REVISTA CONAMED
Rev CONAMED 2010; 15(4):204-208

Acceso a Servicios de Salud desde una Perspectiva de Calidad

Access to Health Services, Quality Perspective

María del Carmen Dubón-Peniche[1]

Síntesis de la Queja

El paciente refirió que por presentar dolor abdominal asistió a hospital público, donde diagnosticaron colitis irritable medicamentosa, recetándole ranitidina y metoclopramida. El fuerte dolor que sentía se incrementó, por ello regresó al hospital informándole los médicos que todo estaba bien y no había necesidad de operar, indicándose su egreso con diagnóstico de colitis nerviosa. Sin embargo, por persistencia del dolor, acudió a hospital privado donde se efectuó cirugía urgente, debido a la negligencia del hospital demandado.

Resumen clínico
Expediente clínico, hospital público demandado

1° de enero de 2009, 16:50 horas, Nota de Urgencias: Masculino de 63 años de edad. Atención real: sentida. Diagnóstico de egreso: colitis irritable medicamentosa, hipercolesterolemia. Evolución y tratamiento: inicia hoy a las 10:00 horas con dolor en región epigástrica e irradiación a flanco, fosa renal, agruras, náusea sin llegar al vómito. Exploración física: consciente, digito-presión dolor epigástrico. Giordano positivo lado derecho, no datos de irritación peritoneal. En tratamiento con glibenclamida 1x24, metoprolol, pravastatina, bezafibrato. Se indica ranitidina 150 mg tabletas por 30 días, metoclopramida una cada 8 horas, interconsulta a dietista. Control Unidad Medicina Familiar; cita abierta.

2 de enero de 2009, 12:00 horas, Nota de Urgencias: Acude por segunda ocasión por presentar dolor en cuadrante superior derecho, desde el día de ayer a las 10:00 horas. El día de hoy presenta dolor en epigastrio con irradiaciones a flancos, vómito en una ocasión de contenido gástrico, aumento de dolor. Diabetes mellitus tratada con glibenclamida, hipertensión arterial con metoprolol; pravastatina una cada 24 horas, ranitidina una cada 24 horas, metoclopramida una cada 8 horas. Tensión arterial 160/100. Cardiopulmonar sin datos patológicos; abdomen con ruidos peristálticos presentes, Murphy positivo, doloroso a la palpación. Impresión diagnóstica: colecistitis, hipertensión arterial descompensada. Plan: solución fisiológica 1,000 cc para 4 horas; química sanguínea, examen general de orina, biometría hemática completa; metoclopramida intravenosa dosis única; captopril 25 mg sublingual, dosis única; valoración por Cirugía.

18:30 horas, nota de valoración, Cirugía General: Refiere dolor en abdomen, se mantiene en observación y remite con tratamiento médico (metoclopramida). Exploración física: abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, no doloroso. Diagnóstico: colitis nerviosa. Se da de alta al no requerir tratamiento quirúrgico, queda a cargo del Servicio interconsultante.

Resultados de laboratorio: glucosa: 131 mg/dl. Examen general de orina: color amarillo, aspecto turbio, densidad 1.030, pH 5.0, trazas de

[1] Dirección General de Arbitraje, CONAMED.

Artículo Recibido: 22 de octubre de 2010; Artículo Aceptado: 22 de octubre de 2010

Correspondencia: Dra. María del Carmen Dubón Peniche. Dirección General de Arbitraje, CONAMED. Mitla 250, Esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Correo electrónico: revista@conamed.gob.mx.

cuerpos cetónicos, urobilinógeno 0.2 mg, leucocitos 3-4 por campo, bacterias regular, otros: mucina regular.

18:50 horas, Nota de Urgencias: Diagnóstico: colitis nerviosa. Ingresa por referir dolor abdominal epigástrico y vómitos múltiples de contenido gastro-biliar; se interna con analgesia y antiespasmódico, procinéticos; glucosa 131, resto en parámetros normales. Es valorado por Cirugía General, quien descarta patología quirúrgica, por lo que se da de alta con medicamento. Ranitidina una tableta cada 8 horas por 7 días, metoclopramida una tableta cada 8 horas por 7 días, dieta blanda estricta, control en Unidad de Medicina Familiar. Cita abierta a Urgencias.

