRECUENCIA</u>	<u>%</u>
Colelitiasis	379	75.20
Colecistitis	32	6.36
Tumores de las V.Biliares	22	4.36
Colédocolitiasis	19	3.76
Otros Hallazgos	11	2.18
Vesícula Biliar Atrófica	10	1.99
Adherencias Vesíc.Biliar	9	1.78
Pícolecistitis y Colelitiasis	8	1.60
Vesícula Biliar Atrófica y		
Colelitiasis	5	0.99
Pícolecisto	5	0.99
Tumor Metastásico	4	0.79
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 11

COMPLICACIONES OPERATORIAS

	FRECUENCIA	%
Sin complicaciones	499	99.00
Hemorragia	2	0.40
Sección Colédoco	2	0.40
Paro Cardio-respiratorio	1	0.20
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 12

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

	FRECUENCIA	%
Sin complicaciones	463	91.86
Infección de Herida Operatoria	18	3.57
Paro Cardio-respiratorio	7	1.39
Litiasis Residual	5	0.99
Insuficiencia Hepática	4	0.79
Fístula	2	0.40
Otras Complicaciones	2	0.40
Dehiscencia de Herida Oper.	1	0.20
Hemorragia	2	0.40
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 13

USO DE ANTIBIOTICOS

	FRECUENCIA	%
Con Antibióticos	162	32.14
Sin Antibióticos	342	67.86
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 14

CONDICIONES DE EGRESO

	FRECUENCIA	%
Curadas	467	92.66
No Curadas	20	3.99
Fallecidas	17	3.35
	<u>504</u>	<u>100.00</u>

CUADRO No. 15

OPERACIONES EFECTUADAS EN EL HOSPITAL ROOSEVELT - DURANTE LOS TRES AÑOS ESTUDIADOS (1,972-1,974)

Año	Mujeres	Cirugia Mayor Mujeres	Cirugia Menor Mujeres	Hombres	Cirug. Mayor Hombres	Cirug. Menor Homb.	Total por Año
1972	1,775	468	1,307	2,110	654	1,456	3,888
1973	1,439	267	1,172	1,933	542	1,391	3,377
1974	1,348	266	1,082	1,671	441	1,230	3,011
Total Tres Años	4,562	1,001	3,561	5,714	1,637	4,077	10,277

