



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:
“FÍSTULA COLECISTODUODENAL EN EL ADULTO MAYOR”

Requisito previo para optar por el Título De Médico

Autora:

Moreta Muela, Magaly Alexandra

Tutor:

Dra. Esp. Chuchuca Serrano, Jorge Ricardo

Ambato. Ecuador

Junio 2016

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“FÍSTULA COLECISTODUODENAL EN EL ADULTO MAYOR” de Magaly Alexandra Moreta Muela, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2016

EL TUTOR

.....
Dr. Esp. Chuchuca Serrano, Jorge Ricardo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis del Caso Clínico **“FÍSTULA COLECISTODUODENAL EN EL ADULTO MAYOR”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2016

LA AUTORA

.....

Moreta Muela, Magaly Alexandra

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no supo ninguna ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Abril del 2016

LA AUTORA

.....
Moreta Muela, Magaly Alexandra

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“FÍSTULA COLECISTODUODENAL EN EL ADULTO MAYOR”**, de Magaly Alexandra Moreta Muela, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio del 2016

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

.....

.....

.....

DEDICATORIA

A Dios Padre Todopoderoso por haber permitido que no decaiga en el intento de seguir adelante pese a los obstáculos que se presentaron en la vida. A mi esposo e hija por todo el amor, el cariño y gran esfuerzo de cada día, que supo encaminarme en mis estudios y apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida. A mis familiares en especial a mi hermana y padres quienes siempre me mostraron su apoyo y gran colaboración. A mis amigos con quienes he compartido difíciles momentos y a la vez gratos recuerdos, siempre demostrándome su cariño y gran amistad. A todas y cada una de esas personas que Dios puso en mi camino y que me extendieron su mano generosa para superar todas las dificultades hasta alcanzar el objetivo propuesto en mi Carrera Universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por darme la oportunidad de seguir cumpliendo la misión de vida. A mi esposo por su apoyo, confianza y sacrificio incondicional. Por ser la luz que brilla y me motiva a superarme día a día, por su amor, por su apoyo económico y por sus consejos que son la brújula que orientan mi vida., que con su esfuerzo constante fue el referente para continuar mi meta.

A la Universidad Técnica de Ambato quien siempre me ha llevado en mi mente y corazón por haberme abierto las puertas y de esta manera permitirme cumplir mi anhelo de servir a la sociedad.

ÍNDICE PRELIMINAR

Contenido

PORTADA	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE PRELIMINAR.....	viii
RESUMEN	x
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
OBJETIVO GENERAL:	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	3
1.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:.....	4
1.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO:.....	4
1.2.- AGRUPACIÓN POR PROBLEMAS:.....	12
1.2.1.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA:.....	13
1.3.- AGRUPACIÓN SINDRÓMICA:.....	13
1.4.-DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS .	14
1.5.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	15
1.5.1.- FACTORES DE RIESGO PERSONALES.....	15
1.5.2. FACTORES DIETÉTICOS	15
1.5.3.- FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	16
1.5.3.1.- ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.	16
1.5.3.2.- OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD.....	16
1.5.3.3.- OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN.....	16
2.- MARCO TEÓRICO.....	17
2.1.- ENFERMEDAD HEPATOBILIAR EN EL ADULTO MAYOR.....	17
2.2.-ABDOMEN OBSTRUCTIVO	19
2.2.1.-ÍLEO MECÁNICO	21
2.2.2.-ÍLEO PARALÍTICO	21

2.3.-COMPLICACIÓN MENOS FRECUENTE	22
2.4.-CLÍNICA.....	24
2.5.-DIAGNÓSTICO	24
2.6.- EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.....	26
2.7.- MANEJO:.....	26
3.- CATEGORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	29
4.- CONCLUSIONES:.....	31
5.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	31
BIBLIOGRAFÍA	31
6.- ANEXOS.....	34
Figura 1.....	34

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“FÍSTULA COLECISTODUODENAL EN EL ADULTO MAYOR”

Autora:Moreta Muela Magaly Alexandra

Tutor: Dr. ChuchucaSerrano Jorge Ricardo

Fecha:Ambato, Mayo 2016

RESUMEN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal que afecta a los adultos mayores, la cual es causada por la impactación de uno o más cálculos biliares en el intestino delgado después de pasar a través de una fístula bilioentérica. En muy raras ocasiones el cálculo puede entrar al intestino a través de una comunicación fistulosa entre el colédoco y el tracto digestivo. El término íleo biliar fue primero acuñado por Bartolin en 1654. El diagnóstico es frecuentemente tardío puesto que los síntomas suelen ser intermitentes y su tratamiento es la remoción quirúrgica o endoscópica del cálculo. El sitio más común de impactación de los cálculos es el íleon terminal y la válvula ileocecal; y los menos comunes son el yeyuno, el ligamento de Treitz y el estómago, y el duodeno y el colon son sitios raros. Se presenta el caso de una Paciente femenina de 64 años de edad, que es transferida del Hospital Básico Puyo IESS con un cuadro clínico caracterizado por distensión abdominal de 3 días de evolución acompañado de vómito más dolor abdominal difuso. La ecografía abdominal reportó Esteatosis hepática más Colelitiasis; la tomografía abdominopélvica mostró 2 cálculos biliares uno de 21 y otro 18 milímetros alojados en duodeno e íleon respectivamente y dilatación marcada en asas intestinales y colon. Los hallazgos de laboratorio, demostraron cifras de amilasa y lipasa tres veces su valor normal, confirmando pancreatitis aguda de origen biliar. El manejo de pancreatitis aguda fue expectante mientras que el Íleo Biliar fue

resuelto quirúrgicamente. Su evolución post quirúrgica fue satisfactoria, siendo dada de alta a los 6 días del post operatorio.

PALABRAS CLAVES: ABDOMEN OBSTRUCTIVO, ILEOBILIAR, CÁLCULOS BILIARES, ADULTO MAYOR.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF MEDICINE
“FISTULA CHOLECYSTODUODENAL IN THE ELDERLY”

Author:Moreta Muela Magaly Alexandra

Tutor: Dr. Chuchuca Serrano Jorge Ricardo

Date: May 2016

SUMMARY

Gallstone ileus is a rare cause of intestinal obstruction that affects older adults, which is caused by impaction of one or more gallstones in the small intestine after passing through a biliary-enteric fistula. Very rarely the biliary stones can enter the intestine through a fistulous communication between the common bile and digestive tract. The term gallstone ileus was first coined by Bartholin in 1654. The diagnosis is often delayed because symptoms are often intermittent and treatment is surgical or endoscopic removal of biliary stones. The most common site of impaction of the calculus is the terminal ileum and the ileocecal valve; and the least common are the jejunum, the ligament of Treitz and stomach, and duodenum and colon are rare sites. the case of a female patient 64 years old, which is transferred to the General Hospital Puyo with a clinical picture characterized by abdominal distension of 3 days of evolution accompanied by vomiting more diffuse abdominal pain occurs. Abdominal ultrasound liver steatosis reported more cholelithiasis; abdominal pelvic scan showed two gallstone 21 and 18 millimeters housed in duodenum and ileum respectively and marked dilation in intestinal and colon hazas. Laboratory findings showed amylase and lipase figures three times its normal value, confirming acute biliary pancreatitis. The management of acute pancreatitis was expectantly while Ileobiliar was surgically resolved. His post surgical evolution was satisfactory, being discharged at 6 days after surgery.

