



BUAP

BENEBEAS

“BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA”
FACULTAD DE MEDICINA

DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL
ÁREA DE SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
PUEBLA

“INCIDENCIA DE PERITONITIS ASOCIADA A
DIALISIS PERITONEAL A 6 MESES DE POST OPERATORIO DE
COLOCACION DE CATETER TENCHKOFF EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA No. 23”

R-2023-2108-089

ENERO 2025

Tesis para obtener el grado de especialidad en
Medicina de Urgencias.

CVU: 1178702

Presenta: Jose Daniel Dzul Suárez
Residente de Medicina de Urgencias del Hospital General de Zona 23 IMSS

Director de Tesis:
Dra. Gregoria Lucia Cisneros Díaz
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Hospital General Zona 35 IMSS

Asesores de Tesis:
Dra Laura Serrano Vértiz
Médico Urgenciológa Adscrita al Hospital General de Zona 5 IMSS

DC. Beatriz Tlatelpa Romero
Adscrito al Departamento de Inmunología Experimental, Facultad de Medicina BUAP



**“BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA”
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL ÁREA DE
SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA
PUEBLA**

**“INCIDENCIA DE PERITONITIS ASOCIADA A
DIALISIS PERITONEAL A 6 MESES DE POST OPERATORIO DE
COLOCACION DE CATETER TENCKOFF EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA No. 23”**

R-2023-2108-089

ENERO 2025

**Tesis para obtener el grado de especialidad en
Medicina de Urgencias.**

CVU: 1178702

**Presenta: Jose Daniel Dzul Suárez
Residente de Medicina de Urgencias del Hospital General de Zona 23 IMSS**

**Director de Tesis:
Dra. Gregoria Lucia Cisneros Díaz
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Hospital General Zona 35 IMSS**

**Asesores de Tesis:
Dra Laura Serrano Vértiz
Médico Urgenciológa Adscrita al Hospital General de Zona 5 IMSS**

**DC. Beatriz Tlatelpa Romero
Adscrito al Departamento de Inmunología Experimental, Facultad de Medicina BUAP**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2108**,
H. GRAL. ZONA NUM 20

Registro COFEPRIS 19 CE 21 114 054
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CE1 001 30301117

FECHA Miércoles, 18 de enero de 2023

M.E. Laura Serrano Vertiz

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **Incidencia de peritonitis asociada a diálisis peritoneal a 6 meses de postoperatorio de colocación de catéter Tenckhoff en el Hospital General de Zona N° 23** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2023-2108-089

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. SANTILLANA ARCE JOSE GERMAN
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2108

Impresa

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA
COORDINACIÓN DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 23

PUEBLA, PUEBLA, AGOSTO DE 2024

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES

Dra. Laura Serrano Vértiz
Dra. Gregoria Lucia Cisneros Díaz
M.C. Beatriz Tlatelpa Romero

DE LA TESIS TITULADA

"Incidencia de peritonitis asociada a diálisis peritoneal a 6 meses de postoperatorio de colocación de catéter Tenckhoff en el hospital general de zona No. 23"

REALIZADA POR EL MEDICO RESIDENTE

Dr. José Daniel Dzul Suarez

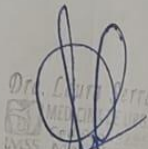
DE LA ESPECIALIDAD DE:

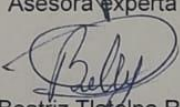
Medicina de Urgencias


HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO
CON EL NUMERO DE REGISTO NACIONAL
R-2023-2108-089

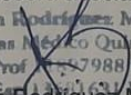
PROPORCIONADO POR EL SISTEMA NACIONAL DE REGISTO DE LA COMISION DE
INVESTIGACION EN SALUD (SIRELCIS)

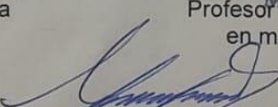
AUTORIZO SU IMPRESIÓN
ASESORES


Dra. Laura Serrano Vértiz
Asesora experta


D. C. Beatriz Tlatelpa Romero
Asesora metodológica


Dra. Gregoria Lucia Cisneros Díaz
Asesora asociada


Dr. Alan Rodríguez Moreno
Urgencias Médico Quirúrgicas
Ced. Prof. 457988/BUAP
Dr. Alan Rodríguez Moreno
Profesor titular de la especialidad
en medicina de urgencias


Dr. Jorge Adrián Garduño Rojas
C.C.E.I.S.
HGZ 23




Dr. Jorge Ayón Aguilar
COORDINADOR AUXILIAR
MÉDICO DE INVESTIGACION
EN SALUD
Ced. Prof. 3503282
Mat. 99222553

AGRADECIMIENTOS

Dedico todo mi trabajo a mi familia, a mi esposa Meli, a mi hijo, mi Leito, quienes sin dudar estuvieron al pie del cañón, por darme fuerza de poder continuar cuando menos capaz me sentía, por darme ese empujón que me hacía falta siempre y levantarme en los momentos más vulnerables, sé que ustedes han hecho muchos sacrificios y esfuerzo durante todo este tiempo, es por eso que este logro es de ustedes también.

Doy gracias a Dios por bendecirme en estos años de formación al protegerme a mí y a mi familia de cualquier adversidad y guiar mi caminar por el buen camino.

A mi familia: mis padres, Carmita y José quienes desde siempre han estado apoyándome, dando fuerza, motivándome y jamás dejándome solo, gracias a ustedes, quienes me enseñaron a ser el hombre que soy ahora, los amo demasiado. A mis suegros, que a pesar de la distancia estuvieron presentes para mí y mi familia, quienes vieron por nosotros y siempre nos cuidaron; gracias.

A mis maestros, quienes sin dudarlo puedo decir que marcaron un antes y un después en mi formación, que con cada consejo, clase, enseñanza, logre ser mi mejor versión; en especial agradecimiento a los doctores que por año marcaron mi enseñanza, la Dra. Tatiana Bonilla, el Dr. Sánchez Picazo, maestro y amigo, Dra. Laura Serrano Vertiz por ser motivación, maestra y por toda la paciencia para terminar este trabajo, gracias, en segundo año la Dra. Patricia Torres, que también se convirtió en una gran amiga, el Dr. Alan Rodríguez quien hasta la fecha las tardes de música en el servicio alivianan la guardia, el Dr. Alberto Osorio con quien en las guardias siempre hubo algo nuevo por leer; en tercer año al Dr. Juárez Ordoñez, Dr. Flores, Dr. Castañeda quienes en el pase de visita, la convivencia y la enseñanza siempre fue característico. A todos ellos muchas gracias por tanto.

A mis amigos de cada rotación, a mis amigos de la residencia, gracias a ustedes pude ver muchas cosas que nunca lograría ver por mi propia cuenta, gracias por todos esos buenos momentos en el servicio, sin ustedes la residencia no hubiera sido la misma, por cada risa, gracias.

ÍNDICE

RESUMEN	7
1. ANTECEDENTES GENERALES	8
2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.	9
3. JUSTIFICACIÓN	18
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
5. HIPÓTESIS	20
6. OBJETIVOS	20
7. MATERIAL Y MÉTODOS	21
7.1. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL	21
7.2. DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO	21
7.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	22
8. ESTRATEGIA DE MUESTREO.	22
11. ESTRATEGIA DE TRABAJO	24
12. ASPECTOS ÉTICOS	25
13. DEFICION DE VARIABLES	29
14. RESULTADOS	31
15. ANALISIS	34
16. DISCUSION	34
15. BIBLIOGRAFÍA	37
16. ANEXOS	40

Resumen.

