



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-MANAGUA



Hospital Alemán Nicaragüense

“Carlos Marx”

**Tesis de Grado para aplicar a la Especialidad de
Cirugía General**

TEMA:

Cumplimiento del protocolo de atención de pacientes con colecistitis aguda, ingresados en la sala de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de enero a diciembre de 2014

Autor:

Dr. Gabriel Antonio Soto Sáenz

Tutor:

**Dra. Gladys Fletes Ruiz.
Especialista en Cirugía General**

Managua, Marzo 2015

OPINIÓN DEL TUTOR

El presente trabajo sobre *Cumplimiento del protocolo de atención de pacientes con colecistitis aguda, ingresados en la sala de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de enero a diciembre de 2014* es de utilidad para el servicio de cirugía pues sirve como parámetro ya que brinda la panorámica del problema y abre las puertas para tomar decisiones que nos permitan una mejor atención en salud y poder reforzar los conocimientos del personal permitiendo a la vez que generaciones futuras puedan comparar resultados teniendo como referencia este trabajo monográfico.

CONTENIDO

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
MARCO TEÓRICO.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
TIPO DE ESTUDIO.....	22
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	22
UNIVERSO.....	22
MUESTRA, MUESTREO	22
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	22
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	22
ENUMERACIÓN DE VARIABLES.....	23
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	24
MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	30
MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA ANALIZAR LOS DATOS.....	31
ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	32
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	39
ANEXOS.....	40
HOJA DE REGISTRO DE DATOS.....	40
LISTA DE CHEQUEO.....	41
TABLAS DE FRECUENCIA.....	46
GRÁFICOS.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	61

Dedicatoria

Este trabajo monográfico lo dedico a esa persona especial, que entro en mi vida y me impulso día a día para lograr que el tiempo y las adversidades no me consumieran durante la realización de este estudio, Ella que con suma paciencia camino a mi lado y me apoyo para que este proyecto se lograra, por quien esto fue posible:

Adriana Prado Aguedo.

Agradecimientos.

De manera muy especial doy gracias a Dios ese ser supremo que nos dio la vida, a mi Madre que me guio por este camino, ayudándome a levantarme frente a cualquier dificultad, a mi Padre que hoy Descansa y que desde donde este, estará orgulloso de haber hecho de mi lo que soy, a mi familia en general por su apoyo incondicional en todo momento, a mis docentes que se preocuparon por formar y transmitirnos sus conocimientos durante toda nuestra formación académica. De manera especial a la Dra. Gladys Fletes que dedico su tiempo para ayudarme en la realización de este trabajo y brindar sus recomendaciones para que este fuera elaborado completamente, y por último y no menos importante a los servicios de cirugía y estadísticas por permitirme recopilar información valiosa para este estudio.

RESUMEN

En la actualidad el Hospital Alemán Nicaragüense cuenta con un protocolo de atención para pacientes con Colecistitis aguda, dicho documento forma parte de la normativa 052 “*PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN ADULTOS*” del MINSA, en la cual se exponen planes terapéuticos y abordaje de las diferentes patologías quirúrgicas, entre ellas la colecistitis; basado en que se cuenta con esta guía de atención, se decide evaluar el cumplimiento de la misma en pacientes con colecistitis aguda que fueron ingresados a la sala de hospitalización del servicio de cirugía, para ello se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo, en el cual la fuente de información se obtuvo del departamento de estadística del hospital, tomando como muestra los expedientes de los pacientes atendidos de enero a diciembre de 2014 con dicho diagnóstico, una vez seleccionados, se tuvieron 50 expedientes, estos fueron revisados, a través de una lista de chequeo y un hoja de registro de datos manualmente, que permitió digitar y procesar de manera práctica la información obtenida en una base de datos con el programa estadístico SPSS 0.19, creando así un estudio confiable, que brinde tanto al servicio de cirugía como al hospital la oportunidad de fortalecer aspectos referentes al manejo y atención de pacientes con esta patología.

Palabras claves: protocolo, manejo, colecistitis aguda, cumplimiento.

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda es una inflamación de las paredes de la vesícula biliar, la cual se manifiesta a través de síntomas específicos, en el mundo se diagnostican más de ochocientos mil casos nuevos de colecistitis aguda, y en su mayoría terminan representando un tercio de las cirugías realizadas en los hospitales.

El Hospital Alemán Nicaragüense, forma parte del distrito 6 de Managua y recibe alrededor de trecientos cincuenta mil habitantes, es un centro médico que atiende las cuatro especialidades más importantes, medicina interna, pediatría, ginecobstetricia y cirugía, este último servicio, está constituido por un grupo de cirujanos generales y subespecialistas que manejan diferentes patologías quirúrgicas o médicas y que brindan una atención de calidad a la población.

En cuanto al manejo de la colecistitis aguda, en el Hospital Alemán existe un protocolo diseñado, con planes terapéuticos bien definidos, explicando de manera breve y clara, como abordar la patología y cuando decidir una intervención quirúrgica; dicho esto nace la inquietud de realizar un estudio descriptivo-retrospectivo, que tuvo como propósito evaluar el cumplimiento del protocolo de atención en pacientes con colecistitis aguda que fueron ingresados a la sala de observación y hospitalización del servicio de cirugía de enero a diciembre de 2014, utilizando como fuente de información, los expedientes del hospital, que fueron revisados uno a uno, mediante una lista de chequeo y un registro de datos de modo manual, para luego esta información obtenida, fuera digitada y procesada en una base de datos utilizando el programa SPSS, que nos revelo que solamente un 18% de pacientes ingresados a observación se les atendió de acuerdo al protocolo del MINSa y de modo positivo el 88% de quienes ingresaron a la sala de hospitalización de cirugía fueron atendidos de acuerdo a la normativa, de esta manera este estudio tiene un soporte estadístico confiable, que se espera que ayude a mejorar o fortalecer debilidades en cuanto al manejo y atención de esta patología biliar.

ANTECEDENTES

A nivel internacional se amplia la información que se dispone sobre el manejo médico y quirúrgico en la colecistitis aguda, sin embargo investigaciones que evalúen en cumplimiento de protocolos ya creados para dicha patología, no se encontraron. En el Hospital Alemán nicaragüense en los últimos 5 años se documentó la existencia de dos trabajos relacionados con esta investigación.

En 2010, la Dra. Aracely Ríos Cano, realizó una investigación titulada *Cumplimiento del protocolo de manejo de enfermedades de vesícula y vías biliares, servicio de cirugía, Hospital Alemán Nicaragüense , Agosto 2009- Febrero 2010*, fue un estudio descriptivo, de corte transversal; el cual, consistía en determinar el cumplimiento del protocolo y a la vez identificar el nivel de conocimiento del personal médico sobre dicha Guía de atención, los resultados fueron los siguientes: el 60% de los especialistas del servicio de cirugía están en un nivel medio-bajo de conocimiento del protocolo de atención, existía un cumplimiento del 50% de este, el esquema antibiótico más usado es ampicilina + Gentamicina, a los pacientes se les dio tratamiento médico por más de 72 horas y que en la mayoría de los casos se realizó tratamiento quirúrgico de forma electiva.

En 2013, se finaliza un estudio sobre *Complicaciones de la cirugía biliar en el Hospital Alemán Nicaragüense, de enero 2010 a diciembre 2013, a cargo de la Dra. Tania Salgado Torres, bajo la tutoría del Dr. David Báez*, con el cual se concluyó que dentro de las complicaciones prevalentes estaban las hemorragias con un 39% del total de todas las complicaciones, siguiendo el orden de frecuencia, se encontró la fuga biliar y lesiones de la vía biliar, que terminaron en derivaciones biliodigestivas. Un aspecto importante a destacar es que el diagnóstico de dichas complicaciones fue establecido en el postquirúrgico tardío, un factor determinante para la evolución del paciente.

JUSTIFICACIÓN

La patología de la vesícula biliar, como morbilidad representa un porcentaje alto y la etiología litiásica predomina en alrededor del 95% de los casos. En el manejo de la colecistitis aguda existen criterios que definen su intervención quirúrgica, de la mano con un plan médico-farmacológico previo, que permita dar la pausa para decidir cuándo llevar al paciente a sala de operaciones.

De lo antes mencionado, surge el interés de investigar si se cumple de manera adecuada el protocolo de manejo de colecistitis aguda en los ingresos a la sala de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense, a fin de crear un base para futuros planes de mejoramiento en este tema, y así identificar las debilidades del tratamiento actualmente brindado, garantizando que exista un documento confiable que permita corregir o fortalecer estos aspectos en estudios posteriores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál fue el cumplimiento del protocolo de atención de pacientes con colecistitis aguda, ingresados en la sala de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de enero a diciembre de 2014?

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el cumplimiento del protocolo de atención de pacientes con colecistitis aguda, ingresados en la sala de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de enero a diciembre de 2014

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Clasificar por edad y sexo a los paciente con colecistitis aguda ingresados en el servicio de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense de enero a diciembre de 2014.
2. Identificar los criterios de hospitalización para los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de colecistitis aguda.
3. Mencionar los criterios utilizados en indicaciones quirúrgicas de urgencia en pacientes con colecistitis aguda.
4. Determinar cuál fue el cumplimiento del manejo médico de las colecistitis agudas, según el protocolo de atención del MINSA, en la sala de observación y hospitalización de cirugía.
5. Registrar en orden de prevalencia las complicaciones más frecuentes encontradas en los pacientes ingresados con colecistitis aguda.
6. Establecer relación entre las complicaciones más frecuentes en pacientes ingresados vs cumplimiento de manejo médico en base al protocolo de atención para colecistitis aguda.

MARCO TEÓRICO

La colecistitis aguda se caracteriza por la inflamación de la pared vesicular, que en su mayoría aproximadamente del 90-95% es debido a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo. Su clínica se hace evidente por dolor y sensibilidad en hipocondrio derecho, acompañados a menudo por fiebre que no supera 39° C y aumento de los leucocitos. Alrededor del 20% presentan ictericia con bilirrubina inferior a los 4 mg/dl. El ultrasonido es aun considerado "Gold estándar" para confirmar el diagnóstico, pero en ocasiones una TC puede ser necesaria ante la sospecha de complicaciones como en el caso de un absceso perivesicular. La gravedad en el curso de la enfermedad se ve afectada por la edad, presencia de comorbilidades (diabetes) e inmunosupresión, no obstante la mortalidad global puede llegar al 10%, aunque las formas alitiásicas comportan un mayor riesgo.

En cuanto a la prevalencia es más frecuente en mujeres con una proporción 3:1 respecto a los hombres, con el mayor número de casos en edades media, hasta la edad de 50 años. Después esa razón pasa a ser más o menos 1.5 a 1.

Aún no se conoce por qué la inflamación solo se presenta de modo ocasional con la obstrucción del conducto cístico, quizá esté relacionado con la duración de esta última. En su comienzo la colecistitis aguda es un proceso inflamatorio, tal vez mediado por lisolecitina, un producto derivado de la lecitina y asimismo sales biliares y factores activadores de plaquetas. Otro dato que resulta importante es que más de la mitad de los sujetos en los que se lleva a cabo una colecistectomía temprana por colecistitis aguda no complicada, existe contaminación bacteriana secundaria, aunque no esté dilucidado la participación exacta de las bacterias en su patogenia; se han encontrado cultivos positivos de bilis o del tejido de la pared vesicular en el 50 o 70% de los casos y a su vez, la mortalidad de la colecistitis no tratada se relaciona en su mayoría con complicaciones sépticas, y los microorganismos causales son aquellos que más a menudo se desarrollan en la vesícula que contienen cálculos, que como se conoce estos se relacionan con las concentraciones biliares relativas de fosfolípidos, sales biliares y colesterol.

CLASIFICACION DE LOS CALCULOS BILIARES:

Se pueden clasificar según su origen y localización en el árbol biliar: *primarios* o *secundarios*, según su composición: *mixtos*, *puros* y *de pigmento*, y con el tiempo relacionado a la colecistectomía.

- Cálculos Primarios: O Recurrentes, son cálculos que se forman “de novo” fuera de la vesícula, ya sea en conductos biliares intra o extrahepáticos.
- Cálculos Secundarios: o cálculos retenidos, se forman en la vesícula biliar y pasan al colédoco a través
 - del cístico o por una fístula colecistocolédoco
- Cálculos Mixtos de Colesterol. (80%) : Sales de calcio, bilirrubina, proteínas, ácidos biliares, restos celulares.
- Cálculos de Colesterol Puro : (10%) Son Únicos , Grandes, Redondos.
- Cálculos de Pigmento: (10%) Bilirrubinato de calcio, Color Negro o Verde oscuro, Irregulares y duros.

PATOGENIA DE LOS CALCULOS BILIARES DE COLESTEROL:

La obstrucción del conducto cístico tiene que ver en gran parte con su desarrollo, ya sea por un cálculo o por edema del conducto, pero al parecer debe existir otro factor, como presencia de jugo pancreático, gástrico o bilis concentrada y saturada de colesterol. Al mismo tiempo la erosión de la de la mucosa por un cálculo permite la pasada de sales biliares a la pared y provoca daño a la misma, permitiendo así la proliferación de las bacterias causando Empiema

Las etapas de la formación del cálculo en la patogenia de la enfermedad son las siguientes:

- Saturación de colesterol
- Nucleación
- Crecimiento del cálculo.

Solubilización y saturación del colesterol: el colesterol es una molécula orgánica casi insoluble en un medio acuoso como la bilis. Por tanto su Solubilización depende de otro vehículo. En este proceso juegan un papel importante los ácidos biliares, que son compuestos anfipáticos que contienen tanto grupos polares hidrófilos como porciones no polares hidrófobas. Cuando la concentración de ácidos biliares llega a cierto nivel micelar crítico se agregan las moléculas individuales de ácidos biliares en pequeños acúmulos con los extremos polares orientados hacia el exterior y las porciones hidrófobas dirigidas hacia el interior. Conforme entran moléculas de lecitina este agregado se hincha, lo que facilita la incorporación del colesterol.