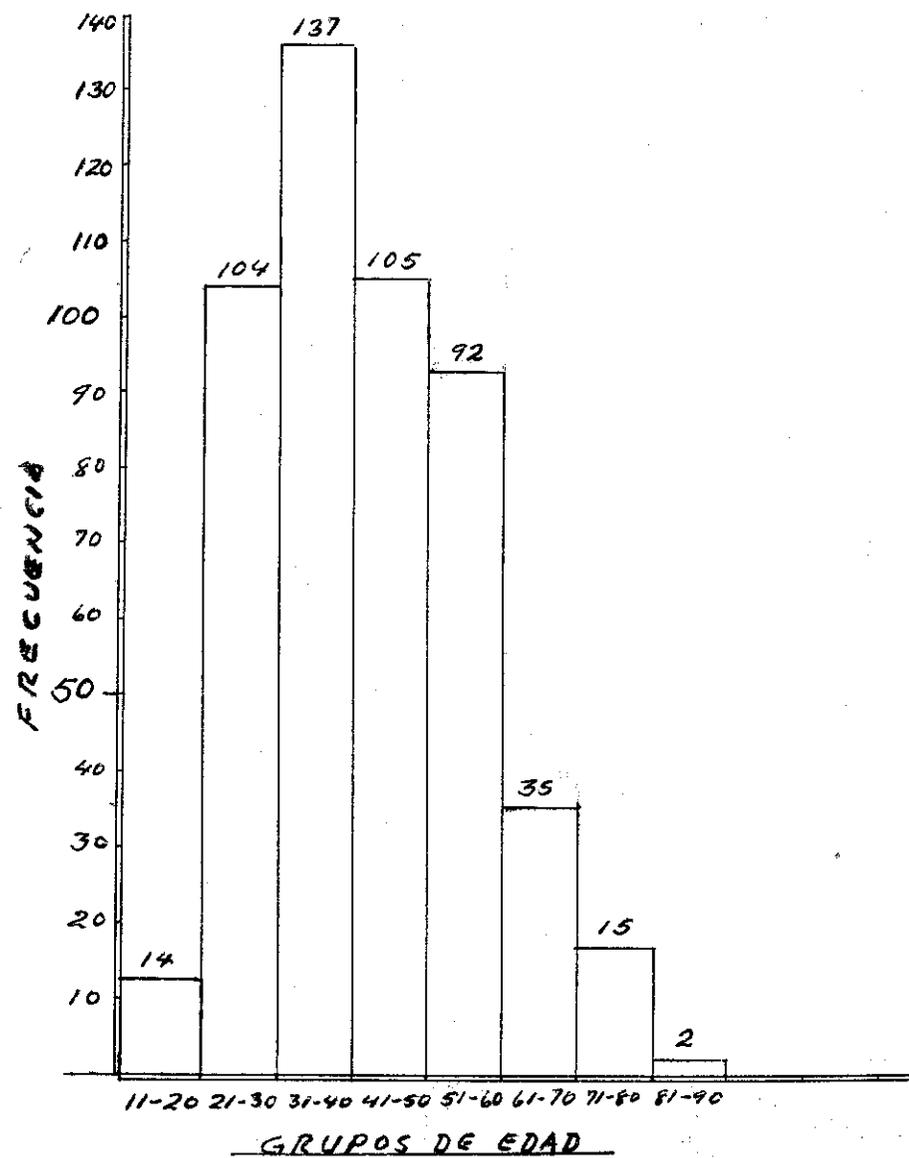
CUADRO No. 16

DISTRIBUCION DE LOS CASOS POR AÑOS

AÑO	FRECUENCIA	%
1,972	196	38.88
1,973	189	37.50
1,974	119	23.62
	504	100.00

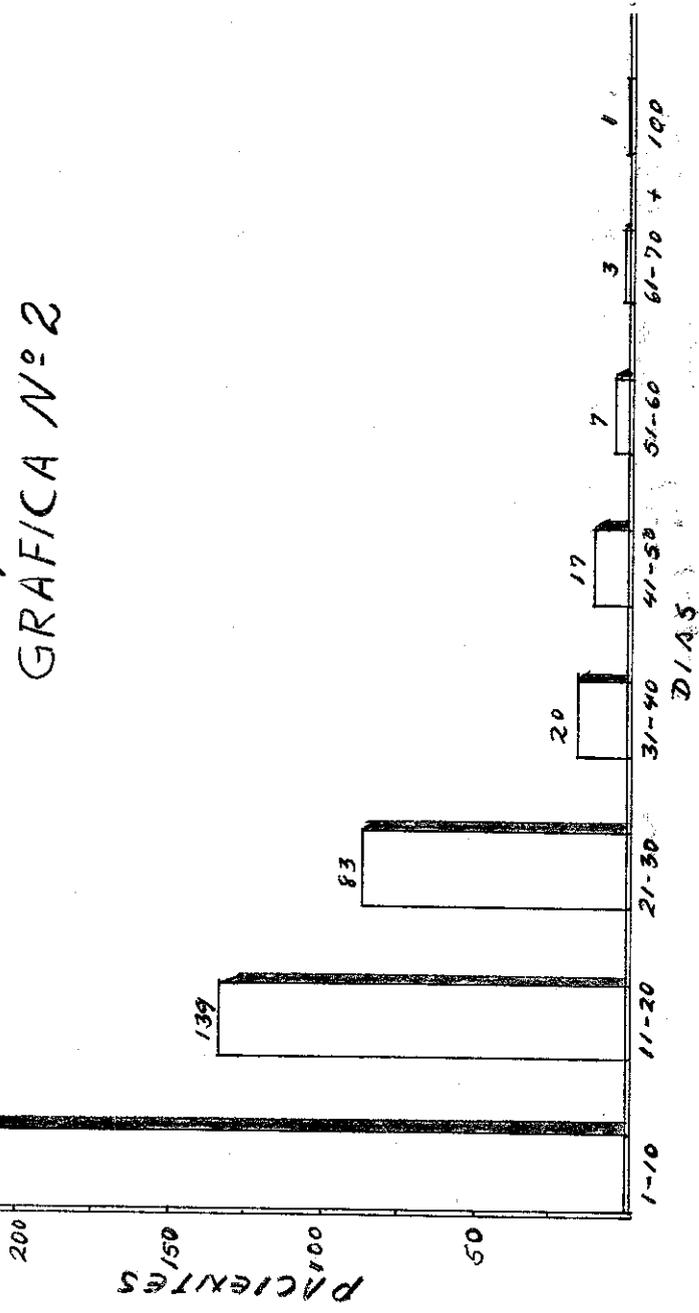
El número decreciente de operaciones que se observa en ambos cuadros conforme a los años, se ha interpretado que depende de razones de índole variada, principalmente de tipo económico; y la explicación más aceptable, es que el presupuesto anual del Hospital, no aumenta lo suficiente, en la relación con que aumentan los gastos y los costos de materiales y equipo por año, lo que obliga a limitar el ingreso de pacientes y disminuir el número de operaciones - (6).