KEYWORDS: OBSTRUCTIVE ABDOMEN, ILEOBILIAR, BILIARY STONES,
ELDERLY.

INTRODUCCIÓN

La primera descripción del Íleo Biliar fue hecha por Bartholin en 1645 en el curso de una autopsia. El íleo biliar es el término dado a la obstrucción intestinal mecánica secundaria al impacto intraluminal de un lito; se presenta como una complicación de la colelitiasis que termina fistulizando al tubo digestivo, permitiendo la migración del lito, aunque en ocasiones ocurre por paso natural a través de la vía biliar debido a alteraciones del esfínter de Oddi, sobre todo tras la ampliación quirúrgica del mismo. Jorge Luis Ramírez Chacón (2013)

Las fistulas colecistoduodenales son las que se presentan con mayor frecuencia, seguidas por las colecistocolónicas, las colecistogástricas y más raramente las coledocoduodenales. Tal proceso ocasiona un cuadro obstructivo al quedar impactado el lito en algún segmento del tracto gastrointestinal. Esta condición es responsable del 1 al 4% de todas las causas de obstrucción intestinal mecánica. Jorge Luis Ramírez Chacón (2013)

Es más frecuente en ancianos y la mayoría de las series internacionales informa un promedio de edad entre los 65 y 75 años. Dado el grupo de edad principalmente afectado, 80-90% de los pacientes presenta enfermedades crónicas concomitantes, siendo las cardiovasculares y la diabetes mellitus las más comunes. Afecta principalmente al sexo femenino, con una relación hombre:mujer que va de 1:3 a 1:6, atribuyéndose a la mayor frecuencia en dicho sexo de la enfermedad biliar. Con frecuencia, dicha condición se precede de un cuadro de colecistitis aguda o crónica (75% de los casos), sin embargo, el antecedente de la enfermedad biliar está presente sólo en 50% de los casos, y esto, en ocasiones, suele entorpecer el diagnóstico. Jorge Luis Ramírez Chacón (2013)

El Íleo Biliar es el resultado de la formación de una fistula entre el tracto biliar y el intestino. Esto es frecuentemente una consecuencia de episodios de colecistitis, causando inflamación de la vesícula, adhesión al intestino adyacente, con la subsecuente presión e isquemia intravesicular, lo que causa que el cálculo erosione

hacia el intestino resultando en la formación de una fistula. La mayoría de las fistulas ocurre hacia el duodeno (70%), por la proximidad de este con la vesícula, sin embargo, la fistulización también puede ocurrir hacia colon, estomago e intestino delgado. Una vez en el lumen intestinal, el cálculo puede migrar proximalmente hacia el estomago y el bulbo duodenal (síndrome de Bouveret) o distalmente al intestino delgado. Más del 80% de los cálculos que logran entrar al tracto intestinal son excretados sin dificultad; sin embargo, la mayoría de los autores concuerdan en que cálculos con dimensiones mayores a 2,5 cm no podrán pasar espontáneamente y se impactaran dentro de la luz intestinal. Los sitios principales de obstrucción son el tercio medio y distal del íleon (por su relativa disminución en el lumen y potencialmente menor actividad peristáltica), pero puede ocurrir en cualquier nivel del tracto gastrointestinal. El diámetro del cálculo y la presencia o no de estrechez en el intestino delgado son los factores que determinaran la impactación o no del cálculo. Jorge Luis Ramírez Chacón (2013)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la clínica, y tratamiento de la fistula colecistoduodenal y manejo oportuno de esta patología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores de riesgo para el desarrollo de fistula colecistoduodenal.
- Reconocer los hallazgos clínicos que más frecuentemente se asocian a esta enfermedad.
- Establecer las principales complicaciones quirúrgicas de la fístula colecistoduodenal.
- Proporcionar criterios para el tratamiento de las complicaciones de la litiasis biliar.

1.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

1.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO:

Datos de filiación:

Edad: 64 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Instrucción: superior

Ocupación: quehaceres domésticos

Etnia: mestiza

Lugar de nacimiento: Puyo

Residencia actual: Pastaza, Puyo, Barrio México

Fecha de nacimiento: 26/02/1951

Grupo sanguíneo: A Rh Positivo

Fuente de información: directa (Paciente)

Fecha de ingreso: 06/06/2015

Fecha de egreso: 19/06/2015

Historia Pasada Patológica:

Antecedentes Familiares: no refiere.

Antecedentes Patológicos Personales: paciente con Hipertensión Arterial diagnosticada hace 10 años en tratamiento con enalapril 10 miligramos cada 12 horas.

Antecedentes quirúrgicos: no refiere la paciente.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: menarquía a los 13 años; menopausia a los 48 año.

Gestas: 3; Partos: 3; Aborto: 0; Cesáreas: 0; hijos vivos: 3.

Historia Pasada No Patológica:

- **Alimentación:** 3 v/d, comidas ricas en carbohidratos y grasas.
- **Micción:** 3 - 5 v/d.
- **Defecación:** 3 v/a la semana.

- **Sueño:** 7 h/d.
- **Alcohol:** no consume.
- **Tabaquismo:** no consume.
- **Alergias:** no refiere.

Revisión de Aparatos y Sistemas:

- Sistema digestivo: presencia de dolor abdominal en hipocondrio derecho de moderada intensidad tipo cólico con episodios intermitentes desde hace más o menos un mes.

Motivo de Consulta:

- *Dolor abdominal más vómito más distensión abdominal*

Enfermedad Actual:

Paciente presenta cuadro de dolor abdominal teniendo como fecha real desde aproximadamente un mes, dolor tipo cólico intermitente de moderada intensidad localizado en hipocondrio derecho sin irradiación, teniendo como causa aparente la ingesta alimentaria de tipo grasa, dolor sede después de automedicarse con tabletas de buscapina, por 3 ocasiones calmando el cuadro, desde hace aproximadamente 3 días presenta dolor abdominal tipo cólico intermitente de gran intensidad difuso, sin causa aparente, acompañado de vómito bilioso por una ocasión de moderada cantidad, además hace aproximadamente 2 días menciona la paciente la presencia de distensión abdominal, paciente toma aguas medicinales por varias ocasiones pero cuadro no sede por lo que acude a Hospital Básico IESS Puyo, donde se decide su ingreso, paciente permanece hospitalizada por aproximadamente 48 horas, cuadro clínico no mejora por lo que se decide la transferencia a esta casa de salud.

Examen Físico:

Medidas antropométricas: Peso: 67,7 kg. Talla: 1.55 m. IMC: 28,2kg/m²

Signos vitales al ingreso: TA:101/68 mm/Hg; FC: 84 lpm; FR: 20 rpm; temperatura axilar: 36,9 °C, Saturación de oxígeno: 95% aire ambiente.

Inspección general:

Paciente de sexo femenino cuya edad aparente concuerda con la real, estado nutricional consobrepeso, consciente, orientada, marcha normal, movimientos corporales espontáneos y normales.

Piel y faneras: Coloración rosada, no cianótica, húmeda, sensibilidad normal, temperatura normal.

Pelo: acorde con edad y sexo.

