

trio. En este caso se tomará una serie gastrointestinal superior para descartarlas.

Hepatitis alcohólica: Por la hipersensibilidad del cuadrante superior derecho y leucocitosis. La biopsia del hígado sirve de diagnóstico porque en esta muestra necrosis parenquimatosa aguda.

Apendicitis aguda: Por el dolor, hipersensibilidad del cuadrante superior derecho y fiebre. El interrogatorio, la radiografía de abdomen y el tacto rectal pueden descartarla.

Pancreatitis aguda: Por el dolor intenso en epigastrio y aumento de la amilasa, para descartarla basta con una radiografía de abdomen.

PREVENCION SECUNDARIA

DIAGNOSTICO PRECOZ

En los individuos con colecistitis aguda para confirmarles el diagnóstico además del interrogatorio y examen físico (signo de Murphy, ictericia, etc.) se apoyaran en varios métodos auxiliares y son los siguientes:

Una radiografía abdominal simple puede revelar la presencia de cálculos biliares. Estos tienen que diferenciarse de los cartilagos costales y ganglios linfáticos calcificados así

como la calcificación en hígado, páncreas, suprarrenales y riñones. Sólo un pequeño porcentaje de los cálculos biliares son radiopacos (aproximadamente un 15%).

En los exámenes de laboratorio la sangre puede demostrar leucocitosis (12,000 a 15,000 mm cu), bilirrubina con cifras elevadas (2 a 4 mg/dl), aumento de la transaminasa, fosfatasa alcalina y la amilasa que puede alcanzar cifras hasta 1,000 ud.

La colecistografía no está indicada en la etapa aguda de la enfermedad, pero será útil después de la recuperación. La presencia de cálculos que aparecen como defectos de llenado en la vesícula biliar, o la falta de opacificación de la vesícula, apoyan el diagnóstico.

Un enfoque alternativo es la colangiografía intravenosa mediante el empleo de la técnica de infusión, la cual demuestra el calibre y la obstrucción de los conductos biliares así como algún cálculo alojado en los mismos.

Por otra parte, la falta de llenado de la vesícula biliar en radiografías consecutivas es muy sugestivo de enfermedad de la vesícula biliar u obstrucción del cístico.

La colangiografía descrita anteriormente es un método útil para distinguir entre la ictericia causada por la enfermedad hepatocelular y la originada por obstrucción biliar; para investi

gar los síntomas gastrointestinales del paciente después de colecistectomía; para localizar cálculos en el interior de los conductos biliares y para el diagnóstico de cáncer en dichos sistemas.

La ultrasonografía de la vesícula biliar siempre y cuando este distendida (con el paciente en ayuno) también es un estudio no invasivo eficaz en el diagnóstico. Puede descubrir además de cálculos, masas en el cuadrante superior derecho y aumento de volumen de los conductos biliares y el páncreas de manera que, pueden ser útiles en casos complicados o cuando el diagnóstico es obscuro.

TRATAMIENTO OPORTUNO

Los pacientes con sospechas de tener colecistitis aguda deben ingresar lo más pronto posible al hospital.

La decisión sobre el tipo de tratamiento debe basarse en un diagnóstico seguro y sus complicaciones con los estudios antes mencionados.

Al momento de la admisión del paciente al hospital debe iniciarle aspiración nasogástrica con objeto de reducir al mínimo los estímulos sobre el páncreas y vesícula biliar; se administrarán líquidos por vía intravenosa para corregir la deshidratación. La administración de antimicrobianos son de utilidad sobre todo para tratar complicaciones supurativas; por lo

general los fármacos empleados son: Ampicilina (2 a 4 gr.), cefalosporina (4 gr.), clindamicina (600 mgr.) y un aminoglucósido en ocasiones se administra para aliviar el dolor clorhidrato de meperidina (100 mgr.) y atropina (0.6 mgr.).

Otro tratamiento que se utiliza es la cirugía (colecistostomía) que es drenar la vesícula bajo anestesia local, extraer algunos cálculos y colocar un tubo de drenaje que actúe como válvula de seguridad hacia el exterior. Puede extraerse este tubo en una a dos semanas después de la colecistostomía.

El tratamiento definitivo de la colecistitis aguda es la colecistectomía y se efectúa en el transcurso de 12 a 24 horas que siguen al ingreso del paciente al hospital. Hasta cierto punto la razón primaria para la operación es evitar la perforación de la vesícula o tratarla cuando ha ocurrido.

Existen dos corrientes de pensamientos en relación a este tratamiento; algunos médicos prefieren tratar los casos promedio no complicados en forma expectante con objeto de practicar una colecistectomía electiva de cuatro a seis semanas después de la recuperación y se reserva la colecistectomía temprana para pacientes que parecen tener complicaciones desde que se ve por primera vez o aquellos que no mejoran con el tratamiento expectativo.

