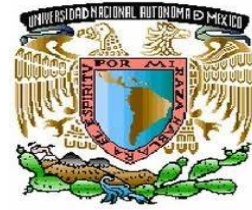


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN PONIENTE DEL ESTADO DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL ZONA 194 IMSS.**

**“PRINCIPALES COMPLICACIONES DETECTADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HGZ 194, A QUIENES SE LES REALIZO COLECISTECTOMIA
EN FORMA TARDIA”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS**

**TESISTA
DRA. ARCHUNDIA RUBIO ROSA MARIA DEL CARMEN
MATRICULA 99165778
rosy_arch@live.com.mx**

**URGENCIAS HGZ 194
Teléfonos: 53593011 EXT 513267 Y 51327**

**ASESOR
DR. EDUARDO REYES GARCIA
alogarcia2@hotmail.com
URGENCIAS HGZ 194**

Teléfonos: 53593011 EXT 513267 Y 51327

NAUCALPAN, EDO DE MEXICO FEBRERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

DRA. MARIA DE LOS ANGELES DICHÍ ROMERO

Directora de HGZ No. 194

DRA HAYDEE MENDOZA ESPINOSA

Coordinación clínica de Educación e Investigación en Salud HGZ No. 194

DR. EDUARDO GARCIA REYES

Profesor. Titular de la Especialidad de Medicina de Urgencias y asesor de Tesis

AGRADECIMIENTO

Antes que nada doy gracias por pertenecer a este noble Instituto y a esta casa de estudios que me brindaron la posibilidad de realizar mi especialidad en Medicina de urgencias.

Gracias a mi profesor por ser parte de este proyecto, quien sin su ayuda no hubiera sido posible este caminar, con su siempre lealtad para con sus alumnos.

Como siempre a mis padres y hermanos, que siempre han confiado en mí y han estado a mi lado para darme ese respaldo para con todos mis proyectos, por ultimo al amor de mi vida por apoyarme en esta recta final tan difícil ya que con tu apoyo logre superar esta etapa tan complicada y aquí dejo este protocolo para apoyo de mi unidad y sea muy útil para disminuir las complicaciones y costos de este tan maravilloso hospital HGZ 194.

ÍNDICE

MARCO CONCEPTUAL.....	5
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.....	10
HIPOTESIS.....	10
TIPO DE ESTUDIO.....	11
METODOLOGIA PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA.....	12
DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	12
IV.RECURSOS.	
FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO.....	14
CRONOGRAMA DEL PROYECTO.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	17
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	18
ANALISIS DE RESULTADOS.....	19
GRAFICAS.....	21

MARCO CONCEPTUAL

COLECISITIS

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por litos y con menor frecuencia por lodo biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones está presente. (1)

La colelitiasis es la presencia de litos en la vesícula biliar. (1)

Las vías biliares comprenden los canalículos biliares hepáticos, los conductos biliares intra y extrahepáticos, el conducto colédoco y la vesícula biliar. La bilis es necesaria para la absorción, de grasas y nutrientes liposolubles, se produce en los canalículos, durante el ayuno el 50% de la bilis se dirige al duodeno, la otra mitad se almacena en la vesícula. Esta sirve para acidificar y concentrarla y puede llegar a contener hasta 50 ml disponibles para su uso en el momento de la ingesta. La presencia de alimento en el estómago sobre todo grasas, provoca un impulso vagal y una secreción de colecistocinina-pancreocimina, que sirven como componente estímulo para la contracción vesicular. (1)

La principal causa de enfermedad biliar tiene relación con el desarrollo de litos. Se estima que el 20% de las mujeres y el 8% de los varones sufren litiasis biliar, lo que se desemboca, en cerca de 500,000 intervenciones quirúrgicas anuales. (2)

Entre el 10 y 15% de la población occidental adulta padece de litiasis vesicular de estos entre el 1-4% se vuelven sintomáticos en un año y el 20% desarrollan colecistitis aguda. (2)

Cerca del 14% de los pacientes con colecistitis aguda sufren complicaciones y estas son más frecuentes en los mayores de 65 años. (2)