Cabeza: Forma normal del cráneo.

Ojos: Agudeza visual: disminuida bilateral, paciente usa lentes.

Conjuntivas palpebrales: pálidas, pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz y acomodación.

Oídos: Agudeza auditiva bilateral normal. Conductos auditivos externos normales y membranas timpánicas íntegras, coloración normal, no congestivas, ni abombamientos, sin retracciones, ni presencia de secreciones o cuerpos extraños.

Nariz: fosas nasales normales, no secreciones.

Boca y Faringe: Labios color y forma normales sin lesiones, faringe normal.

Dientes: Higiene regular, presencia de prótesis dentarias removibles.

Cuello: Correcta posición de la tráquea, tiroides grado: 0 A, no nodulaciones ni masas palpables.

Tórax: Movimientos conservados, respiración normal, ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos, R1 y R2 presentes, no presencia de soplos ni arritmias.

Abdomen: distendido, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio e hipocondrio izquierdo, presencia ruidos hidroaéreos de lucha en mesogastrio.

Extremidades: simétricas no edemas.

Genitales: Femeninos de multípara.

Vascular periférico: Características normales del pulso, no cambios de coloración de la piel, llenado capilar 2 segundos.

Neurológico: Paciente consciente, orientado en tiempo lugar y persona, vigil, memoria conservada, no irritable, lenguaje comprensible.

Exámenes Complementarios:

- Ecografía Abdominal: 1 día antes de ingreso de la paciente (05/06/2015) Hígado de forma, tamaño y situación conservada, su ecogenicidad se encuentra incrementada de forma difusa con los caracteres de esteatosis hepática moderada; sin lesiones patológicas ocupantes de espacio. Vías biliares intra y extra hepáticas normales. Hepátocolédoco mide 4,7 mm. Vesícula Biliar de tamaño conservado, toda su luz se encuentra ocupada por varios cálculos, que agrupados provocan sombra acústica posterior; sus paredes son finas, regulares, mide 2 mm. de espesor. Murphy sonográfico negativo. Bazo páncreas y riñones sin datos patológicos. Ausencia de líquido libre intra abdominal. Impresión diagnóstica: Esteatosis Hepática, Colelitiasis. (fig. 1)

Con exámenes complementarios previos la paciente es ingresada a Hospitalización con impresión diagnóstica de: *Abdomen Agudo Obstructivo + Colelitiasis.*

Las indicaciones al ingreso fueron:

1. Nada por vía oral (NPO)
2. Control de signos vitales cada 8 horas
3. Control de ingesta y excreta + diuresis horaria
4. Semifowler
5. Sonda nasogástrica a caída libre
6. Reponer perdidas de sonda nasogástrica con Lactato Ringer centímetros cúbicos por centímetros cúbicos cada 4 horas

7. Metoclopramida 10 miligramos intravenoso cada 8 horas
8. Ranitidina 50 miligramos intravenosos cada 8 horas
9. Lactato ringer 300 centímetros cúbicos en bolo
10. Lactato Ringer 1000 centímetros cúbicos a 100 mililitros hora
11. Radiografía de abdomen de pie y acostada
12. Amilasa , lipasa, proteínas

En el transcurso de su estadía en la Sala de Cirugía, antes de la intervención quirúrgica se constata los resultados de exámenes complementarios:

- Radiografía de abdomen: (07/06/2015) Se evidencia de presencia de edema de asa, más signo de pila de monedas, más nivel hidroaéreos.(fig. 4)
- Tomografía Computarizada (TAC) de abdomen y pelvis simple y contrastada del (11/06/2015) hígado de forma y tamaño normal, de densidad disminuida por infiltración grasa de forma geográfica sin evidencia de lesiones ocupantes. No se observa dilatación de las vías biliares intra ni extra hepáticas. Vesícula Biliar de paredes regulares, parcialmente distendida, en su interior se evidencia gas. Riñones, Adrenales, Páncreas y Bazo sin alteraciones. Retroperitoneo libre de adenopatías. Cavidad gástrica distendida de paredes finas, con sonda nasogástrica, en el interior del duodeno se evidencia un cálculo que mide 21 mm. Presencia de íleo difuso en todo el marco intestinal de predominio en el intestino delgado, a nivel del íleon se observa un cálculo que mide 18 mm. Marco colónico distendido con presencia de varios divertículos que al momento no presentan signos inflamatorios. Edema de la grasa mesentérica en la región del hipogastrio del lado derecho. Órganos pélvicos sin alteraciones. No líquido libre en la cavidad abdominal. Pequeña hernia abdominal que mide 6 mm, que contiene grasa mesentérica. Impresión diagnóstica: Los hallazgos en el intestino delgado sugieren Íleo Biliar. (fig. 5)
- **Biometría Hemática:**(07/06/2015). Normal. (Fig. 2).

- **Química Sanguínea:** (07/06/2015). (Fig. 3).
Lipasa: 1481,2 U/L elevada
Amilasa: 113,6 U/L elevada

Durante el transcurso de su hospitalización se pudieron evidenciar importantes variaciones en el estado clínico de la paciente, por lo que se relata de manera concreta los aspectos más importantes del mismo, y el manejo dado por el personal médico del Hospital.

La evolución a sus 24 horas de hospitalización, la paciente refiere descansar bien sin ninguna molestia, al examen físico presencia de sonda nasogástrica que produce contenido liquido de aproximadamente 320 ml. desde la media noche, abdomen globoso suave, depresible doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo no se palpa masas, RHA presentes.

En la evolución de las 48 horas la paciente refiere dolor de leve intensidad en fosa iliaca izquierda, abdomen suave, depresible no doloroso, timpánico en cuadrante superior, RHA disminuidos. Ingesta: 3300 cc, Diuresis: 1500 cc, Drenaje SNG: 1100 cc, Excreta: 2600 cc, Balance Hídrico:+700 cc, Diuresis Horaria: 0,92 ml/kg/h, se solicita Tomografía Computarizada de abdomen simple y contrastada y biometría hemática, gasometría.

Evolución del tercer día paciente refiere descansar durante la noche, al examen físico abdomen suave, depresible no doloroso, timpánico en cuadrante superior, RHA disminuidos. Ingesta: 1000cc, Excreta SNG: 00cc, Excreta: 1200 cc, Balance Hídrico: -200 cc, Diuresis Horaria: 0,73 cc/kg/h. Se decide continuar con Lactato Ringer IV pasar 100 ml. / hora, se solicita examen de electrolitos Na. y K.

En su cuarto día la paciente refiere el aumento de flatos, presencia de meteorismo y vómito por una ocasión de contenido fecaliode de mal olor y en abundante cantidad. Al exámen físico: presencia de sonda nasogástrica, abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, RHA aumentados. Ingesta: 1230 cc, Excreta SNG: 00 cc, no

cuantificada paciente vomita, Excreta: 800 cc, Balance Hídrico: +430 cc, Diuresis Horaria: 0,49 cc/kg/h, Se decide realizar cambios en las indicaciones, retirar sonda nasogástrica, dieta líquida estricta, solución salina 0,9% 1000 ml + 20 mEq. de soletrol Potasio pasar IV cada 12 horas, Probar tolerancia oral dieta líquida amplia, enalapril 10 mg vía oral cada 12 horas luego de retirar sonda nasogástrica, metoclopramida cada 8 horas IV. PCR, electrolitos sodio y potasio.

