

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DE
COLESISTECTOMÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA CUSCO 2012-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

GUILLERMO SAMUEL OLAZABAL CASTILLO

Guillermo Olazabal Castillo

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS VOCAL

ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 306

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 25/05/2018

Resolución Decanato N° 1249-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
3.1 Recolección de Datos	21
3.2 Experiencia Profesional	22
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	23
IV. RESULTADOS	25
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	42
VII. REFERENCIALES	43
ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 95% de las enfermedades del tracto biliar se asocian a los cálculos biliares, afección que clínicamente suele manifestarse con los cólicos biliares. La colecistectomía en sus diferentes formas es el tratamiento que se usa en estos casos, la cual consiste en extirpar la vesícula biliar. En el pasado, la colecistectomía se realizaba siempre mediante un procedimiento en abierto, hoy en día existe una técnica laparoscópica para realizar esta intervención de una manera mucho menos invasiva. Es el cirujano quien debe decidir qué tipo de intervención se realizará en cada paciente, siempre velando por su seguridad y de acuerdo a las condiciones en la que se presente el cuadro clínico. Si bien es cierto la colecistectomía es una intervención quirúrgica habitual, ello no implica que no se presenten complicaciones como son el sangrado, infección o la presencia de coágulos de sangre, o en algunos casos la fuga de bilis hacia el abdomen.

En función del tipo de intervención que se haya llevado a cabo, la recuperación será más o menos lenta. Los que han sido intervenidos mediante la técnica laparoscópica pueden volver al trabajo a los 7 días, aunque dependiendo del esfuerzo físico que requiera su trabajo este tiempo podría alargarse. Los que hayan sido intervenidos de forma abierta deben reposar de 4 a 6 semanas.

Los cuidados post operatorios que se dan en intervenciones quirúrgicas de colecistectomía en el Hospital Lorena el cual se encuentra en una situación crítica en cuanto se refiere a su infraestructura supone retos importantes para el personal de salud del mencionado hospital, es así que la presente investigación aborda el tema de los cuidados post operatorios en el caso de intervenciones quirúrgicas por colecistitis, para lo cual se empleó un trabajo de investigación que por su propósito es de tipo básica, con un diseño no experimental, descriptivo y retrospectivo, sobre

una población de pacientes atendidos por casos de colecistitis aguda diagnosticada y atendida en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco en número de 324.

Para cumplir con los objetivos propuestos se desarrolló el trabajo en seis capítulos.

El capítulo I denominado Planteamiento del problema, el cual contiene la descripción de la situación problemática, objetivos y justificación.

El capítulo II denominado Marco teórico desarrolla los antecedentes de estudio, el marco conceptual y la definición de términos.

El capítulo III contiene la Experiencia profesional, es decir la recolección de datos, experiencia profesional, procesos realizados en el tema del trabajo académico.

El capítulo IV denominado Resultados contiene los datos y análisis de los mismos referidos a los cuidados en intervenciones quirúrgicas de Colecistectomía.

El capítulo V denominado conclusiones, contiene los resultados a los que se arribaron en la investigación atendiendo a los objetivos propuestos en la misma.

El capítulo VI contiene las recomendaciones que se realizaron en función de las conclusiones a las que se arribaron.

El capítulo VII contiene los referenciales o referencias bibliográficas

En el Hospital Antonio Lorena de Cusco, los casos de colecistitis aguda se presentan con bastante frecuencia, no obstante, los estudios acerca de la prevalencia incidencia asociados al mismo no son claros, esto asociado al hecho que los casos de colelitiasis en el hospital Lorena de Cusco son aún mayores, muchos de los cuales son asintomáticos y un porcentaje considerable de estos que supera el 10% llegan a padecer de cólicos biliares y muchos de ellos llegan a desarrollar colecistitis aguda, porque no son tratados oportunamente en sus lugares de referencia o por que los pacientes provienen de zonas lejanas o inaccesibles, lo que hace que muchos de los casos de colelitiasis terminen desencadenando en una colecistitis aguda. La progresión y valoración de la colecistitis aguda hace que muchos de los pacientes sean abordados con un tratamiento quirúrgico, es decir de una colecistectomía de forma abierta o laparoscópica, con los consiguientes gastos que estos procedimientos generan para el paciente y para el establecimiento de salud.

1.2. Objetivo

Determinar la incidencia de colecistitis aguda, según género, edad y lugar de procedencia de los pacientes atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Loren de Cusco, en los años 2012-2016

1.3. Justificación

La colecistitis aguda sigue siendo una enfermedad de alta prevalencia en nuestro medio e indiscutiblemente vinculada a la litiasis, que puede llegar a ser grave y mortal sin tratamiento oportuno y que aún genera algunas controversias respecto a la participación bacteriana en la génesis de la misma. (4)

Asimismo la carencia de estudios que nos permitan describir la distribución de los pacientes con colecistitis aguda hace poco previsible la gestión hospitalaria en materia de prevención de recursos destinados a la misma, y naturalmente no permite detectar errores en el tratamiento de la colelitiasis, tal es así que el contar con datos ordenados sistemáticamente de pacientes que acudieron al servicio de cirugía con un diagnóstico de colecistitis aguda se convierte en un información relevante para incidir en el estudio y prevención de los factores asociados al desenlace de la enfermedad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Chávez Segura en el 2013, César presenta su trabajo de investigación titulado Factores clínicos-epidemiológicos para la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú 2013. El mismo que tuvo como objetivo determinar las características clínicas-epidemiológicas para la conversión de la colecistectomía laparoscópica electiva a colecistectomía abierta del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2013.

Estudio descriptivo, retrospectivo, se recolectaron los casos de conversión de colecistectomía laparoscópica electiva a cirugía abierta y la información se obtuvo de los reportes operatorios e historias clínicas. La población fue de 80 casos de 18 a 92 años.

Entre las conclusiones se tiene que la principal característica clínica-epidemiológica para la conversión de la colecistectomía laparoscópica electiva a colecistectomía abierta fue la no identificación del Triángulo de Calot (5).

Tomás Coronado, Brenda en el 2015 presenta el informe de investigación titulado Edad, sexo, obesidad y paridad en colelitiasis del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. SJL, Lima 2015. que tuvo como objetivo demostrar que la edad, sexo, obesidad y paridad tienen asociación con la colelitiasis en los pacientes del servicio de hospitalización de cirugía del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral (HADUYP), 2015.

Estudio de tipo correlacional. La muestra son las 375 historias clínicas, escogidas por muestreo por conveniencia, de los pacientes del servicio de hospitalización de cirugía del HADUYP desde enero a diciembre del año 2015. Los resultados son presentados por

frecuencias absolutas y porcentaje; y la asociación demostrada por la prueba χ^2 y OR.

Los resultados muestran que 141 fueron pacientes que presentaban colelitiasis y 234, no tenían la enfermedad. Centro del grupo de los que presentaban colelitiasis según cada variable: 66 (46.8%) fueron pacientes < 40 años; y 75 (53.2%), >40 años; 117 (82.98%) fueron mujeres; y 24 (17.02%), hombres; 6 (4.26%) fueron pacientes con bajo IMC; 51 (36.17%), con normal de IMC; 60 (42.55%), con sobrepeso; y 24 (17.02%), con obesidad; 15 (12.82%) fueron nulíparas; y 102 (87.18%), múltiparas. Se demostró que las variables sexo y paridad tiene asociación significativa con la colelitiasis; pero la edad y obesidad no tiene asociación con la enfermedad. (6)