Aun cuando esta entidad representa tan sólo el 10% de los casos de dolor abdominal en la población adulta, es la enfermedad quirúrgica más prevalente en este grupo etario. (2)

Es tal su magnitud, que de las 700.000 colecistectomías realizadas anualmente en los Estados Unidos, alrededor del 12% son secundarias a colecistitis aguda. Además, de aquellos pacientes hospitalizados por enfermedad biliar, 20% corresponde a colecistitis aguda (3)

Generalmente, los pacientes con colelitiasis son asintomáticos. Sin embargo, hasta el 4% llega a padecer de cólicos biliares cada año. (3)

De aquellos casos sintomáticos, uno de cinco desarrollará colecistitis aguda si no es tratado oportunamente. A medida que los pacientes optan por el tratamiento quirúrgico

electivo para tratar la colelitiasis sintomática, la incidencia de la colecistitis aguda calculosa parece estar disminuyendo. (4)

La colecistitis calculosa aguda se presenta en mayor proporción en mujeres entre la cuarta y la sexta década de la vida, lo cual es concordante con las características demográficas de su etiología principal, la colelitiasis. Sin embargo, la colecistitis aguda es más prevalente y se presenta con mayor gravedad en los hombres, (4)

PRINCIPIOS DE LA ENFERMEDAD

Existen dos clases de litos uno de colesterol (los ácidos biliares y la lecitina actúan solubilizando al colesterol) y pigmentarios (negros causantes de bilirrubinato cálcico y ocreos secundarios a infecciones en la vesícula o en el conducto biliar). Entre los factores que se asocian con el aumento de riesgo están la edad avanzada, ser mujer, la gran obesidad, la rápida pérdida de peso, la fibrosis quística, la paridad, algunos fármacos (clofibrato, anticonceptivos orales), tendencia familiar. (5)

CARACTERISTICAS CLINICAS

La manifestación clínica más frecuente de la colelitiasis es el cólico biliar, paso de pequeños litos desde la vesícula a través del cístico hacia el colédoco, el dolor suele presentarse en cuadrante superior derecho, aunque puede realizarse en una amplia región superior del abdomen. La irradiación del dolor, si se produce, la hace hacia la base de la escapula o hacia el hombro. Entre los síntomas asociados se encuentran la náusea y el vómito, lo que puede ocasionar desequilibrio hidroelectrolítico. La asociación con la ingesta de alimentos grasos y los síntomas es igual de probable en los pacientes con cálculos biliares que en los que no los tienen. En la exploración se encuentra dolor en el cuadrante superior derecho o en epigastrio. (5)

ESTRATEGIAS DIAGNOSTICAS

Lo más frecuente es que los resultados de las pruebas están en límites normales, es importante obtener TGO y TGP para valorar la presencia de hepatitis, bilirrubinas y fosfatasa para descartar una obstrucción de colédoco y de amilasa y lipasa para descartar una pancreatitis. (5)

El diagnóstico de cólico biliar se realiza por la clínica. (5)

La radiología tiene escaso protagonismo, la ecografía es la técnica de elección para explorar la vesícula biliar. LA ULTRASONOGRAFIA ABDOMINAL (USG) realizada días antes de la cirugía, debe estar incorporada al estudio rutinario de los candidatos a colecistectomía por laparoscopia ya que, además de proporcionar información indispensable y muy valiosa de la vesícula biliar (grosor de su pared, lumen, tamaño y número de cálculos, lesiones mucosas sollevantadas), aporta datos orientadores respecto de diámetro de la vía biliar intra y extrahepática y de la presencia de cálculos en ella; el diámetro del colédoco > 7mms. Es considerado sugerente de coledocolitiasis, más aún si existen los elementos clínicos. (5)

CONSIDERACIONES DIFERENCIALES

Incluye la colecistitis, la enfermedad ulcero gástrica o duodenal, la pancreatitis y la hepatitis, en ocasiones síndrome cardiopulmonar. (6)

TRATAMIENTO

El tratamiento inicial es el cólico biliar va dirigido a la corrección hidroelectrolítica y al alivio sintomático. Los vómitos requieren antieméticos y en caso necesario sonda nasogástrica. El dolor puede controlarse con mediante espasmódicos, el AINE Ketorolaco, y algún opiáceo. (7)