“INCIDENCIA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIALISIS PERITONEAL A 6 MESES DE POST OPERATORIO DE COLOCACION DE CATETER TENCKHOFF EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 23”

Autores: ¹ Serrano Vértiz L. ² Cisneros Díaz G.L ³ Tlatelpa Romero B. ⁴ Dzul Suarez J.D

¹ *Médico Urgenciólogo adscrito al Hospital General de Zona #5.* ² *Coordinadora-clínica de educación e investigación en salud del hospital general de zona #35* ³ *Doctora en ciencia medicas e investigación* ⁴ *Médico Residente de Tercer año de Medicina de Urgencias*

Introducción

La ERC representa una condición de salud con un alto impacto dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y su posición en términos del efecto en la GBD ha cambiado de manera significativa en los últimos años para México. Las infecciones peritoneales siguen constituyendo una complicación relevante de la DP, por su incidencia todavía elevada y por sus importantes consecuencias clínicas.

Objetivo: Determinar la incidencia de peritonitis asociada a diálisis peritoneal a 6 meses de postoperatorio de catéter de Tenckhoff en el hospital general de zona #23 de Teziutlán, Puebla.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, prospectivo, longitudinal, unicéntrico y homodémico; Se incluyeron pacientes con enfermedad renal crónica que cuenten con colocación de catéter de Tenckhoff con antecedente de peritonitis asociado a diálisis peritoneal en un tiempo no mayor a 6 meses post colocación y se confirmó diagnóstico de peritonitis con citoquímico de solución dializante intraperitoneal.

Resultados: Se recolectó un total de 129 pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal en modalidad de diálisis peritoneal, 65 pacientes con diagnóstico de peritonitis asociado a diálisis peritoneal en el año seleccionado, con la realización de este estudio se documentó una incidencia de peritonitis asociado a diálisis peritoneal de 33.8 por cada 100 pacientes.

Conclusiones:

Con la realización de este estudio se documentó una incidencia de peritonitis asociado a diálisis peritoneal de 33.8 por cada 100 pacientes una incidencia menor a la reportada en estudios similares.

Palabras clave. Diálisis Peritoneal, Enfermedad Renal Crónica, Peritonitis

1. ANTECEDENTES GENERALES.

La enfermedad renal crónica (ERC) ha sido descrita como la enfermedad crónica más desatendida; Sin embargo, es un importante problema de salud pública en México y en todo el mundo. La ERC representa un alto impacto en la salud dentro del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENTC) y su posición en la incidencia de carga global de la enfermedad, ha cambiado significativamente en México en los últimos años. (1). Las infecciones peritoneales siguen siendo una de las complicaciones más importante de la EP, ya que su prevalencia sigue siendo alta y sus importantes consecuencias clínicas incluyen mortalidad, fallas técnicas y mayores costos de los sistemas de salud (2). Dado que la enfermedad es de etiología multifactorial y está fuertemente relacionada con las enfermedades crónicas más comunes en nuestra población (diabetes e hipertensión), su impacto en la salud pública se refleja en la alta demanda de recursos humanos, económicos y de infraestructura necesarios para tratarla. También es la segunda causa de años de vida perdidos en el continente americano con mayor prevalencia en América Latina (3). En 2017, la prevalencia de enfermedad renal en México fue de 12,2% con 51,4 muertes por 100.000 habitantes. Además, la enfermedad renal crónica en México tiene un impacto significativo en las finanzas institucionales así como a familiares; En 2014, los costos de atención médica asociados a esta patología fueron estimados en US\$8,966 (USD) por persona por la Secretaría de Salud y US\$9,091 por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se estima que aproximadamente 6.2 millones de mexicanos diabéticos padecen actualmente insuficiencia renal en diversas etapas sin que todos sepan que la padecen. Hasta el 98% de las personas con enfermedades crónicas causadas por la diabetes en México se encuentran

en etapas tempranas, cuando afortunadamente la ERC aún es manejable y reversible. Sin embargo, estos datos no incluyen a los pacientes que, por otras razones como hipertensión sistémica, enfermedades autoinmunes, infecciones, antecedentes congénitos, problemas obstructivos y daños por medicamentos, desarrollan una enfermedad crónica progresivamente hasta etapas tardías y que en su mayoría lo hacen de forma silenciosa. (3). Aunque los países desarrollados gastan entre el 0,1% y el 0,2% de la población total en enfermedades crónicas, alrededor del 2% al 3% de sus costos de atención médica, el impacto de la carga financiera es mayor en los países en desarrollo. En este contexto, la relación calidad-precio puede cambiar drásticamente en cualquier momento, y donde las inversiones en salud son limitadas, porque la demanda potencial crece cada día. El ejemplo anterior para nuestro país es una comparación de los costos de diálisis manual (que costó 5643 USD), hemodiálisis (9632 USD) y trasplante de riñón (3022 USD) publicados en 1998. cifras por paciente. Según informe de estudio del IMSS en Jalisco, (2009) el costo anual de la diálisis peritoneal manual es de US\$14,273 y de US\$13,966 para la diálisis peritoneal automatizada. (4).

ANTECEDENTES ESPECIFICOS.

Se evidencia así la necesidad de conocimiento adicional a los indicadores de desempeño discutidos en este artículo, pues si bien el sistema de salud mexicano no cuenta con un censo de pacientes con enfermedad renal crónica, a partir del cual se pueda saber qué pacientes utilizan terapia de remplazo renal; desde 2014 el IMSS ha creado un sistema de gestión para el control administrativo de costos, el censo de pacientes con enfermedad renal crónica (CIRC, Departamento de Prestaciones Médicas). Con esta herramienta administrativa podremos

acercarnos a las tendencias en terapia sustitutiva, cuáles según datos publicados son las unidades de terapia sustitutiva renal más comunes: Jalisco, Estado de México, Región Oriente y Distrito Federal del Sur, siendo la prevalencia más baja se encuentra en Campeche, Baja California Sur y Zacatecas (4). La diálisis peritoneal no es una entidad sobre la que exista poca información; desde el siglo pasado ya se conocían las primeras técnicas de dispositivos intraabdominales, en las que, si bien no se relacionaba directamente con el tratamiento de la insuficiencia renal, entendía que el objetivo era la administración de líquidos intracavitarios y su comportamiento en la citada cavidad. . . La primera publicación sobre diálisis peritoneal fue publicada por el cirujano inglés Christopher Waeick, quien insertó un catéter en el abdomen del paciente y administró agua y soluciones de Bristol para tratar a pacientes con ascitis, cerrar los ganglios linfáticos y tratar la ascitis. Los precedentes anecdóticos se dejan a los últimos años del siglo pasado, pretendiendo ser el antecesor más directo de la diálisis, formando la base de la diálisis. La verdadera historia de la EP crónica comienza en los años 70 del siglo pasado, cuando se desarrollaron los fundamentos teóricos de esta terapia (Monkrief, Popovich, Nolph, Pyle, etc.) y los sistemas y dispositivos (catéteres, tanques de diálisis flexibles).), lo que lo hizo factible (Tenckhoff, Oreopoulos y otros.)

