



BUAP

**Facultad de Medicina
Hospital Universitario de Puebla**

Nombre de la Tesis:

Asociación de el diagnóstico de urgencias de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, con el reporte histopatológico en el hospital universitario de Puebla durante el periodo 2018 a 2019.

Tesis para Obtener el Diploma de
Especialidad en:
Cirugía general

Presenta:

Dr. Marlon Rene Terreros Contreras

Director/a:

Dr. Fernando Navarro Tovar

Asesor/a:

Dra. Cheryl Zilahy Díaz Barrientos

Fecha:

Puebla, Pue. Enero de 2022




Puebla, Puebla a 19 de Enero de 2022

DICTAMEN DE AUTORIZACIÓN

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

AUTORIZACION DE TESIS

Este trabajo fue realizado en el Hospital Universitario de Puebla con el título: "Asociación del diagnóstico de urgencias de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, con el reporte histopatológico en el hospital universitario de Puebla durante el periodo 2018 a 2019" por el Dr. Marlón Rene Terreros Contreras y bajo dirección del Dr. Fernando Navarro Tovar, Dra. Mónica Heredia Montaña y la Dra. Cheryl Zilahy Díaz Barrientos, Se hace constar que el contenido científico y la estructura metodológica han sido revisados de acuerdo a los lineamientos establecidos, por lo que se autoriza su impresión.


DR. NAVARRO TOVAR FERNANDO
Cirugía General
Céd. Prof. 8693181

Dr. Fernando Navarro Tovar

Director Experto

Jefe del Servicio de Cirugía General


HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
Céd. Prof. 571163

Dra. Mónica Heredia Montaña

Co directora experta

Médico Adscrito del Servicio de Cirugía General


Dra. Cheryl Zilahy Díaz Barrientos
Coloproctología
Céd. Profesional : 6976284

Dra. Cheryl Zilahy Díaz Barrientos

Asesor Metodológico


Dr. Marlón Rene Terreros Contreras
Residente de Cuarto Año Cirugía General



FIRMAS DE LOS RESPONSABLES DEL ESTUDIO

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Marlon Rene Terreros Contreras

DIRECTOR EXPERTO: Dr. Fernando Navarro Tovar

CODIRECTORA: Dra. Mónica Heredia Montaña

ASESOR METODOLOGICO: Cheryl Zilahy Díaz Barrientos

Dedicatoria

Dedicado a mi madre principalmente, por su amor, esperanza y apoyo en todo momento, forjando mi camino, es por ti que continuo adelante a pesar de la complejidad del camino, recordando siempre tu ejemplo de cuidar, ayudar y entender a quién sufre de dolencias. Mis hermanos siempre estando en todo momento, dándome su cariño y tranquilidad de saber que siempre están ahí para mí, y a una bella anesthesióloga algóloga intervencionista anónima por su cariño.

Agradezco a doctores que se convirtieron en mis maestros y ejemplo a seguir.

Dr. González Castañeda, Dr. García Herrera y Dr. Barragán Castañeda por inculcarme siempre preocuparme por el paciente, siendo la prioridad ante todo.

Dra. Heredia Montaña, Dra. Díaz Barrientos, Dr. Hernández Pérez, Dr. Flores Villa, Dr. Hernández García, Dr. Morales Rodríguez. Dr. González Barrientos, su liderazgo y habilidades quirúrgicas de las cuales observe y aprendí, haciendo ver de una manera sencilla la cirugía a pesar de no ser así.

A mi gran maestro, al cual admiro tanto Dr. Fernando Navarro Tovar y a usted Dr. Rodrigo Migoya Ibarra, siendo los principales en mi formación como cirujano, ejemplos a seguir como personas y cirujanos, gracias por su confianza, seguridad y calidad humana, siempre esforzándome por ser mejor a ustedes con mucho respeto y cariño.

Un agradecimiento especial Dra. Yaneth Martínez Tovilla por una gran lección de vida, el éxito en la vida se mide por los obstáculos que superas.

No olvidando a mis queridos residentes a los cuales aprecio, aquellos con los cuales genere una gran amistad, sé que llegaron muy lejos sin dañar a nadie en el camino

Es de bien nacidos ser agradecidos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	10
2. ANTECEDENTES.....	12
2.1. Antecedentes generales	12
2.1.1. Cirugía de urgencia.....	12
2.1.2. Apendicitis aguda	12
2.1.3. Colecistitis aguda	13
2.1.4. Calidad en la atención médico-quirúrgica	13
2.1.5. Evaluaciones de la calidad médico-quirúrgica.....	16
2.1.6. Antecedentes específicos	18
3. JUSTIFICACIÓN	21
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
5. OBJETIVOS	23
5.1. General:.....	23
5.2. Objetivos específicos:	23
6. MATERIAL Y MÉTODOS	24
6.1. Diseño del estudio.....	24
6.2. Ubicación espacio temporal.....	24
6.3. Marco muestral.....	24
6.3.1. Población fuente	24
6.3.2. Población elegible	24
6.3.3. Población participante	24

6.4. Criterios de selección	25
6.4.1. Criterios de inclusión	25
6.4.2. Criterios de exclusión	25
6.4.3. Criterios de eliminación	25
6.5. Diseño y tipo de muestreo.....	25
6.6. Tamaño de la muestra.....	25
6.7. Estrategia de trabajo	26
6.8. Método de recolección de datos	26
6.9. Definición de las variables y escalas de medición.....	27
6.10. Análisis de datos.....	29
6.11. Logística	29
6.11.1. Recursos humanos	29
6.11.2. Recursos materiales.....	30
6.11.3. Recursos financieros	30
6.11.4. Consideraciones éticas y legales	30
7. RESULTADOS	31
8. DISCUSIÓN	43
9. CONCLUSIONES	45
10. BIBLIOGRAFÍA.....	46
11. ANEXOS.....	48
11.1 Cronograma de actividades	49
11.2 Hoja de recolección de datos.....	50

Resumen

Antecedentes: La discrepancia clínico-diagnóstica en cirugía de urgencia puede ocasionar modificaciones en la intervención establecida, provocando mayor estancia hospitalaria, evolución tórpida y como consecuencia, aumentos de costos y recursos. La evaluación de intervenciones mediante el cotejo del diagnóstico preo y posoperatorio, mejorará la toma de decisiones y eficacia, y disminuyendo complicaciones postquirúrgicas.