El tratamiento definitivo de la colelitiasis clásicamente y en la mayoría de los casos, implica la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. O en algunos casos fármacos como el uso de quenodexoxicolico y ursodexoxicolico, durante meses o años. (7)

La colecistectomía clásica, sea por vía laparoscópica, deben ser evaluadas según varios criterios: el tiempo de hospitalización, la duración del procedimiento, la morbimortalidad operatoria, los resultados alejados, la incapacidad laboral y el costo. (7)

Considerando estos aspectos surge la colecistectomía laparoscópica como una ventajosa alternativa: morbimortalidad operatoria y resultados alejados similares a la Cirugía abierta, y franca disminución de la estadía hospitalaria y de la ausencia laboral, mejores resultados cosmiéticos, menor dolor post-operatorio y disminución del costo global especialmente en países desarrollados. (7)

En la actualidad existen dos opciones quirúrgicas para el tratamiento de la litiasis vesicular sintomática, el procedimiento de colecistectomía convencional abierta y, desde hace casi un par de décadas, la colecistectomía laparoscópica. Esta última se ha convertido en el estándar de oro, dadas las ventajas sobre el procedimiento convencional abierto, en cuanto a recuperación posquirúrgica, el dolor posoperatorio, tiempo de estancia hospitalaria, la reincorporación temprana a las actividades laborales y resultados cosmiéticos aceptables. Es evidente que la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en la mayoría de los casos. Sin embargo, los procedimientos a cielo abierto siguen practicándose con gran frecuencia, debido en parte a la enseñanza de la cirugía abierta convencional, así como a la falta de equipos para cirugía laparoscópica en varios centros hospitalarios, sobre todo en hospitales rurales. De hecho, aproximadamente 25 % de las colecistectomías realizadas en Estados Unidos son abiertas. Por tal situación es importante conocer el procedimiento abierto. La colecistectomía abierta puede ser una alternativa eficaz para el manejo de la colelitiasis sintomática y una opción no menospreciada para resolver dicho problema de salud, donde

las instituciones no cuentan con la infraestructura necesaria para realizar procedimientos laparoscópicos. La evidencia actual justifica la técnica como parte del repertorio de los cirujanos y la decisión de cuál técnica realizar dependerá de la disponibilidad de recursos y del criterio del cirujano. Motivados por la alta incidencia de litiasis vesicular sintomática en la consulta y la poca disponibilidad de cirugía laparoscópica ofertada por la Misión Barrio Adentro en el Distrito Capital, las limitaciones que tienen los pacientes para acceder a este tipo de cirugía y los excelentes resultados obtenidos en la realización de la colecistectomía convencional abierta, como una opción para el tratamiento de la litiasis vesicular. (8)

Hablamos de colecistectomía temprana es aquella que se efectúa antes de las 72 horas de inicio del cuadro doloroso, llamaremos tardía aquella que se hace después de este tiempo. Así como una variable se considera tardía después de 6 a 12 semanas posteriores al inicio de los síntomas (8)

COMPLICACIONES POST-QUIRURGICAS

- Infección de herida quirúrgica
- Seromas
- Dehiscencia parcial o total

COMPLICACIONES DE LA PATOLOGIA BILIAR

COLANGITIS

La colangitis obstructiva aguda se demostró que afecta a cerca del 8% de los pacientes ingresados por patología de las vías biliares. Suele deberse a obstrucción del colédoco producida por un cálculo, aunque también puede asociarse con neoplasias o con estenosis benigna.(9)

Los pacientes con sospecha de colangitis aguda deben ser tratados inicialmente de manera conservadora con antibióticos, mientras que aquellos con colangitis severa requieren descompresión endoscópica, percutánea o quirúrgica inmediata del sistema biliar. Después de la resolución del episodio agudo y confirmado la limpieza exitosa de la coledocolitiasis, se recomienda la colecistectomía laparoscópica electiva, para aquellos que están médicamente en condiciones, de acuerdo con las guías de Tokio (recomendación de grado B). (10)