Mendoza Rojas, Hubert James en el 2011 presenta su informe de investigación titulado Relación entre los factores de riesgo de la colelitiasis y los tipos de litiasis en pacientes colecistectomizados. Hospital Octavio Mongrut año 2010-2011, cuyo objetivo fue identificar la relación entre uno o varios factores de riesgo de la litiasis vesicular con un tipo de cálculo vesicular específico, según las clasificaciones de colelitiasis, Se realizó una investigación cuantitativa de tipo Descriptivo de tipo correlacional, transversal, observacional y prospectivo desde Noviembre del 2010 hasta Diciembre del 2011. Se seleccionaron 50 pacientes colecistectomizados por el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa, en el Hospital Octavio Mongrut, usando un muestreo no probabilístico de tipo accidental. Se recolectó los datos de los factores de riesgos de la litiasis vesicular como edad, sexo, paridad, obesidad, antecedentes familiares, dieta, etc. mediante una entrevista personal no estructurada a los pacientes colecistectomizados, y se analizaron mediante observación directa los diferentes tipos de cálculos hallados después de la intervención quirúrgica. Se construyeron modelos de regresión logística multinomial para determinar la relación entre los diferentes factores

de riesgo y los diferentes tipos de cálculo. Resultados: Los factores de riesgos más frecuentes encontrados fueron género femenino 80 por ciento, mayor de 40 años 56 por ciento, historia familiar 48 por ciento y multiparidad 46 por ciento. El tipo de cálculo más frecuente fue el cálculo de colesterol tipo mixto 46 por ciento. Los resultados de la correlación entre los diferentes factores de riesgo y los diferentes tipos de cálculo no fueron significativos. Conclusiones: No se determinó una relación directa entre un determinado factor de riesgo y un tipo específico de cálculos biliar, la etiología podría ser multifactorial. (7)

Montes Fernández, Bety y Lema Morocho, Alexandra en el 2014 realizan la investigación titulada Prevalencia y factores de riesgo de la Colecistitis Aguda en el Hospital Castanier efr-ef-SQJ^A cuyo objetivo fue Determinar la prevalencia de la colecistitis aguda y los factores de riesgo asociados, en el Hospital Homero Castanier Crespo durante el año 2014e Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, donde se trabajó con el universo formado por pacientes en cuyas historias clínicas constaba el diagnóstico de colecistitis aguda, atendidos en el Hospital Homero Castanier Crespodurante el año 2014.

Los resultados muestran que la prevalencia de colecistitis aguda fue de 24.9% del total de pacientes colecistectomizados. La colecistitis aguda litiásica representó un 88,33%. El grupo de edad en el que se presentó con más frecuencia la patología fue el de adulto joven (45%), así como el sexo femenino (66,7%) y la población del área urbana (76,7%). Los pacientes con dislipidemia representaron un 70,0% de los casos de colecistitis aguda. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre IMC y diagnóstico de colecistitis aguda litiásica/alitiásica con una p de 0.040. No se encontró asociación estadísticamente significativa con otros factores de riesgo analizados. (8)

2.2. Marco Conceptual

Colecistitis

Es una inflamación aguda de la pared vesicular manifestada por dolor en hipocondrio derecho, de más de 24 horas de duración y que se asocia con defensa abdominal, fiebre de más de 37,5°C y leucocitosis. (9) (10).

La colecistitis aguda es una complicación grave de la colelitiasis y también la más frecuente. Es motivo común de consulta a los servicios de urgencias, especialmente por pacientes del género femenino y de edad mayor de 50 años, en quienes usualmente se encuentra comorbilidad asociada, como hipertensión, obesidad o diabetes. En el estado postoperatorio o postraumático es relativamente frecuente la aparición de una colecistitis aguda, que puede ser litiásica o, con menor frecuencia, acalculosa.

Clasificación de colecistitis aguda

Colecistitis aguda litiásica: En 90-95% de pacientes la colecistitis aguda está asociada a cálculos biliares. (9)

Colecistitis aguda alitiásica: En 5-10% de pacientes se produce colecistitis en ausencia de cálculos, con una mortalidad del 50%. Su prevalencia es alta en ancianos y se relaciona con enfermedad aterosclerótica. (9)

La colecistitis aguda acalculosa o alitiásica se presenta en pacientes en estado crítico por trauma mayor y otras causas, en pacientes sometidos a prolongados regímenes de nutrición parenteral total prolongada, en algunos casos de quimioterapia por vía de la arteria hepática y en otras condiciones clínicas poco frecuentes.

Fisiopatología

La causa más frecuente que desencadena este cuadro es la obstrucción del conducto cístico o del bacinete vesicular ocasionada en el 90% de los casos por un cálculo enclavado. Existen otras

causas menos frecuentes como las colecistitis agudas alitiásicas en pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos, con ayuno prolongado, bajo situaciones de stress, inmunodepresión como sida, quimioterapia o con transplantes renales debido a infección por citomegalovirus, en patología del conducto cístico, o en procesos que provocan compresión o invasión neoplásica (10).

Factores que intervienen en el mecanismo etiopatogénico de la colecistitis aguda

Diferentes factores intervienen en el mecanismo etiopatogénico de la colecistitis aguda (11) como son:

La obstrucción del conducto cístico por un cálculo que impide el drenaje biliar al colédoco. Esto lleva a la retención de las secreciones, acompañado de edema de la pared y distensión vesicular, a la cual le siguen fenómenos vasculares que alteran la misma, con compromiso primero venoso, luego arterial, con la subsiguiente isquemia, que lleva a la necrosis y a la perforación vesicular. Este hecho, el de obstrucción cística por un lito, tiene una frecuencia superior al 90%, y es universalmente aceptado como un factor importante en la colecistitis; aguda. La infección vesicular no siempre es una causa desencadenante primaria, sino más bien, una complicación de la obstrucción vesicular, actuaría más en la evolución, que en el inicio de la colecistitis. El estudio bacteriológico del contenido vesicular es positivo en el 60% de los pacientes. Los gérmenes Gran - son los más frecuentes (75%), son entero bacterias gramnegativas como la Escherichia Coli, sola o asociada, klebsiella, enterobacter y proteus. Los gérmenes Gran + se encuentran en menor proporción (25%) streptococo, enterococo y en pocos casos estafilococo y el anaerobio c. perfringens. No existe una correlación total entre bacteriología y estado anatómico de la vesícula, encontrándose casos de pirocolecisto con bacteriología negativa.

No obstante, las complicaciones sépticas, más importantes, se producen en vesículas infectadas y en pacientes con hemocultivos positivos. Esto lleva a la perforación vesicular, contaminación peritoneal, abscesos intraabdominales y un aumento de la morbimortalidad.

La Colecistitis alitiásica, se presenta por lo general en los pacientes críticos que han padecido un trauma o están cursando un postoperatorio crítico. Esto trae como consecuencia la falta de funcionamiento vesicular, estasis, aumento de la viscosidad de la bilis y distensión vesicular. A esto se agrega otros factores que actúan desfavorablemente sobre la vitalidad de los tejidos y favorecen la inflamación e infección, como la deshidratación, la hipovolemia, la asistencia mecánica respiratoria, las endotoxinas, el síndrome de bajo volumen minuto y la hiperalimentación parenteral.

Los constituyentes de la bilis son irritantes de la mucosa vesicular, como el aumento de la concentración de ácidos biliares, colesterol, lisolecitina y los mismos cálculos. La lecitina es un constituyente normal en la mucosa y por acción de una fosfolipasa es convertida en lisolecitina. La fosfolipasa es un constituyente de las células epiteliales y puede ser liberada al alterarse la misma. La lisolecitina tampoco es un constituyente normal de la bilis, pero si se la encuentra en la vesícula con colecistitis aguda.

Experimentalmente la instilación de licolectina en la vesícula produce colecistitis.

La prostaglandina E actúa produciendo mayor absorción y secreción a nivel mucosa. Sería en parte responsable de la distensión vesicular y del dolor. El uso de indometacina que inhiben a estas sustancias, disminuye la distensión vesicular y reduce el dolor.

El compromiso vascular de la vesícula biliar, se observa en los pacientes diabéticos y en los portadores de enfermedades vasculares generalizada, siendo la mucosa la capa más sensible al

hipo flujo, produciéndose placas de necrosis a nivel del fondo vesicular, que es la zona de mayor distensión de la víscera, llevando a la misma, a la perforación y coleperitoneo subsecuente.