GRÁFICA N° 1

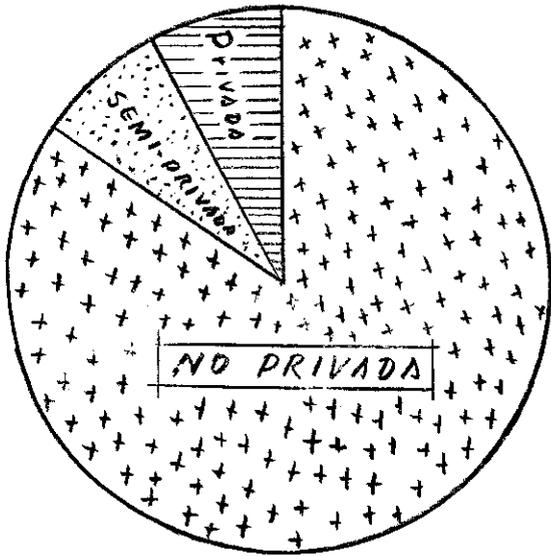


CLASIFICACIÓN DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD

GRÁFICA N° 2

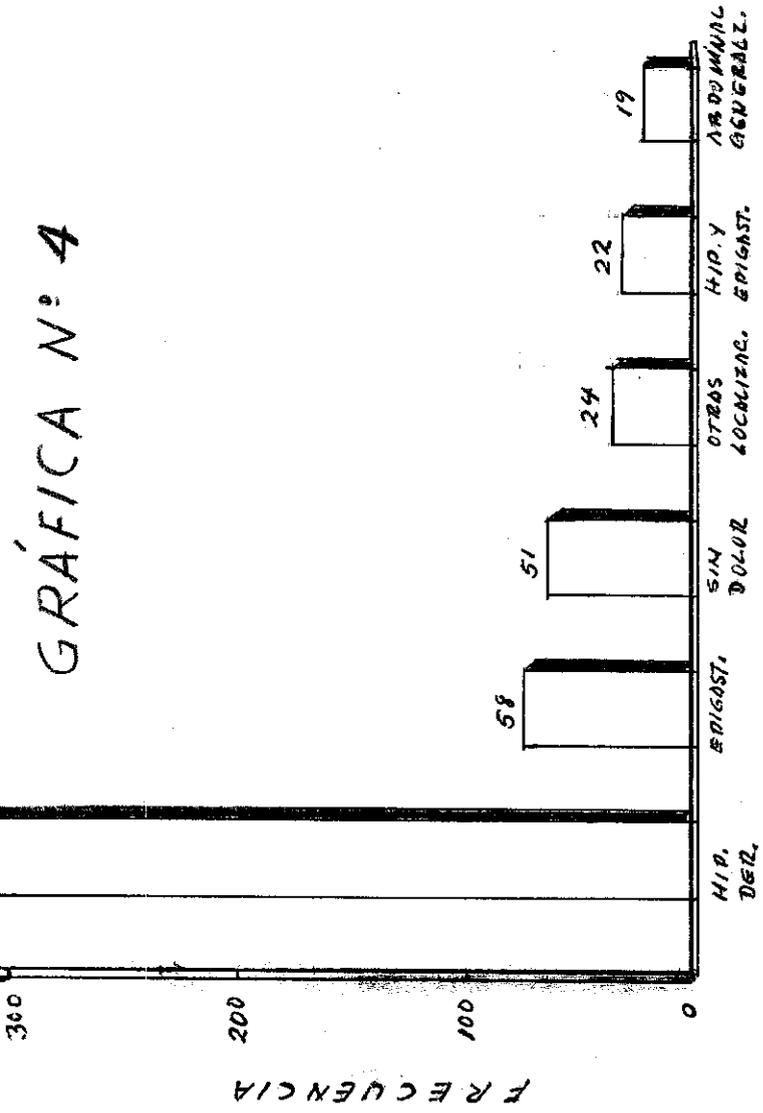


GRÁFICA N° 3

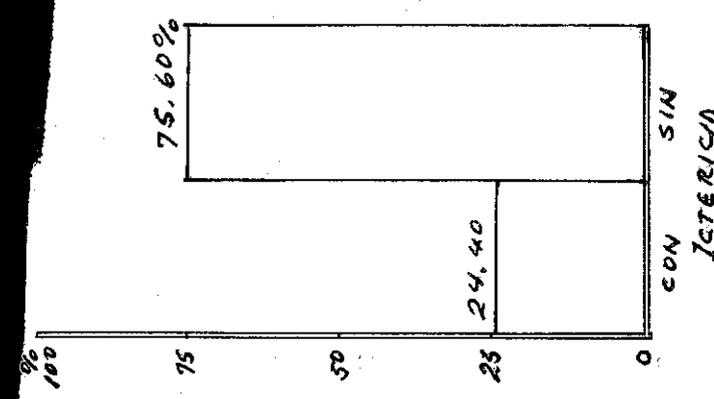
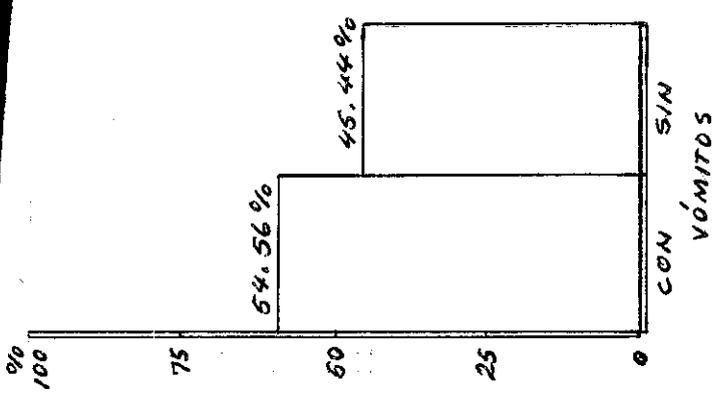
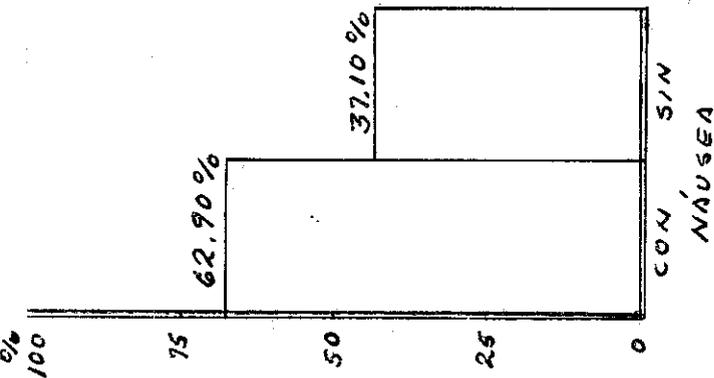