El beneficio potencial de la colecistectomía laparoscópica temprana descansa en la posible prevención de la recidiva de las complicaciones biliares mientras se espera por la operación. Un estudio de pacientes con coledocolitiasis sintomática y esfinterotomía endoscópica subsecuente, mostró una tasa de complicaciones biliares recurrentes del 20%, después de un tiempo medio de espera de 7 semanas y, aquellos que desarrollaron la recidiva, tuvieron peores resultados postoperatorios que los que no lo hicieron . No obstante, otro estudio enfocado más exclusivamente sobre pacientes con antecedentes de colangitis aguda, reveló una tasa de eventos biliares recurrentes del 2,4%, durante un período de espera para la operación de 6 a 12 semanas [10].

PANCREATITIS

La incidencia de pancreatitis es de 12/100 000, aunque varía con la edad, sexo y las características sociales de la población estudiada. La causa obstructiva más frecuente es la litiasis biliar, que es más habitual en mujeres que en hombres, con un pico de incidencia entre los 50 y 60 años. Algunas variantes anatómicas del conducto biliar son asintomáticas sin embargo 8 de 20 de cada 1000 personas que padecen litiasis desarrollan pancreatitis. (10)

En el caso de la pancreatitis aguda biliar, el evento desencadenante es el paso de litos \leq 5mm a través del ampulla de Váter, pues los litos \geq 8 mm suelen permanecer en la vesícula biliar. La causa más común es por alcoholismo en hombres, 14 y por litiasis vesicular en mujeres.² En un paciente joven se deben sospechar causas hereditarias, infecciones o traumatismo. (10)

Sólo 10 a 20% de los casos es idiopática (cuadro 1).³ En México 49% de las pancreatitis agudas son de etiología biliar y 37% son alcohólicas. (10)

Los estudios sobre la colecistectomía laparoscópica temprana después de la mengua de una pancreatitis aguda, han mostrado tasas altas de conversión, desde el 12% al 24% [4-7]. Las guías británicas sugieren una demora de la colecistectomía en el caso de pancreatitis biliar severa [3]. El efecto de la inflamación después de la colangitis aguda es incierto. En dos estudios retrospectivos incluyendo solamente pacientes con colangitis aguda, hubo una gran variación en relación con el intervalo entre la esfinterotomía endoscópica y la colecistectomía laparoscópica electiva, con un rango entre 1 y 12 semanas [3]. Sin embargo, ambos reportes mostraron conversiones y morbilidades similares y no hubo un consenso sobre el momento óptimo de la colecistectomía después de la limpieza de la coledocolitiasis. Por lo tanto, en un intento por determinar el momento óptimo. (10)

HIDROCOLECISTO

El hidrocolecisto puede llegar a representar una distensión anormal no inflamatoria ni por colelitiasis, con frecuencia se asocia con otras enfermedades y puede deberse a obstrucción del conducto cístico o puede asociarse con diabetes mellitus, colangitis esclerosante primaria, leptospirosis y drogas. (10)

COLEDOCOLITIASIS

Es la presencia de cálculos biliares en el conducto colédoco y/o hepático común, puede producir impedimento total o parcial del paso normal de bilis desde hígado al duodeno, dando lugar síndrome icterico obstructivo. (11)

PIOCOLECISTO

Presencia de contenido purulento en el interior de la vesícula biliar (11)

Planteamiento del problema

La alta incidencia de colecistitis litiasica en el servicio de urgencias, requiere que se prioricen aquellos casos considerados como urgencias quirúrgicas, para determinar su ingreso a quirófano, sin embargo esto suele suceder cuando ya hay una complicación. Esto produce también un incremento en las complicaciones postoperatorias y en la estancia intrahospitalaria.

¿Cuáles son las principales complicaciones de la colecistitis que presentan los pacientes en quienes se ha retrasado la colecistectomía y que ingresan al servicio de urgencias del HGZ 194?