Patología

Los cambios macroscópicos que se producen en la colecistitis aguda son: edema con engrosamiento de la pared, distensión vesicular, con aumento de la vascularización e ingurgitación venosa. Se puede observar frecuentemente en los pacientes diabéticos, placas de necrosis en el fondo vesicular asociado a desprendimiento de la mucosa en la colecistitis gangrenosa.

El examen del interior de la vesícula muestra distintas alteraciones de la mucosa, que van desde la congestión, la ulceración, la hemorragia, la necrosis y la perforación. Esto, desde el punto de vista evolutivo correspondería a distintas formas anatomo clínicas como la forma congestiva o catarral, la forma supurada o flegmonosa, la forma empiema tosa o hidrópica, la forma hemorrágica y la gangrenosa (12).

La microscopía muestra que en la mayoría de los casos (90%), el proceso agudo se produce sobre una colecistitis crónica litiásica; existiendo una infiltración intensa de leucocitos en todas las capas de la pared vesicular, acompañado de congestión vascular, formación de microabscesos intra parietales o necrosis gangrenosa.

Sintetizando la evolución posible de una colecistitis puede ser hacia la resolución o su persistencia. La resolución es lo más frecuente quedando siempre cierto grado de cicatriz con o sin alteración de su funcionamiento. La persistencia puede dar lugar a un empiema, a una gangrena vesicular con perforación localizada y peri colecistitis o ser más importante dando lugar a una peritonitis.

Cuadro clínico

La mayoría de los pacientes tienen antecedentes de alteraciones dispépticas por ingesta de colecistoquinéticos y o de cólicos vesiculares. Solamente entre un 20 y 30% un cuadro de colecistitis aguda es la primera manifestación por la que consulta el paciente. Frecuentemente se tiene el antecedente de una ingesta de colecistoquinéticos, como una comida copiosa precediendo el cuadro clínico (13).

Los dolores uno de los síntomas más constantes. Generalmente está localizado en hipocondrio derecho mucho más persistente que lo observado en los cólicos biliares que haya tenido el paciente y tiende a ser progresivo. Con el aumento del proceso inflamatorio, la vesícula se distiende más, comprometiendo el peritoneo parietal, lo que incrementa el dolor en el hipocondrio derecho. El dolor, puede irradiarse a epigastrio, hacia región dorsolumbar derecha y el hombro homolateral. En algunos casos el dolor puede irradiarse a hipocondrio izquierdo, cuando está involucrando al páncreas. Puede generalizarse si se produce una complicación como la perforación, esta sintomatología se acompaña de anorexia, náuseas, vómitos y fiebre.

La existencia de fiebre, es otro síntoma importante, puede estar precedido por escalofríos, y el paciente se siente más cómodo cuando está quieto y acostado. La palpación del hipocondrio derecho, muestra hipertonía muscular por hipersensibilidad y defensa. La contractura es más manifiesta cuando mayor es el compromiso peritoneal. En sujetos de edad avanzada, puede haber menos reacción peritoneal en relación con el cuadro anatómico.

La palpación de la vesícula, aunque esté distendida, no es frecuente (12 % Acosta Pimentel). El dolor de origen vesicular se explora con la maniobra de

Murphy. Los autores desconocen la descripción original, pero hay varias maneras de efectuarla siendo común el aumento del dolor con la inspiración que provoca el descenso del hígado con la vesícula. La zona vesicular es equidistante entre epigastrio y línea axilar media y estaría por debajo del reborde hepático. Royer³⁴ aconsejaba con el paciente en decúbito dorsal y el médico a la derecha, colocar ambos pulgares en la zona vesicular con la palma de la mano izquierda apoyada en el reborde costal y la mano derecha sobre el abdomen. Manteniendo una ligera presión se hace inspirar al paciente incrementándose el dolor en caso positivo. Esta maniobra puede ser efectuada también colocando la mano en forma de gancho con la parte palmar de las últimas falanges en la zona vesicular. Por último, puede también realizarse con la mano derecha colocada por fuera del recto anterior, llegando con las falanges algo flexionadas a la zona vesicular. Cuando hay filtración o perforación vesicular, o abscesos, la semiología del dolor es diferente, extendiéndose el compromiso a zonas vecinas como flanco y fosa iliaca derecha, cuando hay escurrimiento biliar por el espacio parieto cólico provocando un coleperitoneo (13).

La palpación de una masa subcostal derecha (25% de los casos) puede ser debida a un empiema vesicular, flegmon de la zona, absceso por una perforación o un tumor especialmente en pacientes añosos. La fiebre se acompaña de escalofríos por bacteriemias, náuseas, vómitos. El íleo reflejo o por compromiso peritoneal debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial.

Diagnóstico

La mayoría de los pacientes (en un 70%) que padecen de un cuadro de colecistitis aguda, tienen leucocitosis que varía de los 12000 a 15000 con predominio de neutrófilos. Cuando estos valores superan los 20.000 glóbulos blancos, se debe pensar en la existencia de perforación, colecistitis gangrenosa o colangitis (12). La eritrosedimentación suele estar acelerada.

El laboratorio es también útil cuando existe compromiso de la vía biliar o reacción pancreática. En el primer caso puede encontrarse aumento de la

bilirrubina y fosfatasa alcalina siendo la litiasis coledociana la causa más frecuente.

En el segundo caso puede observarse aumento de la amilasa sérica.

Diagnóstico por Imágenes

Radiografía directa de abdomen No es el mejor método para el estudio de una colecistitis aguda, pero su realización es importante en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Se puede visualizar una opacidad en hipocondrio derecho y flanco o la presencia de cálculos, sobre todo si son cálcicos, o aire en la pared vesicular o en su interior (signo de Simón en la colecistitis gangrenosa).

Ecografía

Es el método por imágenes más usado para el diagnóstico de colecistitis aguda en la actualidad y cuenta con una sensibilidad y una especificidad mayor al 90% de los casos.

Ecográficamente aparecen los siguientes signos:

1) Engrasamiento de la pared vesicular por el edema en la zona subserosa que puede variar de 4mm hasta 10mm o más. Esta zona es hipocogénica y se rodea por arriba, de una capa externa serosa que es ecogénica y por debajo, de una capa interna mucosa que también es ecogénica. Se genera el signo de la doble pared, de la oblea o del sandwich que puede verse alrededor de la vesícula en

forma continua o discontinua, pudiendo desaparecer con el tratamiento adecuado, es muy frecuente en las colecistitis, aunque no es específico.

2) Distensión de la vesícula: se debe a la impactación de un cálculo en el conducto cístico, se dilata y aumenta el diámetro anteroposterior externo mayor a 4 cm.

3) Cambio de morfología: al dilatarse la vesícula, cambia su forma de pera a redondeada.

4) Litiasis: en la luz de la vesícula puede haber cálculos, pero se debe visualizar uno que esté impactado en el bacinete o en el conducto cístico.

5) Bilis ecogénica: sin sombra sónica, en una colecistitis aguda se debe a barro biliar, pus, sangre, moco y fibrina y a mucosa descamada (colecistitis gangrenosa).

6) Formación de abscesos: hipoecogénicos intramurales o pericolecistíticos por perforación de la pared vesicular.

7) Signo de Murphy ecográfico por la presencia de dolor cuando se palpa la vesícula con una especificidad del 93%.

8) Presencia de gas dentro de la vesícula (vesícula enfisematosa) en los pocos casos de vesículas con infección producida por anaerobios.