Objetivos: Determinar la asociación del diagnóstico de urgencias de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, con el histopatológico en el hospital universitario de Puebla durante el periodo 2018 a 2019

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en el servicio de Cirugía General el Hospital Universitario de Puebla. Se evaluaron los expedientes de pacientes mayores de 16 años, hombres y mujeres, sometidos a intervención quirúrgica de urgencia de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, en el servicio de Cirugía General atendidos durante 2018 a 2019; se excluyeron pacientes atendidos por reintervención de urgencia, expedientes incompletos, con tachaduras, o enmendaduras respecto de las variables de interés. Se evaluó la edad, el sexo, el diagnóstico prequirúrgico, la presencia de complicaciones y los hallazgos histopatológicos. Se obtuvo el porcentaje de pacientes con coincidencia o discrepancia entre ambos diagnósticos.

Resultados: Se analizaron los expedientes de 990 pacientes, 620 mujeres (62.6%) y 370 hombres (37.4), la media de edad de la muestra fue de 40.6 ± 15.4 años, 143 pacientes tuvieron alguna complicación (14.4%), se encontraron 24 diagnósticos diferentes derivados de los 2 principales. La coincidencia de los diagnósticos prequirúrgicos con los hallazgos histopatológicos fue del 85.5% en patología del apéndice y del 34.6% en la vesícula biliar, de manera global el 58.4% de los pacientes coincidieron tanto el diagnóstico prequirúrgico como el hallazgo histopatológico.

Conclusiones: La coincidencia observada principalmente en la patología de apéndice cecal una correspondencia buena e incluso superior a otros estudios. En la patología de

vesícula biliar, el porcentaje de coincidencia es bajo, es necesario considerar el número elevado de posibilidades y de diagnósticos diferenciales que se pueden presentar.

Palabras Clave: discrepancia clínico-diagnostica, apéndice cecal, vesícula biliar, cirugía de urgencia.

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de evaluar la calidad de la atención médica ayuda a determinar el grado de éxito conseguido a través de la monitorización de forma continua para detectar el posible alejamiento de las normas y ser prevenido o tardíamente corregido.¹ Dentro de las seis dimensiones que comprende la Calidad en Medicina, a saber: seguridad, oportunidad, eficiencia, y que sea efectiva, equitativa y centrada en el paciente, la efectividad y seguridad son aquellas que se asocian más directamente con los tratamientos quirúrgicos.²

En nuestro país, los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad se remontan a 1956, año en que un grupo de médicos del Hospital de la Raza del IMSS iniciaron la revisión de expedientes clínicos de pacientes con un enfoque de calidad.³ Hace ya bastantes años, Donabedian analizó la Calidad en Cirugía y determinó tres ámbitos: estructura, procesos y resultados. En el primer grupo están contenidos los profesionales con sus grados de especialización y los recursos físicos de cada centro. Cuando se habla de procesos en la atención, se entiende que estos deben ser completos y deben estar basados en la mejor evidencia. Los resultados, son aquellas mediciones que tradicionalmente se utilizan para medir calidad, y entre ellos podemos mencionar: mortalidad, morbilidad, días de hospitalización, costos, calidad de vida postoperatoria y sobrevivida a largo plazo, entre otros.²

Actualmente el Hospital Universitario de Puebla cuenta un convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social, además de brindar atención a la población derechohabiente del mismo, haciendo que cuente con una amplia cobertura de pacientes, dentro de los cuales un gran número requieren de manejo quirúrgico. Los servicios asistenciales que se proporcionan dentro del nosocomio involucran al personal propiamente y los suministros que se requieren para la atención de la población. La evaluación de la atención nos permite conocer el grado de eficacia, eficiencia y seguridad, lo que mejorará la toma de decisiones, aprovechando al máximo los recursos, a la vez que, disminuirá gastos para la institución y el paciente.

Dentro del servicio de cirugía general, el integrar correctamente el diagnóstico y establecer un manejo apropiado, se refleja en la evolución favorable del paciente, sin embargo, diversos factores tales como: auxiliares diagnósticos inespecíficos o con poca

sensibilidad y especificidad, discrepancia clínico-diagnóstica, diversidad en la práctica clínica y experiencia del médico cirujano, pueden ocasionar modificaciones en la intervención quirúrgica establecida, provocando mayor estancia hospitalaria, evolución tórpida y como consecuencia, aumentos de costos y recursos.

La evaluación de intervenciones quirúrgicas mediante el cotejo del diagnóstico preoperatorio y posoperatorio como indicador de calidad, establecerá las bases de actuación, mejorando la toma de decisiones y eficacia, y disminuyendo complicaciones postquirúrgicas.

La calidad no tiene una definición puntual, ya que no todos los autores le otorgan el mismo significado, sin embargo, un servicio obtiene calidad al cumplir cualidades que lo aparten de lo común y que de algún modo lo hagan excelente, sabemos que es calidad, pero no sabemos en qué consiste. Este trabajo puede ser el preámbulo para sentar las bases de un comité que encamine hacia la excelencia los procedimientos quirúrgicos brindados por el servicio de cirugía general del Hospital Universitario de Puebla.

2. ANTECEDENTES

2.1. Antecedentes generales

2.1.1. Cirugía de urgencia

La Cirugía de urgencia puede definirse como la evaluación y la intervención quirúrgica sobre todos los problemas quirúrgicos no electivos relacionados con amenazas con carácter agudo, que ponen en peligro la vida o algún miembro del paciente.⁴

Los diagnósticos iniciales a partir de los cuales se realizan cirugías de urgencia con mayor prevalencia en el Hospital Universitario de Puebla son:

1. Apendicitis aguda
2. Colecistitis aguda

2.1.2. Apendicitis aguda

Es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo de moco asociado con poca elasticidad de la serosa.⁵

De las manifestaciones clínicas y de laboratorio, las que tienen mayor sensibilidad para el diagnóstico de apendicitis son:

- Dolor característico (migración de la región periumbilical al cuadrante inferior derecho o localización inicial en cuadrante inferior derecho).
- Manifestaciones de irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho, rebote positivo en el mismo, defensa y rigidez de músculos abdominales).
- Datos de respuesta inflamatoria (leucocitosis con mayor predominio de neutrófilos).