Formación y nucleación de las vesículas:

Cuando se habla de nucleación se hace referencia al proceso en el que propicia la formación y aglomeración de cristales de monohidrato de colesterol. Investigadores han demostrado que la nucleación ocurre con mayor rapidez en la vesícula biliar de los pacientes que tienen cálculos biliares de colesterol y en los individuos que tienen bilis saturada pero no cálculos estos primeros estudios iniciaron una serie de esfuerzos para identificar la naturaleza de los agentes pronucleantes o antinucleantes que podrían ser los encargados de este fenómeno. En pacientes con cálculos biliares de colesterol se ha identificado una glicoproteína termolábil que reduce el tiempo de nucleación de manera progresiva. Se ha informado aumento de la secreción de moco por la vesícula biliar en los modelos de cálculos biliares de colesterol inducidos de manera experimental (Pill, Calabuig, Cameron, Cates, & CO, 1990).

ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGIA.

Aunque el mecanismo del desarrollo de una colecistitis aguda no está claro, existen varios factores que se sabe que desempeñan un papel significativo.

Obstrucción del cístico. Representa el 95 % de los casos de colecistitis, en tal caso el mecanismo sería la impactación de un cálculo en dicho conducto o en la bolsa de Hartmann con compresión secundaria del Cístico. Al haber obstrucción se modifica la capacidad de membrana de la mucosa vesicular, reduciendo su capacidad absorptiva después de las 12 horas de la ligadura del cístico, aumentando la secreción mucosa. En las colecistitis sin obstrucción del cístico, un mecanismo es la estasis biliar con aumento de la saturación y espesamiento biliar. La obstrucción del cístico podría ser secundaria a esas alteraciones. Por otro lado son diversos factores los que deben intervenir en su génesis, ya que la obstrucción exclusiva del cístico no siempre da lugar a una colecistitis aguda.

Ácidos biliares. Ya descritos como iniciadores del proceso inflamatorio. Es conocida la acción deletérea sobre la membrana que posee el taurodesoxicolato a través de la producción de enzimas intracelulares. Por otra parte, la lecitina tendría un papel importante en el bloqueo de esta acción mediante la formación de micelas con los ácidos biliares. En los pacientes con litiasis existe mayor cantidad de desoxicolato y menor concentración de lecitina, de manera que esta aumentado el índice isolecitina/lecitina. La liberación de isolecitina después de la impactación de un cálculo acelera esta situación en las colecistitis agudas.

Prostaglandinas. Podrían desempeñar cierto papel, ya que su acción sobre la absorción y secreción es evidente. Experimentalmente, la indometacina (inhibidor de la síntesis de PGE) reduce la inflamación en la colecistitis experimental, y en el ser humano se comprobó disminución de la distensión y del dolor.

Bacterias. 50% de los casos tienen cultivos positivos, con predominio de bacterias gramnegativas de origen intestinal. El papel de las bacterias está más relacionado con el tiempo de atención o en casos de colecistitis alitiasicas por infección primaria.

Isquemia. La isquemia de la pared vesicular está más relacionada con la distensión de la misma que provoca una disminución del flujo sanguíneo alrededor del 25%, por medio del aumento que ocasiona a la presión endovesicular. La mucosa es más sensible a esta disminución del flujo especialmente en el fondo vesicular, por su mayor diámetro.

De todo lo antes mencionado es evidente que la fisiopatología de las colecistitis agudas no está clara, por lo que se considera entonces que es de causa multifactorial.

TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento de la colecistitis aguda, este incluye medidas generales a las que deberá prestarse importancia y la resolución de la enfermedad mediante una colecistectomía. Debe indicarse ayuno, hidratación y alivio del dolor, estudios señalan que la administración de AINE ha demostrado ser eficaz y en algunos casos modifica la historia natural de la enfermedad, al reducir la síntesis de prostaglandinas, implicadas en la patogénesis de la inflamación. La administración de antibióticos está justificada por la frecuente sobreinfección con gérmenes entéricos (grado de recomendación IIA), a su vez la elección del antibiótico debe sustentarse no sólo en su actividad frente a los gérmenes más frecuentes como E. coli, S. faecalis, Klebsiella, Enterococo y otros como Bacteroides y Clostridium, sino en sus potenciales efectos adversos y costes.

En la actualidad la colecistectomía precoz en las siguientes 72 horas es la mejor opción en los pacientes con un riesgo quirúrgico aceptable. Así lo avalan los metanálisis de 12 estudios que comparan la colecistectomía precoz y la diferida en la que esta última conduce a una mayor tasa de reingresos y morbilidad.

La normativa 052 *“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN ADULTOS”* del MINSA, expone lo siguiente en cuanto al manejo de la Colecistitis Aguda:

Los pacientes que presentan un cuadro de colecistitis aguda leve, con buen estado general, vómito ocasional, sin fiebre, sin vesícula palpable, el diagnóstico siempre se hará con la anamnesis y el examen físico, apoyado cuando sea posible, de un ultrasonido abdominal.

Manejo en la sala de emergencia:

Cuando el paciente es visto en la sala de emergencias, deberá definirse el destino del mismo, los cuales pueden ser:

- Alta con cita a consulta externa y recomendaciones de manejo ambulatorio.
- Ingreso a la sala de observación.
- Ingreso a sala de operaciones o a sala general.

Criterios de alta en emergencia:

- Ausencia de dolor, náuseas y vómitos.
- Ausencia de fiebre, leucocitosis, leucopenia y hemodinámicamente estable.
- Ausencia de ictericia.
- Confirmada tolerancia de la vía oral.

Criterios de ingreso a sala de observación:

- Dolor persistente en hipocondrio derecho.
- Náuseas y/o vómitos persistentes.
- Fiebre, leucocitosis, leucopenia.
- Ictericia (para definir si es obstructiva o no obstructiva).
- Intolerancia de la vía oral.
- Deshidratación leve o moderada.
- Para descartar pancreatitis aguda u otro padecimiento concomitante.

Manejo en sala de observación

- Reposición de requerimientos hídricos según cálculo para cada paciente.
- Nada por vía oral (NPO).
- Analgésicos.
- Antibióticos.
- Uso de proquinéticos si el paciente lo amerita.
- No es indispensable el uso de sonda nasogástrica, salvo que haya trastorno del sensorio o riesgo de broncoaspiración.

- Exámenes de laboratorio: BHC, glicemia, creatinina, amilasa y lipasa (si estuviese disponible).
- Si el paciente tiene ictericia, deberá enviarse bilirrubina, transaminasa y fosfatasa alcalina (siempre y cuando estén disponibles).
- Ultrasonido abdominal, cuando esté disponible.
- Si hay mejoría clínica y por laboratorio *en un período no mayor de 24 horas*, se indicará alta con tratamiento médico ambulatorio y seguimiento en consulta externa por médico tratante.

Colecistitis que deben hospitalizarse en sala general:

- Sin respuesta al manejo médico en sala de observación durante un máximo de 24 horas y en dependencia de la disponibilidad de camas en el establecimiento de salud (si no se ha tomado conducta quirúrgica).
- Colecistitis con vesícula palpable o masa palpable (para completar estudios).
- Colecistitis que desde la primera valoración tiene toma del estado general (para mejorar condiciones preoperatorias).
- Colecistitis con vómitos persistentes.
- Colecistitis con fiebre.
- Colecistitis con ictericia.
- Pancreatitis de origen biliar.
- Cuadro de colecistitis aguda litiásica a repetición (para completar estudios).
- Deshidratación severa.
- Manejo médico de las colecistitis en sala de hospitalización (sala general):
- NPO.
- Líquidos intravenosos según requerimientos.
- Sonda Nasogástrica (SNG).
- Analgésicos
- Antibioticoterapia.
- Proquinéticos en caso de vómitos persistente.

- Bloqueadores H2 vía intravenosa solamente en aquellos pacientes con enfermedades ácido péptica o las condiciones médicas lo requieran.
- Exámenes de laboratorio (BHC, Glicemia, Creatinina, Lipasa y/o Amilasa, TP y TPT, Transaminasas). En casos de ictericia se debe enviar bilirrubinas y fosfatasa alcalina.
- Estudios de imagen:
 - Ultrasonido abdominal
 - La tomografía está indicada en sospechas de masas que se identificaron por ultrasonido y no correspondan a una imagen litiasica; siempre y cuando se encuentre disponible en el establecimiento de salud.
- En caso de pancreatitis biliar se debe enviar calcio sérico, BUN en sangre y en donde esté disponible, albúmina y gasometría.
- Establecer la escala pronóstica de Ramson al ingreso y a las 48 horas.
- Una escala de pronóstico alternativa a utilizar, es la escala Apache II para pancreatitis.

Esquemas de tratamiento Analgésico:

Primera opción: Metamizol 1 gr IV diluido o IM o espasmoanalgésico

Segunda opción: AINEs como diclofenac 75 mg IM ó ketorolac 30 a 60 mg IV

Esquemas de tratamiento antibiótico

Primera opción:

Ceftriaxona 1 gr IV cada 12hrs cuando tolere la dieta pasar a vía oral a una quinolona o amoxicilina mas ácido clavulanico hasta completar los 7 días.

Gentamicina 160 mg IV (si la función renal lo permite) diario mientras este con líquidos y después IM hasta completar 10 días.

Segunda opción:

Ceftriaxona 1 gr IV cada IV (intravenoso) cada 12 hrs cuando tolere la dieta pasar a vía oral a una quinolona o amoxicilina mas ácido clavulánico hasta completar los 7 días.

Gentamicina 160 mg diario IV si la función renal lo permite y después pasar a la vía IM cuando egrese hasta completar 5 días.

En pacientes graves o inmunodeprimidos:

Primera opción: Ceftriaxona 1 g IV c/12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas por 5 días, o

Segunda opción: Ceftriaxona 1 g IV c/12 horas más Clindamicina 900 mg IV cada 12 horas por 5 días, o

Tercera opción: Cefotaxima 500 mg IV cada 8 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas.

Indicaciones de cirugía de urgencia

Falla en el tratamiento médico después de las 24 – 48 horas.

Hidrops vesicular o sospecha de pícolecisto.

Sospecha de colecistitis gangrenosa o perforada.

Pancreatitis de origen biliar una vez restablecido el estado general del paciente.

Colecistitis alitiásica más diabetes.

Colangitis más pítalología de Reynolds (o colangitis tóxica).

Una vez definido el momento de la cirugía esta puede ser llevada a cabo mediante una cirugía abierta o por la vía laparoscópica.

Colecistitis Aguda con Embarazo:

Manejo será médico al igual que una colecistitis aguda excepto en el uso de antibiótico que se manejara con ampicilina.

La cirugía se difiere hasta después del parto a menos que dicha patología ponga en riesgo la vida de la paciente o el producto y se indicará antibioticoterapia con cefoxitina o ceftriaxone.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es un estudio descriptivo-retrospectivo, es descriptivo por el modo de medir las variables en estudio y es retrospectivo porque se trabajó con pacientes que fueron ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda a la sala de hospitalización de cirugía en el periodo de enero a Diciembre del 2014.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental, transversal descriptivo. Se efectua la revisión de expedientes clínicos, con una sola observación en el tiempo para la medición de las variables.

UNIVERSO

Todos los expediente de Pacientes ingresados con diagnóstico de colecistitis aguda en el Hospital Alemán Nicaragüense.

MUESTRA, MUESTREO

Todos los expedientes de pacientes que ingresaron con diagnóstico de colecistitis aguda en el periodo de enero a diciembre del 2014. Se realizará mediante un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Expedientes de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda

Expedientes de pacientes que sean ingresados a la sala de observación y hospitalización de cirugía.

Expedientes de pacientes ingresados en el periodo de enero a diciembre de 2014

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todos los expedientes que no cumplan con los requisitos anteriores.

ENUMERACIÓN DE VARIABLES

1. Edad
 - a. Dimensión:
 - i. Edad: en años
2. Sexo
 - a. Dimensión:
 - i. Sexo biológico.
3. Criterios de ingreso
 - a. Dimensión:
 - i. Criterios de ingreso a sala de observación
 - ii. Criterios de ingreso en sala general
4. Criterios para cirugía de urgencia
 - a. Dimensión:
 - i. Criterios para cirugía de urgencia
5. Cumplimiento del protocolo de atención del MINSA para colecistitis aguda.
 - a. Dimensión:
 - i. Cumplimiento del manejo en observación
 - ii. Cumplimiento del manejo médico en sala general
 - iii. Cumplimiento del esquema antibiótico.
 - iv. Cumplimiento de exámenes complementarios
 - v. Cumplimiento del esquema analgésico
6. Complicaciones más frecuentes:
 - a. Dimensión:
 - i. Complicaciones con manejo médico adecuado.
 - ii. Complicaciones con retraso del manejo médico.
 - iii. Complicaciones con incumplimiento del manejo médico.
 - iv. Complicaciones postquirúrgicas en cirugía de urgencia
7. Complicaciones Vs cumplimiento del manejo Médico:
 - a. Dimensión:
 - i. Complicación más frecuente vs manejo médico adecuado
 - ii. Complicación más frecuente vs retraso del manejo medico
 - iii. Complicación más frecuente vs incumplimiento del manejo médico
 - iv. Complicación más frecuente vs cirugía de urgencia

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA / VALOR
1. Clasificar por edad y sexo a los paciente con colecistitis aguda ingresados en el servicio de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense de enero a diciembre de 2014.	Edad	Consistirá en clasificar cada expediente clínico, por edad y sexo del paciente ingresado con diagnóstico de colecistitis aguda.	Edad: en años	Registro del expediente clínico	-15-25 años -26-50 años -51 o mayores
	Sexo		Sexo: Hombre/mujer		-Femenino -Masculino
2. Identificar los criterios de ingreso a hospitalización para los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda.	Criterios de ingreso	Serán los criterios establecidos por el médico tratante para ingresar al pacientes con colecistitis aguda a la sala de hospitalización de cirugía	Criterios de ingreso a sala de observación	1.Dolor persistente en hipocondrio derecho. 2.Náuseas y/o vómitos persistentes. 3.Fiebre, leucocitosis, leucopenia. 4.Ictericia. 5.Intolerancia PO. 6.Deshidratación leve o moderada. 7.Para descartar pancreatitis aguda u otro padecimiento concomitante	1-3 criterios 4-6 criterios Más de 6 criterio.