La complementación del examen con eco doppler en color puede mostrar hiperhemia en la pared vesicular y alrededores debido al estado congestivo

Tratamiento

El paciente que padece una colecistitis aguda, generalmente concurre a los Servicios de Urgencia, donde se realiza una evaluación clínica, de laboratorio y ecográfica. Una vez establecido el diagnóstico, se lo debe internar, colocarle una vía endovenosa para administrarle solución soluciones para mantener el equilibrio hidrosalino, analgésicos, suspender alimentación oral y colocación de

sonda nasogástrica si se asocia a vómitos e íleo por el dolor. El uso de antibióticos se realiza para tratar las complicaciones infecciosas (abscesos), y prevenir las infecciones de heridas quirúrgicas, siendo el esquema clásico, la combinación de ampicilina y gentamicina. En los pacientes diabéticos se usa metronidazol, para anaerobios, asociado a ciprofloxacina que se elimina por vía biliar. Asociación útil si hay una colangitis asociada. El tratamiento definitivo de la colecistitis aguda es quirúrgico por colecistectomía laparoscópica o convencional.

La indicación del tratamiento quirúrgico va a depender del tiempo transcurrido, de la evolución de la colecistitis > del riesgo operatorio. La técnica de la colecistectomía por vía convencional y laparoscópica.

La vía laparoscópica es cada vez más empleada lo que ha sido posible por la mayor experiencia de los centros quirúrgicos. Cuando se comenzó con la colecistectomía laparoscópica, la colecistitis aguda figuraba como una contraindicación por el riesgo de lesionar la vía biliar y el gran número de conversiones. No obstante, la vía convencional sigue siendo una vía útil en muchos lugares en donde no se cuenta con la experiencia, aparataje e instrumental necesario (14).

La vesícula generalmente está distendida y no permite su aprehensión. No debe perderse tiempo e ir directamente a la punción y evacuación parcial de su contenido. Esto permite su mejor manipulación y la posibilidad de efectuar una colangiografía vesicular.

Lo ideal es efectuar una colecistectomía total, pero en condiciones anatómicas desfavorables se debe recurrir a la ectomía parcial a lo Pribran, dejando un casquete vesicular, fulgurando la mucosa, evitando el sangrado hepático.

Cuando no es posible reconocer los elementos del hilio hepático otro recurso es hacer una colecistectomía parcial dejando parte distal del bacinete drenado al exterior. El tratamiento de las colecistitis agudas complicadas como la perforación libre a la cavidad peritoneal, o bloqueada paravesicular, sepsis, obstrucción intestinal por íleo biliar, deben ser intervenidos quirúrgicamente de urgencia.

2.3. Definición de términos

- a) **Colelitiasis:** Es la presencia de litos (cálculos) en la vesícula biliar
- b) **Colecistitis:** Inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (lodo) biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones está presente.
- c) **Colecistitis aguda.** Complicación grave de la colelitiasis y también la más frecuente
- d) **Colecistitis crónica:** Se refiere a los cuadros repetitivos de cólico biliar, aunque los hallazgos histológicos no siempre describen evidencia de fibrosis ni infiltración de células redondas. Se la define también como inflamación de tipo crónico de la vesícula, especialmente de su mucosa, la cual pierde su capacidad para concentrar la bilis, es decir su capacidad de absorber agua y electrolitos.
- e) **Ultrasonografía (ecografía):** Método diagnóstico por excelencia y los hallazgos son típicos: vesícula biliar distendida, con paredes de grosor aumentado por la inflamación aguda de la pared, con cálculos o barro biliar en su interior.
- f) **Colecistectomía.** El procedimiento de elección es la colecistectomía laparoscópica, hoy considerado como el "patrón oro" en el manejo quirúrgico de la enfermedad calculosa de la vesícula biliar.

- g) Colectomía abierta:** Es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción de la vesícula biliar, el cirujano hace una incisión grande en su abdomen para abrirlo y visualizar el área.
- h) Colectomía laparoscópica:** Cirugía para extirpar la vesícula biliar. El médico introduce un laparoscopio y otro instrumental quirúrgico a través de pequeños orificios en el abdomen. La cámara permite que el médico vea la vesícula biliar en la pantalla del monitor.
- i) Cólico Biliar:** Es el dolor asociado a litiasis biliar, es el resultado de la impactación del cálculo en el conducto cístico o en el infundíbulo de la vesícula, llevando a una contracción contra resistencia sin evacuación.
- j) Pancreatitis aguda:** En la colecistitis aguda podemos encontrar la amilasa aumentada; pero en la pancreatitis aguda los valores son muy superiores. La ecografía es decisiva para evidenciar los signos propios de cada patología y en un pequeño porcentaje (1%) pueden ser concomitantes los dos cuadros.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

El Hospital Antonio Lorena inicia su andadura en el año 1934, fecha en la que se proyectó su construcción para sustituir al ya muy antiguo Hospital de La Almudena, que había sido inaugurado el 1 de septiembre de 1698 a cargo de los betleheimitas.

“En enero de 1933 el Presidente de la Beneficencia invitó a las autoridades y Jefes de Instituciones a un Cabildo Abierto, en el antiguo Hospital de La Almudena, al que concurrieron el Prefecto y Comandante General de la IV División Ligera Coronel don Jorge Vargas, el Obispo de la Diócesis doctor Pedro Pascual Farfán, el Presidente del Rotary Club señor don Abel Montes Sobrino, el Alcalde de la Ciudad Coronel don Cesar R. Mendiburo, los directores de los diarios El Comercio y El Sol, Jefes de otras instituciones y vecinos notables de la Ciudad. Se formalizó la adjudicación por escritura pública de 30 de mayo de 1933.”

“En el frontis del Hospital se grabó con caracteres en alto relieve: Amar a Dios y al prójimo como a ti mismo.”

El Hospital Antonio Lorena, es un órgano desconcentrado de la Dirección de Salud Cusco (Ley N° 27657 Ley del MINSA y su Reglamento, aprobado con el D.S. 013-2002-SA). Inicia su funcionamiento el 21 de octubre de 1934, ofreciendo cuatro servicios básicos a la población. En la actualidad es considerado como Hospital de Referencia Regional de Nivel III-1 como Unidad Ejecutora. Atiende generalmente a población de bajos recursos económicos de la zona, sus provincias y otros departamentos. Cuenta con más de 450 trabajadores entre Personal Asistencial y Administrativo.

Es indudable el apoyo que ha brindado este hospital a generaciones de cusqueños a lo largo de casi 85 años en el local de la plaza Belén

que desde hace 4 años se va realizando su construcción donde hasta la actualidad se encuentra paralizada la dicha obra, sin embargo es importante remarcar que el hospital no dejó de funcionar ya que se encuentra actualmente en las inmediaciones del Hospital de Contingencia ubicado en el mismo distrito de Santiago, el pueblo cusqueño tiene derecho a servicios modernos para la atención de la salud por lo cual ya no se puede seguir negándole ese pedido silencioso, cuando es que por falta de capacidad estructural los pobladores no pueden ser atendidos, todos necesitamos un Hospital Lorena.

3.2. Experiencia Profesional

Sobre mi Experiencia Profesional inicié laborando en el año de 1993 hasta el año 1996 en el Centro de Salud de Pallpata del Distrito de Héctor Tejada en la Provincia de Espinar Departamento del Cusco desarrollándome como Licenciado en Enfermería realizando las actividades pertinentes a mi función de enfermero, en los siguientes programas:

- PAI - Programa Ampliado de Inmunizaciones
- CRED - Control de crecimiento y desarrollo

En el año de 1997 se desarrolló un concurso de nombramiento en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco, el cual me presente y obtuve una plaza en dicho Hospital.

Donde inicié mis servicios de Licenciado en Enfermería en las áreas siguientes:

- En 1997 labore en el servicio de Emergencia
- De 1998 al 2000 labore en el servicio de Medicina Varones
- Del 2000 hasta la actualidad (año 2018) vengo laborando en el Servicio de Cirugías Varones – Mujeres.

Realizando los cuidados de pacientes pre y pro quirúrgicos de las siguientes patologías:

- Cirugía de Abdomen: Apendicitis, Hernias, Obstrucción Intestinal, Eventración y complicaciones.
- Cirugía de Hígado y vías biliares: Colecistitis calculosa, Quiste Hepático, Quiste pulmonar, Pólipo vesicular y complicaciones.
- Cirugía de Ano-rectal: Hemorroides, Condilomas y otras enfermedades tegumentarias; lipomas, tumores de partes blandas y celulitis.