En pacientes con diagnóstico dudoso hacer observación activa a través de seguimiento mediante la hospitalización, evaluación clínica y de laboratorio repetida.⁵

2.1.3. Colecistitis aguda

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por lodo biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones está presente.⁶

La colecistitis aguda se clasifica en 3 grados, de acuerdo a la afectación a otros órganos medido por pruebas de laboratorio:

- Grado I. Leve
- Grado II. Moderada
- Grado III. Grave.

La elección de la técnica quirúrgica para colecistitis aguda depende de la gravedad del cuadro:

- Grado I: Colecistectomía temprana por laparoscopia, procedimiento de primera elección.
- Grado II: Colecistectomía temprana por laparoscopia, sin embargo, depende de la experiencia del cirujano en la técnica. Si el paciente presenta inflamación grave de la vesícula, se recomienda un drenaje temprano que puede ser quirúrgico o percutáneo.
- Grado III: Manejo urgente de la falla orgánica, tratamiento de la inflamación local, drenaje de vesícula.⁶

2.1.4. Calidad en la atención médico-quirúrgica

Aguirre y Cols definen el concepto de calidad de la atención como; otorgar atención médica al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.¹² Portero y cols definen Sistema de Gestión de Calidad como un conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con el fin de mejorar continuamente la efectividad y la eficiencia de su desempeño.¹³

En México durante 1996, el tema de la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica tuvo un giro radical, con la aparición en el marco del Sector Salud, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1996. La CONAMED enfoca a la calidad de la atención médica desde el punto de vista de las presuntas faltas, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes, como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos.³ Es así como surgen los inicios de la calidad en nuestro país.

En 2011 la CONAMED en su artículo La Calidad de la Atención Médica y la Seguridad del Paciente Quirúrgico define la calidad de la atención médica, como el grado en el cual los servicios de salud para las personas y la población incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados. En el documento, la CONAMED concluye que fomentar una cultura de calidad y seguridad del paciente, requiere que se fortalezcan los conocimientos médicos científicos, pero también fomentar y difundir los principios éticos de la profesión, para crear una cultura enfocada al paciente y una actitud de servicio, y de esta forma alcanzar servicios de calidad y crear en las organizaciones una cultura enfocada a la seguridad del paciente.⁹

En el artículo “Claves para optimizar la eficiencia en un bloque quirúrgico”, se describen recomendaciones para optimizar la eficiencia del quirófano y sostienen la necesidad de que todos los hospitales maximicen dicha eficiencia. El objetivo de la gestión del quirófano es reemplazar estructuras organizativas ineficaces para lograr los principales objetivos de la práctica quirúrgica; seguridad, eficacia y eficiencia. Las fases quirúrgicas dependen también de la obtención del consentimiento informado, programación quirúrgica y realización del estudio preanestésico, etc. Esta cadena de actividades debe gestionarse de acuerdo con protocolos que el comité de quirófano debe encabezar. Ellos concluyen que, la seguridad, la calidad y la eficiencia son los objetivos prioritarios de la atención quirúrgica del siglo XXI.¹⁴

En su decálogo de reformas para mejorar la calidad en la atención quirúrgica en México (2011), Arenas establece los tres principios que debe tener un cirujano moderno competente: 1) buenas habilidades clínicas y óptimo juicio quirúrgico, 2) buenas habilidades técnicas que incluyan el conocimiento y la experiencia en el desempeño de

una atención, y 3) el conocimiento y la práctica del humanismo y la ética con sólidos valores morales. En su acción 10 menciona la práctica de la resiliencia en cirugía; como en la vida, lo esencial no es estar libre de errores, sino establecer sistemas que los detecten y limiten el daño que producen. Es fundamental el autoconocimiento y especialmente reconocer las limitaciones humanas de un cirujano; además de conocer más y mejor al equipo que rodea al cirujano y finalmente practicar la humildad para llamar al experto que tiene el conocimiento específico para ayudar a resolver los errores que cometemos.¹⁵

En la actualidad, dentro de los principios éticos de la práctica médica, se señala en primer lugar el “principio de beneficencia”, que a través de varios preceptos nos conduce a promover el beneficio del paciente como propósito fundamental, llevando implícito el principio de “no maleficencia”, es decir, evitar cualquier acción que pudiera causarle daño. Sentadas estas premisas, se hace evidente el compromiso del médico de prevenir y evitar cualquier acto médico que pudiera ocasionar daño al paciente.¹⁶

La calidad de los servicios quirúrgicos debe transpolar las ideas básicas del concepto calidad y llevarlo a un estrato superior, debe centrarse en obtener resultados satisfactorios del procedimiento quirúrgico con eficacia y eficiencia, que para su obtención cumplan con reglamentos y normas previamente establecidas, que apoyen su realización, sin olvidar el máximo beneficio al paciente. La calidad es un proceso continuo que depende de todos los involucrados; no es un concepto generalizado, es un concepto subjetivo que puede ser alcanzado siempre y cuando se cumplan normativas establecidas que orienten a un manejo adecuado de todos los recursos disponibles.

Uno de los indicadores de la calidad en cirugía es la necesidad de reintervenir al paciente; durante el periodo de abril 2009 a febrero de 2012 se realizó un estudio de reintervenciones quirúrgicas abdominales no planeadas en el Servicio de cirugía General del Hospital Universitario de Puebla, un total de 1,709 cirugías abdominales fueron realizadas por el Servicio de Cirugía General, de las cuales 97 casos correspondían a reintervenciones, y de estos, 50 casos correspondieron a reintervenciones abdominales no planeadas. Respecto a las reintervenciones no

planeadas, el 72% (36 casos) fueron derivadas de operaciones de urgencia y el 28% restante correspondió a las operaciones electivas.¹⁷ Lo anterior demuestra la necesidad de mejorar las intervenciones quirúrgicas en nuestro hospital, sobre todo aquellas realizadas con carácter de urgencia.