			<p>Criterios de ingreso en sala general</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin respuesta al manejo médico en observación durante máximo de 24 hrs 2. Colecistitis con vesícula palpable o masa palpable. 3. Colecistitis con toma del estado general. 4. Colecistitis con vómitos persistentes. 5. Colecistitis con fiebre. 6. Colecistitis con ictericia. 7. Pancreatitis de origen biliar. 8. Cuadro de colecistitis aguda litiásica a repetición. 9. Deshidratación severa 	<p>1-3 criterios 4-6 criterios Más de 6 criterio.</p>
<p>3. Mencionar los criterios utilizados para proceder a cirugía urgente en los pacientes con colecistitis aguda.</p>	<p>Criterios para cirugía de urgencia</p>	<p>Son los criterios establecidos por el médico tratante para indicar cirugía de urgencia</p>	<p>Criterios de cirugía de urgencia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falla al Tx médico después de las 24–48 hrs. 2. Hidrops vesicular o sospecha de piocolecisto. 3. Sospecha de colecistitis gangrenosa o perforada. 4. Pancreatitis de origen biliar una vez restablecido el estado general del paciente. 5. Colecistitis alitiásica más diabetes. 6. Colangitis más péntalugia de Reynolds (o colangitis tóxica). 	<p>1-3 criterios 4-6 criterios Más de 6 criterio.</p>

4. Determinar cuál fue el cumplimiento del manejo médico de las colecistitis agudas, según el protocolo de atención del MINSA, en la sala de hospitalización de cirugía.	Cumplimiento del manejo médico para colecistitis aguda, según el protocolo de atención del MINSA	Estará dado por la aplicación del protocolo de atención de enfermedades quirúrgicas del adulto, del MINSA.	Cumplimiento del manejo en observación	<ol style="list-style-type: none"> 1.Reposición de líquidos. 2.NPO. 3.Analgésicos. 4.Antibióticos. 5.Uso de proquinéticos si el paciente lo amerita. 6.Indicar Exámenes de laboratorio 7.Si el paciente tiene ictericia, deberá enviarse bilirrubina, transaminasa y fosfatasa alcalina. 8.Ultrasonido abdominal. 9.Si hay mejoría clínica y por laboratorio en un período no mayor de 24 horas, se indicará alta con tratamiento médico ambulatorio y seguimiento en consulta externa por médico tratante. 	Si No No aplica
			Cumplimiento del manejo médico en sala general	<ol style="list-style-type: none"> 1. NPO. 2. Líquidos intravenosos según requerimientos. 3. Sonda Nasogástrica. 4. Analgésicos 5. Antibioticoterapia. 6. Proquinéticos. 7. Bloqueadores H2 vía intravenosa solamente en aquellos pacientes con enfermedades ácido 	Si No No aplica

				<p>péptica o las condiciones médicas lo requieran.</p> <p>8. Indicación de Exámenes de laboratorio</p> <p>9. Indicación de U/S abdominal</p> <p>10.TAC en sospechas de masas que se identificaron por ultrasonido</p> <p>11.EN CASO DE PANCREATITIS BILIAR: Establecer la escala pronóstica de Ramson al ingreso y a las 48 horas.(alternativa a utilizar, es la escala Apache II para pancreatitis.)</p>	
			Cumplimiento del esquema antibiótico.	<p>1. Primera opción: Ceftriaxona 1 gr IV cada 12hrs. Tolerando PO pasar a una quinolona o amoxicilina + ácido clavulánico x 7 días. Gentamicina 160 mg IV (buena función renal) ID si se retiran líquidos, quedará IM x10 días.</p> <p>2. Segunda opción: Ceftriaxona 1 gr IV cada c/ 12 hrs. tolerando PO pasar a una quinolona o amoxicilina + ácido clavulánico x 7días. Gentamicina 160 mg diario IV y después pasar a la vía IM cuando egrese hasta completar 5 días.</p>	Si No NHF

			<p>Cumplimiento de esquema analgésico</p>	<p>1. Primera opción: Metamizol 1 gr IV diluido o IM o espasmoanalgésico</p> <p>2. Segunda opción: AINEs como diclofenac 75 mg IM ó ketorolac 30 a 60 mg IV</p>	<p>Si No NHF</p>
			<p>Cumplimiento de exámenes complementarios</p>	<p>1. BHC</p> <p>2. Glicemia</p> <p>3. Creatinina</p> <p>4. Amilasa</p> <p>5. Lipav sa</p> <p>6. TP y TPT, Transaminasas</p> <p>7. U/S abdominal En caso de pancreatitis biliar se debe enviar:</p> <p>8. calcio sérico</p> <p>9. BUN en sangre</p> <p>10. Albúmina</p> <p>11. Gasometría</p>	<p>Si No No aplica</p>

<p>5. Registrar en orden de prevalencia las complicaciones más frecuentes encontradas en los pacientes ingresados con colecistitis aguda.</p>	<p>Complicaciones más frecuentes</p>	<p>Son todas aquellas complicaciones que se presenten en pacientes que fueron ingresados con diagnóstico de CA, en la estancia hospitalaria con manejo médico o que tuvieron indicación quirúrgica de urgencia.</p>	<p>Complicaciones con manejo médico adecuado. Complicaciones con retraso del manejo médico. Complicaciones con incumplimiento del manejo médico. Complicaciones postquirúrgicas en cirugía de urgencia</p>	<p>1. Colecistitis gangrenosa 2. Perforación vesicular 3. Absceso pericolecístico 4. Empiema 5. Colangitis 6. Fístula 7. Plastrón Vesicular. 8. Pancreatitis Aguda. 9. Ileo Biliar.</p>	<p>Si No Ninguna Otra</p>
<p>6. Establecer relación entre las complicaciones más frecuentes en pacientes ingresados vs cumplimiento de manejo médico en base al protocolo de atención para colecistitis aguda</p>	<p>Complicaciones Vs cumplimiento del manejo Médico</p>		<p>Complicación más frecuente vs manejo médico adecuado Complicación más frecuente vs retraso del manejo médico Complicación más frecuente vs incumplimiento del manejo médico Complicación más frecuente vs cirugía de urgencia</p>	<p>1. Colecistitis gangrenosa 2. Perforación vesicular 3. Absceso pericolecístico 4. Empiema 5. Colangitis 6. Fístula 7. Plastrón Vesicular. 8. Pancreatitis Aguda. 9- Ileo Biliar</p>	<p>Si No Ninguna Otra</p>

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

“El instrumento de recolección de datos está orientado a crear las condiciones para la medición” (Chávez de Paz, 2008). Se efectuó la revisión de los expedientes clínicos ingresados a la sala de observación y hospitalización de cirugía en el periodo de enero a diciembre de 2014, para seleccionar los registros de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, una vez obtenidos los expedientes, se identificaron las dimensiones de las variables en estudio, tomando como referencia el indicador asignado a cada una de ellas, para finalmente ser medida con la escala o valor proporcionada a estas. Los datos seleccionados se registraron manualmente en la “ficha de registro de datos generales” y la “lista de chequeo” que fue realizada en base a los objetivos del trabajo a fin de evaluar el cumplimiento del manejo médico de la colecistitis aguda en pacientes hospitalizados en la sala general, durante el periodo antes mencionado. Datos que posteriormente fueron digitados en el programa estadístico SPSS.

Recolección de datos

Solicitud al archivo del Hospital Alemán Nicaragüense de los expedientes clínicos de hospitalización de cirugía de enero a diciembre del 2014.

Identificación de los ingresos con diagnóstico de colecistitis aguda.

Copiado de los datos en la Ficha de Registro de Datos generales y lista de chequeo.

- Revisión de datos.
- Elaboración de la Base de Datos.
- Tabulación y graficación de los datos.
- Explicación de resultados.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA ANALIZAR LOS DATOS.

La base de datos se elaboró en el programa de computación EXCEL de Office 2010, para el análisis descriptivo de los datos será utilizado el programa estadístico SPSS Versión 19. 0 para Windows (SPSS Inc. 2009).

Estadística descriptiva

Se elaboraron tablas de frecuencia (absolutas y porcentajes) de las variables cualitativas (categóricas) y cuantitativas. Los datos fueron presentados en forma gráficos de barras y pastel. Las medidas utilizadas fueron en dependencia del tipo de distribución del tipo de las variables. Se realizó una estratificación de muestreo de prueba que revelo que no había sesgo en el estudio y que el intervalo de confianza del mismo era del 95%.

ANÁLISIS Y RESULTADOS.

Este informe presenta datos fiables de un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, con pacientes que fueron ingresados con el diagnóstico de colecistitis aguda al servicio de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense, tanto en observación como en la sala de hospitalización de cirugía, es un estudio de tipo no experimental, transversal descriptivo, en el cual el muestreo fue no probabilístico por conveniencia donde se encontró los siguientes resultados:

Para el objetivo primero en el cual se planteó: *Clasificar por edad y sexo a los paciente con colecistitis aguda ingresados en el servicio de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense de enero a diciembre de 2014.*

Se tiene que del total de pacientes el 42% se encontraban en un rango de edad desde los 26 hasta los 50 años de edad seguido de los pacientes mayores de 50 años con un 38% y en un menor porcentaje a los que se encontraban en edades entre los 15 y 25 años (Ver tabla 1). En cuanto al sexo se observó que predomina esta patología con un 78% en mujeres y los hombres solamente el 22% cifras que se aproximan significativamente con la literatura que plantea que la colecistitis afecta con mayor frecuencia al sexo femenino (Ver tabla 2). Además de lo anterior con fines informativos se registró que en los meses de julio a septiembre se presentaban el 34% de los casos de colecistitis, seguido del periodo de enero a marzo con un 24% siendo los meses de octubre a diciembre donde se documentó un menor número de casos, de igual manera se tomó registro de los horarios de ingreso de pacientes en los cuales no hubo mayor relevancia (Ver tabla 3).

En cuanto a la Identificación de los criterios de hospitalización para los pacientes que ingresan con el diagnóstico de colecistitis aguda, esto planteado como segundo objetivo se evidencia que tomando en cuenta la ruta de atención a pacientes, el área de emergencia es el primer contacto con los medios hospitalarios de quienes requieren un servicio de salud.

La determinación de criterios y la aplicación de protocolos de atención permiten establecer el destino de cada paciente para brindarle una mejor y adecuada solución a su problema médico. Basado en lo anterior como se aprecia en las tablas 4 y 5 se encuentra que el 50% de los pacientes fueron ingresados a observación y el otro 50% tenía criterios para ingresar directamente a sala general. De ello se tiene que para su ingreso a observación el 44% de los pacientes presentaban de uno a tres criterios como se puede observar en las tablas 5 y 6 de anexos, de los cuales los más frecuentes fueron:

- Dolor persistente en hipocondrio derecho
- Nausea y/o vómitos persistentes
- Fiebre, leucocitosis, leucopenia
- Intolerancia a la vía oral.

No se registraron ingresos a observación con ictericia y/o deshidratación leve o moderada.

En cuanto al porcentaje que se ingresó a sala de hospitalización el 47% cumplieron de uno a tres criterios y solo un 2% presentaron más de cuatro criterios donde los más frecuentes por orden porcentual fueron (Anexos tablas 7 y 8):

- Sin respuesta al manejo medico en observación durante un máximo de 24 horas.
- Cuadro de colecistitis a repetición.
- Colecistitis con vómitos persistentes.
- Pancreatitis de origen biliar.
- Colecistitis con fiebre.
- Colecistitis con vómitos persistentes.
- Colecistitis con vesícula palpable.
- Colecistitis con ictericia.

Como tercer objetivo se plantea Mencionar los criterios utilizados en indicaciones quirúrgicas de urgencia en pacientes con colecistitis aguda, la tabla N° 9 nos refleja que 14 pacientes cumplían de 1 a 3 criterios para cirugía de urgencia representando un 28% del total de los pacientes donde la falla del tratamiento médico después de las 24-48 horas, el hidrops vesicular o sospecha de piocolecisto y la sospecha de vesícula gangrenosa o perforada fueron los principales criterios que llevaron al evento quirúrgico de urgencia en estos pacientes. (Ver tabla 10)

La normativa 052 plantea una serie de pautas que rigen el cumplimiento del manejo de la colecistitis aguda en las diferentes áreas de atención intrahospitalaria, al plantear cuál fue el cumplimiento del manejo médico de las colecistitis agudas, según el protocolo de atención del MINSA, se obtiene información valiosa que revela que en el área de observación solamente al 18% de los pacientes se le cumplió por completo el manejo médico indicado. Encontrándose que en el 32% restante el cumplimiento fue incompleto.

Se manejó adecuadamente la reposición de líquidos, la restricción de alimentos, el uso de proquinéticos y la indicación de exámenes de laboratorio. Solo el 2% de los pacientes no recibieron analgesia y no se les indicó ultrasonido abdominal. Sin embargo un 28% de los pacientes no recibieron el tratamiento antibiótico indicado en dichos casos (Ver Tabla 11 y 12).

En el área de hospitalización de cirugía el cumplimiento mejora logrando que el 88% de los pacientes reciban un cumplimiento completo; de estos el 98% reciben todos los parámetros que la normativa indica. Se encuentra a un solo paciente que no se le aplica dicho protocolo ya que fue operado de manera urgente ingresando directamente a sala de operaciones, apréciense tablas 13 y 14.

Analizando cada uno de los aspectos que toma en cuenta la normativa 052 se encuentra que solo el 16% de los pacientes cumplen el esquema antibiótico

indicado siendo la primera opción terapéutica la que se utilizó en este porcentaje. A un 84% se les indico otras opciones terapéuticas no estipuladas en la normativa donde la combinación de gentamicina mas ampicilina represento un 70%, cloranfenicol más gentamicina un 8% y un 20% de los pacientes no recibieron esquema antibiótico (Anexos tabla 15 y 16).