En cuanto al equipamiento tengo conocimiento del manejo de equipos biomédicos necesarios para la atención de pacientes pre y pos hospitalizados.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Cabe recalcar que el servicio de Cirugía general de hospitalización es uno de los servicios que forma parte del Departamento de Cirugía que es un órgano de línea del Hospital Antonio Lorena Nivel III-1, donde se brinda servicios de hospitalización a una población de menores recursos económicos de la Región del Cusco como de otros Departamentos colindantes.

El servicio de Cirugía Varones – Mujeres atiende las 24 horas del día, los 365 días del año; distribuidos en 3 turnos de trabajo asistencial:

- Turno de jefatura
- Turno de Permanente
- Turno rotativo

Cuenta con dos salas de hospitalización con una capacidad de 25 camas. Atiende diferentes tipos de cirugías generales, y en los siguientes niveles:

- Cirugías menores
- Cirugías Mayores
- Cirugías de otras especialidades en calidad de alojados

Durante la experiencia profesional en este servicio el investigador tuvo la ocasión de afrontar casos que Colecistectomía Laparoscópica que por su evolución desfavorable, fueron convertidas en cirugía abierta, la mayoría de estos casos se dieron con más frecuencia en pacientes varones, situación que en algunos casos se dio por la poca resolución que los diagnósticos por imágenes dieron.

IV. RESULTADOS

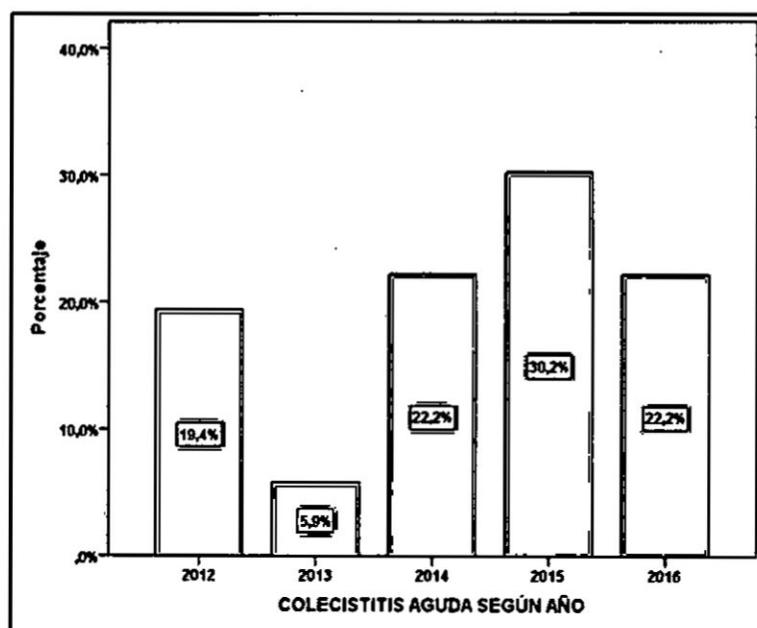
Distribución de casos de colecistectomía según años

TABLA 4.1
COLECISTECTOMÍA POR COLECISTIS AGUDA
SEGÚN AÑO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO

	Frecuencia	Porcentaje
2012	63	19,4
2013	19	5,9
2014	72	22,2
2015	98	30,2
2016	72	22,2
Total	324	100,0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 4.1
COLECISTECTOMÍA SEGÚN AÑO EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL
CUSCO



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

El cuadro 1 y grafico 1 muestran que el porcentaje de pacientes atendidos por colecistitis aguda presenta porcentajes similares entre los años 2012 al 2016, siendo la excepción el año 2013 en el cual el porcentaje de pacientes diagnosticados y atendidos por esta dolencia fue de 5,9%, porcentaje considerablemente menor al resto de los años analizados. Lo cual muestra que esta afección se presenta con regularidad y es una de las que mayor demanda genera en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco, tanto en cirugía abierta como laparoscópica.

Distribución de casos de colecistitis aguda según género

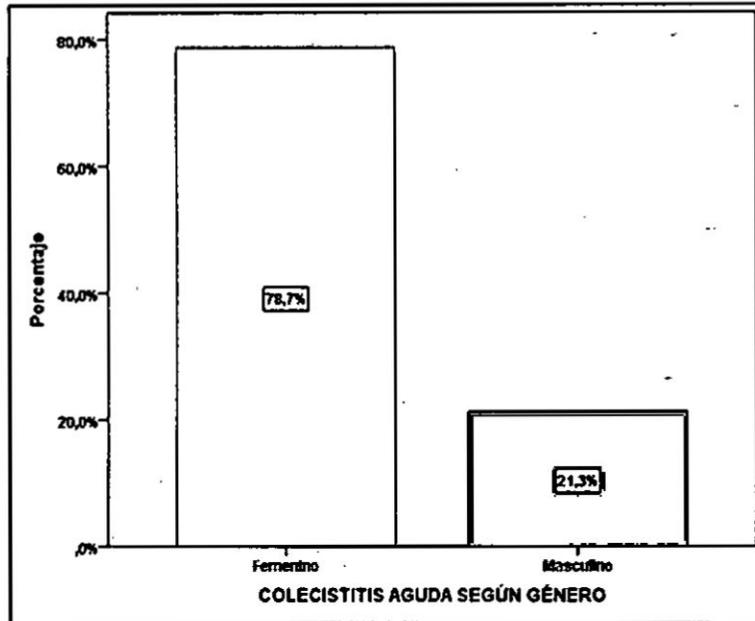
TABLA 4.2

COLECISTITIS SEGÚN GÉNERO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	255	78,7
Masculino	69	21,3
Total	324	100,0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 4.2
COLECISTITIS SEGÚN GÉNERO EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL
CUSCO



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

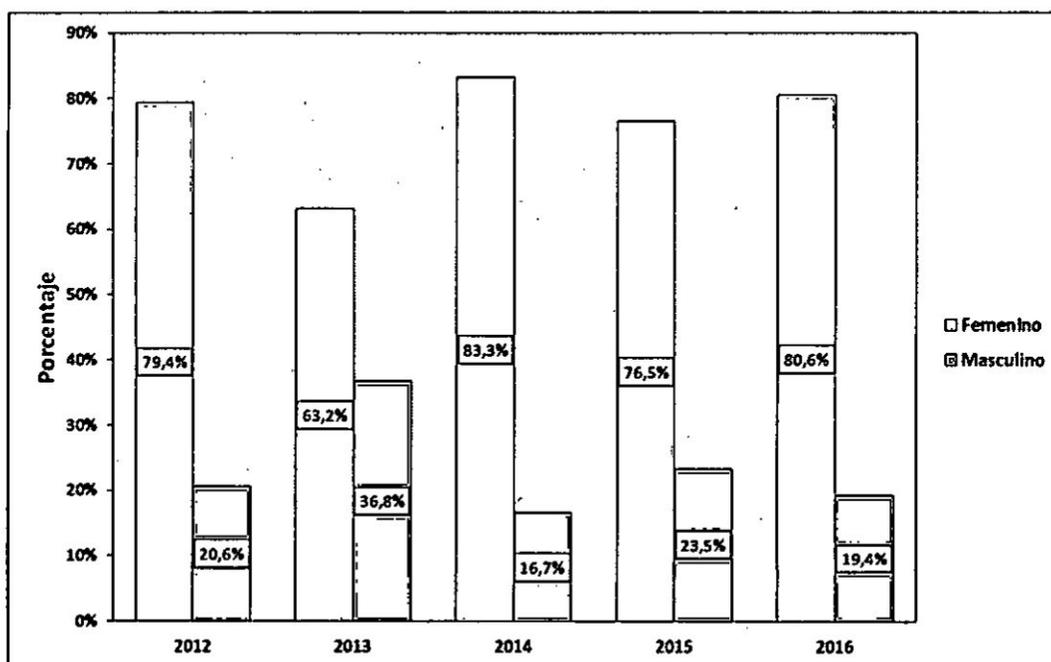
El cuadro 2 y grafico 2 muestran que el porcentaje de pacientes atendidos por colecistitis aguda según género. Se puede apreciar claramente que son las mujeres las que presentan una mayor incidencia entre los años 2012 al 2016 con un 78,7% frente al de los varones que tan solo llega a constituir el 21,3% de todos los pacientes diagnosticados en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