2.1.5. Evaluaciones de la calidad médico-quirúrgica

Ernest Amory, cirujano en el Hospital General de Massachusetts, propuso en el año 1900 que cada hospital debería analizar el resultado a largo plazo de cada paciente, para establecer mejoras a los métodos terapéuticos empleados. A partir de esta idea, desarrolló un sistema de base de datos que incluía la siguiente información: identificación del paciente, diagnósticos, tratamiento, resultados y evaluación a largo plazo. Entre 1900 y 1910 evaluó los resultados de 600 pacientes sometidos a cirugía del tracto digestivo superior y en dicho análisis incluyó el nombre del cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico. Los resultados de su estudio arrojaron resultados poco favorables para los pacientes, lo que le motivó a promover un sistema de capacitación para los cirujanos que les permitiera desarrollar experiencia, en particular para padecimientos específicos, a través de la investigación y la práctica clínica. Además de lo anterior estableció sesiones semanales de morbilidad; en estas sesiones todos los casos del servicio de cirugía eran revisados detalladamente, con el fin de identificar si las complicaciones quirúrgicas eran debidas a errores en el juicio, que incluyen selección del paciente, indicación de la cirugía, selección del procedimiento y errores en la técnica quirúrgica; o en el manejo pre o post operatorio; o bien, se debían a condiciones específicas del paciente que no eran factibles de resolver con la cirugía. Esto cimentó las bases de lo que hoy conocemos como: La Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (*The Joint Commission on the Accreditation of Hospitals*).⁹

En el Hospital Universitario Comandante Manuel Fajardo, durante 1995-1997 se llevó a cabo de manera mensual un Comité de evaluación de intervenciones mayores realizadas según las Normas Cubanas de Cirugía, ellos incluyeron los siguientes parámetros; Diagnóstico correcto y operación justificada, Diagnóstico incorrecto y operación justificada, Diagnóstico incorrecto y operación injustificada y Diagnóstico

correcto y operación injustificada, además a cada una de esta se le asignó un criterio; Operación suficiente, Operación insuficiente y Operación exagerada. Los autores concluyeron que las urgencias quirúrgicas condicionan a diagnósticos no acertados por el menor tiempo disponible para su análisis, pero el hecho de que en la generalidad de éstos se realizaron operaciones justificadas, indica la existencia de una correcta decisión quirúrgica. En su estudio la eficiencia del servicio fue alta 99,1%.¹⁰

Valera y García articulan las actividades, funciones y evaluaciones realizadas por el Comité de Evaluación de Intervenciones Quirúrgicas; cuyo objetivo es evaluar y perfeccionar los procedimientos llevados a cabo en las intervenciones quirúrgicas, a través de un análisis mensual e todas las operaciones mayores (Electivas, urgentes, ambulatorias y de acceso mínimo), que se realicen en el servicio de cirugía general a través de un organigrama y sesiones mensuales en las cuales se evaluara de manera retrospectiva cada intervención.¹¹

2.1.6. Antecedentes específicos

Una manera de medir la calidad de la atención quirúrgica en los procedimientos de urgencias, es la determinación de los diagnósticos correctos por parte de los cirujanos. En Estados Unidos se calcula que anualmente ocurren 12 millones de errores de diagnóstico, uno de los departamentos en donde más ocurren estos errores, son las salas de urgencias; aunque en dicho país la prevalencia no es conocida, se sabe que el 47% de las quejas presentadas por los pacientes se deben a errores en el diagnóstico; esta situación le cuesta al país, a las instituciones y a los pacientes un aproximado de 295 000 dólares estadounidenses, que es más elevado que el costo de otros errores médicos ¹.

Mahajan et al., publicaron un estudio en el cual evaluaron los factores asociados con los errores de diagnóstico en pacientes con apendicitis dentro del departamento de urgencias; en su estudio incluyeron a 123 711 pacientes entre los cuales el 6.0% de los adultos y 4.4% de los niños no recibieron un diagnóstico adecuado en la primera visita a urgencias; en dicho estudio los factores de riesgo asociados que se estudiaron fueron principalmente aquellos relacionados con la historia clínica del paciente, encontrando que el sexo femenino, la coexistencia de dolor con constipación y la presencia de comorbilidades eran los factores más frecuentes que hacían que el médico no pensara en una apendicitis, sin embargo, los autores concluyeron que existe una oportunidad de capacitación a los cirujanos con el fin de reducir el porcentaje ².

Un estudio de Ramírez et al., en el que se evaluó la concordancia clinicopatológica y la satisfacción del paciente quirúrgico en 15 551 personas en el Distrito Sanitario Almería en España, observó que entre el diagnóstico clínico y los hallazgos de patología había una correlación superior al 80% con un Kappa de 0.78 ³.

El paciente con dolor abdominal no localizado o inespecífico, puede encontrarse en riesgo de ser mal diagnosticado en las salas de urgencias; un estudio de Hoseininejad et al., en el que se evaluaron 150 pacientes que acudieron con dolor abdominal a la sala de urgencias y en quienes se realizó un seguimiento a 30 días, halló que la causa definitiva del dolor se estableció solo en el 58.7% de ellos independientemente del sexo, la duración del dolor, la historia de dolor similar previo, la radiación del dolor, el

tiempo de estadía hospitalaria, la presencia de anorexia, náusea, vómito, diarrea y constipación⁴.

Algunos errores de diagnóstico en la atención al paciente de urgencias ocurren con más probabilidad en ciertos pacientes; Medford-Davis et al., analizaron los expedientes de pacientes considerados como de alto riesgo, el cual se definió por 1) habían acudido a la sala de urgencias con dolor abdominal y posteriormente fueron dados de alta y 2) habían regresado a la sala de urgencias en los siguientes 10 días y habían sido hospitalizados en esa ocasión; en dicho estudio los errores de diagnóstico se definieron como las oportunidades perdidas de hacer un diagnóstico correcto o en el tiempo adecuado. Los resultados mostraron que los errores de diagnóstico se dieron en 35 de 100 casos de alto riesgo, y entre los diagnósticos con error más comunes se encontró a la patología de vesícula biliar y las infecciones del tracto urinario, entre las razones para cometer un error en el diagnóstico del dolor abdominal se encontraron la anamnesis inadecuada, exámenes de laboratorio o gabinete insuficientes y problemas para realizar un seguimiento de los resultados anormales¹.