Con el objetivo de Registrar en orden de prevalencia las complicaciones más frecuentes encontradas en los pacientes ingresados con colecistitis aguda.

Se documenta las siguientes complicaciones:

- Plastrón vesicular con un 24%
- Hidrops vesicular con un 16%
- Pancreatitis aguda 14%
- Perforación vesicular 12%
- Píocolecisto 4%
- Colangitis 2%

De lo anterior resulta importante establecer la relación entre las complicaciones más frecuentes en pacientes ingresados vs el cumplimiento del manejo médico en base al protocolo de atención para colecistitis aguda, como se puede apreciar en la tabla número 18 se encuentran plasmados tres tipos de fallos en la aplicación de la normativa, los cuales son, retraso del manejo médico que implica cualquier tipo de demora en el inicio del tratamiento, a pesar que se le cumplieran todos los parámetros estipulados, también puede haber incumplimiento del manejo medico cuando falta uno o varios parámetros que la normativa exige y por último se tienen aquellas complicaciones que se presentaron en pacientes que se operaron en un periodo alejado a su crisis aguda.

Dicho esto, se muestra que un 58% de los pacientes a los que no se les cumplió adecuadamente cualquiera de estos parámetros presentaron una o más complicaciones siendo el incumplimiento del manejo médico el factor más importante encontrado en este estudio. Como el manejo de la colecistitis inicia en emergencia pasa por observación y se define en la sala de hospitalización vemos que el incumplimiento del manejo en la segunda etapa, así como la no utilización del tratamiento antibiótico estipulado influye directamente en el aumento de complicaciones. Se encontró que dicho incumplimiento incluye retraso en la indicación de cirugía de urgencia una vez que ha pasado el periodo de tiempo asignado para el manejo médico, además de todo esto planteado es importante recalcar y dejar plasmado en este estudio que hasta la fecha de hoy el 36% del total de pacientes no han sido operados.

Mediante la estadística descriptiva se podrá apreciar toda la información planteada a través de gráficos de barra y pastel que permiten discernir con mayor facilidad a modo de resumen los puntos de interés que fueron resultado de la recolección de información para este estudio.

CONCLUSIONES

1. Los grupos etarios en los que se presentó colecistitis aguda con mayor frecuencia fue en edades entre los 26 y 50 años, y siendo el sexo femenino donde predominaba dicha patología.
2. La mitad de los pacientes admitidos por la emergencia fueron atendidos previamente en sala de observación, en tanto que el porcentaje restante cumplía criterios para ser ingresados directamente a sala de cirugía general desde la emergencia, solo un 2% fue llevado de inmediato a sala de operaciones desde su admisión.
3. En cuanto a los criterios de ingreso que presentaban estos pacientes al momento de decidir la conducta terapéutica, del 50% de los pacientes que ingresaron a observación el 44% tenía de uno a tres criterios, donde los principales fueron el dolor persistente y las náuseas y vómitos. Al mismo tiempo del 98% de los pacientes que finalmente ingresaron a sala de hospitalización, incluyendo aquellos que previamente recibieron manejo en la observación, un 94% presento de uno a tres criterios, donde sobresale la falla al tratamiento luego de 24 horas. Y por último para decidir si el paciente era candidato a cirugía de urgencia la pauta de mayor trascendencia fue el fallo terapéutico luego de transcurridas las primeras 48 horas de atención médica.
4. Se observó que en cuanto al cumplimiento del protocolo tanto en la observación como en la sala de hospitalización el uso inadecuado e incompleto de esquemas antibióticos representa la mayor falla y debilidad de la aplicación de la normativa, que al mismo tiempo guarda estrecha relación con la aparición de complicaciones en estos pacientes, donde las de mayor frecuencia fueron el plastrón y el hidrops vesicular. Cabe destacar que actualmente más de un tercio de los pacientes que fueron ingresados aún no han sido operados.

RECOMENDACIONES

1. A nivel de personal médico: se debe de instruir a todo los Doctores tanto Especialistas como Residentes, que reciben pacientes en la emergencia con colecistitis aguda, sobre la aplicación correcta y completa de la normativa 052, así como realizar capacitaciones continuas en las salas, sobre el uso de antibióticos propuesto por el protocolo.
2. A nivel de servicio de cirugía: es importante realizar monitoreo de expedientes clínicos y exigir a los médicos cirujanos el cumplimiento de la norma, a su vez es básico disminuir el periodo entre el evento quirúrgico y la crisis de colecistitis aguda, para evitar complicaciones posteriores.
3. A nivel de Hospital: es necesario solicitar informes periódicos al servicio de cirugía sobre el monitoreo del cumplimiento de dicho protocolo. Es también sustancial realizar una mejor clasificación en el área de estadística en cuanto al diagnóstico de egreso de los pacientes así como el estado del expediente clínico.
4. Y por último a nivel del SILAIS: garantizar los insumos médicos que permitan el cumplimiento de la normativa, así como fármacos de elección, medios diagnósticos de laboratorio e imagenología.

ANEXOS

HOJA DE REGISTRO DE DATOS.

Fecha:

Número de hoja de registro de datos: _____

Fecha de ingreso del paciente:

EN - MAR

ABR - JUN

JUL - SEP

OCT - DIC.

Hora de ingreso:

AM

PM

Sala de hospitalización:

CV1

CV2

CM1

CM2

Edad del paciente:

15-25

26-50

más de 50

Sexo:

M

F

Fue ingresado previamente a la observación:

SI

NO

LISTA DE CHEQUEO.

CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE INGRESO

Marque con un check el criterio presente y luego clasifique según la cantidad de estos

1. Criterios de ingreso a sala de observación

- Dolor persistente en hipocondrio derecho. ____
- Náuseas y/o vómitos persistentes. ____
- Fiebre, leucocitosis, leucopenia. ____
- Ictericia. ____
- Intolerancia PO. ____
- Deshidratación leve o moderada. ____

1-3 criterios ____ 4-6 criterios ____ Más de 6 criterio. ____

2. Criterios de ingreso en sala general

- Sin respuesta al manejo médico en observación durante máximo de 24 hrs
- Colecistitis con vesícula palpable o masa palpable.
- Colecistitis con toma del estado general.
- Colecistitis con vómitos persistentes.
- Colecistitis con fiebre.
- Colecistitis con ictericia.
- Pancreatitis de origen biliar.
- Cuadro de colecistitis aguda litiásica a repetición.
- Deshidratación severa

1-3 criterios ____ 4-6 criterios ____ Más de 6 criterio. ____

3. Criterios para cirugía de urgencia

- Falla al Tx médico después de las 24–48 hrs.
- Hidrops vesicular o sospecha de pirocolecisto.
- Sospecha de colecistitis gangrenosa o perforada.
- Pancreatitis de origen biliar una vez restablecido el estado general del paciente.
- Colecistitis alitiásica más diabetes.
- Colangitis más péntalugia de Reynolds (o colangitis tóxica).

1-3 criterios ____ 4-6 criterios ____ Más de 6 criterio. ____

CUMPLIMIENTO DEL MANEJO MÉDICO DE COLECISTITIS AGUDA

Marque con un check el cumplimiento del protocolo en la atención brindada al paciente.

1. Cumplimiento del manejo en observación

• Reposición de líquidos.	Si___ No___ No aplica___
• NPO.	Si___ No___ No aplica___
• Analgésicos.	Si___ No___ No aplica___
• Antibióticos.	Si___ No___ No aplica___
• Uso de proquinéticos si el paciente lo amerita.	Si___ No___ No aplica___
• Indicar Exámenes de laboratorio	Si___ No___ No aplica___
• Si el paciente tiene ictericia, deberá enviarse bilirrubina, transaminasa y fosfatasa alcalina.	Si___ No___ No aplica___
• Ultrasonido abdominal.	Si___ No___ No aplica___
• Si hay mejoría clínica y por laboratorio en un período no mayor de 24 horas, se indicará alta con tratamiento médico ambulatorio y seguimiento en consulta externa por médico tratante.	Si___ No___ No aplica___

2. Cumplimiento del manejo médico en sala general

• NPO	Si___ No___ No aplica___
• Líquidos intravenosos según requerimientos.	Si___ No___ No aplica___
• Sonda Nasogástrica.	Si___ No___ No aplica___
• Analgésicos	Si___ No___ No aplica___
• Antibioticoterapia.	Si___ No___ No aplica___
• Proquinéticos.	Si___ No___ No aplica___
• Bloqueadores H2 vía intravenosa solamente en aquellos pacientes con enfermedades ácido péptica o las condiciones médicas lo requieran.	Si___ No___ No aplica___
• Indicación de Exámenes de laboratorio	Si___ No___ No aplica___
• Indicación de U/S abdominal	Si___ No___ No aplica___
• TAC en sospechas de masas que se identificaron por ultrasonido	Si___ No___ No aplica___

3. Cumplimiento del esquema antibiótico.

<p>Primera opción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 1 gr IV cada 12hrs. Tolerando PO pasar a una quinolona o amoxicilina + ácido clavulánico x 7 días. • Gentamicina 160 mg IV (buena función renal) ID si se retiran líquidos, quedará IM x10 días. 	<p>Si___ No___ NHF___ Otro___</p>
<p>Segunda opción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 1 gr IV cada c/ 12 hrs. tolerando PO pasar a una quinolona o amoxicilina + ácido clavulánico x 7 días. • Gentamicina 160 mg diario IV y después pasar a la vía IM cuando egrese hasta completar 5 días. 	<p>Si___ No___ NHF___</p>

4. Cumplimiento de esquema analgésico

<ul style="list-style-type: none"> • Primera opción: Metamizol 1 gr IV diluido o IM o espasmoanalgésico 	<p>Si___ No___ NHF___</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Segunda opción: AINEs como diclofenac 75 mg IM ó ketorolac 30 a 60 mg IV 	<p>Si___ No___ NHF___</p>

5. Cumplimiento de exámenes complementarios

• BHC	Si___ No___ No aplica___
• Glicemia	Si___ No___ No aplica___
• Creatinina	Si___ No___ No aplica___
• Amilasa	Si___ No___ No aplica___
• Lipasa	Si___ No___ No aplica___
• TP y TPT, Transaminasas	Si___ No___ No aplica___
• U/S abdominal	Si___ No___ No aplica___
<i>En caso de pancreatitis biliar se debe enviar:</i>	
• Calcio sérico	Si___ No___ No aplica___
• BUN en sangre	Si___ No___ No aplica___
• Albúmina	Si___ No___ No aplica___
• Gasometría	Si___ No___ No aplica___

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

Marque con un check la complicación que presento el paciente durante su hospitalización.

1. Complicaciones con retraso del manejo médico.

• Perforación vesicular	Si___ No___	Ninguna___
• Absceso Pericolecistico	Si___ No___	
• Pícolecisto	Si___ No___	
• Colangitis	Si___ No___	
• Fístula	Si___ No___	
• Plastrón Vesicular.	Si___ No___	
• Pancreatitis Aguda.	Si___ No___	
• Ileo Biliar.	Si___ No___	
• Hidrops vesicular	Si___ No___	

2. Complicaciones con incumplimiento del manejo médico.

• Perforación vesicular	Si___ No___	Ninguna___
• Absceso Pericolecistico	Si___ No___	
• Pícolecisto	Si___ No___	
• Colangitis	Si___ No___	
• Fístula	Si___ No___	
• Plastrón Vesicular.	Si___ No___	
• Pancreatitis Aguda.	Si___ No___	
• Ileo Biliar.	Si___ No___	
• Hidrops vesicular	Si___ No___	

3. Complicaciones postquirúrgicas en cirugía de urgencia

• Perforación vesicular	Si___ No___	Ninguna___
• Absceso Pericolecistico	Si___ No___	
• Pícolecisto	Si___ No___	
• Colangitis	Si___ No___	
• Fístula	Si___ No___	
• Plastrón Vesicular.	Si___ No___	
• Pancreatitis Aguda.	Si___ No___	
• Ileo Biliar.	Si___ No___	
• Hidrops vesicular	Si___ No___	

4. Complicaciones postquirúrgicas en cirugía de urgencia

• Perforación vesicular	Si___ No___	Ninguna___
• Absceso Pericolecistico	Si___ No___	
• Pícolecisto	Si___ No___	
• Colangitis	Si___ No___	
• Fistula	Si___ No___	
• Plastrón Vesicular.	Si___ No___	
• Pancreatitis Aguda.	Si___ No___	
• Ileo Biliar.	Si___ No___	
• Hidrops vesicular	Si___ No___	

5. El paciente fue operado

Si___ No___

TABLAS DE FRECUENCIA

TABLA N° 1

Rango de Edades			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	15-25	10	20.0
	26-50	21	42.0
	Más de 50	19	38.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N°2

Características sexuales que lo definen hombre o mujer			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	39	78.0
	Masculino	11	22.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N°3

Mes que ingreso el paciente al hospital			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Enero-Marzo	12	24.0
	Abril- Junio	11	22.0
	Julio- Septiembre	17	34.0
	Octubre- Diciembre	10	20.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 4

Ingreso previo a la observación / ingreso directo a sala de hospitalización				
	Fue ingresado previamente a la observación		Ingreso directo a sala de hospitalización	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	50	25	50
No	25	50	25	50
Total	50	100	50	100

Fuente: fichas de recolección de datos.