Expediente clínico, hospital privado

4 de enero de 2009, historia clínica: Datos de importancia: padecimiento iniciado el 1° de enero con dolor cólico a nivel de hipocondrio derecho, náusea, vómito de contenido gastro-alimentario en cuatro ocasiones; refiere que un día anterior comió abundantes colecistoquinéticos, acudió con facultativo quien inició tratamiento con antiespasmódicos, mejorando parcialmente el cuadro; sin embargo, persistió con dolor en hipocondrio derecho, por ello acudió con especialista quien indicó su ingreso para estudio. Antecedentes: hipertensión arterial sistémica de cinco años de evolución en tratamiento con metoprolol, diabetes mellitus de dos años de evolución sin tratamiento específico. Exploración física: campos pulmonares ventilados, área cardiaca sin patología aparente; abdomen blando, depresible, peristalsis presente, no se palpan visceromegalias, Murphy positivo, no datos de irritación peritoneal. Diagnóstico: colecistitis crónica litiásica agudizada. Plan: tratamiento quirúrgico.

Nota de evaluación de factores de riesgo quirúrgico: Se realiza valoración preoperatoria con toma de radiografía de tórax y electrocardiograma, se determina riesgo quirúrgico II/V por hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus compensada, hiperlipemia. Monitoreo transoperatorio; cobertura antibiótica.

4 de enero de 2009, nota de valoración e ingreso, Cirugía General: Ayuno hasta nueva orden. Solución mixta 1,000 ml., para 8 horas; omeprazol 40 mg intravenosos cada 24 horas; ceftriaxona 2 g intravenosos cada 24 horas, espacil compuesto una ampolleta intravenosa cada 8 horas. Se solicitan exámenes de laboratorio preoperatorios completos, además de amilasa, lipasa, tiempos de coagulación y ultrasonografía de hígado y vías biliares. 8:00 horas, Reporte de ultrasonido hepato-biliar: Sin evidencia de dilatación de la vía biliar intrahepática; colédoco de 3 mm y porta de 7 mm sin alteraciones en su interior. Vesícula biliar: engrosamiento difuso de la pared de 5 mm de grosor, presencia de halo hipoecóico en relación a edema perivesicular. En su interior y hacia el istmo se identifica imagen ecogénica ovalada que trasmite sombra sónica posterior de 18 mm, la cual se encuentra enclavada, ya que no muestra modificación con la movilización del paciente. Impresión diagnóstica: 1. Imágenes compatibles con colecistitis crónica litiásica, datos de agudización al momento del estudio. 2. Cambios por esteatosis hepática moderada 3. Páncreas sin alteraciones. Carta de consentimiento bajo información: Procedimiento propuesto y explicación del mismo: colecistectomía abierta. Beneficios: mejoría sintomatológica y funcional, evitar complicaciones y proceso séptico. Riesgos: sangrado, infección de herida quirúrgica, afectación de vía biliar.

Resultados de laboratorio: Leucocitos 11,600; eritrocitos 4,770; hemoglobina 15.7; hematocrito 44.1; neutrófilos 78; en banda 2; segmentados 76; plaquetas 183,000. Tiempos de coagulación pruebas de funcionamiento hepático, amilasa y electrolitos séricos en parámetros normales.

5 de enero de 2009, Nota postquirúrgica: Diagnóstico preoperatorio: colecistitis crónica litiásica agudizada. Diagnóstico postoperatorio: el mismo más piocolecisto. Cirugía efectuada: colecistectomía abierta, sin incidentes ni accidentes. Técnica: incisión en región de hipocondrio derecho, disección por planos. Se identifica vesícula hidrópica a tensión, se aspira contenido vesicular obteniéndose 75 cc; identificación del conducto cístico, disección, sección y ligadura, se identifica arteria cística, sección y ligadura. Se realiza desprendimiento de vesícula, revisión de hemostasia. Se deja drenaje Saratoga en lecho vesicular. Cierre por planos. Hallazgos: vesícula de aproximadamente 15x8x7 cm., con múltiples litos en su interior, uno enclavado en Hartmann. No datos de dilatación de vía biliar. Reacción de líquido peritoneal inflamatorio, aproximadamente 40 cc. Plan: omeprazol, ceftriaxona, ketorolaco trometamina, ketoprofeno, clindamicina.