En la década de 1980, la DP entró en la práctica clínica y se caracterizó por el problema de las infecciones peritoneales recurrentes, que provocaban una supervivencia demasiado corta para la técnica y dieron lugar a la leyenda negra como terapia de segunda línea. DP continuó durante las siguientes dos décadas. Los años 90 fueron un período de transición en el que se desarrollaron muchos tratamientos, pero algunos de ellos aún carecían de una interpretación correcta. (5). La primera década del siglo XXI fue decisiva para el desarrollo de la DP, cuando se comprendió plenamente la importancia del control del volumen para la supervivencia La DP

también se ha convertido en una técnica con excelentes resultados a corto plazo, caracterizada por un aumento significativo del riesgo cardiovascular. Además, se ha definido más claramente el papel de la DP automática, especialmente en pacientes anuros y conductores rápidos, y su uso para ayudar a pacientes que no pueden cuidar de sí mismos (5). La peritonitis secundaria a la EP es una afección prevenible y el número de infecciones está disminuyendo en todo el mundo. Sin embargo, la peritonitis sigue siendo una complicación importante de la EP y una causa importante de hospitalización. El riesgo de peritonitis es uno de los principales obstáculos para el uso de la DP. La frecuencia de peritonitis varía desde 1 episodio cada 24,8 meses hasta 1 episodio cada 46,4 meses. Se han descrito factores de riesgo asociados con un mayor desarrollo de peritonitis, como diabetes mellitus, edad avanzada, sexo femenino, tabaquismo e índice de masa corporal elevado antes del inicio de la EP. La causa de la mayoría de las peritonitis es la "contaminación por contacto" a través de la entrada del catéter de DP; que actúa como entrada de microorganismos que colonizan la piel directamente a la membrana peritoneal. (6). La peritonitis es una de las complicaciones más comunes de la diálisis peritoneal, afecta la calidad de vida, la supervivencia y el estado nutricional del paciente, y se caracteriza por líquido de diálisis turbio, dolor abdominal y examen citológico del líquido de diálisis más de 100 leucocitos/mm³ con al menos un 50% de polimorfismo nuclear, que puede corresponder a irritación química, necrosis local, aplastamiento directo o invasión bacteriana, causa más común de fracaso del tratamiento de la diálisis peritoneal. Se clasifican en primarias (peritonitis monomicrobianas sin foco infeccioso visible y secundarias (peritonitis poli microbiana de origen intraabdominal) y terciarias (peritonitis recurrente), las cuales son complicaciones de la DCPA y se describen varios mecanismos causantes de la peritonitis; contaminación del catéter, infección, daño. Hasta la salida del catéter o túnel cutáneo, la

transferencia bacteriana se describe desde el tracto digestivo por vía hematológica (7) Entre los microorganismos Gram positivos, los factores causales más comunes en el 60%-80% de los casos son *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus*. Spp. . También se describen especies gramnegativas, menos comunes pero aún presentes, como *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*; Aunque es poco común, la peritonitis fúngica no es un patógeno, especialmente en pacientes que reciben múltiples antimicrobianos (7). Su prevalencia es muy variable y representa en promedio el 11 % de todos los pacientes en diálisis en todo el mundo. (8). La peritonitis es la complicación clínica más importante en pacientes en diálisis peritoneal crónica. Es la causa número uno de falla técnica, retiro de catéter, conversión a hemodiálisis como terapia crónica a largo plazo y se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad. La incidencia de peritonitis en la diálisis peritoneal varía mucho entre países, oscilando entre 0,06 y 1,66 episodios por paciente-año. En pacientes de alto riesgo, la incidencia de peritonitis no debe exceder los 0,5 episodios por año. En diferentes estudios, los factores de riesgo asociados a la peritonitis por EP pueden ser inmutables (edad, sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, diabetes) o modificables (obesidad, tabaquismo, depresión, portar *Staphylococcus aureus* (SA) en la nariz), secreción previa, infección previa, hemodiálisis, colonoscopia, presencia de mascotas en el hogar, hipoalbuminemia, hipopotasemia, etc.). La introducción de técnicas automatizadas reduce el número de cultivos falsos negativos en la peritonitis, lo que se traduce en un mejor rescate de los microorganismos y, por tanto, una adaptación más fácil de la terapia antibiótica a la susceptibilidad bacteriana. La correcta identificación de los microorganismos también nos orienta a la causa probable, que puede estar relacionada con peritonitis (organismos asociados a la contaminación cutánea, ambiental o de catéteres) o secundaria (microorganismos intestinales, vías urinarias o

bacteriemia). El control de calidad es muy importante en los programas de DP, porque cada centro monitorea continuamente la incidencia de peritonitis, analiza posibles causas predisponentes y factores de riesgo, monitorea la técnica de muestreo de sangre, cultivo, sensibilidad del método utilizado. Identificación de microorganismos causantes comunes en cada instalación (9). Además, en los últimos años, el uso de biomarcadores como predictores de gravedad ha ganado importancia, ya que la mayoría de los pacientes con ERC presentan cambios en diversas vías metabólicas que conducen a afecciones específicas del paciente con diálisis peritoneal como complicaciones sospechadas. Un estudio publicado por Churchill et al informó que el riesgo relativo (RR) de muerte aumentó con factores ahora bien reconocidos, como la edad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipoalbuminemia y el estado nutricional deficiente, las dos últimas son preguntas importantes para este estudio. Según la estimación mundial, las hospitalizaciones aumentaron a medida que disminuyeron las concentraciones de albúmina sérica y empeoró la nutrición. De manera similar, el ácido úrico es un producto del metabolismo de las purinas o de los nucleótidos a través de la vía de la xantina oxidasa o la xantina deshidrogenasa, y la mayor parte del ácido úrico se excreta por filtración glomerular. También se ha informado que parte del ácido úrico se excreta tras la interacción con el peroxinitrito. (10). En 2010, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó 8,509 casos de peritonitis relacionada con la diálisis peritoneal, sólo unos pocos hospitales de la Secretaría de Salud de México reportan la incidencia de peritonitis asociada a diálisis peritoneal, por ejemplo, en el estado de Aguascalientes se observaron 1.63 episodios de peritonitis por paciente al año; En Puebla se reportaron 2.2 episodios de peritonitis en 2013. (11) Otros biomarcadores como el recuento total de neutrófilos y plaquetas y la relación neutrófilos/linfocitos como biomarcadores son muy útiles. Características clínicas como

predictores de riesgo de peritonitis relacionada con diálisis peritoneal y como factor a evaluar en respuesta al tratamiento. Una vez que se establece un proceso infeccioso, el número total de neutrófilos circulantes aumenta, mientras que el número de linfocitos disminuye. La neutrofilia se conoce como un signo de infecciones. Esta respuesta inicial a procesos sistémicos como la sepsis se acompaña de una rápida falla inmunológica sistémica caracterizado por una disminución en el número de linfocitos B y linfocitos CD4. La aparición de células pro apoptóticas y los cambios en el número de células se han reconocido como marcadores de mal pronóstico, aumento de la mortalidad y riesgos de infecciones relacionadas con la salud en pacientes con TSFR. En un hospital de México, el índice neutrófilo-linfocito fue identificado como un signo de progresión de la peritonitis, así como un factor de dificultad para determinar el estado del peritoneo. Se demostró que la peritonitis relacionada con la diálisis era 4,97 veces más probable para un índice de linfocitos-neutrófilos superior a 2,89, estadísticamente significativo con un valor de p de 0-014, pero no se demostró que el índice de linfocitos-plaquetas fuera mayor que el índice relacionado con la diálisis peritoneal. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, porque el desarrollo de la peritonitis depende en gran medida de la velocidad (12) y de la correcta elección del tratamiento antibiótico. Por lo tanto, determinamos el primer tratamiento empírico inmediatamente después de la extracción de los cultivos y su posterior ajuste en función de sus resultados. Nada debe retrasar el inicio de la terapia antibiótica para una peritonitis correctamente diagnosticada, y los centros de urgencias sin nefrología de urgencia deben tener planes específicos para garantiza terapia empírica inicial una vez que se confirma el diagnóstico mediante el recuento celular y se obtienen muestras para cultivo. Por lo general, las cefalosporinas de primera generación o vancomicina para bacterias gram positivas se combinan con ceftazidima o amikacina, que son