En su quinto día paciente refiere presentar vómitos por 2 ocasiones durante la noche de contenido bilioso, de poca cantidad, además la expulsión de eructos y ausencia de flatos. Al examen físico: abdomen suave depresible dolor difuso a la palpación, RHA disminuidos. Se cambia a nada por vía oral y se añade omeprazol 40 mg. intravenoso cada día.

En sexto día paciente presenta dolor en hemiabdomen izquierdo ausencia de flatos, se decide que paciente va a ingresar a quirófano, se coloca profilaxis antibiótica cefazolina 1 gramo intravenoso antes de pase a quirófano. Aproximadamente a las 11:40 minutos empieza cirugía con diagnóstico preoperatorio, Íleo de origen biliar, operación propuesta laparotomía exploratoria, realizada enterotomía, Hallazgos encontrados durante la cirugía:

1. Distensión marcada de intestino delgado en toda su extensión.
2. Edema importante de mesenterio con trombosis segmentaria y dispersa del mismo.
3. Presencia de cálculo de 3 cm de diámetro alojado en íleon a 30 cm de válvula ileocecal.
4. Al realizar devaneo hacia enterotomía se identifica otro cálculo de 2 cm. de diámetro.
5. Fistula colecistoduodenal a expensas de cuerpo de vesícula y cara anterior de rodilla duodenal.
6. Vesícula litiasica con cístico fino y corto y vía biliar normal.
7. Sangrado aproximado 1500 cc.

Se realiza histopatológico de vesícula biliar. También se comunica a Unidad de Cuidados Intensivos ya que paciente presenta frecuencia cardíaca de 138 a 140 latidos por minuto y tensión arterial de 70/50 mmHg. Paciente al momento taquicárdica, diaforética, deshidratada, diuresis de 700 ml desde 14h00, saturando 91% con una FiO2 de 28% por bigotera, Eliminación por sonda nasogástrica 100ml. y Jackson Prat 70 cc de líquido hemático, se decide conjuntamente con UCI aumentar la hidratación. Se le añade a las indicaciones enoxaparina 40 mg subcutáneo cada día.

En su octavo día paciente refiere dolor abdominal de leve intensidad de tipo retortijón difuso. Al examen físico paciente taquicárdica signos vitales FC: 114 latidos por minuto, TA: 100/60, FR: 22, saturación de oxígeno 92 % con FiO2 de 28%, mucosa orales húmedas; abdomen suave depresible, doloroso a la palpación a nivel de herida quirúrgica, RHA disminuidos, región inguinogenital se evidencia sonda vesical. Ingesta: 2616 cc Excreta: 1402 cc, Balance Hídrico: +1214 cc, Diuresis Horaria: 0,70 cc/kg/hora.

Paciente durante su noveno y décimo días no presenta mayores molestias en su décimo primer día paciente presenta dolor de moderada intensidad a nivel de herida quirúrgica, no moviliza flatos, al examen físico signos vitales dentro de los parámetros normales, paciente continua con sonda nasogástrica, Abdomen suave, doloroso a la palpación profunda a nivel de herida quirúrgica, no hay presencia de signos de infección, RHA disminuidos, Ingesta:2189 cc. Excreta:2850 cc, Diuresis Horaria: 1,4 cc/kg/h, Dren Jackson Pratt: 36 cc, exámenes de laboratorio reportan HGB: 8,7 mg/dl, Hct: 26,5%, por lo que se decide colocar un paquete de glóbulos rojos a la paciente, a las 15:00 paciente menciona haber realizado deposición de consistencia normal, además de expulsión de flatos, no hay presencia de distensión abdominal, se decide retirar sonda nasogástrica y sonda vesical, se inicia con dieta líquida.

En su décimo segundo día paciente menciona haber realizado 3 deposiciones de consistencia dura, moviliza flatos, al examen físico abdomen suave depresible no

doloroso a la palpación superficial ni profunda, RHA presentes, herida quirúrgica en buen estado, Dren Jackson Pratt: 50 cc.

Paciente en su décimo tercer día refiere realizar 2 deposiciones diarreas blandas, moviliza flatos. Al examen físico abdomen suave depresible no doloroso a la palpación, herida quirúrgica en buen estado. Drenaje de Jackson Pratt 40 cc. líquido serohemático.

Paciente evoluciona favorablemente en su cuadro clínico por lo que a su sexto día pos quirúrgico se decide su alta, paciente hemodinámicamente estable, sin presencia de dolor.

1.2.- AGRUPACIÓN POR PROBLEMAS:

<i>Problemas Activos</i>	Problemas Pasivos
<i>Dolor abdominal</i>	Dieta rica en carbohidratos y grasas
<i>Distensión abdominal</i>	Hipertensión Arterial
<i>Vómito fecaloide</i>	Sedentarismo
<i>Ruido hidroaereos disminuidos</i>	Edad de 64 años
<i>Ausencia de flatos</i>	IMC: 28,2 kg/m ²
<i>Acintamiento de las heces</i>	Pancreatitis
<i>Problemas Intrínsecos</i>	Problemas Extrínsecos
<i>Edad de riesgo</i>	Factor Ambiental
<i>Sexo</i>	

1.2.1.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA:

De acuerdo a las manifestaciones clínicas, anamnesis y exámenes complementarios que presenta la paciente se concluye que, la patología tiene una afectación a nivel del aparato digestivo, además al corresponderlo con el tiempo de evolución, los factores ambientales, socioeconómicos, y sobre todo por el uso de la Tomografía Computarizada de abdomen simple y contrastada que en la actualidad se ha convertido en una ayuda diagnóstica para el personal médico por su facilidad de diagnosticar, nos da una guía adecuada para el tratamiento de la patología por lo cual es imprescindible una valoración adecuada y acompañarlo con exámenes imagenológicos para un diagnóstico propicio.

En el caso mencionado la situación clínica de la paciente se ve agravada la obstrucción propia de los cálculos a nivel de intestino delgado.

1.3.- AGRUPACIÓN SINDRÓMICA:

Signos y Síntomas del Paciente

- Dolor abdominal
- Distensión abdominal
- Vómito
- Timpanismo
- Ruidos hidroaéreos de lucha

Síndrome Obstructivo Agudo	
Cuadro clínico	Clínica de la paciente
Retención de gases y heces	X
Vómitos precoces	X
Dolor abdominal tipo cólico al inicio, luego continuo	X
Mal estado general (Deshidratación)	
Abombamiento abdominal difuso o segmentario	X
Movimientos peristálticos en la fase de lucha	
Timpanismo	X

1.4.-DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

La realización del presente caso clínico, se realizó bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación y el análisis detallado de:

- Historia Clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, tiempos de permanencia en las diferentes unidades y servicios hospitalarios, manejo clínico, características de la atención,

identificación de puntos críticos, así como sus oportunidades de mejora después de su egreso hospitalario.

- Guías de práctica clínica y Artículos de revisión, ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objetivo de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual.
- Información directa a través de la aplicación de entrevista a paciente, con el objetivo de determinar las condiciones de ingreso, tiempos de atención, calidad y rapidez en la realización de solicitudes, acceso a las distintas unidades de salud y oportunidades de mejora después de su egreso, en la que se obtuvo información acerca de su cumplimiento farmacológico y cambios en su estilo de vida, así como sus posibilidades de mejora.