TABLA 4. 3
COLECISTITIS SEGÚN GÉNERO Y POR AÑOS EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO

		COLECISTITIS AGUDA SEGÚN		
		GÉNERO		
		Femenino	Masculino	
COLECISTITIS AGUDA SEGÚN AÑO	2012	Frecuencia	50	13
		Porcentaje	79,4%	20,6%
	2013	Frecuencia	12	7
		Porcentaje	63,2%	36,8%
	2014	Frecuencia	60	12
		Porcentaje	83,3%	16,7%
	2015	Frecuencia	75	23
		Porcentaje	76,5%	23,5%
	2016	Frecuencia	58	14
		Porcentaje	80,6%	19,4%
	Total	Frecuencia	255	69
		Porcentaje	78,7%	21,3%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 4.3
COLECISTITIS SEGÚN GÉNERO Y POR AÑOS EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

El cuadro 3 y gráfico 3 muestran que el porcentaje de pacientes atendidos por colecistitis aguda según género y por años. Dichos resultados muestran que son las mujeres las que presentan una mayor incidencia entre los años 2012 al 2016, se puede sostener que en todos los años analizados las mujeres superan ampliamente a los valores en la prevalencia para esta enfermedad en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

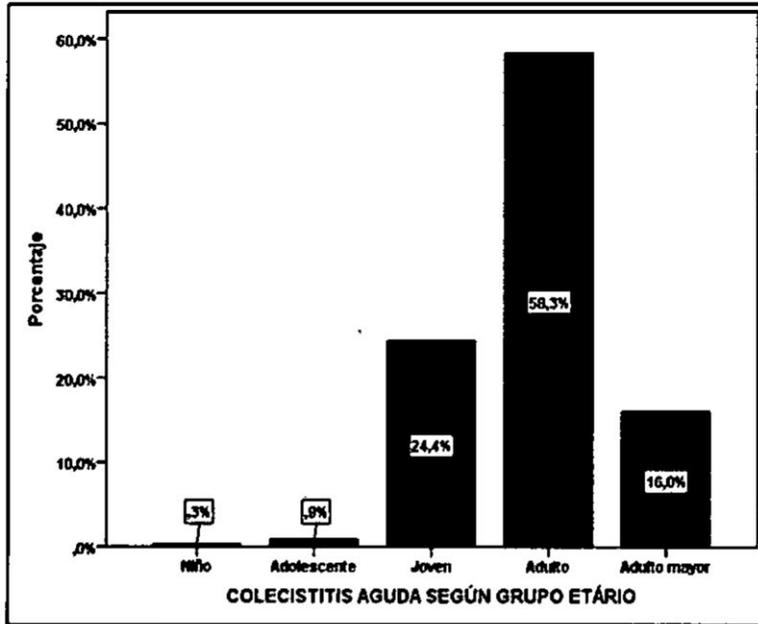
Distribución de casos de colecistitis según grupo etario

TABLA 4.4
COLECISTITIS SEGÚN GRUPO ETARIO EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL
CUSCO

	Frecuencia	Porcentaje
Niño	1	,3
Adolescente	3	,9
Joven	79	24,4
Adulto	189	58,3
Adulto mayor	52	16,0
Total	324	100,0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 4.4
COLECISTITIS SEGÚN GRUPO ETARIO EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL
CUSCO



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

El cuadro 4 y grafico 4 muestran que el porcentaje de pacientes atendidos por colecistitis aguda según grupo etario. Los resultados muestran que son los adultos, es decir las personas comprendidas entre los 30 y 59 años las que presentan mayor incidencia en esta enfermedad entre los años 2012 y 2016, alcanzando el 58,3% del total de pacientes atendidos, en tanto son los jóvenes, personas comprendidas entre 18 a 29 años de edad, los que alcanzan un segundo lugar con un porcentaje de 24,4% del total y los adultos mayores que son personas que tienen de 60 a más años de edad los que se ubican en la posición tercera de incidencia de esta

TABLA 4. 3
COLECISTITIS SEGÚN GÉNERO Y POR AÑOS EN EL SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO

		COLECISTITIS AGUDA SEGÚN GÉNERO		
		Femenino	Masculino	
COLECISTITIS AGUDA SEGÚN AÑO	2012	Frecuencia	50	13
		Porcentaje	79,4%	20,6%
	2013	Frecuencia	12	7
		Porcentaje	63,2%	36,8%
	2014	Frecuencia	60	12
		Porcentaje	83,3%	16,7%
	2015	Frecuencia	75	23
		Porcentaje	76,5%	23,5%
	2016	Frecuencia	58	14
		Porcentaje	80,6%	19,4%
	Total	Frecuencia	255	69
		Porcentaje	78,7%	21,3%

Fuente: Elaboración propia

enfermedad en los años analizados. Los casos presentados en adolescentes y niños son muy esporádicos.

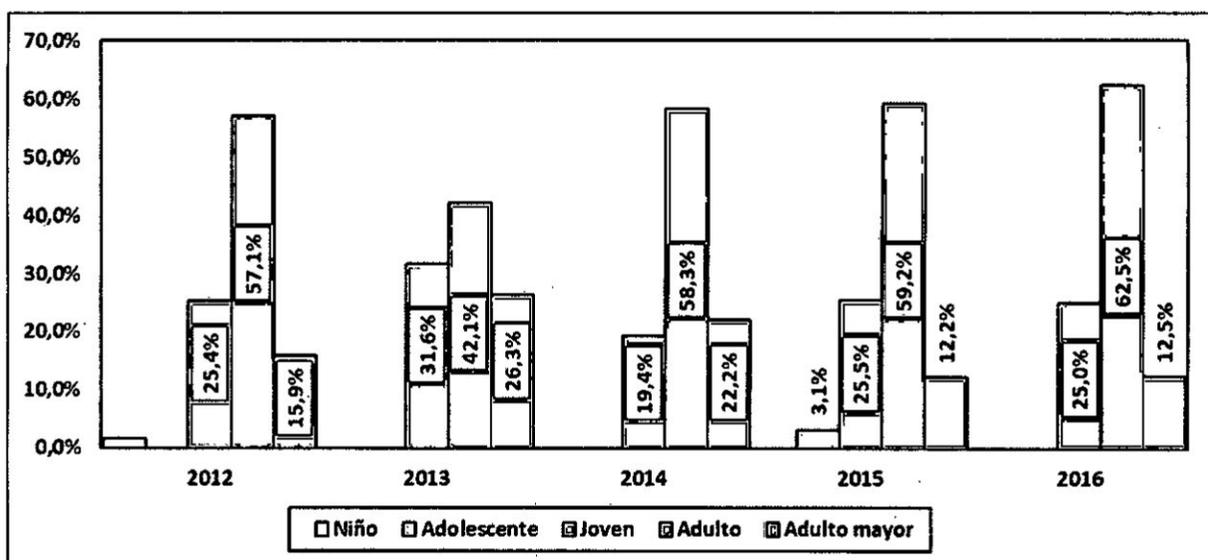
Dichos resultados muestran que son las mujeres las que presentan una mayor incidencia entre los años 2012 al 2016, se puede sostener que en todos los años analizados las mujeres superan ampliamente a los valores en la prevalencia para esta enfermedad en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