agentes antibacterianos gramnegativos de amplio espectro. En muchos centros con una alta prevalencia de estafilococos o enterococos resistentes a meticilina, el tratamiento clásico con cefazolina ha sido reemplazado por vancomicina. No se ha demostrado que ninguna guía específica sea claramente superior a otras para que todos la implementen, y recomendamos la práctica específica del centro. Aunque no es universal, la vancomicina ha mostrado tasas de curación más altas en algunas series y está particularmente indicada para el mantenimiento más prolongado de la concentración inhibidora mínima (CMI) en el líquido peritoneal. Por otro lado, su pauta de administración (una dosis cada 4 días) es muy adecuada para la DP asistida.(12) La vía de administración del antibiótico suele ser intra peritoneal porque la infección suele localizarse en el peritoneo y casi nunca una bacteriemia vía sistémica que está sucediendo de manera simultánea, en excepción de ya contar con un proceso de sepsis; La dosificación puede ser continua (todos los turnos) o intermitente (un turno por día). Aunque el primero parece ser mejor con las cefalosporinas, existe amplia experiencia con vancomicina y amino glucósidos en dosis alternas, especialmente en CAPD. Las guías clínicas recomiendan una duración del tratamiento de al menos 2 semanas para la enfermedad de primera vez causado por episodios no complicados y 3 semanas en microorganismo identificados con *St. aureus*, u organismos gramnegativos o enterococos.

Por último, cabe señalar que la peritonitis suele ser consecuencia de un error del paciente, normalmente debido a un uso inadecuado, por lo que se debe considerar el reentrenamiento, especialmente en el caso de infecciones recurrentes, como una de las prioridades del programa de diálisis peritoneal debería ser para prevenir la peritonitis (13). Durante el diagnóstico clínico de peritonitis infecciosa durante la diálisis peritoneal, se acepta el uso empírico de antibióticos con un espectro de microorganismos grampositivos y gramnegativos

antes de obtener el microorganismo etiológico la elección de cefalosporina o vancomicina se basa en la sensibilidad local a estos antibióticos. Cada hospital debe adaptar el tratamiento empírico a la flora local o ubicación geográfica. Además, la última opción de tratamiento es cambiar el método a hemodiálisis, que tiene como criterio retirar el catéter de diálisis, la retirada del catéter es obligatoria para mejorar en situaciones clínicas: peritonitis recurrente, peritonitis refractaria, peritonitis fúngica, peritonitis de múltiples organismos intestinales y peritonitis tuberculosa. Estas situaciones son motivos para retirar el catéter de diálisis, en cuyo caso es posible cambiar a un método de hemodiálisis (14). El propósito de este estudio es mostrar la incidencia actual de estas complicaciones relacionadas con la ERC, como la peritonitis asociada a esta entidad, y determinar si existe algún factor importante en el desarrollo de esta patología. Aunque la incidencia de infecciones relacionadas con la diálisis peritoneal ha disminuido en las últimas décadas, la peritonitis inducida por la diálisis peritoneal es una complicación importante de este tipo de terapia de reemplazo renal. La importancia de conocer esta patología implica un mejor pronóstico para el paciente con ERT y mejora la supervivencia y persistencia de la diálisis peritoneal como terapia de reemplazo renal. (15). Así, además de reducir la frecuencia de pacientes que reciben terapia sustitutiva renal, también se mejora el aspecto social, el impacto de la enfermedad renal, y la diálisis peritoneal tiene una mejor calidad de vida (61%) en comparación con la hemodiálisis (55%). existen estudios que demuestran que los pacientes en diálisis peritoneal tienen una mejor calidad de vida en esta región debido a mejores opciones de viaje, menores costos económicos y mayor acceso a la terapia de diálisis, se realizó una comparación en México con resultados que respaldan esta suposición (16) Problema psicológico en las puntuaciones de calidad de vida al cambiar de categoría en diferentes situaciones pero empeoró, aunque con menor frecuencia el objetivo

preventivo es el cambio de categoría por infecciones frecuentes. No se ha realizado ninguna investigación en México, que informaría simultáneamente sobre la frecuencia, causas, susceptibilidad y resistencia a los antibióticos de las infecciones peritoneales en pacientes en diálisis peritoneal y si los resultados corresponden a los de informes internacionales. En este país el 90% de las diálisis se realizan a través del peritoneo y muchas de ellas con catéter rígido. (17) La diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) es la técnica de DP más utilizada (57,9%). Sin embargo, en los últimos años ha habido un aumento significativo en la proporción de pacientes en diálisis peritoneal automatizada (DPA), (18) que se asocia con la incidencia de peritonitis y, como se mencionó anteriormente, no existe una base de datos de incidencia en México. El estado nutricional, la anemia, el nivel socioeconómico y el tiempo de permanencia en el programa predicen su desarrollo.(19) Por ello, uno de los objetivos de este estudio es identificar factores de riesgo relacionados, así como los que se mencionan en guías como la sociedad Española de Nefrología. Para mejorar los resultados de este tipo de infecciones, es importante documentar tanto la atención preventiva como el tratamiento de las complicaciones infecciosas, la peritonitis y las infecciones orales y relacionadas con catéteres en un programa de diálisis peritoneal (20).

Justificación:

La realización de esta investigación, busca sentar base sin precedente en el Hospital General de Zona #23 con respecto a la incidencia de peritonitis asociado a diálisis peritoneal ya que a la actualidad no se cuenta con estudios afines en la región. Cabe mencionar que a nivel nacional existe poca información acerca de este tema, siendo uno de las patologías con mayor abordaje dentro del Instituto Mexicano del seguro social y la que con lleva con recurso económico, humano e institucional de gran valor.

Se considera que dichos números sean de reporte continuo con el fin de hacer constar números fiables acerca dicha entidad y conocer con mayor exactitud la prevalencia e incidencia de la peritonitis asociado a diálisis peritoneal. La elaboración y finalización de este estudio podrá comparse con incidencia reportada por estudios similares a nivel nacional, teniendo una tasa de incidencia de 58 casos por cada 100 pacientes y hacer constar para el Instituto Mexicano del Seguro Social en esta unidad hospital general de zona # 23 un parte aguas en la investigación de dicha entidad en esta región de atención.

Planteamiento del problema:

La peritonitis asociada a diálisis peritoneal, representa al igual que la enfermedad crónica degenerativas un impacto económico y a laboral a los servicios de salud de nuestro país, siendo de afluencia frecuente al área de urgencias. A su ingreso a este servicio contamos con herramientas clínicas y bioquímicas para evaluar y diagnosticar de acuerdo a los criterios actuales la peritonitis asociada a diálisis peritoneal, de igual manera identificar factores de riesgo predisponente para el desarrollo esta patología con respecto del tiempo para este desarrollo, lo cual nos permitirá realizar acciones preventivas a futuro en beneficio del paciente por lo que esto nos hace realizar la siguiente pregunta:

Pregunta de investigación:

¿CUAL ES LA INCIDENCIA DE LA PERITONITIS ASOCIADA A DIALISIS PERITONEAL A 6 MESES DE POSTQUIRURGICO DE COLOCACION DE CATETER DE TENCKHOFF EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 23?

Objetivo general

Determinar la incidencia actual de la peritonitis asociado a diálisis peritoneal a los 6 meses del post quirúrgico de colocación de catéter de Tenckhoff en el hospital general de zona #23.

Objetivos específicos:

Registro de número de casos nuevos de peritonitis asociada a diálisis peritoneal a 6 meses de postquirúrgico de colocación de catéter de Tenckhoff.

Determinar características sociodemográficas de pacientes con peritonitis asociado a diálisis peritoneal a 6 meses de postquirúrgico de colocación de catéter de Tenckhoff en el hospital general de zona #23.