1.5.- DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

1.5.1.- FACTORES DE RIESGO PERSONALES

Un factor que presenta nuestra paciente es la edad, ya que la incidencia aumenta con la edad, especialmente en pacientes mayores de 45 años y de sexo femenino.

Otros posibles factores de riesgo incluyen estilo de vida sedentario.

1.5.2. FACTORES DIETÉTICOS

La paciente posee una dieta rica en carbohidratos y grasas animales, los cuales según la literatura constituyen un factor dietético. Por lo contrario una dieta rica en fibra, baja en calorías y en grasa animal puede reducir el riesgo.

1.5.3.- FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LOS SERVICIOS DE SALUD:

Entre los factores que intervinieron en el retraso del diagnóstico, estuvieron la incapacidad resolutoria del Hospital Básico Puyo IESS que al no contar con los equipos tecnológicos necesarios ni recursos resolutivos impidieron el manejo integral a corto plazo, dilatando el proceso patológico el cual podría haber derivado en complicaciones serias.

1.5.3.1.- ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.

La paciente por su condición socioeconómica media depende de los servicios de seguro social, en este caso de Hospitales del Instituto del Seguro Social del país y del Puyo. Este último con acceso limitado debido a que no poseen todo el personal médico y servicio de imagen. La paciente con residencia en la ciudad del Puyo.

1.5.3.2.- OPORTUNIDADES EN LA ATENCIÓN DE SALUD

La paciente tuvo una atención rápida e integral al solicitar los servicios de salud en Hospital Público del MSP.

1.5.3.3.- OPORTUNIDADES EN LA REMISIÓN

La remisión de este tipo de pacientes debe ser oportuna, de tal manera que cuente con atención por especialidad en este caso sería Cirugía, Quirófano y Unidad de Terapia Intensiva para un manejo integral de la paciente.

La paciente fue dada de alta en condición estable de esta casa de salud. El egreso de la paciente se dio a los 17 días después de su ingreso con cuadro clínico estable. El seguimiento post quirúrgico se dio a la semana de egresada por consulta externa de cirugía y medicina interna, por patología de base (hipertensión arterial).

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- ENFERMEDAD HEPATOBILIAR EN EL ADULTO MAYOR

Los adultos mayores no padecen enfermedades hepatobiliares específicas pero en ellos, la presentación, en el curso clínico y el tratamiento de las mismas, difiere en muchos aspectos a los de las pacientes jóvenes y además son una importante causa de morbimortalidad. Jorge López- Carlos Cano (2006)

En la última década se ha notado un incremento de estas enfermedades en los individuos mayores de 65 años, probablemente por una mayor supervivencia como reflejo de un mejor tratamiento de patologías sistémicas extrahepáticas. Los exámenes de laboratorio no cambian con la edad, y las alteraciones de las bilirrubinas, fosfatasa alcalina y las aminotransferasas deben ser enfocadas de manera similar a la de los pacientes jóvenes. Jorge López- Carlos Cano (2006)

2.1.1 CAMBIOS DEL TRACTO BILIAR RELACIONADOS CON LA EDAD

En los adultos mayores hay una mayor incidencia de litiasis biliar, posiblemente por cambios estructurales y funcionales que se presentan en la fisiología del árbol biliar. Entre tales cambios, se produce un aumento de los pliegues mucosos de la vesícula y de las glándulas intramurales de los conductos biliares y mayor número de diámetro de las fibras elásticas de estos conductos. Varios expertos consideran que, con la edad, se produce un aumento en el diámetro del colédoco y sugieren que en las personas de edad avanzada y especialmente en los pacientes colecistectomizados, el diámetro normal del colédoco es de 10mm. Dentro de las alteraciones fisiológicas, hay una disminución de la respuesta del músculo vesicular a la colecistocinina, pero esto es compensado por un aumento en la liberación postprandial de esta hormona. Jorge López- Carlos Cano (2006)

2.1.2 ENFERMEDAD BILIAR

Colelitiasis: La prevalencia de cálculos aumenta con la edad. Se estima que la prevalencia de colelitiasis en personas mayores de 60 años es de 14% al 27% y del 35% en mayores de 80 años. Por el mayor riesgo quirúrgico en los ancianos, la

desición de cuándo y cómo tratarlos en casos de colelitiasis es más compleja que en los pacientes jóvenes. Jorge López- Carlos Cano (2006)

Además, los ancianos tienen más complicaciones como colecistitis aguda pancreatitis biliar y colédocolitiasis, las cuales obligan a convertir una cirugía laparoscópica en una cirugía abierta en la mitad de los casos. Jorge López- Carlos Cano (2006)

En los pacientes con riesgo quirúrgico alto se han intentado con éxito tratamientos no invasivos para colecolitiasis, como la litotricia extracorpórea. Sin embargo no ha sido aplicada ampliamente debido a los altos costos. Otros tratamientos que se han intentado son los medicamentos orales para la disolución de los cálculos como el ácido ursodesoxicólico y el quenodesoxicólico con resultados aceptables. Estos pueden ser una alternativa viable a la cirugía, en pacientes ancianos con pequeños cálculos radiolúcidos en la ecografía pero, infortunadamente, los pacientes ancianos tienen cálculos pigmentados con mayor frecuencia los cuales no responden a estos medicamentos. Jorge López- Carlos Cano (2006)

Colecistitis aguda: comparados con los pacientes jóvenes, los ancianos con cuadros de colecistitis aguda tienen complicaciones graves más frecuentes, como sepsis biliar y colecistitis gangrenosa, por lo cual la mortalidad perioperatoria aumenta significativamente. Este comportamiento agresivo de la colecistitis probablemente se debe a la concurrencia de varios factores, tales como mecanismos de defensa menos eficientes, demora en el diagnóstico y a las múltiples enfermedades sistémicas coexistentes. Por lo anterior cada vez se exploran otras alternativas terapéuticas como la colecistostomía percutánea en el episodio agudo y posteriormente colecistectomía electiva cuando el paciente esté en mejores condiciones. Este abordaje tiene una tasa de éxito superior al 95%, con una tasa más baja de morbimortalidad. Jorge López- Carlos Cano (2006)

2.1.3.-PANCREATITIS AGUDA POR CÁLCULOS BILIARES

La pancreatitis puede producirse por el paso de un cálculo biliar a través del esfínter de Oddi y el bloqueo temporal de las secreciones exocrinas pancreáticas. El mecanismo fisiopatológico en general aceptado es una elevación temporal de las presiones en los conductos pancreáticos, que causa una inflamación secundaria del

parénquima pancreático. A diferencia de cuánto ocurre en la vesícula biliar, en la que el alivio de la obstrucción se acompaña de resolución del dolor, en la pancreatitis los síntomas continúan a pesar de la eliminación del cálculo. Ante el diagnóstico de pancreatitis de causa poco clara, la ecografía ayuda a identificar los cálculos biliares y puede mostrar coledocolitiasis o conducto biliar dilatado. En general, el cálculo causante es eliminado de forma espontánea, aunque así puede causar pancreatitis grave. En la mayor parte de los casos de pancreatitis por cálculos biliares. La fisiopatología de la pancreatitis es autolimitante. Si en función de la valoración clínica la pancreatitis es grave, para eliminar un cálculo puede o no haber sido eliminada está indicada la colangiopancreatografía retrógrada (CPRE) temporal, que produce la morbilidad del episodio de pancreatitis. A fin de prevenir un futuro episodio de pancreatitis por cálculos biliares, halla justificación una colecistectomía laparoscópica; en general, se recomienda durante la hospitalización, justo antes del alta del paciente. En caso de sospecha de coledocolitiasis, debe realizarse una colangiografía intraoperatoria, si previamente no se ha limpiado de cálculos el conducto mediante CPRE. Courtney Townsend – Daniel Beauchamp (2013).