Justificación:

La colecistitis es de las principales causas de ingreso de consulta e ingreso para estudio y tratamiento en el servicio de urgencias, pudiendo o no presentar diferentes complicaciones, la cual genera múltiples reingresos a dicho servicio para manejo del dolor sin manejo quirúrgico definitivo, el cual realizado de forma temprana podría prevenir dichas complicaciones y disminuir gastos generados por tales complicaciones.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales complicaciones en pacientes que ingresan al del servicio de urgencias del HGZ 194, en quienes se ha retrasado la colecistectomía.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Identificar cuáles son las principales complicaciones que presentan los pacientes, en quienes se ha retrasado la colecistectomía.
- Establecer el número de reingresos al servicio de urgencias antes de la resolución quirúrgica de la colecistitis litiasica.

Hipótesis

H0: No hay complicaciones en pacientes que ingresan al servicio de urgencias del HGZ 194 con diagnóstico de colecistitis y en quienes se retrasa la colecistectomía.

H1. Si hay complicaciones en pacientes que ingresan al servicio de urgencias del HGZ 194 con diagnóstico de colecistitis y en quienes se retrasa la colecistectomía.

Material y métodos

Lugar y tiempo donde se realizara el estudio: Se realizará en el HGZ 194 en pacientes hospitalizados por segundo o más ocasiones, en el servicio de urgencias. En un lapso de Tiempo de 01 de enero al 31 de diciembre del 2015

Tipo de estudio: Retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional.

Retrospectivo: la recolección de datos se hace a partir de información previamente recolectada a partir expediente clínico.

Transversal: No se hace seguimiento, las variables son medidas una vez.

Descriptivo: Es aquella en la que se recolecta la información sin cambiar el entorno.

Observacional: Se presencian los fenómenos sin modificar las variables.

Grupo de estudio: Pacientes de ambos sexos de 18 a 60 años de edad, internados en el hospital general de zona 194 en el servicio de urgencias, en un lapso de tiempo del 1 de enero al 31 diciembre del 2015, que presenten complicaciones asociadas a colecistectomía tardía.

Pacientes que ingresan por complicaciones de la colecistitis y en quienes se ha retrasado la colecistectomía con más de dos reingresos al servicio de urgencias.

Criterios de inclusión.

Pacientes con diagnóstico de colecistectomía de forma tardía y que presenten complicaciones propias de la colecistitis

Derechohabientes que cuenten con diagnóstico de más de dos reingresos por colecistitis al servicio de urgencias del HGZ 194.

Pacientes que acepten participar en el estudio.

Pacientes que cuenten con el diagnóstico de colecistitis en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015.

Criterios de exclusión:

Pacientes no cuenten con diagnóstico de colecistectomía de forma tardía y que presenten complicaciones propias del padecimiento.

Derechohabientes que no cuenten con diagnóstico de más de dos reingresos por colecistitis al servicio de urgencias del HGZ 194.

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Pacientes que no cuenten con el diagnóstico de colecistitis en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015.

Criterios de eliminación:

Pacientes que no estén correctos sus datos en el expediente clínico.

Tamaño de la muestra:

Muestreo por conveniencia debido a que los casos que presenten colecistitis con más de dos reingresos en el servicio de urgencias en el periodo 1 de enero al 31 de diciembre del 2015 serán los que seleccionados para dicho estudio

Definición de las variables

Variable independiente

Complicaciones detectadas en pacientes del servicio de urgencias del hgz 194, que ingresan con antecedente de colecistitis

Variable dependiente

Colecistectomía tardía

Operacionalización de las variables de estudio:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
Complicaciones detectadas y que se realizó colecistectomía tardía	Complicaciones por colecistitis son: pancreatitis, colangitis, coledocolitiasis, hidrocolecisto	Complicaciones de la colecistitis que condicionan colecistectomía: a)Colangitis b)Coledocolitiasis c)Hidrocolecisto d)Picolecisto e)Pancreatitis	Cualitativa nominal
Colecistectomía tardía	Aquella que se realiza después de 72 horas del cuadro de cólico	Aquella que se realiza posterior a dos ingresos hospitalarios por diagnóstico de colecistitis	Cualitativa nominal
Colecistitis	Es la presencia de litos en la vesícula biliar	Más de dos reingresos al servicio de urgencias. Inflamación de la vesícula mostrada por sintomatología	Cualitativa ordinal

		de cólico vesicular	
--	--	---------------------	--

Consideraciones éticas aplicables al estudio

No se realizaran pruebas invasivas únicamente será descriptivo, los cuestionarios se llenaran en base a interrogatorio directo durante su consulta así como la captura de datos ofrecidos por el mismo paciente y del expediente clínico.