Otro grupo de pacientes en riesgo de un error de diagnóstico, son aquellos que se presentan con síntomas inespecíficos; un estudio de Peng et al., en el que se analizaron a 572 pacientes y se compararon los diagnósticos establecidos en la sala de urgencias, al momento del alta y el diagnóstico final, mostró que de inicio solo el 46% obtuvo un diagnóstico correcto; este grupo de pacientes depende de la pericia y experiencia del médico para obtener un diagnóstico adecuado desde la sala de urgencias, pues son pacientes que se presentan con síntomas poco específicos como debilidad, malestar general, fatiga, incapacidad para caminar o incapacidad para llevar a cabo sus actividades diarias y por lo tanto representan un reto diagnóstico⁵.

En cuanto a las razones por las cuales se presentan los errores de diagnóstico, Singh et al., hallaron en un estudio que el encuentro médico paciente (incluidos los problemas para la anamnesis, la exploración física y la petición de estudios complementarios), se relacionó con el 78.9% de los casos, la referencia del paciente con 19.5%, los factores relacionados con el paciente 16.3%, el seguimiento a la información para el diagnóstico

con 14.7% y la correcta interpretación de los estudios diagnósticos con 13.6% de los casos de error; además en 43.7% de los casos existió más de un factor involucrado ⁶.

Una publicación que revisó las causas de los errores de diagnóstico fue realizada por Thammasitboon et al., en el documento, los autores mencionan que existen tres causas globales para la ocurrencia de los errores médicos: fallas cognitivas (falla en la síntesis de la información existente, historia o exploración física incompleta), problemas en el sistema (políticas y procedimientos ineficientes, problemas de comunicación, dificultades para el trabajo en equipo y problemas para comunicar resultados de laboratorio) y falta de culpa (casos en extremo atípicos), los primeros dos combinados y revisados de manera individual constituyen el 65% de los casos de errores de diagnóstico ⁷.

Algunos factores relacionados más directamente con los médicos, involucran la falta de tiempo, varios estudios han relacionado la queja médica sobre el tiempo insuficiente para la evaluación del paciente con la ocurrencia de los errores de diagnóstico, la presión constante por el tiempo que se le puede dedicar a cada paciente y su discordancia con el tiempo requerido para la evaluación son entonces factores que deben ser tomados en cuenta cuando se realiza una revisión de error de diagnóstico ⁸. Otro factor relacionado con el médico es el cansancio, un estudio de Trockel et al., que encuestó a 7538 médicos de diversas áreas hospitalarias encontró que los médicos con una privación de sueño muy alta (en una escala de privación baja, moderada, alta y muy alta) tenían un riesgo 97% mayor de cometer errores ⁹.

3. JUSTIFICACIÓN

Los hospitales son prestadores de servicios para la salud, desde la llegada del paciente es necesario llevar a cabo la integración de un diagnóstico, para posteriormente establecer un tratamiento adecuado y evitar complicaciones.

Los pacientes recibidos en las salas de urgencias tienen mayores probabilidades que otros pacientes de obtener un diagnóstico erróneo o retrasado, lo cual afecta no solo el tratamiento administrado, sino también aumenta la probabilidad de ser sometido a un procedimiento innecesario o exagerado y con ello a complicaciones y a un mayor tiempo de recuperación postquirúrgica.

Una de las mejores formas de evaluar si el diagnóstico establecido antes del procedimiento quirúrgico es mediante los reportes que el área de patología ofrece después de analizar las piezas quirúrgicas.

Con la elaboración del presente estudio, se pretende conocer la frecuencia con la que los diagnósticos prequirúrgicos coinciden con lo reportado por patología en los pacientes atendidos por cirugía de urgencia dentro del Hospital Universitario de Puebla; estos resultados ayudarán a determinar que pacientes se encuentran en mayor riesgo de un diagnóstico equivocado y por lo tanto requieren de una examinación más meticulosa por parte de los médicos involucrados en su atención.

La metodología empleada puede ser replicada de manera sencilla en el hospital con fines de evaluación continua de la calidad, esto permitirá la mejora de actividades y sistematización de procedimientos quirúrgicos, proporcionando mayor eficacia, eficiencia y seguridad del paciente, lo que facilitará el adecuado uso de recursos, y se reflejará en la evolución del paciente y la disminución de gastos para el mismo y el nosocomio.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los errores en los diagnósticos son un tema común en las salas de urgencias del mundo, su ocurrencia cuesta anualmente a cada país miles de dólares en recursos empleados y tiempo de recuperación del paciente.

Los pacientes sometidos a cirugía abdominal tienen mayores tasas de diagnósticos erróneos que otro tipo de pacientes por lo inespecífico de los síntomas y la dificultad en el diagnóstico; algunos reportes de pacientes han mostrado como en muchos casos la pericia del cirujano y su experiencia pueden garantizar la obtención de un diagnóstico correcto y por lo tanto de un tratamiento adecuado.

El Hospital Universitario de Puebla, es un centro de referencia en el cual se realiza una gran cantidad de cirugías del tracto digestivo de manera urgente, entre estas las apendicectomías, los procedimientos relacionados con la vesícula biliar, el abdomen agudo, la oclusión y la perforación intestinal son los más comunes. Esto significa que este grupo de pacientes puede ser un grupo susceptible de errores de diagnóstico.

Por lo tanto, derivado de estos antecedentes ha surgido la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación de el diagnóstico de urgencias de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, con el reporte histopatológico en el hospital universitario de Puebla durante el periodo 2018 a 2019?

5. OBJETIVOS

5.1. General:

Determinar la asociación del diagnóstico de urgencias de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, con el histopatológico en el hospital universitario de Puebla durante el periodo 2018 a 2019.

5.2. Objetivos específicos:

1. Definir los datos sociodemográficos de los pacientes ingresados a cirugía de urgencia de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, en el Hospital Universitario de Puebla durante 2018 a 2019.
2. Definir los diagnósticos prequirúrgicos de los pacientes ingresados cirugía de urgencia de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, en el Hospital Universitario de Puebla durante 2018 a 2019.
3. Definir los hallazgos anatomopatológicos de los pacientes ingresados cirugía de urgencia de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, en el Hospital Universitario de Puebla durante 2018 a 2019.
4. Determinar la concordancia entre los diagnósticos prequirúrgicos y los hallazgos anatomopatológicos de los pacientes ingresados cirugía de urgencia de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, en el Hospital Universitario de Puebla durante el 2018 a 2019.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Diseño del estudio

Por la finalidad del estudio: Descriptivo.