2.2.-ABDOMEN OBSTRUCTIVO

La Obstrucción Intestinal es una entidad clínica conocida desde la antigüedad, que ya fue observada y tratada por Hipócrates. La primera intervención registrada, fue realizada por Praxágoras en el año 350 AC. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

Constituye uno de los cuadros quirúrgicos urgentes que se observan con más frecuencia en la práctica clínica. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

La obstrucción u oclusión intestinal, consiste en la detención completa y persistente del contenido intestinal en algún punto a lo largo del tubo digestivo. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

Si dicha detención no es completa y persistente, hablaremos de suboclusión intestinal. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

Por otra parte conviene aclarar el término pseudoobstrucción intestinal idiopática o Síndrome de Ogilvie. Esta se trata de una enfermedad crónica, caracterizada por síntomas de obstrucción intestinal recurrente, sin datos radiológicos de oclusión

mecánica. Se asocia a cierta patología como enfermedades autoinmunes, infecciosas, endocrinas, psiquiátricas, etc. En su patogenia, se barajan trastornos de la reacción intestinal a la distensión y anomalías en los plexos intramurales ó en el músculo liso del intestino. No es en principio una patología quirúrgica. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

Conviene diferenciar desde el comienzo, dos entidades clínicas bien distintas. Por un lado el íleo paralítico, que es una alteración de la motilidad intestinal, debida a una parálisis del músculo liso y que muy raras veces requiere tratamiento quirúrgico. No obstante el acodamiento de las asas, puede añadir un factor de obstrucción mecánica. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

Por otro lado, el íleo mecánico u obstrucción mecánica y que supone un auténtica obstáculo mecánico que impide el paso del contenido intestinal a lo largo del tubo digestivo, ya sea por causa parietal, intraluminal ó extraluminal. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

Cuando la obstrucción mecánica desencadena un compromiso vascular del segmento intestinal afecto, hablaremos de obstrucción mecánica estrangulante. Denominamos oclusión en asa cerrada, cuando la luz está ocluida en dos puntos. Este tipo de oclusión tiene mayor tendencia a la isquemia y por lo tanto a la perforación. En general la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes intervenidos de cirugía abdominal, son las adherencias ó bridas postoperatorias (35-40%). Tanto es así que debe ser considerada siempre como la causa en pacientes intervenidos, mientras no se demuestre lo contrario. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

La segunda causa más frecuente son las hernias externas (20-25%), ya sean inguinales, crurales y umbilicales. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

La causa más frecuente de obstrucción intestinal baja son las neoplasias de colon y recto. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

En la siguiente tabla se recogen las causas más frecuentes de oclusión intestinal, ya sean de origen mecánico ó paralítico. Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

2.2.1.-ÍLEO MECÁNICO

A/ Extraluminal

- Adherencias postquirúrgicas (Causa más frecuente 35-40%)
- Hernias externas (inguinales, crurales, umbilicales, etc.)
- Hernias internas
- Torsiones
- Vólvulos
- Invaginaciones
- Efecto masa extraluminal (tumoración, masa inflamatoria ó absceso)

B/ Parietal

- Neoplasias
- Alteraciones congénitas (atresias, estenosis, duplicaciones, etc.)
- Procesos inflamatorios (Crohn, pos radiación, etc.)

C/ Intraluminal

- Íleo Biliar
- Bezoar
- Parasitosis
- Cuerpo extraño
- Impactación fecal
- Tumoraciones

2.2.2.-ÍLEO PARALÍTICO

A/ Adinámico.

- Postquirúrgico
- Peritonitis

- Reflejo (Sd retroperitoneal o reflejo entero-entérico a la distensión prolongada)
- Compromiso medular
- Hiperuricemia
- Hipokaliemia
- Coma Diabético
- Mixedema
- Bloqueantes ganglionares
- Isquemia

B/ Espástico.

- Intoxicación por metales pesados
- Porfirias

C/ Vascular

- Embolia Arterial
- Trombo Venoso

Felices Manuel- Cafarena Ana (2012)

2.3.-COMPLICACIÓN MENOS FRECUENTE

Íleo biliar o fistula colecistoduodenal

El Íleo Biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Erasmus Bartolim en un estudio de necropsia. Maribel Belmontes- Julio Pintor (2015)

Puede presentarse desde el estomago hasta el recto; el sitio mas común es el intestino delgado. Maribel Belmontes- Julio Pintor (2015)

Se considera una complicación rara de la colelitiasis, que representa el 1-4% de las causas de obstrucción intestinal mecánica; se presenta en 30-35 pacientes por millón de ingresos hospitalarios, con una incidencia máxima de entre 65-75 años y predominio sobre el sexo femenino 3.5 – 6:1. Dentro de la literatura el paciente más joven que se encuentra reportado es de 13 años y el mayor de 91 años. El 50% de los

pacientes tiene antecedente de litiasis vesicular, pero solo el 0.3- 1.5% presentan ÍleoBiliar. Debido a la falta de sospecha de este padecimiento, el diagnostico se realiza con laparotomía exploradora en el 50% de los pacientes. La presentación clínica depende del sitio de obstrucción y se puede manifestar como un episodio agudo, crónico o intermitente de oclusión intestinal, lo cual dificulta su diagnostico. Maribel Belmontes- Julio Pintor (2015)

El Íleo Biliar es el resultado de la formación de una fistula entre el tracto biliar y el intestino. Jorge Ramírez (2013)

Esto es frecuentemente una consecuencia de episodios de colecistitis, causando inflamación de la vesícula, adhesión al intestino adyacente, con la subsecuente presión e isquemia intravesicular, lo que causa que el cálculo erosione hacia el intestino resultando en la formación de una fistula. La mayoría de las fistulas ocurre hacia el duodeno (70%), por la proximidad de este con la vesícula, sin embargo, la fistulización también puede ocurrir hacia el colon, estomago e intestino delgado. Una vez en el lumen intestinal, el cálculo puede migrar proximalmente hacia el estomago y el bulbo duodenal (Síndrome de Bouveret) o distalmente al intestino delgado. Más del 80% de los cálculos que logran entrar al tracto intestinal son excretados sin dificultad; sin embargo, la mayoría de los autores concuerdan en que cálculos con dimensiones mayores a 2,5 cm. no podrán pasar espontáneamente y se impactarán dentro de la luz intestinal. Los sitios principales de obstrucción son el tercio medio y distal del íleon (por su relativa disminución en el lumen y potencialmente menor actividad peristáltica), pero puede ocurrir en cualquier nivel del tracto gastrointestinal. El diámetro del cálculo y la presencia o no de estrechez en el intestino delgado son los factores que determinarán la impactación o no del cálculo. Jorge Ramírez (2013)