Determinar sintomatología con mayor frecuencia a peritonitis asociado a diálisis peritoneal a 6 meses de postquirúrgico de colocación de catéter de Tenckhoff en el hospital general de zona #23.

Hipótesis:

Hipótesis Nula: Hay diferencia en la incidencia de peritonitis asociado a diálisis peritoneal a los 6 meses del post quirúrgico de colocación de catéter de Tenckhoff en el hospital general de zona #23

Hipótesis Alterna: No hay diferencia en la incidencia de peritonitis asociado a diálisis peritoneal a los 6 meses del post quirúrgico de colocación de catéter de Tenckhoff en el hospital general de zona #23

Material y métodos:

- Por el objetivo general: DESCRIPTIVO
- Por maniobra que realizará el investigado: OBSERVACIONAL
- Por el número de veces que se medirán las variables: LONGITUDINAL
- Por la obtención de los datos: PROSPECTIVO
- Por número de centros a participar: UNICÉNTRICO

Ubicación espaciotemporal:

La investigación se efectuó en el servicio de Urgencias en el Hospital General de Zona Número 23 localizado en la ciudad de Teziutlán, Puebla, a partir enero 2023 a diciembre 2023.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Pacientes mayores de 18 años derechohabientes del IMSS
- Ambos géneros
- Pacientes con diagnóstico con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal con modalidad de diálisis peritoneal continua ambulatoria o continua automatizada
- Pacientes que tengan máximo 6 meses y 29 días de colocación de catéter de Tenckhoff en el hospital general de zona #23.
- Paciente que acude con sintomatología sugestiva a peritonitis asociada a diálisis peritoneal.
- Que tenga el cuadro clínico de primera vez.

Criterios de exclusión:

- Expedientes incompletos.
- Pacientes con diagnóstico con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo de la función renal con diálisis peritoneal mayor a 6 meses
- Paciente con cuadro previo de peritonitis asociada a diálisis peritoneal

Criterios de eliminación:

Expedientes médicos del área de urgencias que solicitaron su egreso voluntario del servicio.

Análisis estadístico

Toda la información fue recolectada en las hojas del Instrumento de Recolección de Datos (Anexo 5), se realizaron análisis estadístico con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas de acuerdo con la distribución de los datos o frecuencias para variables categóricas, en el programa estadístico SPSS v.25.

ESTRATEGIA DE MUESTREO

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se determinará para población infinita con la siguiente fórmula:

Donde:

$$n = \frac{(z^2)(p)(q)}{d^2}$$

N = 130

n = tamaño de la muestra =44 pacientes con nivel de confianza de 90 %

Z = valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.; 20 %

d = error de estimación máximo aceptado,100 %

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado: 60 %

q = (1 – p) = probabilidad de que no ocurra el evento estudiado, 40

Tipo de muestreo

El tipo de muestro del presente protocolo fue consecutivo no probabilístico

Estrategia de trabajo:

El presente protocolo de estudio se sometió a evaluación por parte del CLIS. Una vez autorizado, se realizó la siguiente estrategia de trabajo:

-Se buscó a los derechohabientes mayores de 18 años de edad que acudan a los servicios de Urgencias del HGZ23 y que cumplieron con los Criterios de Selección. Se les llamo y se les invitará a los pacientes respectivos a ingresar al protocolo de estudio, previa explicación clara y detallada. Se les solicito datos personales tales como tiempo de diagnósticos de enfermedad renal, así como el tiempo del inicio de la terapia dialítica. A la exploración física, se buscó datos de irritación peritoneal. Se tomó datos del expediente clínico del paciente tales como: resultado del cito químico de diálisis peritoneal.

Aspectos éticos:

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales. El presente estudio está sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial; estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida. El presente estudio observa los

principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea Somerset West, África, octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, octubre 2008. La cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. Así mismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título primero (Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), Capítulo I, artículo 13º (en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar); considerando también el artículo 16, donde dice que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN

PARA LA SALUD: De acuerdo a este Reglamento, títulos del primero al sexto y noveno de 1987. Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las Instituciones de Atención a la Salud. En el Artículo 17: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. El presente protocolo de estudio se considera que es una investigación sin riesgo, son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran; cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros. En los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta: El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

DECLARACIÓN DE HELSINKI: Con base en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para la investigación en salud en seres humanos con última revisión en Escocia, octubre 2000. En su Artículo 100: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir

no pueda obtenerse por otro método idóneo; III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal 30 en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud; V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación; VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación; VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

CÓDIGO DE NÚREMBERG: El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria. **INFORME DE BELMONT:** Es importante distinguir entre investigación biomédica y del comportamiento, por una parte y, por la otra, la práctica de una terapia aceptada; ella para saber qué actividades deben sufrir revisión para protección de los sujetos humanos de investigación. La distinción entre investigación y práctica se desdibuja en parte porque a 31 menudo ambas se dan juntas (como en la investigación diseñada para evaluar una terapia) y también, porque con frecuencia

se llama "experimental" a un alejamiento notable de la práctica estándar, sin haber definido cuidadosamente los términos "experimental" e "investigación". Finalmente, en esta investigación todos los individuos serán tratados como personas autónomas, se les detallarán las características del estudio informándoles que ha sido registrado y aprobado ante el CNIC y que su decisión de participar será libre y voluntaria, señalando que pueden retirarse del estudio en el momento que lo deseen, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad; en caso de aceptar participar en este estudio, se manejarán sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitirá la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de ellos mismos y de otros pacientes y que, en el transcurso del estudio, podrán solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliendo así con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont y Códigos y Normas Nacionales e Internacionales vigentes para las buenas prácticas de la investigación clínica.

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	VALOR O MEDIDA
EDAD	Tiempo de un ser vivo desde que nace hasta la fecha.	Número de años vividos hasta el día de su atención médica	Cuantitativa	Discreta	Referido por el encuestado (a).	1.- Años
GENERO	Características fenotípicas que diferencia a un hombre de una mujer	Diferencias físicas entre hombres y mujeres que encontramos durante la exploración física.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Referido por el encuestado (a).	1.- Hombre 2.- Mujer

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA FUNCION RENAL EN DIALISIS PERITONEAL	Tratamiento para la insuficiencia renal que utiliza el revestimiento del abdomen o vientre del paciente para filtrar la sangre dentro del organismo	Procedimiento que permite depurar liquidos y electrolitos en pacientes que sufren insuficiencia renal.	INDEPENDIENTE	Nominal dicotomica		Presente o no presente
TIEMPO DE POST QUIRURGICO DE LA COLOCACION DE CATETER DE TENCKOFF	Tiempo de post quirúrgico de la colocación de catéter de diálisis.	Tiempo de post quirúrgico de la colocación de catéter de Tenckhoff vía abierta o vía percutánea	INDEPENDIENTE	Cuantitativa		1.dias 2.semanas 3.meses
CLINICA DE PERITONITIS	TERAPIA QUE SIRVE PARA REPOSICIÓN DE CASA UNO DE LOS COMPONENTES DE LA SANGRE(GLÓBULOS ROJOS, PLAQUETAS, COMPONENTES PROTEICOS)	CANTIDAD DE PAQUETES QUE SE OCUPARA PARA REPOSICIÓN SANGUÍNEA EN CADA PACIENTE.	INDEPENDIENTE	NOMINAL POLITOMICA		1.FIEBRE 2.DOLOR ABDOMINAL 3.REBOTE POSITIVO 4.NAUSEAS 5.VOMITO
CITOQUIMICO DE LIQUIDO PERITONEAL	ESTUDIO DE LABORATORIO QUE SE REALIZA EN LIQUIDO PERITONEAL PARA IDENTIFICAR CELULARIDAD PRESENTA	RAMA DE LA BIOLOGIA CELULAR ENFOCADA EN EL ESTUD DE LA COMPOSICION QUIMICA DE LAS CELULAR Y SUS PROCESOS BIOLOGICOS MOLECULARES. QUE PERMITAN SU OBSERVACION.	INDEPENDIENTE	NOMINAL DICOTOMICA		1.PATOLOGICO NO 2.PATOLOGICO