Consideraciones de las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica.

Normas e instrucciones que el IMSS establece para realizar un protocolo de investigación en investigación clínica con previa aprobación del comité correspondiente.

Difusión que se dará a los resultados del estudio

El Presente estudio cumple con los criterios de la declaración de Helsinki promulgada en 1964 por la asociación medica mundial la cual establece los principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos la cual incluye la investigación de material humano y de datos identificables. De igual manera, se llevara a cabo conforme al Título quinto de investigación para la salud, capitulo único en los artículos 96,97,98, 99,100,101 de la ley General de Salud.

Para realizar dicho estudio se deberá obtener la autorización de las autoridades de la unidad médica haciendo uso de las normas establecidas en la ley general de salud para la investigación en seres humanos .Dicho estudio no presenta riesgo alguno ya que la información que se requiere se obtendrá directamente de los pacientes que aceptan participar a través del consentimiento informado.

La información que se obtendrá se maneja con un grado máximo de confidencialidad y se concentrara en un cuestionario diseñado para tal estudio.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

7.1 Humanos:

- Investigador principal
- Investigadores colaboradores
- Pacientes del HGZ 194 servicio de urgencias

7.2 Físicos:

- Computadora
- Plumaz

- Engrapadoras
- Impresiones
- Fotocopias
 - Escritorio
 - Papel
 - Área del servicio de urgencias

RECURSOS FIANNCIEROS

Propiciado por los propios investigadores.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESCALA DE GANTT

Cronograma de actividades de protocolo de investigación

No.	ACTIVIDAD	AÑO 2015																					
		enero		febrero		marzo		abril		Mayo-junio		julio		agosto		septiembre		octubre		noviembre		diciembre	
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	Elección de tema a investigar	■	P																				
		■	R																				
2	Investigación de Marco teórico	■	P																				
		■	R																				
3	Formulación de protocolo	■	P																				
		■	R																				
4	Revisión y entrega de protocolo	■	P																				
		■	R																				
5	Recolección de muestras	■	P																				
		■	R																				
6	Recopilación de resultados	■	P																				
		■	R																				
7	Análisis de resultados	■	P																				
		■	R																				
8	Resultados de trabajo de investigación	■	P																				
		■	R																				
9	Entrega de trabajo de investigación	■	P																				
		■	R																				
10	Presentación del trabajo de investigación	■	P																				
		■	R																				
11	Publicación y envío a la revista	■	P																				
		■	R																				