TABLA 4.5
COLECISTITIS SEGÚN GRUPO ETARIO Y POR AÑOS EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA
DEL CUSCO

		COLECISTITIS AGUDA SEGÚN GRUPO ETARIO					
		Niño	Adolescente	Joven	Adulto	Adulto mayor	
COLECISTITIS AGUDA SEGÚN AÑO	2012	Frecuencia	1	0	16	36	10
		Porcentaje	1,6%	0,0%	25,4%	57,1%	15,9%
	2013	Frecuencia	0	0	6	8	5
		Porcentaje	0,0%	0,0%	31,6%	42,1%	26,3%
	2014	Frecuencia	0	0	14	42	16
		Porcentaje	0,0%	0,0%	19,4%	58,3%	22,2%
	2015	Frecuencia	0	3	25	58	12
		Porcentaje	0,0%	3,1%	25,5%	59,2%	12,2%
	2016	Frecuencia	0	0	18	45	9
		Porcentaje	0,0%	0,0%	25,0%	62,5%	12,5%
	Total	Frecuencia	1	3	79	189	52
		Porcentaje	0,3%	0,9%	24,4%	58,3%	16,0%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 4.5
COLECISTITIS SEGÚN GRUPO ETARIO Y POR AÑOS EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA
DEL CUSCO



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

El cuadro 5 y gráfico 5 muestran que el porcentaje de pacientes atendidos por colecistitis aguda según grupo etario, por años. Los resultados nos permiten apreciar la prevalencia por año, desde el 2012 hasta el 2016, según grupo etario para la colecistitis aguda en pacientes que son diagnosticados y atendidos en el Hospital Antonio Lorena del Cusco. Los resultados confirman que son los jóvenes y los adultos, quienes presentan con mayor frecuencia esta afección de la vesícula biliar, siendo notoriamente los adultos quienes destacan sobre los demás grupos etarios.

Distribución de casos de colecistitis según zona de residencia

TABLA 4.5

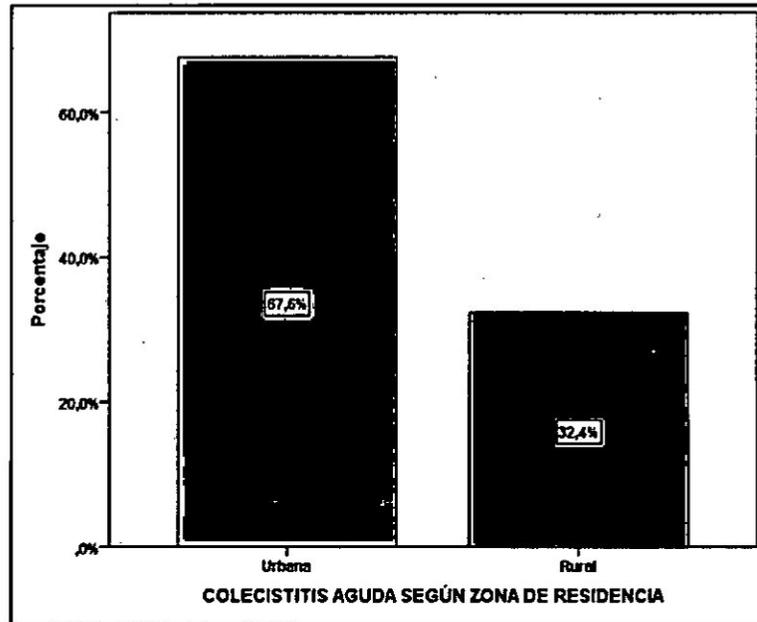
COLECISTITIS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO

	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	219	67,6
Rural	105	32,4
Total	324	100,0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 4.5

**COLECISTITIS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA
DEL CUSCO**



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

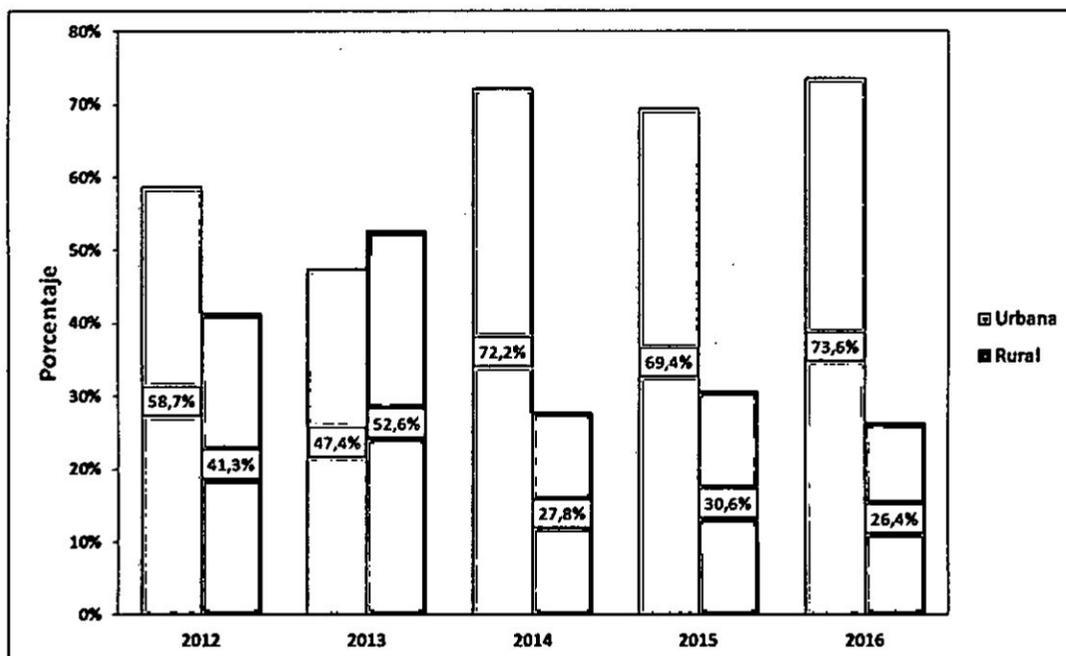
El cuadro 6 y gráfico 6 muestran que el porcentaje de pacientes atendidos por colecistitis aguda según zona de residencia. Los resultados muestran que el 67,6% de los pacientes diagnosticados y atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco, provienen de zonas urbanas en tanto que el 32,4% de los pacientes provienen de zonas rurales.

TABLA 4.6
COLECISTITIS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y POR
AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA DEL CUSCO

		COLECISTITIS AGUDA SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA		
		Urbana	Rural	
COLECISTITIS AGUDA SEGÚN AÑO	2012	Frecuencia	37	26
		Porcentaje	58,7%	41,3%
	2013	Frecuencia	9	10
		Porcentaje	47,4%	52,6%
	2014	Frecuencia	52	20
		Porcentaje	72,2%	27,8%
	2015	Frecuencia	68	30
		Porcentaje	69,4%	30,6%
	2016	Frecuencia	53	19
		Porcentaje	73,6%	26,4%
	Total	Frecuencia	219	105
		Porcentaje	67,6%	32,4%

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 4.6
COLECISTITIS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y POR AÑOS EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL
CUSCO



Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

El cuadro 7 y gráfico 7 muestran que el porcentaje de pacientes atendidos por colecistitis aguda según grupo etario y por años. En dichos resultados se aprecia que en los años 2012 y 2013 los porcentajes de pacientes que provenían de zonas urbanas y rurales eran equivalentes o similares, mientras que a partir del 2014 hasta el 2016 el porcentaje de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que son atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco es notoriamente superior al de los pacientes que provienen de zonas rurales.