6 de enero de 2009, 4:15 horas, nota de evolución: Frecuencia respiratoria 18 por minuto, frecuencia cardiaca 90 por minuto, tensión arterial 140/90. Estertores transmitidos, no se integra síndrome pleuropulmonar. Indicaciones: ambroxol 10 mg intravenosos un ámpula, dosis única; oxígeno 3 litros por minuto por puntas nasales. 7:40 horas: Discreto dolor en herida quirúrgica, afebril, hidratado, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, herida quirúrgica limpia, Sataroga drenando escaso material serohemático, no datos de alarma peritoneal, peristalsis presente. No tiene datos de insuficiencia respiratoria. Continuar manejo establecido.

7 de enero de 2009, 7:30 horas: Mínimo dolor en herida quirúrgica, tolerancia a la vía oral, canaliza gases, una evacuación. Afebril, signos vitales dentro de parámetros normales.

Cardiopulmonar sin compromiso; abdomen blando, no doloroso, sin datos de alarma, herida quirúrgica limpia, drenaje con escaso material sero-sanguinolento. Evolución satisfactoria, se progresa en la dieta y podrá considerarse el egreso. Indicaciones: solución mixta 1,000 cc más un ámpula de cloruro de potasio para 24 horas; omeprazol 40 mg intravenosos cada 24 horas; ceftriaxona 2 g intravenosos cada 24 horas; clindamicina 600 mg intravenosos cada 8 horas; ketorolaco trometamina 30 mg intravenosos cada 8 horas; ambroxol una ampolleta intravenosa cada 24 horas.

Hoja de egreso hospitalario: Evolución satisfactoria, signos vitales dentro de parámetros normales, cardiopulmonar sin patología, abdomen con herida quirúrgica limpia, bordes afrontados, no exudativos, peristalsis presente, tolerando vía oral. Diagnóstico postoperatorio: colecistectomía abierta. Motivo del egreso: mejoría. Cita a retiro de puntos en Consulta Externa. Clindamicina 300 mg tomar 2 cápsulas cada 8 horas; ketorolaco 10 mg tabletas tomar una cada 8 horas en caso de dolor, pantoprazol 20 mg tabletas tomar una cada 12 horas.

9 de enero de 2009, reporte de Anatomía Patológica: Vesícula biliar sacular de 12 x5 centímetros; a la sección la pared tiene espesor máximo de 0.6 centímetros, la mucosa color café rojizo, despulida, de aspecto anfractuoso y ulcerado con tejido necrótico en su superficie, en su interior un cálculo ovoide color café que mide 2.3x1.2x1.2 centímetros. Descripción microscópica: lesión benigna, inflamatoria, tipo crónico agudizada, caracterizada por proliferación de células plasmáticas, linfocitos y abundantes leucocitos polimorfonucleares, está situada en la mucosa, pared muscular y serosa. Diagnóstico: colecistitis crónica agudizada, ulcerada y abscedada, de tipo litiásico con pericolecistitis crónica concomitante.

Análisis del Caso

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

En términos de la literatura especializada, los litos en vías biliares afectan alrededor del 10% de los hombres y 20% de las mujeres mayores de 55 años. El síntoma más frecuentemente relacionado a colelitiasis, corresponde al cólico biliar, el cual es ocasionado por distensión de la vesícula, de manera secundaria a obstrucción del conducto cístico por un lito.

Los episodios leves y constantes de obstrucción del conducto cístico, provocan cólico vesicular intermitente y contribuyen a la inflamación, así como a la subsecuente formación de adherencias. La vesícula en pacientes sintomáticos con litiasis y que nunca han tenido un ataque agudo de colecistitis, puede ser de dos tipos: (a) la mucosa está poco despulida pero la pared es delgada, excepto por los litos su apariencia es normal; (b) aparecen signos evidentes de inflamación crónica con infiltración celular, pérdida de elasticidad y fibrosis.

En 95% de los casos, la colecistitis aguda resulta de obstrucción del conducto cístico por un lito impactado en la bolsa de Hartmann. La vesícula se distiende y se inflama provocando dolor e hipersensibilidad. La historia natural de la colecistitis aguda varía, dependiendo del tiempo de obstrucción, la invasión bacteriana secundaria, la edad del paciente, así como por la presencia de otros factores agravantes, entre ellos la diabetes mellitus.