La otra parte no observa ventaja alguna en retrasar una co

lecistectomía en pacientes sin complicaciones y recomienda operar en tales casos, a menos que existan otras contraindicaciones específicas para la intervención quirúrgica.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Las complicaciones en una colecistectomía pueden existir - aunque en un bajo porcentaje y estas son:

Hemorragia: Depende de la lesión operatoria del hígado o de los pequeños vasos vecinos y más rara vez del desprendimiento de una ligadura en la arteria cística.

Pancreatitis aguda: Puede aparecer como resultado de las manipulaciones ejercidas sobre las vías biliares durante la operación.

Ictericia: Puede aparecer por la retención de un cálculo.

Derrame de bilis: La fuga de una pequeña cantidad de bilis después de la colecistectomía no es rara ni peligrosa. Pero en cantidades grandes indica lesión importante de los conductos. Y si este es el caso el paciente presentará sensibilidad y dolor en el cuadrante superior derecho y fiebre.

Peritonitis biliar: Cuando fluyen grandes cantidades de bilis en la cavidad del peritoneo suele producirse peritonitis biliar. El paciente presenta dolor y fiebre.

Fístula biliar externa: La presencia de fístula biliar externa persistente en el post-operatorio suele significar lesión de los conductos biliares durante la operación y a menudo constituye el primer indicio de estrechez del conducto colédoco.

LIMITACION DEL DAÑO

Cuando se trata de una colecistitis aguda provocada por microorganismos patógenos se puede reducir o/y retrasar el daño - llevando una antibioticoterapia apropiada.

El papel del personal de enfermería consiste en administrar en forma correcta y oportuna los antibióticos elegidos. Evitando así que la infección avance y se presenten complicaciones tales como la perforación.

El tratamiento quirúrgico es necesario para curar síntomas muy crónicos, para eliminar las causas del cólico vesicular y para tratar pacientes de colecistitis aguda.

En la colecistectomía el paciente tan pronto recupere la conciencia se colocará en posición fowler y se administrará líquidos por la vena.

Es probable que la situación de la incisión subcostal haga que el paciente apoye la zona respirando superficialmente para impedir el dolor. Se necesita la aereación completa de los pulmones para evitar las complicaciones respiratorias por lo que -

deben administrarse analgésicos, según estén indicados, y se alertará al paciente a cambiar de posición y a realizar ejercicios respiratorios a intervalos frecuentes.

Se realizará curación de herida quirúrgica así como administración de los antibióticos elegidos para evitar futuras infecciones.

Con respecto a la dieta, esta será baja en grasas y rica en carbohidratos y proteínas y se iniciará después de 24 horas de la intervención quirúrgica.

INCAPACIDAD

La presencia de colecistitis aguda, causa en el individuo, diversos trastornos tanto físicos como social, ya que el principal síntoma que se presenta es el dolor de manera súbita, constante y de gran intensidad, aunado a otros síntomas característicos de la enfermedad, lo que impide al individuo realizar sus actividades cotidianas tanto en el trabajo como en el hogar.

DAÑO O DEFECTO

El defecto y el daño en la colecistitis aguda se presenta como fenómeno patológico consistiendo en la pérdida de la función normal de la vesícula. Pudiendo afectar a los órganos circundantes.

Los tejidos son afectados, pudiendo ser el daño irreversible.

ble, presentándose ulceraciones en la mucosa, hemorragia, necrosis y perforación.

Los órganos adyacentes pueden sufrir daño cuando la vesícula inflamada se adhiere a ellos, apareciendo primeramente necrosis, perforación y por último una fístula colecistoentérica.

ESTADO CRONICO

Cuando se abusó de un diagnóstico a menudo para explicar síntomas funcionales en el cuadrante superior derecho en ausencia de cálculos, los enfermos presentan ataques recurrentes de colecistitis aguda, con vesícula netamente anormal, caracterizada sobre todo por engrosamiento de la mucosa muscular por células inflamatorias crónicas, junto con anomalías de la disposición vascular y disminución del número de vasos sanguíneos. Las vellosidades de la vesícula biliar sufren un crecimiento polipoidal por depósito de colesterol, provocando un estado crónico.

MUERTE

La mortalidad por colecistitis aguda es del 5 a 10% y se limita casi exclusivamente a pacientes mayores de 60 años con enfermedades asociadas graves. Las complicaciones supurativas son más frecuentes en ancianos, que las toleran menos. En la mayor parte de los casos, la perforación localizada puede tratarse en forma satisfactoria al momento de la intervención quirúrgica.