BIBLIOGRAFIA

- 1 .PETER ROSEN MEDICINA DE URGENCIAS PAG .1265-1287
- 2 .GUIAS DE PRACTICA CLINICA DEL IMSS IMSS-237-09, ER- Evidencias y Recomendaciones, 458 KB descargar IMSS-237-09, RR- Guía de Referencia Rápida, 320 KB descargar
- 3 .ARTICULO 2010 Momento óptimo para la colecistectomía laparoscópica electiva después de una colangitis aguda, Dres. Li VKM, Yum JLK, Yeung YPAm J Surg 2010; 200(4): 483-488
4. Gurusamy KS, Samraj K Colecistectomía laparoscópica temprana versus tardía para la colecistitis aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. ARTICULO DE REVISION-PANCREATITIS AGUDA Juan Pablo Ledesma-Heyer,* Jaime Arias Amaral**, Med Int Mex 2009;25(4):285-94
6. Colecistitis calculosa aguda FERNANDO A. ANGARITA, MD1 , SERGIO A. ACUÑA, MD2 , CAROLINA JIMÉNEZ, MD3 , JAVIER GARAY, MD4 , DAVID GÓMEZ, MD5 , LUIS CARLOS DOMÍNGUEZ, MD, MSC6
7. Indicaciones y Contraindicaciones en Colecistectomía Laparoscópica, Dr. Italo Braghetto 2014 Hospital Clínico de la Universidad de Chile Santiago – Chile Dr. Federico Hernández Hospital Barros Luco-Trudeau Santiago – Chile 2014
8. Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular, Open Cholecystectomy for Surgical Treatment of Gallstones Jorge Luis Estepa Pérez¹ Tahluma Santana Pedraza¹ Juan Carlos Estepa Torres² Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 551002 Hospital Municipal, Manicaragua, Cienfuegos, Cuba, Estepa-Pérez J, Santana-Pedraza T, Estepa-Torres J. Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. Medisur [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Oct 25]; 13(1).
9. Anales de Radiología México 2014; 13:346-360. Artículo original, La identificación y el diagnóstico oportuno del hidrocolecisto
10. Revista Cubana de Cirugía versión On-line ISSN 1561-2945 Rev Cubana Cir v.48 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2009 ORIGINALES Resultados del tratamiento laparoscópico de la colecistitis aguda
11. Is an early laparoscopic cholecystectomy superior to a late one in patients with acute calculous cholecystitis. Fernando Montoya-Almaguer, José Ángel Rodríguez Briseño, Gerardo, Enrique Muñoz, servicio de cirugía general hospital universitario “Dr. José Eleutrio González” universidad Autónoma de monterrey.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"PRINCIPALES COMPLICACIONES DETECTADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ 194, A QUIENES SE LES REALIZO COLECISTECTOMIA EN FORMA TARDIA"
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Naucalpan Estado de México
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La colecistitis es de las principales causas de ingreso de consulta e ingreso para estudio y tratamiento en el servicio de urgencias, pudiendo o no presentar diferentes complicaciones, la cual genera múltiples reingresos a dicho servicio para manejo del dolor sin manejo quirúrgico definitivo, el cual realizado de forma temprana podría prevenir dichas complicaciones y disminuir gastos generados por tales complicaciones.
Procedimientos:	Revisión de expedientes
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Evitar complicaciones en los pacientes de la HGZ 194
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Realizar el evento quirúrgico de forma oportuna
Participación o retiro:	Tener la certeza de evento para mejora y calidad del hospital
Privacidad y confidencialidad:	Consentimiento informado
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 20px; border-left: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div> <p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p> </div> </div>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si hay disponibilidad de eventos quirurgicos
Beneficios al término del estudio:	Demostrar que se puede evitar complicaciones y optimizar recurso al instituto
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Eduardo García Reyes
Colaboradores:	Archundia Rubio Rosa María del Carmen
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

“PRINCIPALES COMPLICACIONES DETECTADAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HGZ 194, A QUIENES SE LES REALIZO COLECISTECTOMIA EN FORMA TARDIA”

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

EDAD:

a) 18-20 b) 21-30 c) 31-40 d) 41-50 e) 51-60

SEXO:

a) Mujer b) Hombre

ANTECEDENTES DE INGRESOS AL SERVICIO:

NÚMERO DE REINGRESOS A URGENCIAS PREVIOS AL EVENTO QUIRÚRGICO?

a) dos b) dos o más

COMPLICACIONES POR MAS DE DOS REINGRESOS:

a) Colangitis b) Coledocolitiasis c) Hidrocolecisto d) Piocolecisto e) Pancreatitis

TRATAMIENTO

a) medico b) quirúrgico

ANALISIS DE RESULTADOS

Durante los meses de enero a diciembre del 2015 se estudiaron, 1514 pacientes en el servicio de urgencias HGZ 194 en el servicio de urgencias, aplicándose de un instrumento de recolección de datos de 819 pacientes quienes contaban con cólicos vesiculares con más de dos reingresos en el servicio de urgencias, se excluyeron 695 que no contaban con más de dos ingresos y que no contaban con el expediente clínico completo.

En el instrumento de trabajo fueron 819 pacientes, quienes 620 (75%) fueron mujeres y 199 (25%) hombres, predominando sexo femenino sobre masculino, corroborando lo que cita la bibliografía los grupos oscilaron entre los 18 a los 60 años, quedando los grupos etarios 18-30=42.9%, 31-40=31.1%, 41-50=42.95, 51-60=0.85%, predominio sexo femenino que masculino.