Generalmente el dolor se presenta en epigastrio, hipocondrio o cuadrante superior derecho, irradiado a región costal posterior a nivel de las últimas costillas (hemicinturón), a región media posterior, escapular u hombro y es desencadenado por ingesta de alimentos grasos. Sin embargo, también puede presentarse como dolor retro-esternal o únicamente en epigastrio. No obstante el nombre de cólico, el dolor no suele ser fluctuante, sino que se instala en forma progresiva, se mantiene (meseta) y persiste desde quince minutos hasta horas, después disminuye lentamente en forma espontánea, o bien, con analgésicos. Puede acompañarse de náusea o vómito.

En el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor en hemiabdomen superior debe considerarse: esofagitis por reflujo, enfermedad ácido-péptica, pancreatitis, cólico renal y afectaciones del colon.

El dolor que continúa por más de veinticuatro horas o se acompaña de fiebre, sugiere colecistitis aguda y es necesaria la hospitalización del paciente. Más aún, según refiere la literatura de la especialidad, el dolor que persiste por más de seis horas, es sugestivo de colecistitis aguda más que de cólico biliar. Con frecuencia, la presencia de cálculos en la vesícula biliar, da lugar a cuadros de dolor agudo y cólico intermitente, cuando se impactan en el antro vesicular o en el conducto cístico a causa de contracción brusca de la vesícula biliar en el intento de expulsar los litos. Si el lito se desimpacta, pasa al duodeno, o bien, si se indican espasmolíticos, el cuadro doloroso puede desaparecer.

Cuando la obstrucción del conducto cístico persiste, puede desarrollarse respuesta inflamatoria aguda, leucocitosis, fiebre e ictericia, hasta en 20% de los pacientes. La irritación del peritoneo parietal puede producir hiperestesia; la persistencia de vesícula distendida, puede ocasionar masa palpable, y el signo de Murphy es hallazgo relativamente específico.

La colecistitis aguda puede condicionar elevación de bilirrubina, aún sin obstrucción detectable de la vía biliar, así como elevación leve en la concentración de transaminasas, fosfatasa alcalina, amilasa y lipasa. Una concentración de bilirrubina mayor a 4 mg/dl y de amilasa mayor de 1,000 U/dl sugieren obstrucción de la vía biliar o pancreatitis.

Revista CONAMED, vol.15, núm. 4, octubre-diciembre, 2010
ISSN 1405-6704

Respecto al grado de leucocitosis, cuando excede 15,000 células por mm3, y se acompaña de fiebre y dolor persistente, debe sospecharse piocolecisto o perforación. En el caso de colecistitis aguda, el ultrasonido mostrará vesícula distendida, con paredes edematosas y engrosadas (mayor de 3 mm) y es posible que exista líquido de reacción perivesicular. En general, el primer y único estudio de imagen en pacientes con cólico biliar es el ultrasonido; sin duda es el método diagnóstico de elección en el estudio de pacientes con sospecha de litiasis vesicular. La especificidad y sensibilidad reportada por la literatura médica es de 95% para litos por arriba de 4 mm de diámetro, además de ser rápido, no invasivo y accesible.

Las complicaciones por persistencia de obstrucción del cístico, además de la colecistitis aguda, son hidrocolecisto o piocolecisto (empiema). Estas entidades son difíciles de diferenciar clínicamente; sin embargo, el abordaje diagnóstico y terapéutico es el mismo. De tal manera, que si un paciente presenta colecistitis aguda sin respuesta a manejo médico, y se realiza colecistectomía, es posible encontrar hidro o piocolecisto. Las complicaciones por obstrucción de la vía biliar, pueden generar colangitis, pancreatitis, perforación, la cual puede ser de tres formas: (a) localizada con formación de absceso perivesicular; (b) perforación libre con peritonitis generalizada y (c) perforación dentro de una víscera contigua, con la formación de fístula.

En pacientes con sospecha de complicaciones por litos en vesícula o vía biliar, es necesaria la hospitalización para valoración y estudio por el Servicio de Cirugía General, así como para establecer el tratamiento. El manejo inicial, puede ser mediante líquidos y electrolitos parenterales, ayuno, sonda nasogástrica (por distensión o vómito persistente), antiinflamatorios no esteroideos, antiespasmódicos, analgésicos, antibióticos, atendiendo al cuadro clínico en cada caso.