V. CONCLUSIONES

- a) En cuanto a la distribución de intervenciones quirúrgicas por colecistitis según género, se concluye que del total de casos diagnosticados y atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Lorena del Cusco entre el 2012 y el 2016, el 78,7% de los casos son mujeres en tanto el 21,3% varones, prevalencia que tuvo su valor más alto en el 2014 con 83,3% y en lo que va del 2016 ya alcanza el 80,6%, lo cual muestra que son las mujeres quienes presentan mayor riesgo para esta enfermedad.
- b) La distribución de la colecistitis en pacientes diagnosticados y atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Lorena del Cusco según grupo etario, muestra que el 58,3% son adultos, es decir la prevalencia para las personas comprendidas entre los 30 y 59 años de edad es de 58,3%, mientras que el grupo etario que ocupa el segundo lugar en prevalencia es el de jóvenes, es decir personas cuyas edades están comprendidas entre los 18 y 29 años de edad, quienes representan el 24,4% de total de casos.
- c) La distribución de la colecistitis en pacientes diagnosticados y atendidos en el servicio de cirugía del Hospital Lorena del Cusco según lugar de residencia, muestra que el 67,6% de los casos provienen de la zona urbana, en tanto que el 32,4% del total de pacientes provienen de la zona rural.

d) El porcentaje de pacientes atendidos por colecistitis aguda presenta porcentajes similares entre los años 2012 al 2016, siendo la excepción el año 2013 en el cual el porcentaje de pacientes diagnosticados y atendidos por esta dolencia fue de 5,9%, porcentaje considerablemente menor al resto de los años analizados. Lo cual muestra que esta afección se presenta con regularidad y es una de las que mayor demanda genera en el servicio de cirugía del Hospital Antonio Lorena del Cusco, tanto en cirugía abierta como laparoscópica

VI. RECOMENDACIONES

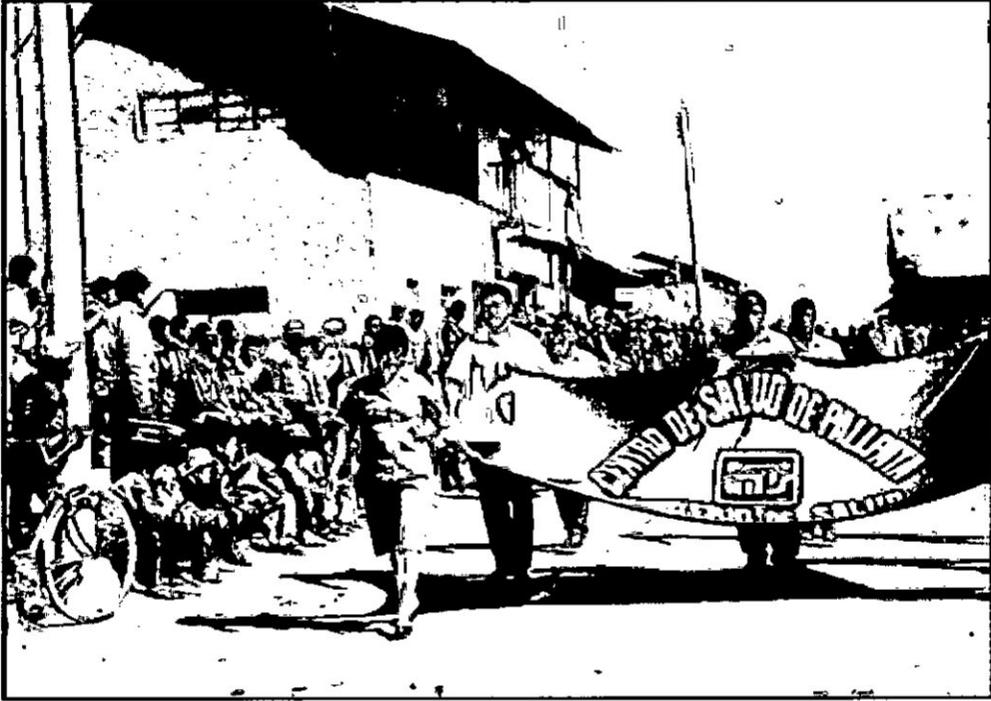
- a)** Realizar estudios por parte del personal de salud que permitan tener un panorama general acerca de la litiasis vesicular, pues es una patología frecuente en nuestra sociedad.
- b)** Ampliar estudios sobre los demás factores de riesgo asociados a la colelitiasis a nivel nacional.
- c)** Con el conocimiento de los factores existentes a la litiasis vesicular, promover el diagnóstico oportuno de colelitiasis y colecistectomía temprana para evitar complicaciones sobre todo en el género femenino y en poblaciones de adultos mayores.

VII. REFERENCIALES

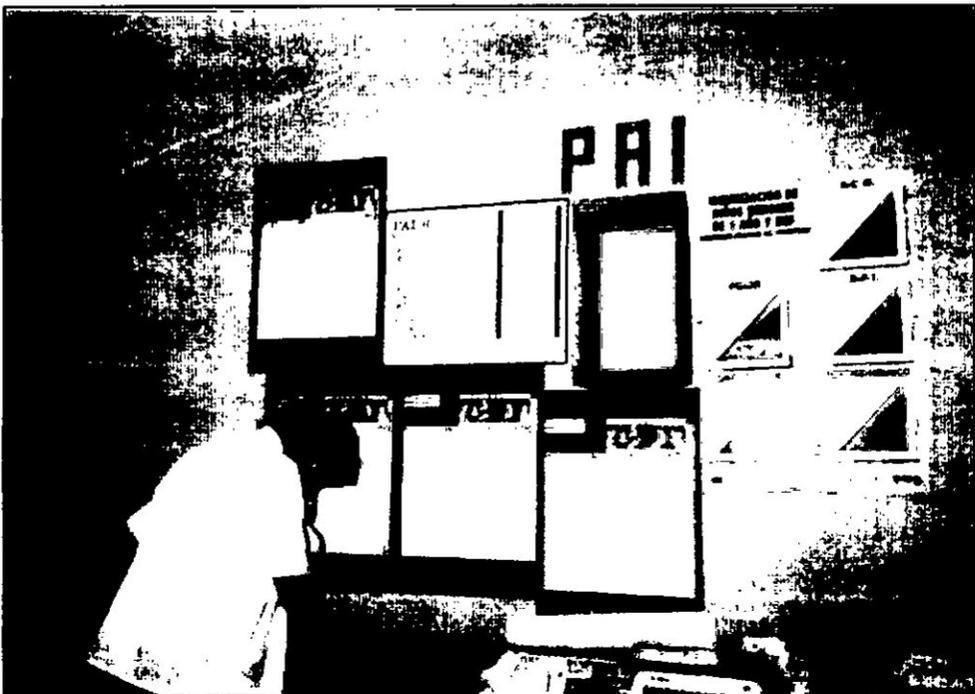
1. Martínez Acosta U. Incidencia de Colelitiasis. Revista Ciencias. Com. 2005.
2. Angarita F, Acuña S, Jiménez C, Garay J, Gómez D, Domínguez L. Colecistitis calculosa aguda. Univ. Méd. Bogotá. 2010 Julio-Setiembre; 51(301-319).
3. Hernández A, Araujo F, Osorio M. Identification of bacterial flora in bili of patient´s subjected biliar. Kamera. 2002;(30): p. 63.
4. Serrano M, Cadena H, Contreras L, Villar L, Reyes W. Abdomen agudo. En guías de práctica clínica basada en la evidencia Bogotá: Carrera Séptima; 1998.
5. Chávez Segura JC. Factores clínicos-epidemiológicos para la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú 2013. Informe de Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2013.
6. Tomás Coronado BL. Edad, sexo, obesidad y paridad en colelitiasis del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral. SJL, Lima 2015. Informe de tesis de Pre Grado. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2016.
7. Mendoza Rojas HJ. Relación entre los factores de riesgo de la Colelitiasis y los tipos de Litiasis en pacientes colecistectomizados hospital Octavio Mongrut año 2010-2011. Tesis de Pos Grado Maestría en Docencia e Investigación en Salud. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2012.
8. Montes Fernández B, Lema Morocho A. Prevalencia y factores de

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

CENTRO DE SALUD PALLPATA



PROGRAMA DE PAI



PROGRAMA DE IRA



PROGRAMA DE CEDA