Dentro de las principales complicaciones de los pacientes que ingresaron con más de dos reingresos solo 138 entraron con complicaciones por no haber sido intervenidas quirúrgicamente durante el primer reingreso. Pancreatitis 36 (26%), colangitis 24 (17,3%), coledocolitiasis 38 (27.5%), Píocolecisto 22 (15.9%, hidrocolecisto 18 (13%).

Tratamiento

Durante el segundo reingresos solo se logró operar el 23% de los pacientes ya que por algunas de las complicaciones no tenían indicación quirúrgica, el 77% continuó con tratamiento médico.

CONCLUSIONES:

Los pacientes que entran al servicio de urgencias con complicaciones por no haber sido intervenidos en su primer reingreso, son el 16.8% anual los cuales se complican con alguna de las enfermedades como pancreatitis, colangitis, coledocolitiasis, Píocolecisto, hidrocolecisto.

Es tan solo el 16.8%, de los pacientes que se complican en el servicio de urgencias, por no haber sido intervenidos durante su primer reingreso, son pacientes que se encontró que no llevaron alimentación higiénico dietéticas, para evitar alguna complicación, así como muchas de ellas no llevaron su seguimiento para acudir a su cita de cirugía general, a lo cual también por no apegarse a su seguimiento y tratamiento.

DISCUSION:

El presente estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, muestra que tenemos pacientes en el servicio de urgencias que si no son intervenidos durante el primer reingreso, tienen un 16% de incidencia donde podrían regresar por una complicación, generando más estancia hospitalaria y complicaciones que pueden poner

en riesgo la vida del paciente, y generaría mayor estancia para los pacientes y más riesgo de comorbilidad, con diagnósticos que pueden llegar a causarles la muerte .

PROPUESTAS:

Se podría tratar de que los pacientes con alto riesgo de comorbilidad, detectando dichos pacientes donde ellos mismos comentaron que no se apegan a tratamiento y que pudieran tener enfermedades que podrían aumentar su riesgo eminente de complicación y muerte, podrían tomarse como prioritarios para poder ser intervenidos en su primer ingreso donde se detecta la enfermedad de colecistitis.

Se sugiere que sean programados las pacientes que se les detecta colecistitis, en un lapso de menos de tres semanas así evitaremos reingresos y costos innecesarios para el instituto, y además evitaremos dichas complicaciones como pancreatitis, colangitis, coledocolitiasis, Piocolecisto o hidrocolecisto.

GRAFICAS POR MES (1ª)

MES	COLICO VESICULAR	MAS DE DOS REINGRESOS
ENERO	150	80
FEBRERO	155	100
MARZO	120	53
ABRIL	110	88
MAYO	108	44
JUNIO	90	34
JULIO	116	87
AGOSTO	114	50
SEPTIEMBRE	170	54
OCTUBRE	123	77
NOVIEMBRE	130	62
DICIEMBRE	128	90
	819	620

GRAFICA DE REINGRESOS (2b)

REINGRESOS	TOTAL	PORCENTAJE
DOS	222	35,8%
MAS DE DOS	398	64.1%

GRAFICA POR SEXO (3c)

SEXO		
FEMENINO	620	75%
MASCULINO	199	25%

GRAFICA POR EDADES (4d)

EDADES	TOTAL	PORCENTAJE
18-30	352	42.9%
31-40	255	31.1%
41-50	205	25.03%
51-60	7	0.85%
	695	100%

GRAFICAS POR COMPLICACIONES (5e)

COMPLICACIONES	TOTALES	PORCENTAJE
PANCREATITIS	36	26%
COLANGITIS	24	17.3%
COLEDOCOLITIASIS	38	27.5%
PIOCOLECISTO	22	15.9%
HIDROCOLECISTO	18	13%
	138	100%

GRAFICA DE TRATAMIENTO (6f)

TRATAMIENTO	PORCENTAJE
MEDICO	23%
QUIRURGICO	77%
	100%