CATEGORÍA DE LA ATENCIÓN

GRÁFICA N° 4



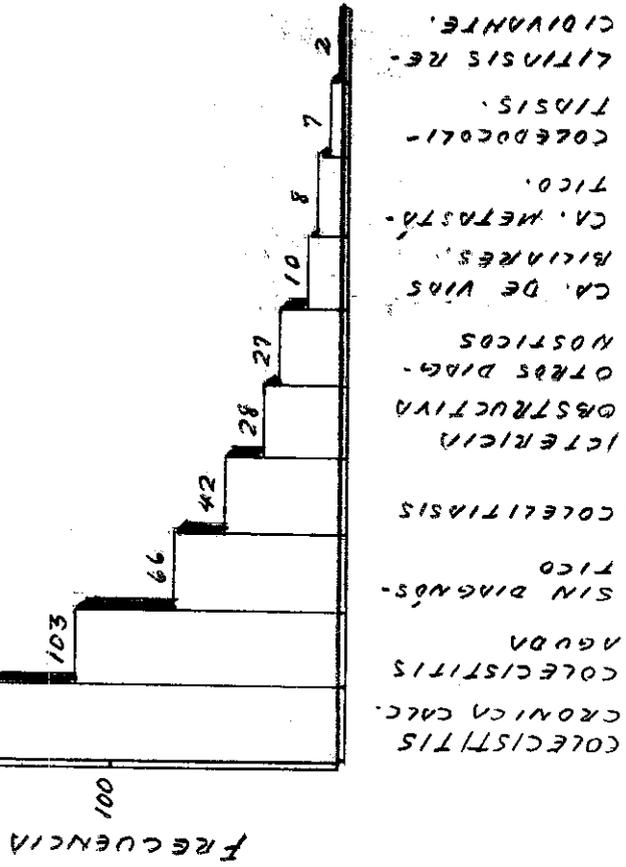
LOCALIZACIÓN DEL DOLOR



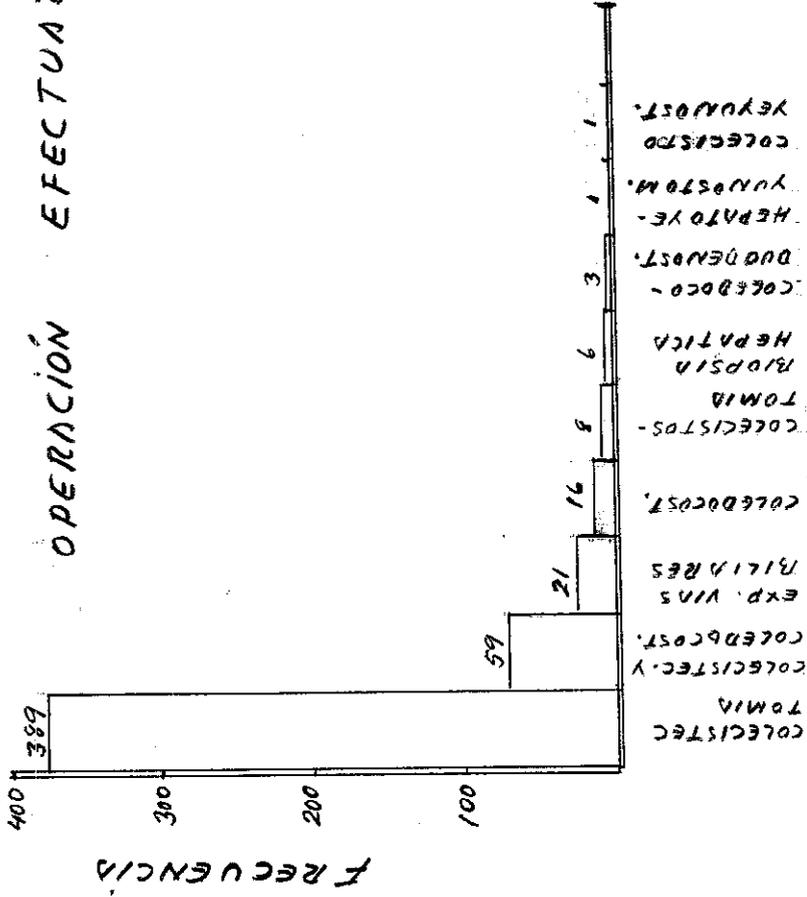
SIGNOS CLÍNICOS

GRÁFICA N° 4

DIGNÓSTICO PRE-OPERATORIO

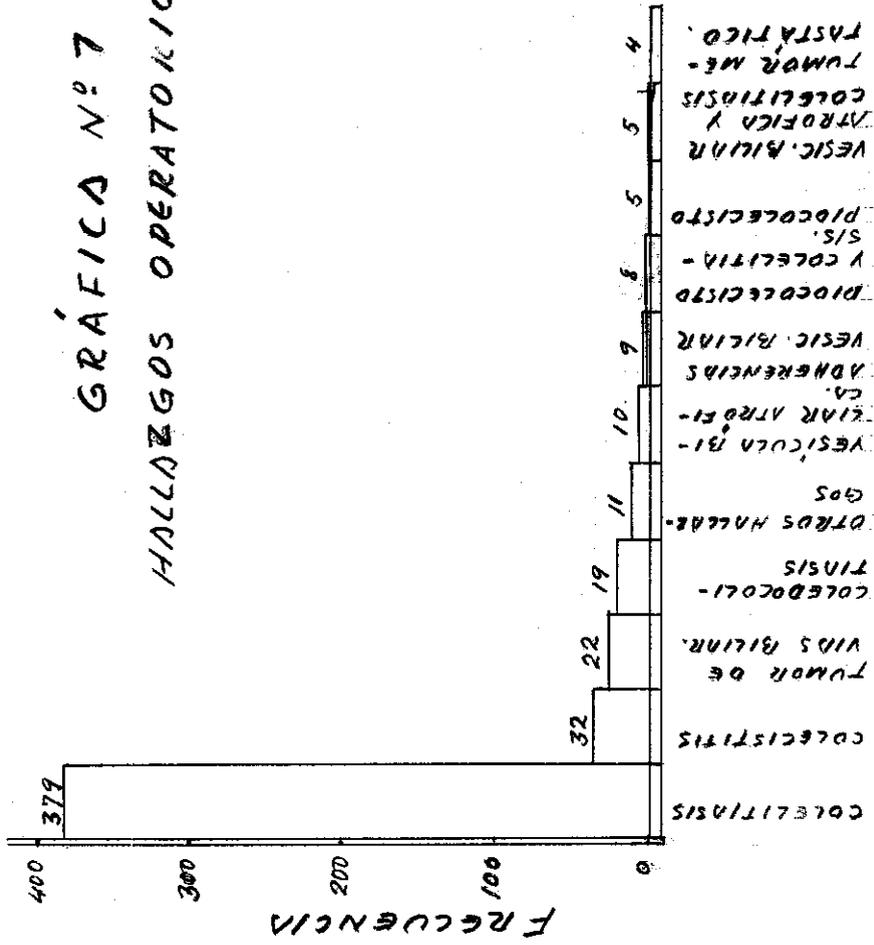


GRÁFICA N° 6 OPERACIÓN EFECTUADA



GRÁFICA N° 7

HALLAZGOS OPERATORIOS



VIII. CONCLUSIONES

1. Durante los tres años (1,972 a 1,974), se efectuaron - 10,276 operaciones en el Hospital Roosevelt, de las - cuales 4,562 fueron en mujeres. En nuestro estudio se consideraron 504 casos, lo que corresponde al 4.90% - del total de las operaciones.
2. El número de operaciones totales, así como de las vías biliares en mujeres, decreció en cada uno de los años- estudiados.
3. La mayor frecuencia de enfermedad de las vías bilia - res, se presentó en el grupo de edad de 31 a 40 años, - dato que no corresponde a lo descrito por autores ex-- tranjeros.
4. La mayoría de las pacientes egresaron del Hospital en los primeros 10 días desde su ingreso.
5. La mayor parte de las pacientes presentó, al ingreso, - dolor de varias localizaciones (89.85%), principalmen - te en el hipocondrio derecho (65.47%).
6. En el 62.90% de pacientes, se presentaron náuseas, en el 54.56%, vómitos y solo 24.40% presentó ictericia.
7. Solamente en el 35.12% (177 pacientes), se encontra - ron estudios radiográficos, en la papeleta.
8. La operación más frecuente fue la colecistectomía sola (77.18%), y asociada con coledocostomía (11.71%); en total, se efectuó colecistectomía en el 88.89% de los - casos.

9. El hallazgo más frecuente fue la colelitiasis (75.20%).
10. Se presentaron complicaciones operatorias en el 1% de los casos y post-operatorias, en el 8.14%.
11. Se utilizaron antibióticos en el 32.14% de las pacientes.
12. El 96.65% de las pacientes egresaron vivas y 3.25% fallecieron.
13. A pesar de la escasez de recursos materiales en los Hospitales Nacionales, los resultados obtenidos son aceptables.
14. La tendencia global del Hospital, es a atender cada año, una menor cantidad de pacientes y a operar, también cada año, menos pacientes; mientras que la demanda de servicios hospitalarios tiende a incrementarse en el mismo lapso; disminución de atención debida a causas de origen económico, principalmente.