TABLA N° 5

Cuantos Criterios de ingreso a observación cumple			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1-3	22	44
	4-6	3	6
	Ninguno	25	50
	Total	50	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 6

Criterios de ingreso a observación.						
	Dolor persistente en hipocondrio derecho	Náuseas y vómitos persistentes	Fiebre, leucocitosis y leucopenia	Ictericia	Intolerancia a la vía oral	Deshidratación leve o moderada.
Si	50%	26%	22%	0%	8%	0%
No	0%	24%	28%	50%	42%	50%
No aplica	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 7

Cuantos criterios de ingreso a la sala de hospitalización cumple			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1-3	47	94.0
	4-6	2	4.0
	No aplica	1	2.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 8

Criterios de ingreso a la sala de hospitalización.									
	Sin respuesta al manejo medico en 24hrs	Colecistitis con vesicula palpable o masa palpable	Colecistitis con toma del estado General	Colecistitis con vomitos persistentes	Colecistitis con fiebre	Colecistitis con Ictericia	Pancreatitis de origen biliar	Cuadro de colecistitis aguda litiásica a repetición.	Deshidratación severa
Si	52%	12%	0%	18%	24%	2%	12%	40%	4%
No	48%	88%	100%	82%	76%	98%	88%	60%	96%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N°9

Cuantos criterios para cirugía de urgencia cumple			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1-3	14	28.0
	No aplica	36	72.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 10

Criterios para cirugía de Urgencia.						
	Falla del tratamiento médico después de las 24–48 horas.	Hidrops vesicular o sospecha de piocolecisto.	Sospecha de colecistitis gangrenosa o perforada.	Pancreatitis de origen biliar una vez restablecido el estado general del paciente.	Colecistitis alitiásica más diabetes.	Colangitis más pítalagia de Reynolds (o colangitis tóxica).
Si	24%	18%	4%	0%	0%	0%
No	4%	10%	24%	28%	28%	28%
No aplica	72%	72%	72%	72%	72%	72%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 11

Cumplimiento del manejo en observación			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	9	18.0
	Incompleto	16	32.0
	No aplica	25	50.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 12

Manejo en la observación según el protocolo del MINSA.									
	Reposición de líquidos.	NPO.	Analgésicos.	Antibióticos.	Uso de proquinéticos si el paciente lo amerita.	Indicar Exámenes de laboratorio	Si el paciente tiene ictericia, deberá enviarse bilirrubina, transaminasa y fosfatasa alcalina.	Ultrasonido abdominal.	Si hay mejoría clínica alta y seguimiento en consulta externa.
Si	50%	50%	48%	22%	50%	50%	2%	46%	0%
No	0%	0%	2%	28%	0%	0%	0%	4%	50%
No aplica	50%	50%	50%	50%	50%	50%	98%	50%	50%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 13

Cumplimiento del manejo en sala de hospitalización			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	44	88.0
	Incompleto	5	10.0
	No aplica	1	2.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 14

Manejo en sala de Hospitalización según el Protocolo del MINSA										
	NPO	Reposición de líquidos IV	Sonda Nasogastrica	Analgésicos.	Antibióticos.	Uso de proquinéticos si el paciente lo amerita.	Bloqueadores H2	Indicar Exámenes de laboratorio	Ultrasonido abdominal.	TAC en sospecha de masas que se identificaron por U/S
Si	98%	98%	16%	98%	92%	98%	98%	50%	98%	2%
No	0%	0%	4%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
No aplica	2%	2%	80%	2%	2%	2%	2%	50%	2%	98%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 15

Cumplimiento del esquema antibiótico según protocolo			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	8	16.0
	No	42	84.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 16

Primera opción terapéutica según protocolo				Segunda opción terapéutica según protocolo	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	8	16.0	0	0
	No	42	84.0	50	100
	Total	50	100.0	50	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 17

Otro tratamiento indicado al paciente			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ampicilina + Gentamicina	35	70.0
	Cloranfenicol + Gentamicina	4	8.0
	Ninguna	10	20.0
	Ciprofloxacina	1	2.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 18

Complicación del paciente durante su hospitalización			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Con Retraso del manejo medico	1	2.0
	Con incumplimiento del manejo medico	19	38.0
	Postquirurgico en cirugia programada	9	18.0
	Ninguna	21	42.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 19

Complicaciones más frecuentes.									
	Perforación vesicular	Absceso Pericolecístico	Piocolicisto	Colangitis	Pancreatitis aguda	Hidrops Vesicular	Ilio Biliar	Plastrón Vesicular	Fistula
Si	12%	0%	4%	2%	14%	16%	0%	24%	0%
No	88%	100%	96%	98%	86%	84%	100%	76%	100%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

TABLA N° 20

Pacientes que no han sido operados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	32	64.0
	No	18	36.0
	Total	50	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos.

SIMULACION DE MUESTREO ESTADISTICO.

TABLA N°21

Especificaciones de simulación de muestreo	
Método de muestreo	Estratificado
Número de muestras	50
Nivel de intervalo de confianza	95.0%
Tipo de intervalo de confianza	Percentil
Variables de estrato	Cuantos Criterios de ingreso a observación cumple, Dolor persistente en hipocondrio derecho, Náuseas y/o vómitos persistentes, Fiebre, leucocitosis, leucopenia, Ictericia, Intolerancia a la via Oral, Deshidratación leve o moderada

Fuente: ficha de recolección de datos.

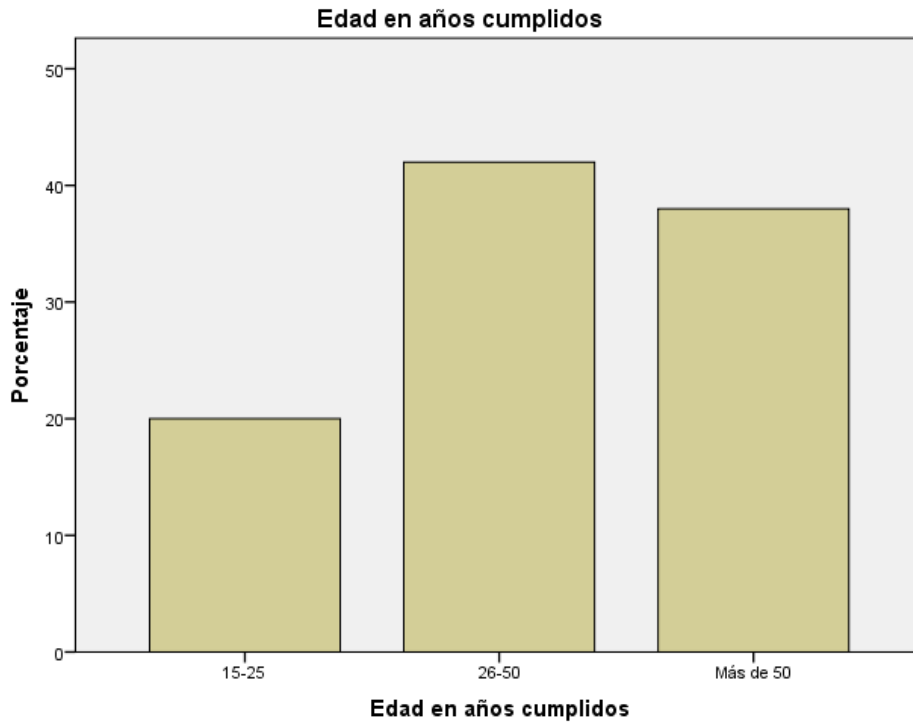
TABLA N°22

Muestreo Estadísticos							
N	Válido	Cuantos Criterios de ingreso a observación cumple	Estadístico	Simulación de muestreo			
				Sesgo	Error estándar	Intervalo de confianza a 95%	
						Inferior	Superior
		Dolor persistente en hipocondrio derecho	50	0	0	50	50
		Náuseas y/o vómitos persistentes	50	0	0	50	50
		Fiebre, leucocitosis, leucopenia	50	0	0	50	50
		Ictericia	50	0	0	50	50
		Intolerancia a la via Oral	50	0	0	50	50
		Deshidratación leve o moderada	50	0	0	50	50
	Perdidos	Cuantos Criterios de ingreso a observación cumple	0	0	0	0	0
		Dolor persistente en hipocondrio derecho	0	0	0	0	0
		Náuseas y/o vómitos persistentes	0	0	0	0	0
		Fiebre, leucocitosis, leucopenia	0	0	0	0	0
		Ictericia	0	0	0	0	0
		Intolerancia a la via Oral	0	0	0	0	0
		Deshidratación leve o moderada	0	0	0	0	0

Fuente: ficha de recolección de datos

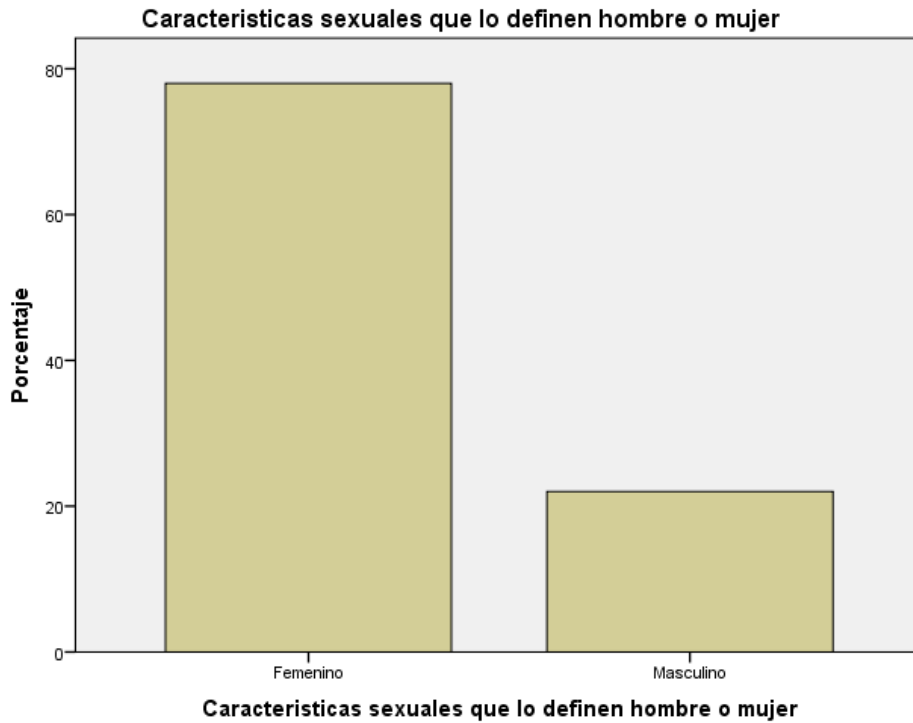
GRÁFICOS.

GRAFICO N°1



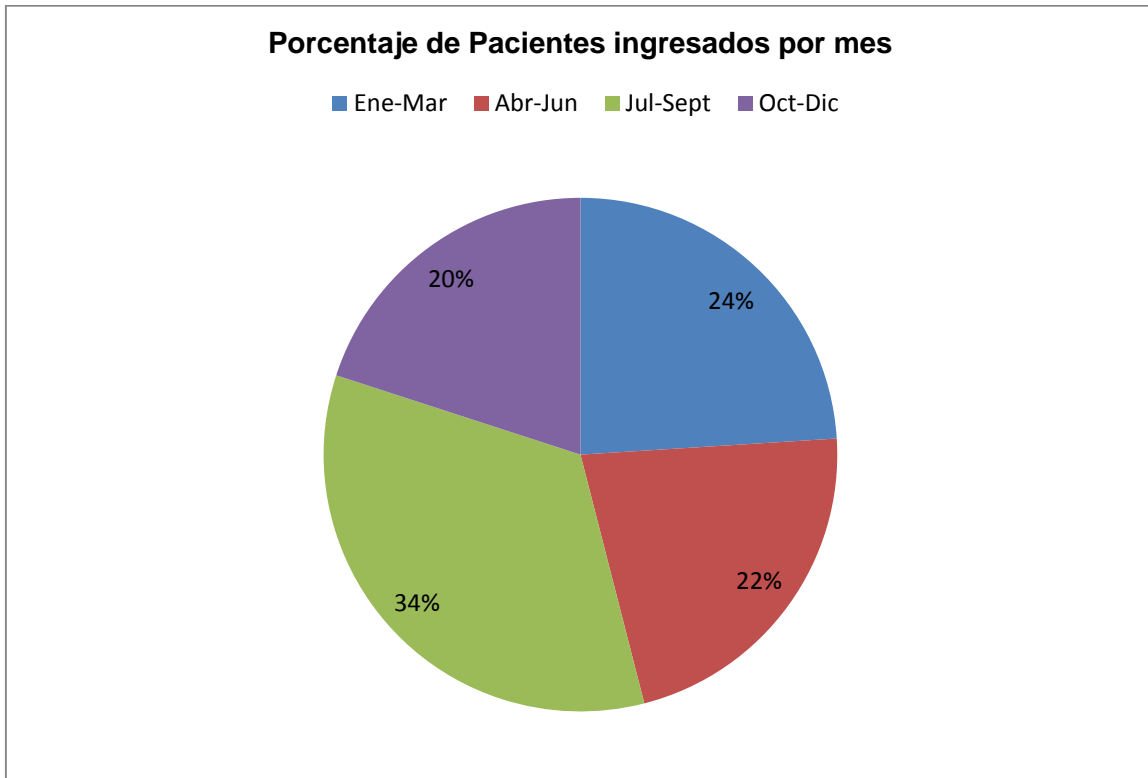
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N°2



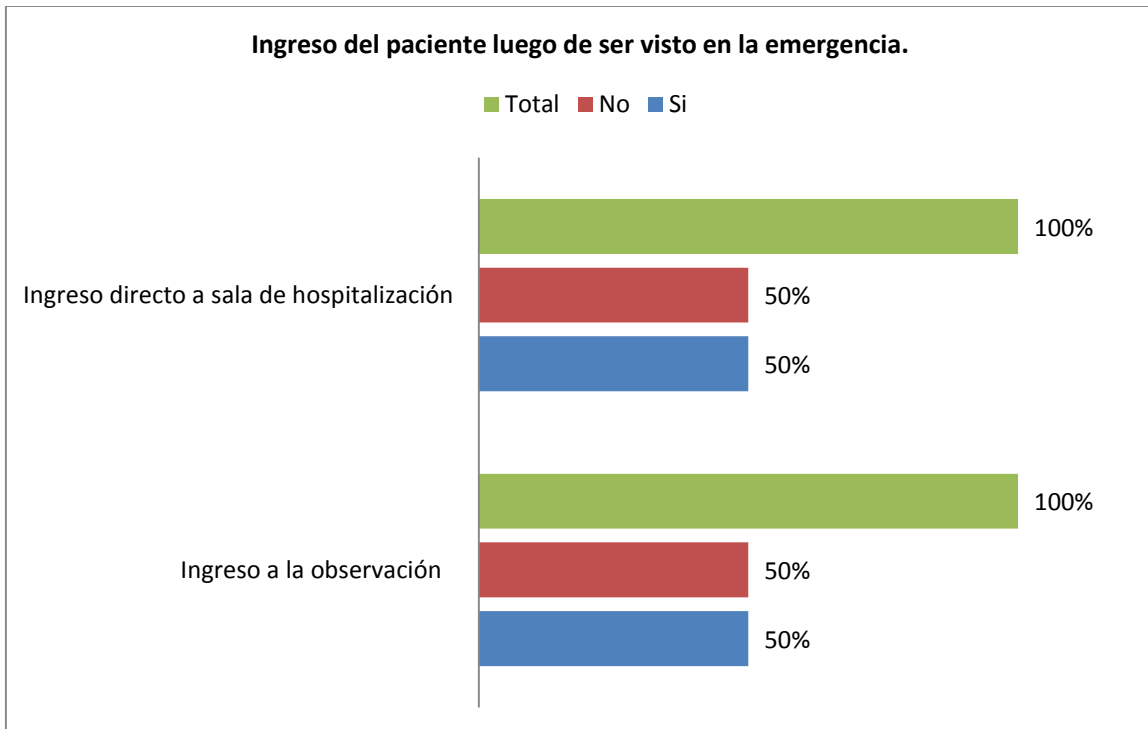
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N°3.