2.4.-CLÍNICA

El cuadro clínico de presentación más común es la oclusión intestinal mecánica con distensión abdominal, dolor abdominal, vómito y constipación. El dolor abdominal es tipo cólico y ocurren en episodios intermitentes, por lo que los pacientes pueden demorar tres a ocho días antes de acudir al hospital, de tal forma que la presentación suele ser insidiosa por el llamado fenómeno de tumbling, en el que el lito obstructivo migra continuamente; produciendo síntomas cuando obstruye un punto en el intestino delgado y mejoría de los síntomas al avanzar el lito por la luz intestinal, para volver a presentar síntomas cuando de nueva cuenta haya obstrucción de nuevo. A menudo se informa de dolor en hipocondrio derecho; la ictericia es poco común y se encuentra en solo 15% de los pacientes. Otros pacientes presentan colecistitis aguda o colangitis aguda junto al cuadro de oclusión intestinal. Jorge Ramírez (2013)

Al examen físico el paciente puede tener fiebre, deshidratación, distensión y dolor abdominal y aumento del peristaltismo intestinal. La ictericia es rara y ocurre en menos del 15% de pacientes así como menos del 20% de pacientes tiene colecistitis aguda. Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

2.5.-DIAGNÓSTICO

Generalmente el diagnóstico es tardío, pues más de la mitad de los pacientes no tienen historia de enfermedad vesicular y las alteraciones bioquímicas del íleo son inespecíficas; el paciente puede cursar con leucocitosis, desequilibrio hidroelectrolítico y elevación de las aminotransferasas. El diagnóstico de Íleo Biliar suele ser difícil, generalmente dependiendo de los hallazgos radiológicos. En 50% de casos, el diagnóstico se hace durante una laparotomía. Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

De gran valor es una placa simple de abdomen en la cual, en 35% de los pacientes, se presenta la triada de Rigler: Obstrucción intestinal parcial o completa, aire en la vía biliar y visualización directa del cálculo. Otros signos radiológicos son cambios en la

posición de un cálculo previamente localizado y niveles hidroaéreos adyacentes en el hipocondrio derecho. Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

Dos de los primeros tres hallazgos son encontrados en más del 50% de pacientes con Íleo Biliar. La neumobilia ocurre hasta en el 60% de pacientes pero esta no es específica puesto que también puede ocurrir en pacientes con incompetencia del esfínter de Oddi o después de una esfinterotomía endoscópica. Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

Menos del 15% de cálculos son visibles en la placa simple de abdomen pues la mayoría son radiolúcidos. Estudios con medio de contraste baritado son útiles para identificar el nivel de la obstrucción intestinal y para localizar la fístula bilioentérica. Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

La TAC abdominal es el más importante test diagnóstico debido a su mejor resolución e identifica el cálculo hasta en un 78% de los pacientes; además de que muestra la neumobilia, la obstrucción intestinal y el grosor de la pared de la vesícula biliar, aunque hay que tener en cuenta que en 15% a 25% de los pacientes estudiados con TAC no es posible observar el cálculo. Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

2.6.- EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

- **Estudios de laboratorio clínico:**
 - Hematológicos:
 - Biometría Hemática completa.
 - Coagulograma completo.
 - Grupo y Factor.
 - VSG.
 - Química Sanguínea: (estudios de la función hepática y renal, proteínas totales y parciales, glicemia, creatinina, colesterol, triglicéridos, FA, ASAT, ALAT, GGT, BT, lípidos, amilasa y lipasa).
 - Electrolitos.
 - Gasometría Arterial.
- **Estudios Imagenológicos:**
 - Ecosonografía(ECO) de abdomen, pelvis y regiones inguinales.
 - Tomografía Axial Computarizada (TAC) simple y contrastada de abdomen y pelvis, permite detectar la presencia de cálculos en intestino.
 - Resonancia Magnética Nuclear de abdomen es más útil pero por situación geográfica y la no disposición de esta al no existir tiempo para transferencia no se realiza este examen.

2.7.- MANEJO:

La cirugía recomendada por la mayoría de los autores es la Enterolitotomía por presentar un bajo índice de complicaciones y cierre de la fistula de manera espontanea en el 50% de los casos. La Enterolitotomía se realiza en forma longitudinal en el borde anti mesentérico a una distancia de 15-20 cm. proximales al sitio de la obstrucción en un área sana, posteriormente se procede a la extracción del lito y finalmente se realiza enterotomía transversa en 1 o 2 planos. Cuando el lito no puede ser movilizado para su extracción, existe compromiso vascular o perforación intestinal, se prefiere resección del segmento intestinal con anastomosis terminal. La

Enterolitotomía se puede realizar con abordaje laparoscópico en el caso de personal con experiencia; no representa el estándar de oro en cuanto a tratamiento, ya que se dificulta la exploración por la distensión de asas, lo que aumenta el tiempo quirúrgico. Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

También se puede realizar una laparoscopia diagnóstica y posteriormente realizar mini laparotomía en línea media de 4-5 cm por donde se extrae el asa intestinal y se realiza la Enterolitotomía longitudinal y cierre transversal, posteriormente se introduce el asa intestinal a la cavidad abdominal y se procede al cierre de la mini laparotomía con resultados similares. Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

Las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes son falla renal aguda, infección de vías urinarias, infección de la herida, dehiscencia de la herida. En la actualidad se puede considerar la extracción endoscópica asociada con litotripsia, siendo la mejor opción en paciente con alto riesgo quirúrgico. Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

La edad del paciente y sus comorbilidades pueden contraindicar la cirugía en un solo tiempo (Enterolitotomía + tratamiento de la fístula + colecistectomía). Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

La cirugía de un solo tiempo está indicada en pacientes con colecistitis aguda, colecistitis gangrenosa, colelitiasis residual cuando las condiciones del paciente lo permiten. La colecistectomía está indicada en pacientes sintomáticos, de lo contrario puede abordarse en una segunda intervención de 4-6 semanas posteriores cuando el paciente se encuentre en mejores condiciones generales, ya que puede presentar recurrencia del Íleo Biliar, colecistitis, colangitis. En pacientes asintomáticos se recomienda una segunda intervención quirúrgica en pacientes con expectativa de vida alta. Se ha reportado incidencia de 15% de cáncer de vesícula biliar cuando la fístula está presente en comparación con 0.8% en pacientes con colecistectomía.