El tratamiento definitivo es mediante colecistectomía (abierta o laparoscópica). El diferimiento del tratamiento quirúrgico, se relaciona con mayor porcentaje de complicaciones, entre ellas: piocolecisto, perforación, necrosis, o reinternamiento por recurrencia del dolor.

En el presente caso, el 1° de enero de 2009, el paciente asistió al Servicio de Urgencias del Hospital público demandado, debido a que presentaba dolor abdominal de seis horas de evolución. En la nota médica de esta fecha, se asentó que el dolor se localizaba en epigastrio con irradiación hacia flanco y fosa renal (no se especifica de qué lado), también se refiere la presencia de náusea; en la exploración física se encontró Giordano positivo del lado derecho.

Respecto de dicha consulta, quedó demostrada la falta de realización de interrogatorio y semiología completos en cuanto a las características de dolor, como lo establece la lex artis médica. En ese sentido, con los datos clínicos antes mencionados, se estableció el diagnóstico de colitis irritable medicamentosa y se dio de alta al paciente.

Cabe mencionar, que el colon irritable es un diagnóstico de exclusión, este padecimiento se manifiesta por dolor abdominal que alivia con la defecación, trastornos en la frecuencia y forma de la defecación (evacuaciones con moco, flatulencia, distensión y meteorismo abdominal). En esos términos, en la citada nota médica no se refirió dato clínico alguno, que justificara el diagnóstico de egreso establecido por el Servicio de Urgencias, durante la atención del 1° de enero de 2009. Esto demuestra que el personal médico incumplió sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

En efecto, si bien es cierto que el paciente no tenía antecedentes de intolerancia a alimentos colecistoquinéticos y que era el primer cuadro de patología vesicular que presentaba, también es cierto, que no fue estudiado suficientemente antes de su egreso.

Al día siguiente (2 de enero de 2009), el enfermo acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital demandado, debido a persistencia del dolor abdominal, así lo señaló en su queja, al manifestar que por el fuerte dolor que sentía y en virtud de que se incrementó, regresó al hospital; hecho que se confirma con la nota médica de la segunda atención, la cual refiere impresión diagnóstica de colecistitis, por ello se indicaron exámenes de laboratorio, entre ellos biometría hemática completa; sin embargo, en las constancias de atención, no se aportó el resultado de dicho estudio, el cual tampoco aparece reportado en las notas de evolución subsecuentes. En ese sentido, el hospital demandado no demostró haber cumplido sus obligaciones de medios de diagnóstico; es decir, que se hubieran realizado los estudios básicos completos ante un cuadro de dolor abdominal (química sanguínea, examen general de orina y biometría hemática completa), tal y como lo ameritaba el caso en estudio.

Durante su estancia en Urgencias, se solicitó interconsulta al Servicio de Cirugía General, según lo demuestra la nota de las 12:00 horas del 2 de enero de 2009. Sin embargo, el paciente fue valorado seis horas después del ingreso. La nota de Cirugía General, no menciona los antecedentes importantes, esto es, que era portador de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo II, tampoco señala las características del cuadro doloroso, ni los resultados de laboratorio, pues se concretaron a establecer que se trataba de colitis nerviosa. Así las cosas, el paciente fue dado de alta, pues estimaron que no requería tratamiento quirúrgico, según lo demuestra la nota de Cirugía General de las 18:30 horas.

En ese sentido, fue demostrado que el personal médico del Servicio

de Cirugía General, no cumplió sus obligaciones de medios ordinarios para el estudio del caso, pues al haber sido el motivo de interconsulta colecistitis aguda y teniendo el antecedente de atención en Urgencias en menos de 24 horas, por persistencia e incremento del dolor abdominal, así como la aplicación previa de antiespasmódicos; lo indicado conforme a lo establecido por la lex artis médica, era solicitar estudios diagnósticos para confirmar o descartar dicha patología, siendo el de mayor importancia, el ultrasonido de hígado y vías biliares, mismo que conforme a los hallazgos, hubiera permitido valorar si se trataba de cuadro agudo (lito impactado, dilatación de la vesícula biliar, pared engrosada mayor de 3 mm y halo perivesicular, etc.) o crónico; así como biometría hemática para identificar leucocitosis.

La literatura especializada refiere, que el diagnóstico de litiasis biliar, así como el de colecistitis aguda, debe basarse en tres estudios fundamentales: clínico, de gabinete (ultrasonido) y de laboratorio. Lo que no probó haber realizado debidamente el hospital demandado durante la atención del paciente, por tanto, está incurso en mala práctica, debido a la conducta negligente de su personal médico.