Por la intervención del investigador: Observacional.

Por la temporalidad de los hechos: Transversal.

De acuerdo con la cronología de hechos: Retrospectivo.

Por la obtención de los datos: Retrolectivo

Por los componentes del grupo: Homodemico.

6.2. Ubicación espacio temporal

El presente estudio se realizó en el servicio de Cirugía General el Hospital Universitario de Puebla. Durante el periodo de tiempo 2018 a 2019

6.3. Marco muestral

6.3.1. Población fuente

Pacientes del servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Puebla.

6.3.2. Población elegible

Pacientes sometidos a intervención quirúrgica de urgencia en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Puebla.

6.3.3. Población participante

Pacientes sometidos a intervención quirúrgica de urgencia de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, en el servicio de Cirugía General atendidos durante 2018 a 2019.

6.4. Criterios de selección

6.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes sometidos a cirugía de urgencia del tracto gastrointestinal (apendicitis, patología de vesícula biliar).
durante el 2018 a 2019
- Hombres y mujeres.
- Atendidos dentro del Hospital Universitario de Puebla.
- Mayores de 16 años.
- Sin re intervenciones quirúrgicas durante su internamiento correspondiente al procedimiento de urgencia.

6.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes atendidos por cirugía de urgencia, cuyo procedimiento haya sido una reintervención de urgencia.
- Pacientes con intervenciones abdominales que no fueran de tracto digestivo.

6.4.3. Criterios de eliminación

- Expedientes incompletos en los que no se tenga información respecto de las variables de interés
- Expedientes con tachaduras, enmendaduras o evidencia de alteraciones.
- Expedientes con diagnóstico de abdomen agudo y oclusión intestinal sin etiología.

6.5. Diseño y tipo de muestreo

El muestreo fue no probabilístico, la muestra estuvo conformada por todos los pacientes de Cirugía General que reunieron los criterios de selección.

6.6. Tamaño de la muestra

Se incluyó a la totalidad de pacientes sometidos a cirugía de urgencia del tracto gastrointestinal con diagnóstico de patología de vesícula biliar y apéndice cecal dentro del Hospital Universitario de Puebla, y que cumplieran con los criterios de selección.

6.7. Estrategia de trabajo

Posterior a la aprobación del protocolo por el Comité de Investigación local y la obtención de los permisos para la revisión de expedientes clínicos, se seleccionó a los pacientes del servicio de Cirugía General intervenidos a cirugía de urgencia del tracto gastrointestinal con diagnóstico de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, que fueron atendidos durante el 2018 a 2019.

Se realizó el registro de datos generales, diagnóstico de ingreso, cirugía realizada y complicaciones en la hoja de recolección de datos diseñada para el estudio (**Anexo 2**), la cual se llenó mediante la revisión minuciosa de cada expediente clínico, se excluyeron aquellos pacientes que presentaron alguno de los criterios de exclusión, así como en quienes después de su inclusión se detectó alguno de los criterios de eliminación.

Posteriormente, toda la información recabada se vació a una base de datos general en el programa Microsoft Excel, en el cual se codificó para su manejo y análisis en el programa IBM SPSS versión 24.

6.8. Método de recolección de datos

Las hojas de recolección de datos fueron llenadas por el médico residente Dr. Marlon Rene Terreros Contreras, en dicha hoja se registraron los datos necesarios de la población de estudio, una vez realizada la revisión y vaciado los expedientes fueron devueltos íntegramente.

6.9. Definición de las variables y escalas de medición

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el presente	Edad del paciente al ingreso a cirugía	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas que diferencian a hombres de mujeres	Sexo del paciente establecido en el expediente	Cualitativa nominal dicotómica	1= Hombre 2= Mujer
Diagnostico prequirúrgico	Enfermedad por la cual un paciente es ingresado a quirófano	Diagnostico dato al paciente por el cirujano durante su evaluación en el servicio de urgencias	Cualitativa nominal politómica	1= Patología de apéndice cecal 2= Patología de vesícula biliar
Hallazgos	Hallazgos	Hallazgos	Cualitativa	Hallazgos

anatomopatológicos	microscópicos encontrados durante un procedimiento quirúrgico por parte de patología	reportados en el record quirúrgico	nominal politómica	reportados
Complicaciones	Eventualidad que ocurre durante el trascurso de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica	Reporte de complicaciones durante la cirugía o en el postoperatorio inmediato	Cualitativa nominal dicotómica	0= No 1= Si

6.10. Análisis de datos

Los datos del presente estudio fueron analizados mediante los *softwares* Prism® (GraphPad®), versión 8, para Windows® y SPSS® (IBM®), versión 24, para Windows®.

Se utilizó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes incluidos.

Se determinó la distribución de las variables empleando una prueba de Shapiro Wilk por tratarse de una muestra de mayor de 50 integrantes.

Las variables cuantitativas con distribución normal se reportaron en media y desviación estándar, mientras que las variables cuantitativas con distribución no normal se reportaron en mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas o categóricas se describieron en frecuencias y porcentajes.

6.11. Logística

6.11.1. Recursos humanos

Investigador responsable. **Dr. Marlon Rene Terreros Contreras**, Residente de 4° año de la especialidad de Cirugía General, quien revisó y seleccionó a los pacientes, se encargó de la escritura del protocolo, el llenado de formatos, creación de la base de datos y su análisis.

Asesor experto. **Dr. Fernando Navarro Tovar** , **Dra. Mónica Heredia Montaña**, quienes supervisaron la investigación, el correcto uso de los datos, la metodología, el análisis de los datos y la versión final del protocolo

Asesor metodológico. **Dra. Cheryl Zilahy Díaz Barrientos** quien supervisó la investigación, con especial énfasis en los aspectos metodológicos y éticos, el análisis de los datos y aprobó la versión final del protocolo

6.11.2. Recursos materiales

Material bibliográfico.