En la actualidad se puede considerar la extracción endoscópica asociada con litotripsia, siendola mejor opción en paciente con alto riesgo quirúrgico.Luis Fernando Álvarez Chica y cols. (2010)

3.- CATEGORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla N°1

Oportunidadesde mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Identificación oportuna de Colelitiasis	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad. • Adecuada anamnesis y examen físico del aparato digestivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mediano plazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Médico de atención primaria en salud para su diagnóstico temprano. • Médico cirujano, Para el tratamiento y seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentar en historia clínica. • Registro de pacientes con Enfermedades Crónicas no transmisibles.
No acudir a una casa de salud en el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer charlas de prevención dirigidas a la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> • Todo el personal en atención primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • IESS • Ministerio de

oportuno para un diagnóstico temprano.				Salud Pública
Inexactitud al momento del diagnóstico de la patología por parte del personal de salud que la atendió inicialmente.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitaciones continuas sobre Colelitiasis y posibles complicaciones. • Establecer guías diagnosticas aplicadas a los niveles primarios de salud con el objeto de mejorar la atención a los pacientes. 	• Mediano plazo.	• Ministerio de Salud Pública.	• Guías clínicas del Ministerio de Salud Pública basadas en revisiones sistemáticas y en la evaluación de los riesgos y beneficios.
Referencia tardía a unidad de mayor complejidad para tratamiento quirúrgico.	• Instaurar un sistema de prioridades de atención de acuerdo a la patología y estado clínico del paciente.	• Mediano plazo.	• Ministerio de Salud Pública.	• Todos los niveles de atención de salud

4.- CONCLUSIONES:

- Identificar los factores de riesgo para el desarrollo de fistula colecistoduodenal.
- Reconocer los hallazgos clínicos que más frecuentemente se asocian a esta enfermedad.
- Establecer las principales complicaciones quirúrgicas de la fístula colecistoduodenal.
- Proporcionar criterios para el tratamiento de las complicaciones de la litiasis biliar.

5.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez LF, Bejarano W, Rojas OL. Íleo Biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto. Descripción de dos casos y revisión de la literatura. Rev Col Gastroenterol/ . 2010, 25 (1): 86-96
- Belmontes MC, Pintor JB. Íleo biliar, causa infrecuente de oclusión intestinal. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Rev Fac Med UNAM. 2015, 58 (1): 33-39.
- López JH, Cano CA, Gómez JF. Fundamentos de la Medicina: Geriatria. 1^a ed. Medellín- Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2006.
- Montes MF, Cafarena A, Manual de Urgencias y Emergencias: Obstrucción Intestinal. 1^a ed. Málaga- España. Médica Panamericana; 2012.
- Ramirez Chacón Jorge Luis, Íleo biliar y Fístula bilioentérica Cirugía General, Rev. Med. (Costa Rica); 2013, LXX (605): 155- 158

- Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Tratado de Cirugía: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 19^a ed. España: ELSEVIER SAUNDERS; 2013.

LINKOGRAFÍA

- Íleo biliar y Fístula bilioentérica Cirugía General. Revista Médica. 2013 [Consultado 17 noviembre 2015]; Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131zb.pdf>
- Íleo Biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto. Descripción de dos casos y revisión de la literatura. Revista Colombiana de Gastroenterología . 2010. [Consultado 21 de noviembre del 2015]; Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/3377/337731595017.pdf>
- Íleo biliar, causa infrecuente de oclusión intestinal. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Revista Facultad de Medicina UNAM. 2015. [Consultado 8 de enero del 2016]; Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2015/un151e.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

- ProQuest: Enfermedades de la vesícula biliar. El Nuevo Día 2006 Jul 24, [Consultado 17 de enero del 2016]; n/a. Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/378572764/fulltext/4EF6139C4BC84642PQ/12?accountid=36765>
- ProQuest: El manejo de la vesícula biliar explora alternativas. Diario Médico 2015 Sep 14:25 [Consultado 24 de enero del 2016]; 25. Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/1711369868?accountid=36765>.

- ProQuest: Laparoscopic Cholecystectomy for Biliary Tract Emergencies: State of the Art. World J Surg 1999. [Consultado 2 de febrero del 2016]; 23(4):334-42. Disponible en: ch.proquest.com/docview/928752295/4A600EF07E1B4E12PQ/3?accountid=36765
- ProQuest: Options and Strategies for the Management of Choledocholithiasis. World J Surg 1998. [Consultado 4 de febrero del 2016]; 22(11):1125-32. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/995513930/4A600EF07E1B4E12PQ/2?accountid=36765>
-
- ProQuest: Señalan expertos factores asociados a piedras en vesícula biliar. NOTIMEX 2010, [Consultado 4 de febrero del 2016]; 23. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/820961275/4EF6139C4BC84642PQ/15?accountid=36765>

6.- ANEXOS

Figura 1.



Figura 2.

Informe análisis hematología							
ID pac:	669	Apellido:	MEYA FREIRE	Nombre:	GLORIA JHUDIT	Sexo:	Mujer
Edad:		Fech nac:		Dpto:	EMERGENCIA	Nº cama:	
ID muestr:	669	Hora prue:	06-06-2015 22:53	Modo:	WB CBC+DIFF		
Diag cli:							
Parámetro	Result	Unid	Rango ref	Parámetro	Result	Unid	Rango ref
WBC	9.04	x10³/uL	4.00 - 10.00	RBC	4.41	x10¹²/L	3.50 - 5.50
Neu%	78.7 %		50.0 - 70.0	HGB	13.5	g/dL	11.0 - 16.0
Lym%	12.5 %		20.0 - 40.0	HCT	40.7 %		37.0 - 54.0
Mon%	5.2 %		3.0 - 12.0	MCV	92.2 fL		80.0 - 100.0
Eos%	3.2 %		0.5 - 5.0	MCH	30.6 pg		27.0 - 34.0
Bas%	0.4 %		0.0 - 1.0	MCHC	33.2 g/dL		32.0 - 36.0
Neu#	7.11	x10 ³ /uL	2.00 - 7.00	RDW-CV	0.127		0.110 - 0.160
Lym#	1.13	x10 ³ /uL	0.80 - 4.00	RDW-SD	49.3 fL		35.0 - 56.0
Mon#	0.48	x10 ³ /uL	0.12 - 1.20	PLT	241	x10³/uL	100 - 300
Eos#	0.29	x10 ³ /uL	0.02 - 0.50	MPV	8.4 fL		6.5 - 12.0
Bas#	0.03	x10 ³ /uL	0.00 - 0.10	PDW	15.8		9.0 - 17.0
* ALY%	0.0 %		0.0 - 2.0	PCT	2.02	mL/L	1.08 - 2.82
* LIC%	8.9 %		0.0 - 2.5				
* ALY#	0.00	x10 ³ /uL	0.00 - 0.20				
* LIC#	0.80	x10 ³ /uL	0.00 - 0.20				
** sólo uso en investigación, no para diagnóstico							
Entreg:	0	Operador:	LABORATORIO	Valida:			
Hor traz:		Hor entr:		Impr hora:	06-06-2015 22:54:33		
Coment:							

* El resultado sólo es válido para la muestra analizada esta vez.

Figura 3.

Test	Nombre completo	Concentrac	Unidad	Resultado	Observac	Referencia
TGO MINDRAY	TGO MINDRAY	60.6	U/L	^	RFH	<=40.0
TGP MINDRAY	TGP MINDRAY	83.1	U/L	^	RFH	<=40.0
LIPASA MINDRAY	Lipasa	1481.2	U/L	^	LRH; RFH	<=60.0
PROT TOTALES MINDRAY	PROTEINAS TOTALES MINDRAY	5.4	g/L		EDT	
AMYLASA MINDRAY	AMYLASA MINDRAY	113.6	U/L			
FOSFATASA AL. MINDRA	FOSFATASA ALCALINA MINDRAY	72.6	U/L			
ALBUMINA MINDRAY	Albumina	3.9	mg/dL		EDT	

Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.