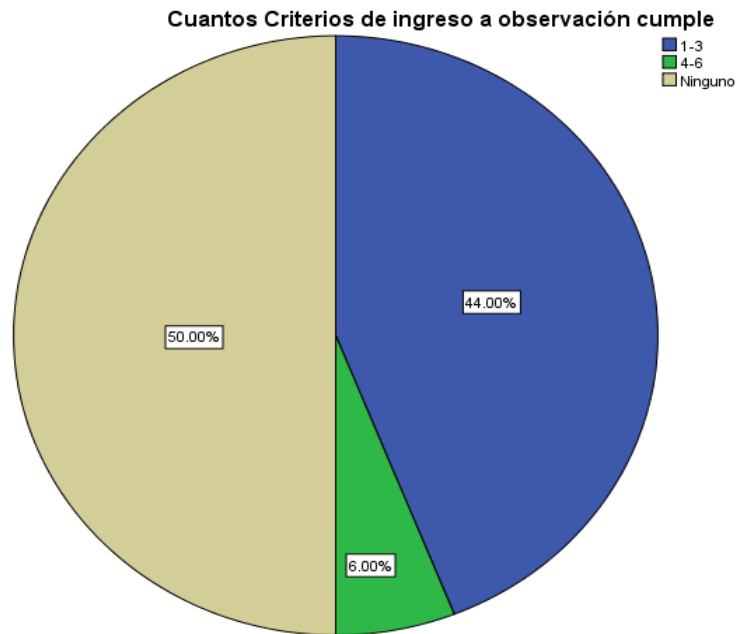
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N°4



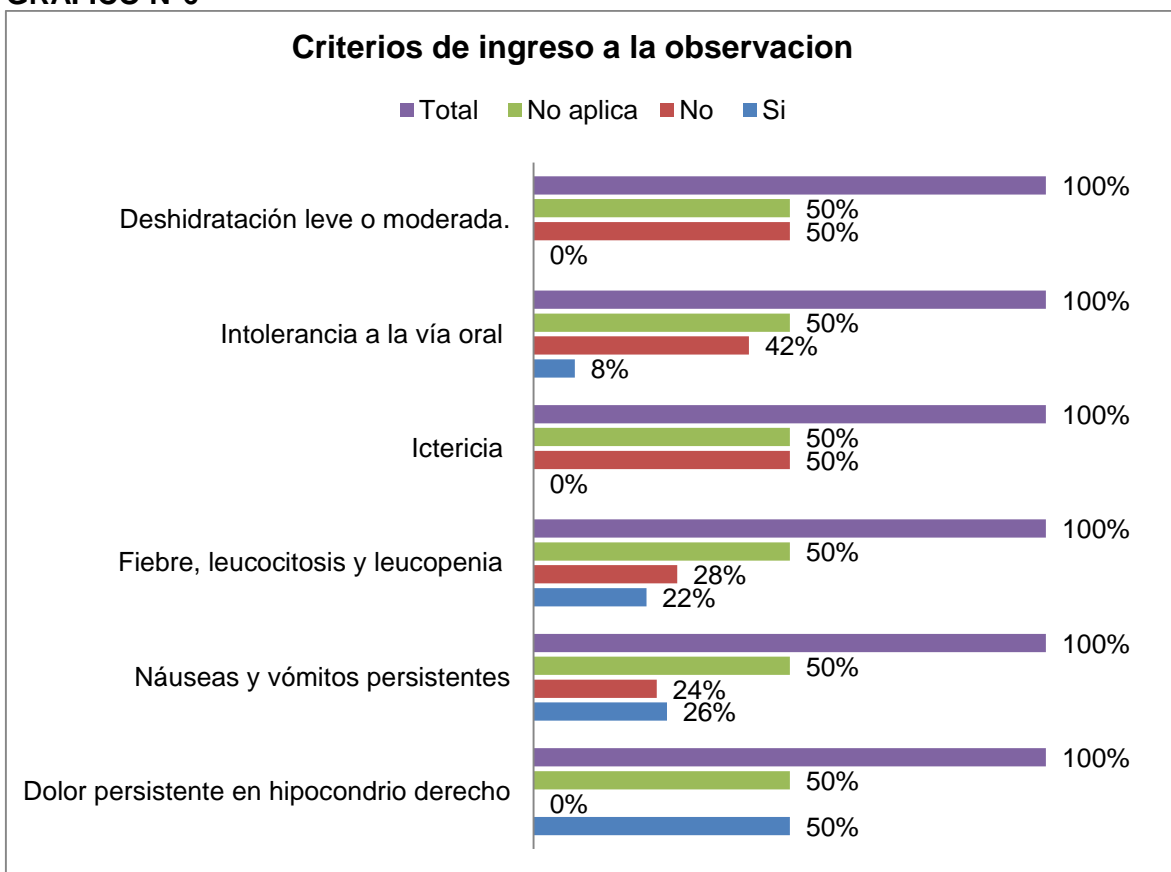
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N°5



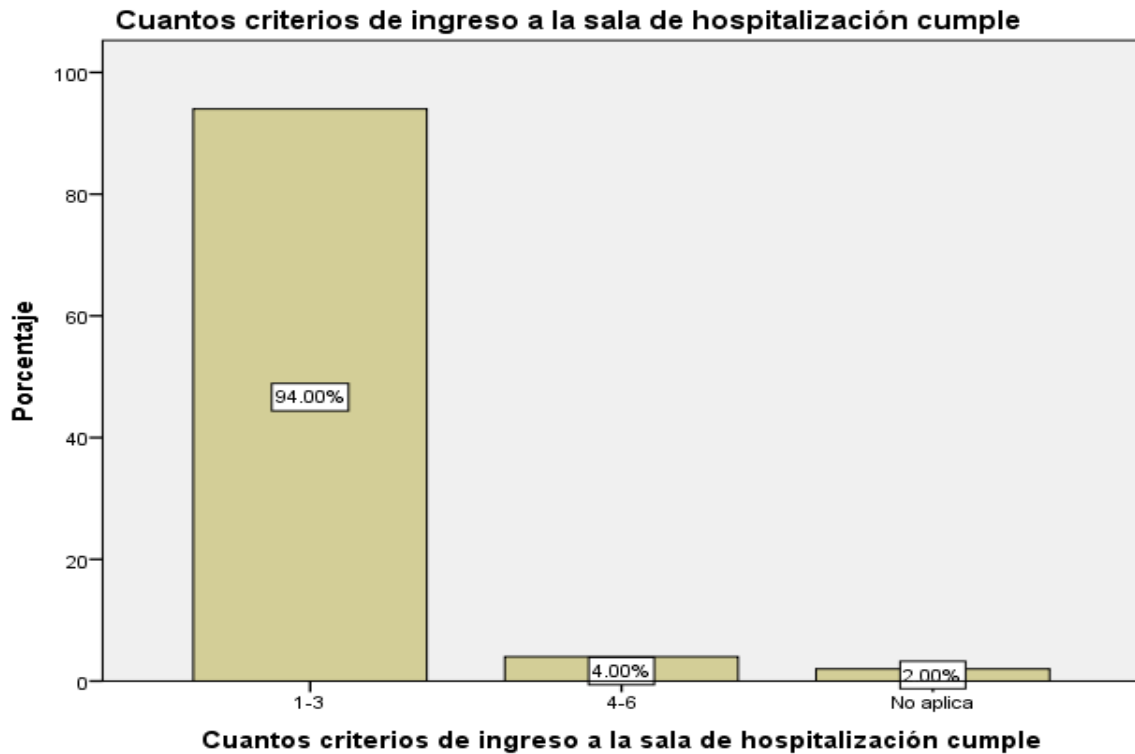
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N°6



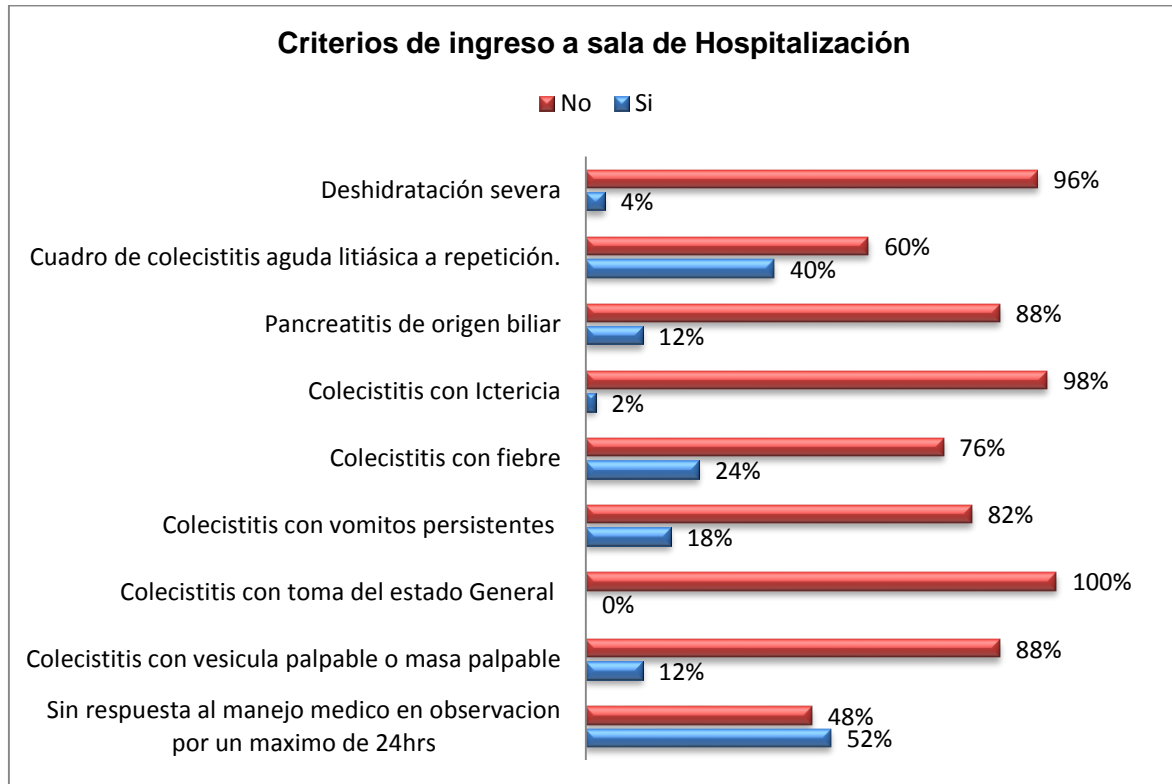
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N°7



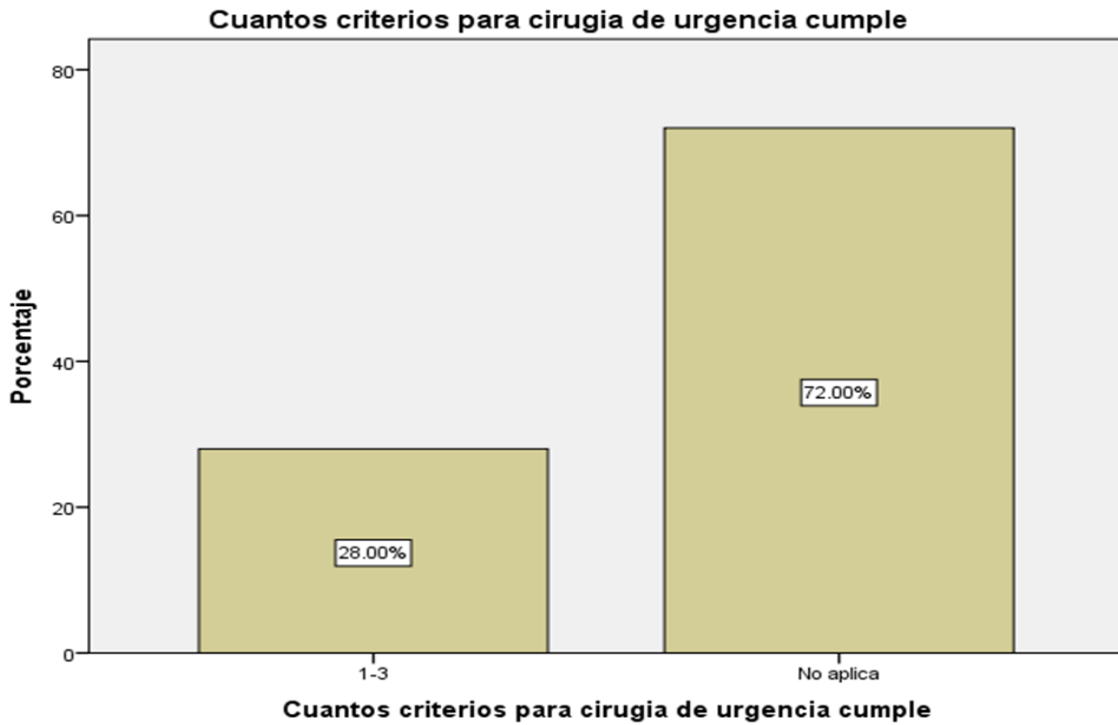
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N°8