Formatos de hoja de recolección de datos.

Papelería, computadora, software.

Expedientes clínicos.

6.11.3. Recursos financieros

Recursos propios del investigador principal.

6.11.4. Consideraciones éticas y legales

Este estudio se apegó a lo establecido por el código de Nüremberg, a la declaración de Helsinki y a los principios básicos de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y respeto.

Se apegará a lo establecido en la **Ley General de Salud**, la cual en su **ARTICULO 17**, clasifica a esta investigación como:

“Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos 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”

Los investigadores conservaron el compromiso de mantener la confidencialidad de los datos personales de las participantes, para el cual se creó una sola copia de la base de datos, misma que se resguardó por los investigadores.

7. RESULTADOS

Se analizaron los expedientes de 990 pacientes, 620 mujeres (62.6%) y 370 hombres (37.4), la media de edad de la muestra completa fue de 40.6 ± 15.4 años. En cuanto al procedimiento quirúrgico, 143 pacientes tuvieron alguna complicación (14.4%), la más frecuente fue el sangrado, también se encontró la lesión incidental de otros órganos, dificultad respiratoria posterior a la anestesia, dehiscencia de herida quirúrgica, tromboembolia pulmonar, y la más severa la defunción.

En cuanto a los diagnósticos prequirúrgicos, se encontraron 24 diagnósticos diferentes derivados de los 2 diagnósticos principales (patología de vesícula biliar y patología de apéndice cecal). La apendicitis contó con el diagnóstico de apendicitis aguda, apendicitis aguda modificada por medicamentos y apendicitis aguda con otro diagnóstico (**Tabla 1, Figura 1 y 2**).

Tabla 1. Diagnósticos prequirúrgicos y coincidencia con los hallazgos histopatológicos en pacientes con apendicitis.

Diagnostico prequirúrgico	Pacientes recibieron el diagnóstico	que el	Coincidencia con los hallazgos histopatológicos
Apendicitis aguda	437		378 (86.5%)
Apendicitis aguda modificada por medicamentos	25		19 (76%)
Apendicitis aguda + otro diagnóstico	2		0*

*Ambos pacientes presentaron únicamente apendicitis aguda

Apendicitis aguda

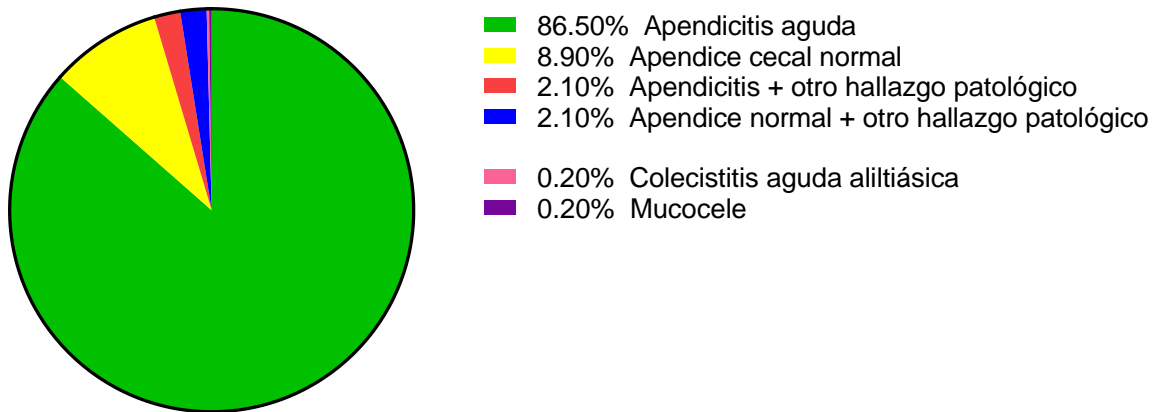


Figura 1. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de apendicitis aguda.

Apendicitis aguda modificada por medicamentos

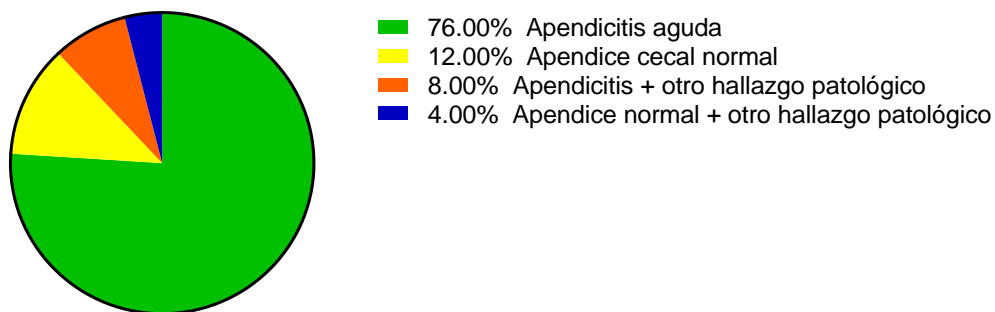


Figura 2. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de apendicitis aguda modificada por medicamentos.

En la patología de vesícula biliar, se encontraron 20 diagnósticos prequirúrgicos diferentes, el más común fue la colecistitis crónica litiásica, seguida de la colecistitis crónica litiásica agudizada, no obstante, en la primera solo se observó un 55% de concordancia con los hallazgos histopatológicos, y en el segundo el porcentaje fue muy inferior, solo un 13.5% concordaba con los hallazgos de patología (**Tabla 2**), por cada

diagnóstico se revisaron además los diferentes hallazgos reportados por patología (Tablas 3 - 14).

Tabla 2. Resumen de diagnósticos prequirúrgicos y coincidencia de hallazgos histopatológicos en pacientes con patología de vesícula biliar.