Cronograma de actividades

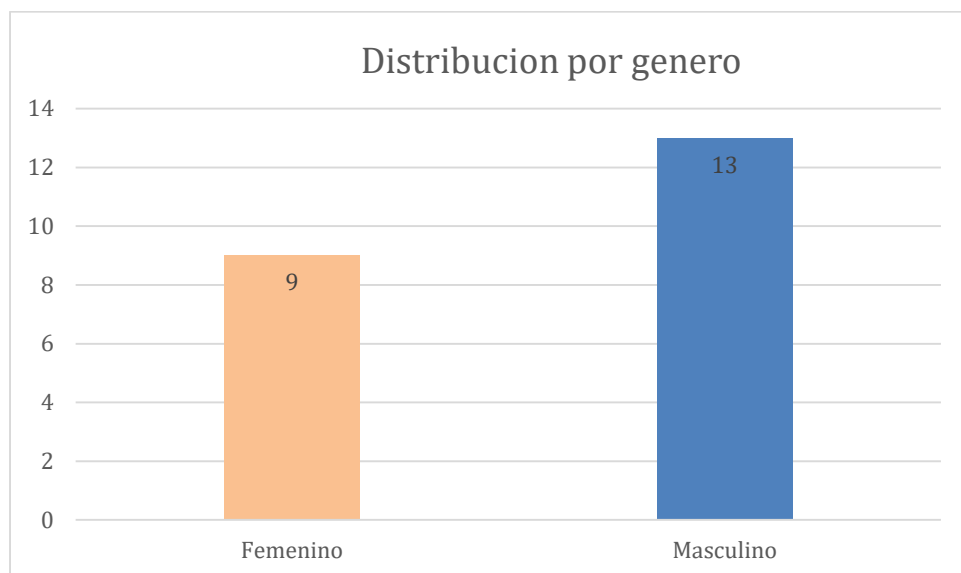
ACTIVIDADES	primer semestre	segundo semestre	tercer semestre	cuarto semestre	quinto semestre	sexto semestre
Bibliografía	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx

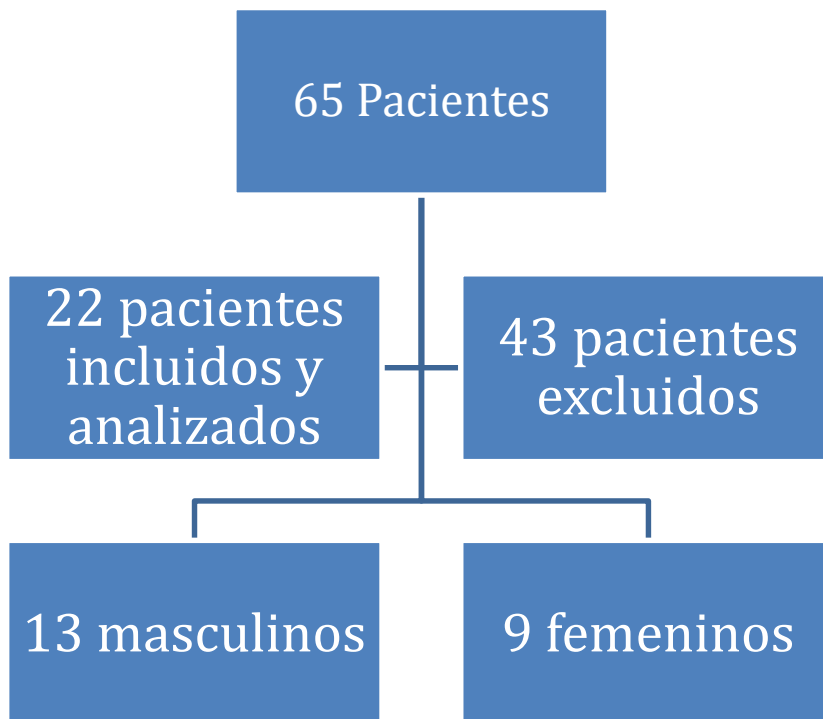
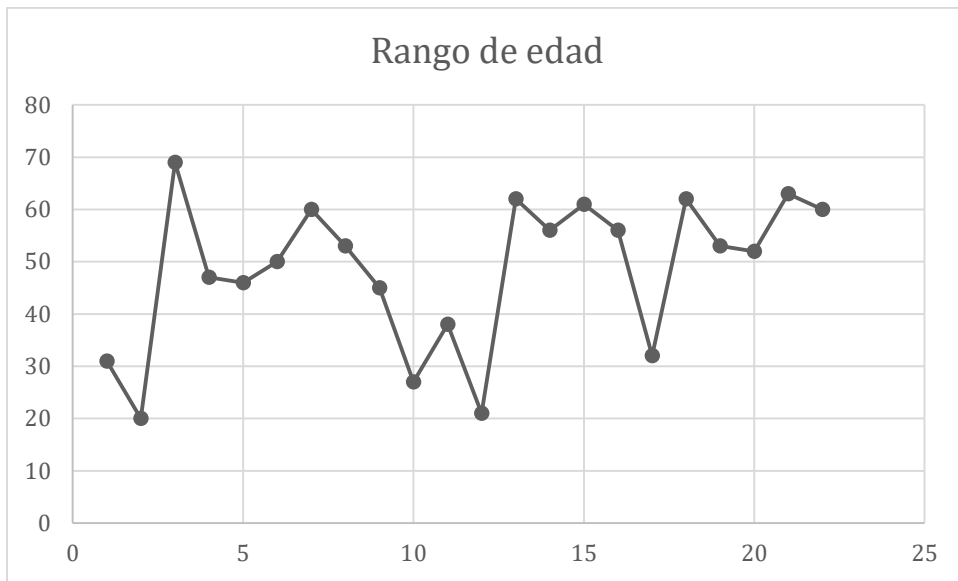
Redacción	xx	xx				
Aprobación		xx				
Recolección de datos			xxx	xxx		
Análisis de datos					xxx	
Publicación						xxx

Resultados:

Para la recolección de los datos, se recolectaron expedientes clínicos que cumplieran con criterios de inclusión, obteniendo las variables evaluadas. El análisis estadística descriptivo se realizó mediante la prueba estadística de T- Student donde se obtuvo una muestra final 129

pacientes con enfermedad renal crónica en modalidad de diálisis peritoneal, de los cuales 73 pacientes masculinos y 56 pacientes femeninos; 65 pacientes presentaron cuadro de peritonitis asociado a diálisis peritoneal donde solo 22 pacientes cursaron con un cuadro de peritonitis asociado a diálisis peritoneal que cumplían con criterios de inclusión durante el periodo de estudio, de los cuales 13 fueron masculino representando un 59.09 % y 9 femenino representando un 40.90 %. El rango de edad fue de 20 hasta 69 años, la media de edad se reportó de 48.36 años con una desviación estándar de ± 14.715 .





Con respecto al motivo de ingreso, el 100% de paciente presento un cuadro característico de peritonitis, siendo el dolor abdominal como síntoma mayormente referido en un 100 %, náuseas asociado a vomito con un 18.8 %, fiebre con un 31.81 %, alteraciones en las evacuaciones 18.8 % y alteraciones al momento de infusión e efusión de solución dializante a través de cavidad abdominal de 86.36 %.