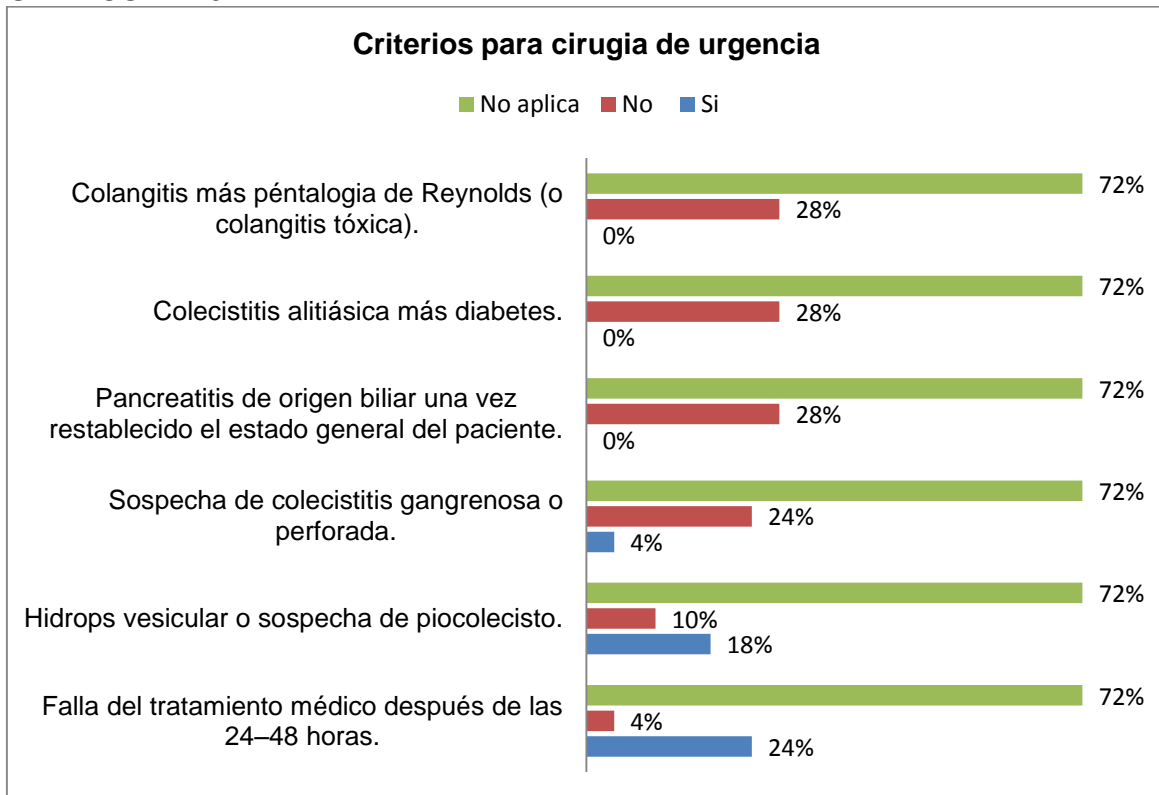
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 9



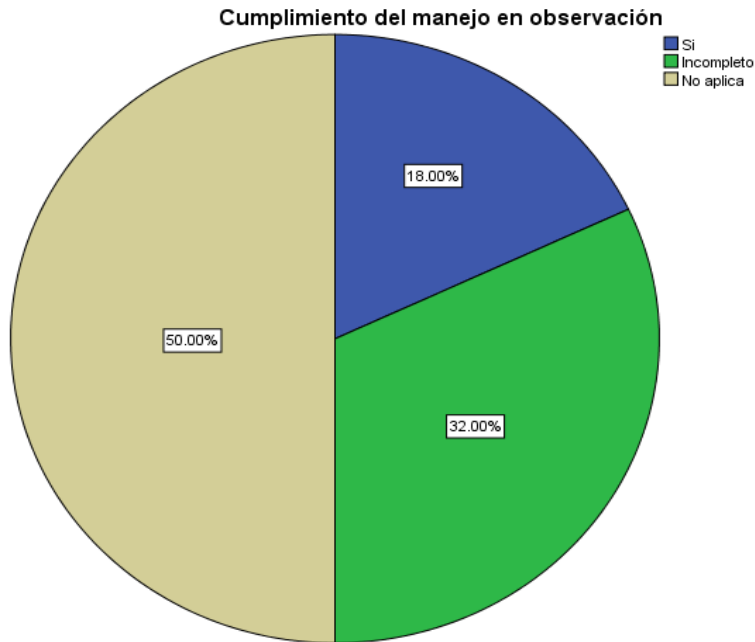
Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 10



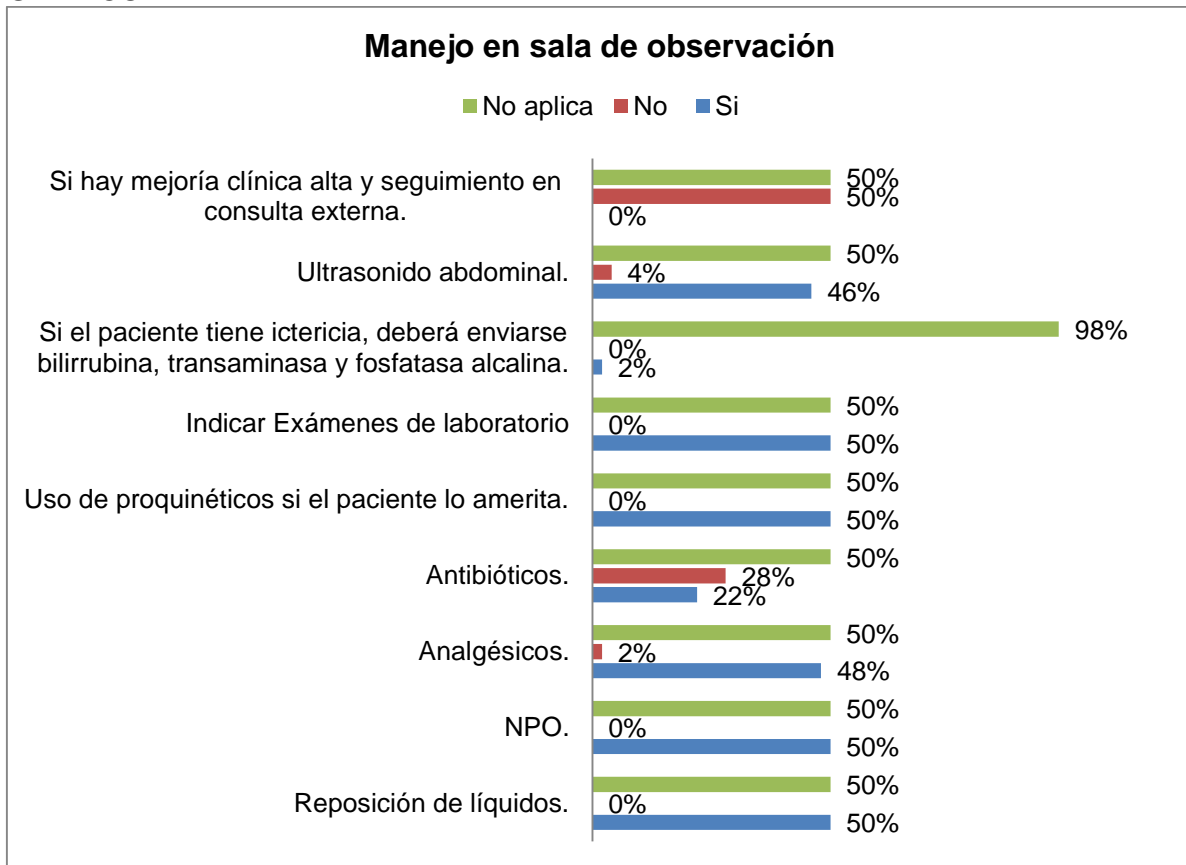
Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 11



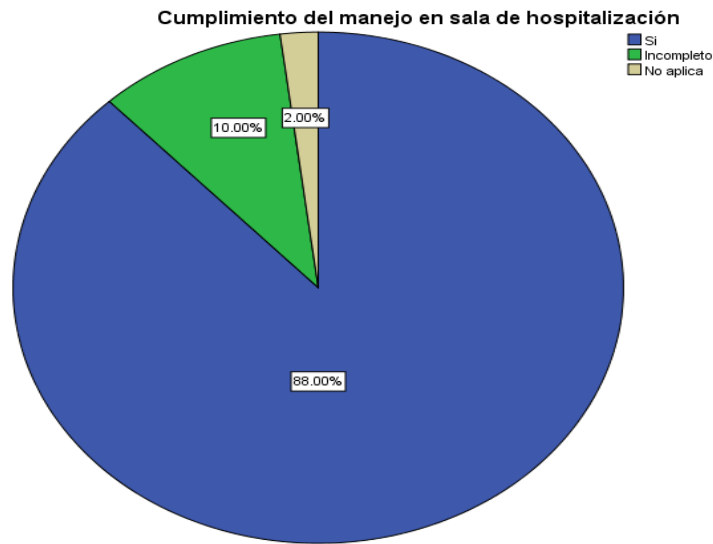
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 12



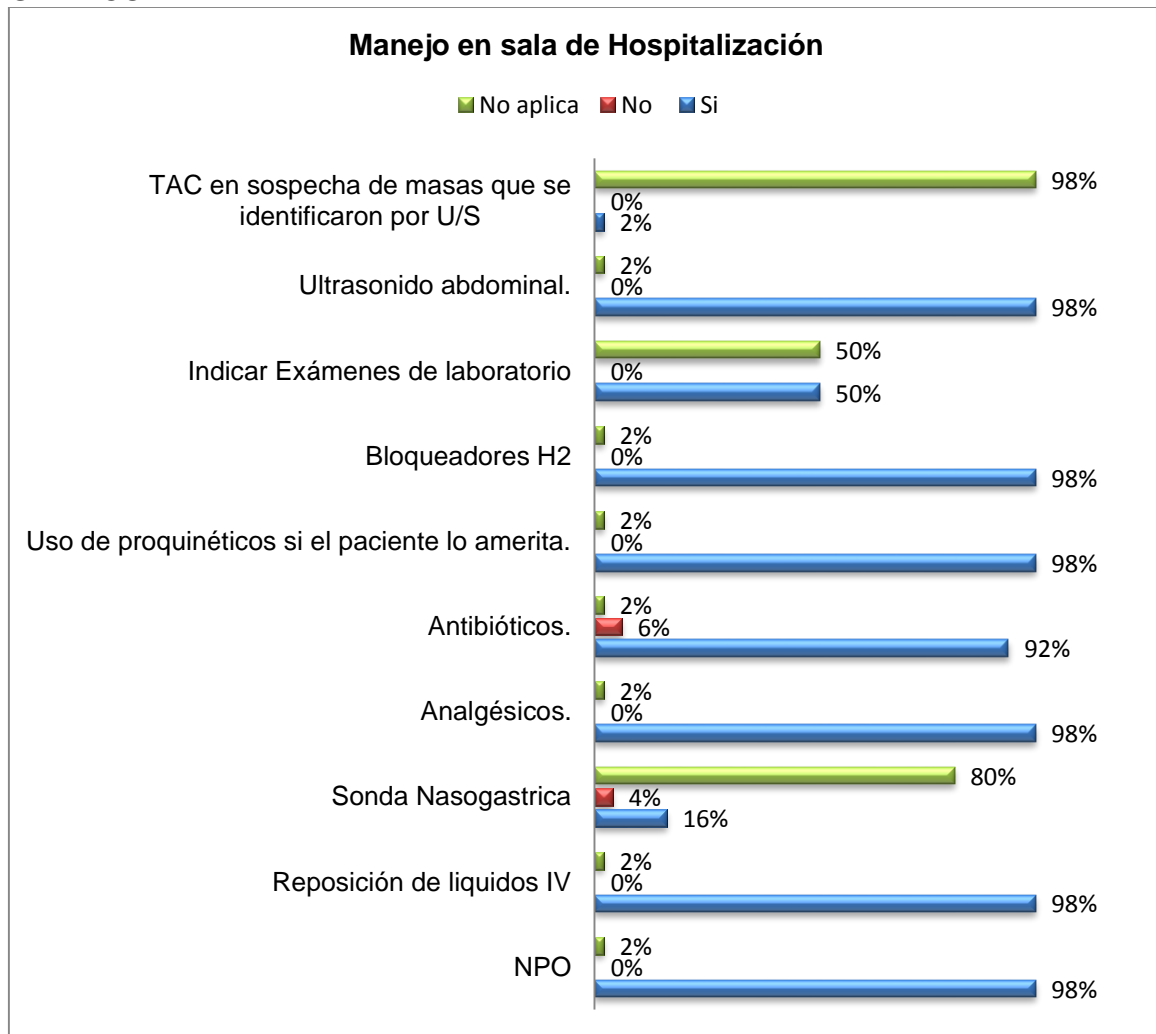
Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 13