IX. RECOMENDACIONES

1. Que los resultados de Laboratorio, sean reclamados y agregados a la papeleta respectiva, ya que pudimos observar que un gran número de casos presentó que se solicitaron exámenes cuyos resultados no se conocieron, pues por razones que ignoramos, no se agregaron los informes en las papeletas correspondientes.
2. Que sería muy valiosa la información sobre la composición de los cálculos, porque ello podría plantear nuevas hipótesis acerca de la génesis de éstos y su relación con la dieta del guatemalteco.
3. Que se hagan estudios microscópicos para investigar el núcleo de los cálculos, ya que en otros países donde es alta la incidencia de parasitismo intestinal, se han encontrado huevos de parásitos intestinales, como núcleo de formación.
4. Que los estudios radiológicos sean debidamente informados y adjuntados a la papelería respectiva, pues a pesar de que dichos exámenes se efectúan como requisito pre-operatorio, no aparecen en un gran porcentaje de los casos, los informes correspondientes (conclusión No. 7).

X. BIBLIOGRAFIA

1. QUINTERO G., Manuel H. "CONSIDERACIONES - SOBRE LA COLECISTECTOMIA DE URGENCIA". 1958, Trabajo de Tesis.
2. CARAVANTES FLORES, Oscar. "ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO MEDICO DE LA COLECISTITIS AGUDA". 1970, Trabajo de Tesis.
3. HENRY LEIVA, Jorge Alberto. "CONSIDERACIONES SOBRE COLECISTECTOMIA, COMPLICACIONES - - FRECUENTES, DIAGNOSTICO DE ESTAS, TRATAMIENTU TO Y PREVENCIÓN". 1970, Trabajo de Tesis.
4. MOLINA M., Francisco. "COLECISTECTOMIA". 1966, Trabajo de Tesis.
5. SCHWANK VASSAUX, William A. "COLEDOCOSTOMIA Y SU MANEJO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT - DE GUATEMALA, REVISION DE 100 CASOS EN UN - AÑO". 1972, Trabajo de Tesis.
6. GALLARDO FLORES, Carlos y Colaboradores. "CIRUUGIA DE VIAS BILIARES. INFORME AL XVI CONGREUSO MEDICO CENTROAMERICANO, VII CONGREUSO CENTROAMERICANO DE CIRUGIA GENERAL, - EN SAN SALVADOR, EL SALVADOR". Guatemala, - Diciembre de 1975.
7. KAKOS, G.S., TOMKINS, R.K., TURNIPSEED W. and ZOLLINGER, R. M. "OPERATIVE CHOLANGIOGRAUPHY DURING ROUTINE CHOLECYSTECTOMY, A REUVIEW OF 3012 CASES".

8. BRIELE, H. A., LONG, W. B. and PARKS, L. C. "GALLUBLADDER DISEASE AND CHOLECYSTECTOMY". Am. - Surg. 1969, 35:218.
9. ELBHAR, F., VAUGNAT, P. and RUDLER, J. C. "A STUUDY OF 1103 CASES RECORDS OF SURGICAL TREATUMENT OF GALLSTONES". Ann. Chir., 1972, 26:19.
10. BOQUIST, L., BERGDAHL, L. and ANDERSON A. "MORUTALITY FOLLOWING GALLBLADDER SURGERY, A STUUDY OF 3257 CHOLECYSTECTOMIES". Surgery, 1972, 71: 616.
11. ROBINS, STANLEY L. "TRATADO DE PATOLOGIA" 3a. Edición. Editorial INTERAMERICANA. México, 1968. pp. 862-867.
12. HARRISON. "MEDICINA INTERNA". 4a. Edición en EspaUñol y 6a. Edición en Inglés. Editorial LA PRENSA MEDIUCA MEXICANA. México, 1973. pp. 1755-1756.
13. SABISTON, David C. "TRATADO DE PATOLOGIA QUIURURGICA". Tomo I. 10a. Edición. Editorial INTERAMERIUCANA; México, 1974. pp. 1025-1030.