Tabla 1: Variables sociodemograficas

Genero masculino n(%)	13 (59.09 %)
Femenino n(%)	9 (40.90)
Edad, en años, por grupos de edad	
18-30 años	3 (13.6)
30-40 años	3 (13.6)
41-50 años	4 (18.18)
51-60 años	7 (31.81)
61-70 años	5 (22.72)
Media de edad	48.36
D.E	14.71

Tabla 2: Síntomas asociado a peritonitis

Síntomas de ingreso n (%)	
Dolor abdominal	22 (100 %)
Alteraciones en la solución dializante	19 (86.36 %)
Fiebre	7 (31.81)
Nauseas / vomito	5 (18.8%)
Alteración en las evacuaciones	4 (18.8 %)

Análisis

Se utilizó la estadística descriptiva para los datos generales de la población de estudio, se analizó mediante programa Microsoft Excel y SPSS versión 24.0. La incidencia total de pacientes que presentaron cuadro de peritonitis asociado a diálisis peritoneal, fue de 33.8 por cada 100 pacientes (22 pacientes); Es una entidad que al menos se presenta 1 vez en pacientes sometidos a dicho tratamiento de sustitución de la función renal, comparable con las cifras reportadas por la ISPD de 1.33 casos por año. Se encontró predominio del sexo masculino, representando un 59 % del total de pacientes con diagnóstico de peritonitis y como síntoma predominante el dolor abdominal en un 100 % del paciente. Por lo cual y respondiendo a la pregunta de investigación planteada se calculó la incidencia de 33.8 casos por cada 100 personas.

Discusión

El presente estudio es uno jamás realizado en dicha unidad así como uno de los pocos en su tipo. La tasa de incidencia promedio de peritonitis asociado a diálisis peritoneal en este estudio fue de 33.8, menor a lo reportado en un estudio similar por Aco y colaboradores en 2019 en un Hospital de segundo nivel del estado de Puebla (9) probablemente asociado la diferencia en el tamaño de la muestra.

En México no existe un registro epidemiológico de Enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal con diálisis peritoneal; la mayoría de información obtenida se encuentra en base de datos del Instituto Mexicano del Seguro social. (21)

Sin embargo consideramos la necesidad de darle continuidad así como la necesidad de una base de datos que con lleve un registro de paciente en sustitución renal para conocer la estadística real de esta complicación.

En el presente estudio los pacientes presentaron su primer episodio de peritonitis en los primeros 6 a 7 meses posterior a la colocación de catéter, probablemente asociado a hábitos higiénicos y dietéticos relacionados al procedimiento propio de la diálisis peritoneal.

En el presente estudio la tasa incidencia reportada de peritonitis asociada a diálisis peritoneal sirve como precedente para esta unidad como un incentivo a continuar con reporte de casos y estadificar de mejor manera dicha patología.

El primer episodio de peritonitis en los primeros 6 meses posteriores a la colocación del catéter, por lo que es importante señalar la prevención, insistiendo adecuados hábitos higiénicos y dietéticos en la vida del paciente en diálisis y del cuidador que realice el procedimiento, haciendo hincapié en las correctas medidas higiénico dietéticas al llevar acabo el procedimiento de diálisis peritoneal. En nuestra población, la mayoría de los pacientes presentaron un solo episodio de peritonitis en el tiempo evaluado, mayor a lo encontrado por Martínez Flores en 2010 en el Hospital Regional de Xalapa donde reportan una incidencia de 0.25 (22).

Es una entidad que al menos se presenta 1 vez en pacientes sometidos a dicho tratamiento de sustitución de la función renal, comparable con las cifras reportadas por la ISPD de 1.33 casos por año (2).

La incidencia de la tasa de peritonitis asociada a diálisis peritoneal en el presente estudio es mayor a la supuesta a la guía de práctica clínica mexicana, debido a la falta de información acerca de población ajena al IMSS (4).

Por lo tanto este estudio presenta una base inicial, donde se considera de suma importancia, para el Instituto Mexicano del Seguro Social a considerar aspectos sociodemográficos así como económicos. De igual manera se propone como un estudio inicial para la continuidad del entendimiento de factores involucrados en el desarrollo de dicha complicaciones asociada a diálisis peritoneal. En las pautas más recientes de la International Society for Peritoneal Dialysis el comité hizo mayor énfasis en la sección sobre prevención, ya que se ha observado que prevenir la peritonitis es una de las claves del éxito de la DP (23)

Conclusión

Posterior al estudio realizado se encontró una incidencia en el Hospital General de Zona No 23 de Teziutlán, Puebla de 33.8 por cada 100 pacientes una incidencia menor a la reportada en estudios similares en México.


Referencias bibliográficas.

1. Torres M, Granados V, López LR. Carga de la enfermedad renal crónica en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2017;55(2):118–23.
2. Pérez M, Moreiras M, Prieto M, et al. Guía clínica de la Sociedad Española de Nefrología para la prevención y tratamiento de la infección peritoneal en diálisis peritoneal. *Nefrología* 2022; 42(S1):3-58
3. *CENIDSP*. La Enfermedad Renal Crónica en México. INSP. DIC/2022.
4. Intervenciones de enfermería en el manejo ambulatorio del adulto con terapia sustitutiva de la función renal - diálisis peritoneal. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013.
5. Pérez M. Rodríguez A. Visión general e histórica de la diálisis peritoneal. Hospital Universitario de A Coruña . 05/2022
6. Afrashtehfar CDM, Mastache A, Afrashtehfar KI, et al. Manifestaciones clínicas y bacteriológicas de la peritonitis asociada con la diálisis peritoneal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2014;52(1):84–9.
7. San Juan P, Pérez A, Barrientos C. Aspectos clínicos y microbiológicos de la peritonitis asociada a diálisis peritoneal en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica en el Servicio de Urgencias. *Rev Chilena Infectol* 2018;35(3):225-232.
8. Fernández P, Ledesma F, Douthat W, et al. Peritonitis en diálisis peritoneal. Epidemiología, factores de riesgo, incorporación del BACTEC a la recolección del cultivo tradicional y mortalidad a largo plazo. *Rev Nefrol Dial Traspl* 2017; 37(2): 81-88.
9. Aco-Luna J.A., Solano A., Saldaña MP, et al. INCIDENCIA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL EN ADULTOS EN UN HOSPITAL, PUEBLA, MÉXICO. *Rev Cient Cienc Med* 2019;22(1): 24-28
10. Soto O., Sánchez T, Cruz C et al. Correlación entre proteínas totales, albúmina y ácido úrico como biomarcadores de peritonitis asociada con diálisis peritoneal en pacientes con enfermedad renal crónica estadio V de KDIGO en diálisis peritoneal continua ambulatoria. **Med Int Méx 2022; 38 (3): 489-496**