A mayor abundamiento, no se tomaron en cuenta factores de riesgo que incrementan la morbi-mortalidad y la evolución hacia cuadros complicados, pues al padecer el paciente diabetes mellitus, tenía mayores posibilidades (10%) de complicación del cuadro, tal y como se demostró con los hallazgos transoperatorios y el reporte de estudio histopatológico, que están en las constancias del expediente clínico del hospital privado.

El paciente en su queja, refirió que a pesar del manejo indicado, el dolor persistió y fue más intenso, por ello, ante la negligente atención en el Hospital demandado, acudió a medio particular, donde lo intervinieron quirúrgicamente.

Sobre el particular, el hospital demandado en su informe médico, aseveró que no se trató de colecistitis agudizada que requiriera tratamiento quirúrgico de urgencia; sin embargo, mediante el expediente clínico del hospital privado, quedó plenamente probada la urgencia quirúrgica del caso en estudio, específicamente con los hallazgos reportados (piocolecisto), así también, con el reporte de estudio histopatológico realizado a la pieza extirpada (vesícula biliar), mismo que estableció diagnóstico de colecistitis crónica agudizada, ulcerada y abscedada.

Apreciaciones Finales

- El hospital demandado no demostró que su atención se ajustara a lo establecido por la lex artis médica.
- Durante la atención del paciente, el personal médico incumplió las obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento que el caso ameritaba, incurriendo en mala práctica, por negligencia.
- La atención ulterior que recibió el enfermo por facultativos distintos al demandado, fue necesaria debido a la mala práctica observada.
- No se realizaron pronunciamientos respecto de la atención ulterior, pues no fue controvertida.

Comentarios

- La atención oportuna no sólo comprende minimizar retrasos innecesarios en la obtención de la atención, sino también proveer atención coordinada entre los diferentes servicios, prestadores, establecimientos, y entre todos los niveles de atención.
- Los servicios de salud, además de responder a las necesidades de la población, deben asegurar la mejor atención médica posible; ello requiere que los profesionales posean conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y cuenten con los instrumentos necesarios para su actualización. De igual forma, son importantes los procedimientos que permitan evaluar la eficiencia, efectividad y seguridad de las intervenciones, y la asignación de los recursos de manera acertada.
- Mediante las políticas reguladoras, se pueden determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia, para la prestación de servicios de atención médica.

Referencias

1. Flasar MH, Goldberg E. Acute Abdominal Pain. Med Clin North Am. 2006; 90(3):481-503.
2. Lein HH, Huang CS. Male Gender: Risk Factor for Severe Symptomatic Cholelitiasis. World J Surg. 2002; 26(5):598-601.
3. Schafer M, Krahenbuhl L, Buchler M. Predictive factors for the type of surgery in acute cholecystitis. Am J Surg. 2001;182(3):291-297.
4. Bizueto RH, Hernández PN, Jaime GG. Morbilidad y mortalidad en la cirugía de urgencia de la colecistitis crónica litiásica agudizada. Cir Cir. 2002; 70(4):82-85.
5. Indar AA, Beckingham IJ. Acute Cholecystitis. BMJ. 2002;325:639-643.
6. Guzmán VG. Colecistitis aguda y crónica. Cap.118:975-983. En: Asociación Mexicana de Cirugía General. Tratado de Cirugía General. México: AMCG-Manual Moderno; 2003. 981 p.
7. Yousoff A, Barkun JS, Barkun AN. Diagnosis and Management of cholecystitis and cholangitis. Gastroent Clin. 2003;32(4):1145-68.
8. Roe J. Clinical assessment of acute cholecystitis in adults. Ann Emerg Med. 2006; 48(1):101-103.
9. Bellows CF, Berger DH. Management of gallstones. Am Fam Phys. 2005; 72 (4):637-642.
10. Aijaz A. Management of gallstones and their complications. Am Fam Phys. 2000; 61:1673-,1687-8.
11. Way LW, Doherty GM. Biliary Tract. En: Way LW [Editor]. Current Surgical Diagnosis and Treatment. Cap. 26. 11a ed. New York: McGraw-Hill-Langer; 2003. p. 595-615.
12. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007: Volumen I –Regional. Washington: OPS; 2007. p. 314