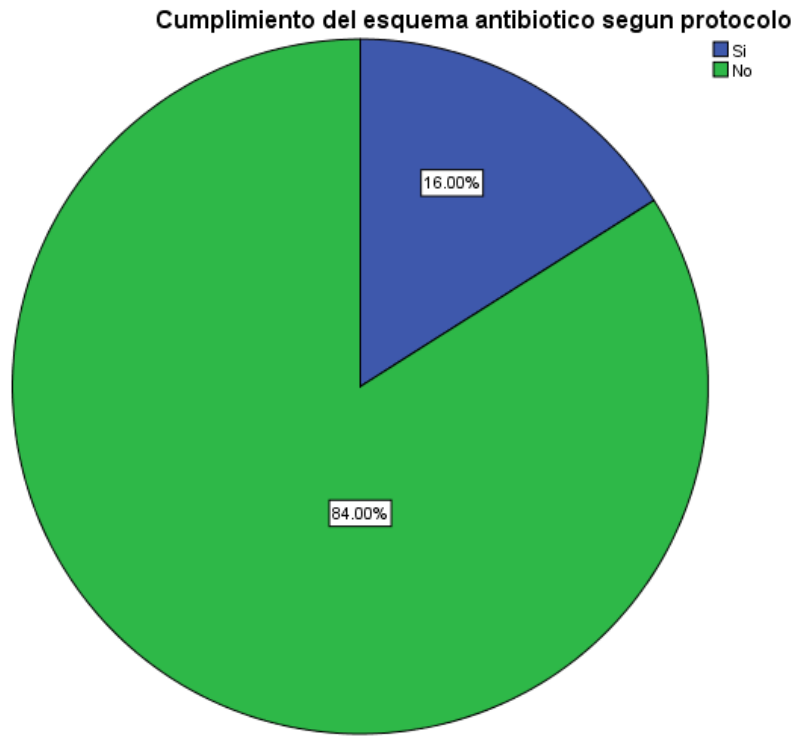
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 14



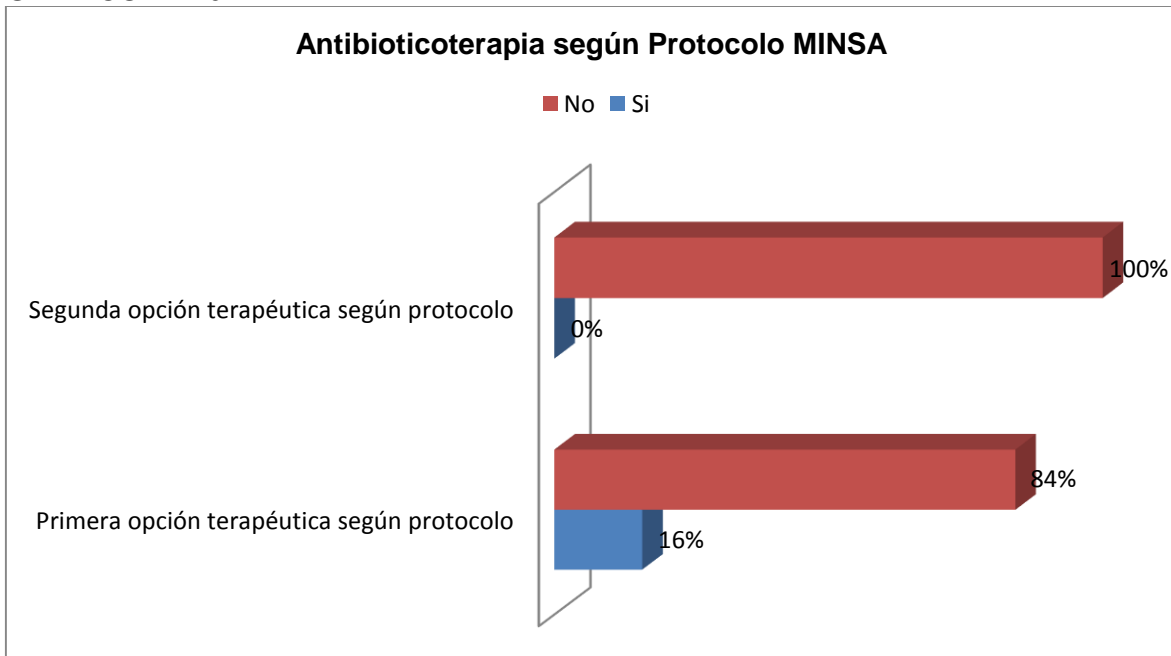
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 15



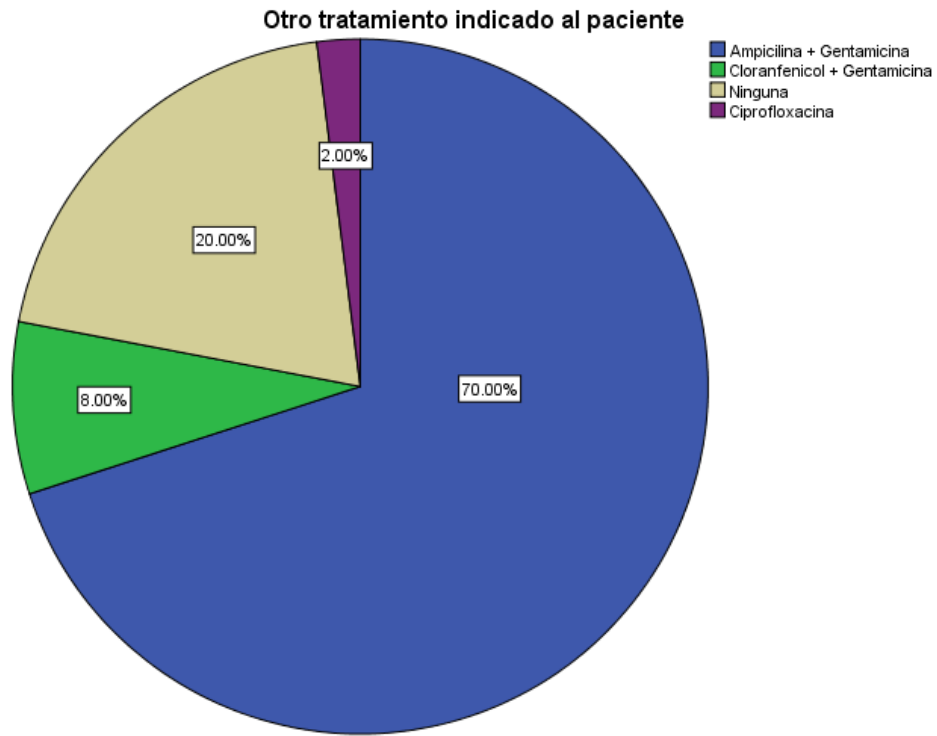
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 16



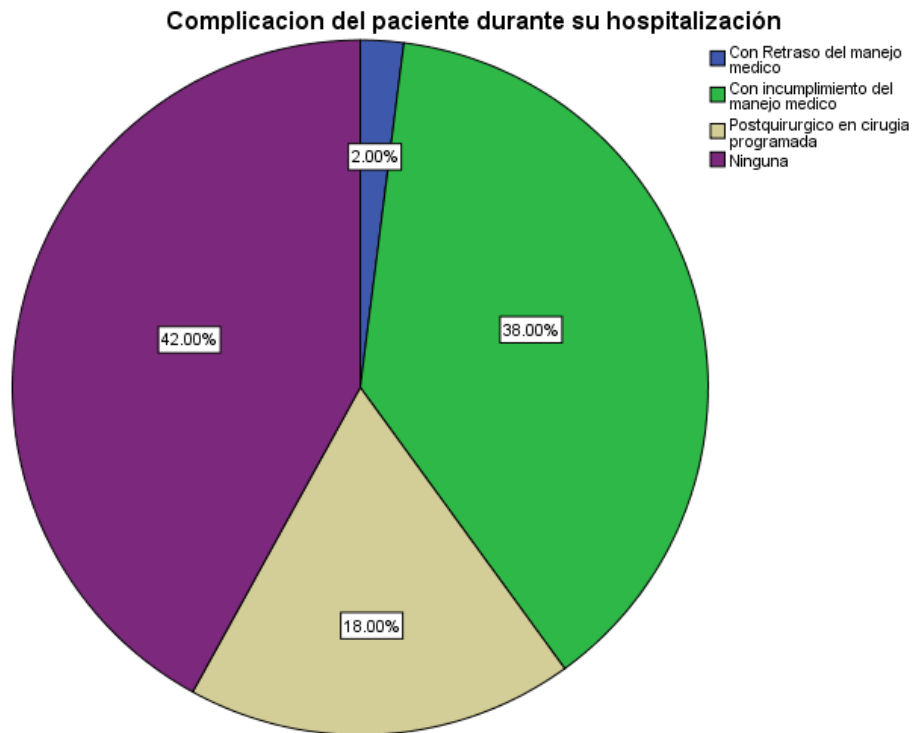
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 17



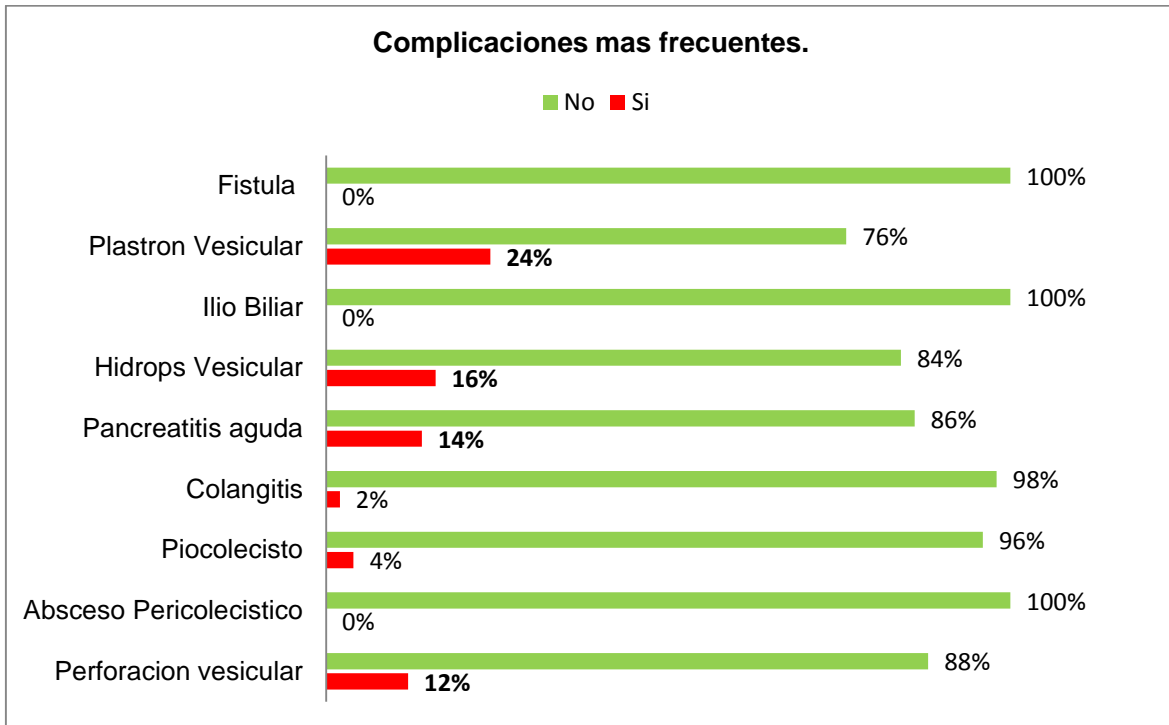
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 18



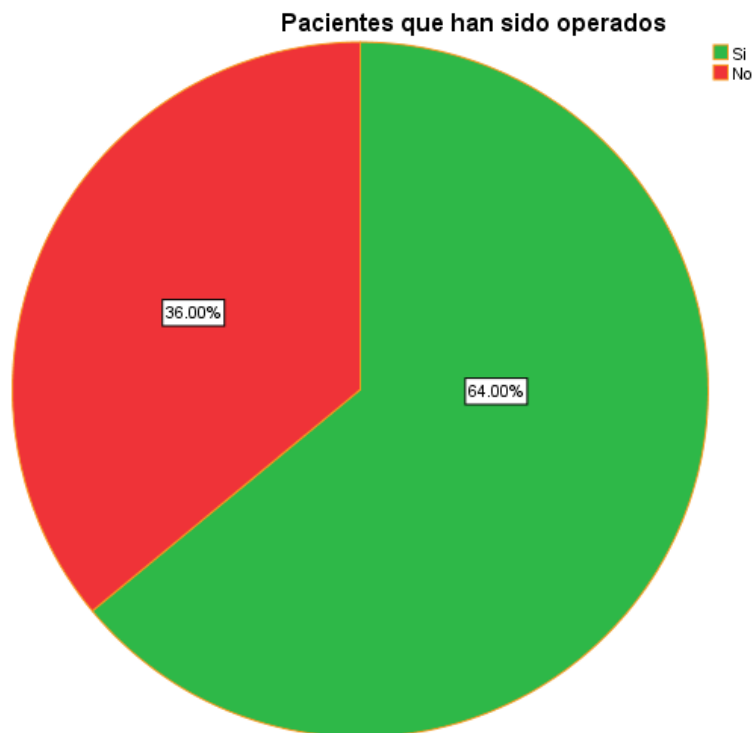
Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 19



Fuente: ficha de recolección de datos.

GRAFICO N° 20



Fuente: ficha de recolección de datos.

BIBLIOGRAFÍA.

- Zuidema, G. D., & Yeo, C. J. (2005). *SHACKELFORD, CIRUGIA DEL APARATO DIGESTIVO*. Panamericana.
- Brunicardi, F. C., Andersen, D. K., Durn, D. L., & CO. (Mexico, DF). *Schwartz; PRNCIPIOS DE CIRUGIA* (9na Edición ed.). 2010: Mc Graw Hill.
- Chávez de Paz, D. (2008). *CONCEPTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS*. Obtenido de http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/articulos/a_20080521_56.pdf
- Ferraina, P., & Oria, A. (1994). *Cirugía de Michans*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Kumar, Abbas, Fausto, & Aster. (2010). *Robbins y Cotran Patología estructural y Funcional*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- MINSA. (Septiembre de 2010). Normativa 052 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN ADULTOS. Managua, Managua, Nicaragua.
- Pill, H. A., Calabuig, R., Cameron, J., Cates, J., & CO. (1990). *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica; Cirugía de Vías Biliares*. Mexico, DF: Interamericana Mc Graw Hill.
- Pineda, E. B., & Alvarado, E. L. (2008). *Metodología de la investigación*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Townsend, C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. (2013). *Sabiston Tratado de Cirugía; Fundamentos Biológicos de la Práctica Moderna*. Barcelona, España: ELSEVIER.