11. Portolés J., Janeiro D. Montenegro J. Peritonitis e infecciones del catéter en la diálisis peritoneal. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. 23/07/2019.
12. Sánchez T. Melchor A. Soto O., et al. Asociación entre índice neutrófilo-linfocito y peritonitis relacionada con diálisis peritoneal. Med Int Méx 2022; 38 (2): 223-234
13. Castellano I. Peritonitis con manejo y resolución sencilla. Nefrología Suplemento Extraordinario. 2012;3:12-5
14. Diagnóstico y Tratamiento de la Peritonitis Infecciosa en Diálisis Peritoneal Crónica en Adultos, México; Instituto Mexicano del Seguro Social 2010.
15. Lynch MF. Peritonitis bacteriana secundaria a diálisis peritoneal. REVISTA MEDICINA LEGAL DE COSTA RICA 2019. Vol. 36 (2). 108-114
16. López LR, Baca A, Guzmán PM, et al. Calidad de vida en hemodiálisis y diálisis peritoneal tras cuatro años de tratamiento. Med Int Méx. 2017 marzo;33(2):177-184.
17. Durán E, Paredes JC, Rivera C, et al. Peritonitis relacionada con diálisis peritoneal. Med Int Mex 2006; 22:395-402
18. Remón C. Quirós PL, Gil JM, et al. Diez años de diálisis peritoneal en Andalucía (1999-2008): datos epidemiológicos, tipos de tratamiento, peritonitis, comorbilidad y supervivencia de pacientes y técnica. Nefrología 2010;30(1):46-53.
19. Barbero E., Tejeda A, Junyent E., et al. Factores de riesgo relacionados con el desarrollo de peritonitis en pacientes de diálisis peritoneal (DP). 8 Enferm Nefrol 2014; 17 Suppl (1): 32/43
20. Santos J, Novoa E., Conde O., et al. Revisión de los protocolos y patrones propios de infección: una herramienta útil en el tratamiento de las peritonitis. Nefrología 2011;31(6):747-64
21. Dantés Octavio Gómez, Sesma Sergio, Becerril Victor M., Knaul Felicia M., Arreola Héctor, Frenk Julio. **Sistema de salud de México. Salud pública Méx** [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2018 Julio 15] ; 53(Suppl 2): s220-s232.Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es.

- 22 **Martínez-Flores A. Incidencia de peritonitis en una cohorte de pacientes con insuficiencia renal tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Instituto de Salud Pública.** Universidad Veracruzana. México [Internet] 2010. 1-96 Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/29817>
- 23 **Stuart T. Booth C, Charlotte J, Cash C.Ayshea H, Antony G, et al. Complications of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis.**Radio Graphics. 2009; 29: 441-60. 10.1148/rg.292085136.

Anexos:

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>
Nombre del estudio:	Complicaciones inmediatas y mediatas en pacientes con infarto agudo al miocardio post terapia fibrinolítica
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Puebla 2022.
Número de registro institucional:	En proceso.
Justificación y objetivo del estudio:	Estimado derechohabiente, por este medio se le invita a participar en el presente estudio. Este estudio tiene la finalidad de mejorar la atención y la calidad al reconocer las complicaciones de su tratamiento posterior a un infarto del corazón
Procedimientos:	El estudio consiste en revisión de expedientes médicos dentro del hospital, con el fin de que ningún expediente salga de la institución para mayor confidencialidad de su información

Posibles riesgos y molestias:	Usted no tendrá ningún riesgo o molestia
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con su apoyo y participación Usted ayudará con una mejora en la calidad de la atención médica de los pacientes que tienen diagnóstico de infarto
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	Usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento en que lo decida, teniendo la seguridad de que no habrá ningún tipo de repercusión en los servicios que le brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social a Usted y a su familia.
Privacidad y confidencialidad:	Tenga Usted por seguro que mantendremos la confidencialidad y privacidad de sus datos que nos proporcionó. No daremos a conocer ningún dato personal si no es bajo su propia autorización.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio.	
<input type="checkbox"/> Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.	
<input type="checkbox"/> Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por _____ años tras lo cual se destruirá la misma.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	

Beneficios al término del estudio: mejorar la calidad del tratamiento.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Ignacio de Jesús Padilla Meléndez médico especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas adscrito del HGZ 20

Correo electrónico drpadillamelendez@gmail.com Matrícula: 99228099 Teléfono: 2225017193

Colaboradores: MC. Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín Jefatura de División de Educación e investigación en Salud HGR No. 36 Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital General e zona No. 20

Correo electrónico: dolores.martinez@imss.gob.mx Matrícula: 10727321 Teléfono: 2224456947

Dra. Laura Serrano Vértiz médico especialista en Urgencias Médico-Quirúrgicas, adscrito al Hospital General de Zona N° 20 Correo electrónico lavz314@gmail.com Matrícula 97220971 Teléfono: 2221816534

Dr. Aldo López Aguirre

Médico residente de la especialidad en Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General No. 20

Correo electrónico: aldo.lopezae@udlap.mx Matrícula: 97225581 Teléfono: 2221406861

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comite.eticainv@imss.gob.mx Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

Nombre y firma del
participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 23
TEZIUTLAN, PUEBLA
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____

Edad: _____
antecedenes

Pregunta 1. ¿Cuenta con un antecedente de importancia.

Escriba aquí su respuesta.



Pregunta 2. ¿Hace cuanto que se realiza dialisis peritoneal?

Escriba aquí su respuesta.



Pregunta 3. Le realizaron citoquimio / si es posttivo usted tiene sintomas como dolor, fiebre, nauseas y otro agregado

Escriba aquí su respuesta.



Pregunta 4. ¿ ha presentando alguno de stos sintomas; Fiebre, Dolor abdomina, Dolor a la infusion de solucion dializante, nauseas, vomito o perida del estad de despieto

Escriba aquí su respuesta.



POR FAVOR, CALIFIQUE SU EXPERIENCIA

1

2

3

4

5



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN PUEBLA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2
TEZIUTLAN, PUEBLA**

Teziutlán, Puebla 30 de septiembre del 2022.

OF REF. 220506012151/164/2022

A quien corresponda:

Asunto: CARTA DE NO INCONVENIENTE

Por medio de la presente le envío un cordial saludo e informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores:

- Dra. Serrano Vértiz Laura. Investigador Responsable ante el IMSS. Médico No Familiar con Especialidad en Medicina de Urgencias. Hospital General de Zona N° 23. Matrícula 97220971.
- Dra. Cisneros Díaz Gregoria Lucía. Investigador Asociado. Coordinador Clínica de Educación e Investigación en Salud, Hospital General de Zona N° 23. Matrícula 11625945.
- M.C Tlatelpa Romero Beatriz. Investigador Asociado. Investigador en Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Dr. Dzul Suárez José Daniel. Investigador Asociado. Médico Residente de Urgencias. Hospital General de Zona N° 23. Matrícula 97249829.

Pueden llevar a cabo la investigación derivada del protocolo **Incidencia de peritonitis asociada a diálisis peritoneal a 6 meses de postoperatorio de colocación de catéter Tenckhoff en el servicio de Urgencias del Hospital General de Zona N° 23.**

Respetando en todo momento la privacidad y el resguardo de información del paciente, apegándose a las buenas prácticas clínicas de investigación.

Sin otro particular, le reitero la seguridad de mis respetos.

ATENTAMENTE

Dra. Susana Olivera Hernández
Director del Hospital General de Zona N° 23

AVENIDA JUÁREZ N°16, Col. CENTRO, TEZIUTLÁN, PUEBLA, C. P. 73803, Teziutlán, Puebla
Tel. (231) 31 2 0338, Ext. 3021, 3022. www.imss.gob.mx



Jose Daniel Dzul Suarez

Revisado por Jefatura de Servicios Especializados de Información

- Quick Submit
- Quick Submit
- JSEI

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::1:2993115392

Fecha de entrega
29 ago 2024, 8:46 a.m. GMT-6

Fecha de descarga
29 ago 2024, 9:13 a.m. GMT-6

Nombre de archivo
ANTECEDENTES_PARA_VALORACION_JOSE_DANIEL_DZUL_SUAREZ.docx

Tamaño de archivo
21.5 KB

10 Páginas
3,019 Palabras
16,943 Caracteres

Ver errores ortográficos
Abre el panel Editar para ver los errores ortográficos de este documento.



15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 10% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.