Diagnostico prequirúrgico	Pacientes que recibieron el diagnóstico	Coincidencia con los hallazgos histopatológicos
Colecistitis crónica litiásica	249	137 (55%)
Colecistitis crónica alitiásica	4	3 (75%)
Colecistitis aguda alitiásica	10	0
Colecistitis aguda litiásica	18	3 (16.7%)
Colecistitis aguda alitiásica + piocolecisto	1	0*
Colecistitis crónica litiásica agudizada + piocolecisto	2	1 (50%)
Colecistitis crónica agudizada alitiásica	1	0**
Colecistitis crónica litiásica agudizada	177	24 (13.5%)
Colelitiasis	33	1 (3.0%)
Colecistitis crónica litiásica + piocolecisto	2	0
Colecistitis crónica litiásica + Apendicitis	1	0 ***
Colelitiasis +	3	0

piocolecisto		
Colecistitis enfisematosa	1	0 [‡]
Hidrocolecisto	10	2
Colecistitis crónica litiásica + pólipo vesicular	1	0 ^{‡‡}
Colecistitis crónica litiásica + hidrocolecisto	1	0 ^{‡‡‡}
Colecistitis crónica litiásica agudizada + hidrocolecisto	2	0
Colecistitis litiásica aguda + pólipo vesicular	1	0 [±]
Colecistitis crónica litiásica + hemangioma	1	0 ^{±±}
Piocolecisto	4	0

* El paciente presentó Colecistitis crónica agudizada alitiásica, ** el paciente presentó Colecistitis crónica alitiásica, *** el paciente presentó colecistitis aguda alitiásica, ‡ el paciente presentó colecistitis aguda alitiásica + piocolecisto, ‡‡ el paciente presentó colecistitis crónica alitiásica, ‡‡‡ el paciente presentó colecistitis crónica litiásica, ± el paciente presentó colecistitis crónica agudizada alitiásica, ±± el paciente presentó colecistitis crónica alitiásica,

Tabla 3. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de colecistitis crónica litiásica.

Diagnostico prequirúrgico	Pacientes que recibieron el diagnóstico	Coincidencia con los hallazgos histopatológicos
----------------------------------	--	--

Colecistitis crónica litiásica	252	138 (54.7%)
Colecistitis crónica alitiásica	4	3 (75%)
Colecistitis aguda alitiásica	10	0
Colecistitis aguda litiásica	18	3 (16.7%)
Colecistitis aguda alitiásica + piocolecisto	1	0*
Colecistitis crónica litiásica agudizada + piocolecisto	2	1 (50%)
Colecistitis crónica agudizada alitiásica	1	0**
Colecistitis crónica litiásica agudizada	178	24 (%)
Colelitiasis	33	1 (3.0%)
Colecistitis crónica litiásica + piocolecisto	2	0
Colecistitis crónica litiásica + Apendicitis	1	0 ***
Colelitiasis + piocolecisto	3	0
Colecistitis enfisematosa	1	0 [¥]
Hidrocolecisto	10	2
Colecistitis crónica litiásica + pólipo vesicular	1	0 ^{¥¥}
Colecistitis crónica litiásica + hidrocolecisto	1	0 ^{¥¥¥}
Colecistitis crónica litiásica agudizada + hidrocolecisto	2	0
Colecistitis litiásica aguda + pólipo vesicular	1	0 [±]
Colecistitis crónica litiásica + hemangioma	1	0 ^{±±}
Piocolecisto	4	0

Tabla 4. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de colecistitis crónica alitiásica.

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica litiásica	1	25
Colecistitis crónica alitiásica	3	75

Tabla 5. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de colecistitis aguda alitiásica.

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica litiásica	4	40.0
Colecistitis crónica alitiásica	1	10.0
Colecistitis crónica litiásica agudizada + piocolecisto	1	10.0
Colecistitis crónica litiásica agudizada	2	20.0
Colecistitis aguda litiásica + piocolecisto	1	10.0
Colecistitis crónica + apendicitis	1	10.0

Tabla 6. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de colecistitis aguda litiásica.

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica litiásica	9	50
Colecistitis crónica alitiásica	3	16.7
Colecistitis aguda litiásica	3	16.7
Colesterolosis	3	16.7

Tabla 7. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de colecistitis crónica litiásica agudizada + piocolecisto.

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica litiásica agudizada + piocolecisto	1	50
Colesterolosis	1	50

Tabla 8. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de Colecistitis crónica litiásica agudizada.

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica litiásica	70	39.3
Colecistitis crónica alitiásica	9	5.1
Colecistitis aguda alitiásica	7	3.9
Colecistitis aguda litiásica	15	8.4
Colecistitis crónica litiásica agudizada + picrolecisto	5	2.8
Colecistitis crónica agudizada alitiásica	7	3.9
Colecistitis crónica litiásica agudizada	24	13.5
Colecistitis aguda litiásica + picrolecisto	1	.6
Colelitiasis	8	4.5
Colesterolosis	11	6.2
Colelitiasis + colesterolosis	10	5.6
Colelitiasis crónica litiásica aguda + colesterolosis	2	1.1
Colecistitis crónica + colesterolosis	5	2.8
Colecistitis crónica xantogranulomatosa	1	.6
Colecistitis crónica agudizada + picrolecisto	1	.6
Paniculitis xantomatosa, necrosis licuefactiva negativo tejido vascular	1	.6

Tabla 9. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de colelitiasis.

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica litiásica	19	57.6
Colecistitis crónica alitiásica	1	3.0
Colecistitis crónica litiásica agudizada + piocolecisto	1	3.0
Colecistitis crónica agudizada alitiásica	1	3.0
Colelitiasis	1	3.0
Colesterolosis	2	6.1
Colelitiasis + colesterolosis	5	15.2
Colecistitis crónica litiásica + adenocarcinoma	1	3.0
Colecistitis crónica + colesterolosis	1	3.0
Colecistitis crónica litiásica + colesterolosis	1	3.0

Tabla 10. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de Colecistitis crónica litiásica + piocolecisto

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica litiásica	1	50
Colecistitis crónica agudizada alitiásica	1	50

Tabla 11. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de colelitiasis + piocolecisto.

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica alitiásica	1	33.3
Colecistitis crónica litiásica agudizada + piocolecisto	1	33.3
Colecistitis crónica agudizada alitiásica	1	33.3

Tabla 12. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de Hidrocolecisto

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica litiásica	3	30.0
Colecistitis aguda litiásica	2	20.0
Colecistitis aguda alitiásica + piocolecisto	2	20.0
Colecistitis crónica litiásica agudizada + piocolecisto	1	10.0
Colecistitis crónica litiásica agudizada	2	20.0

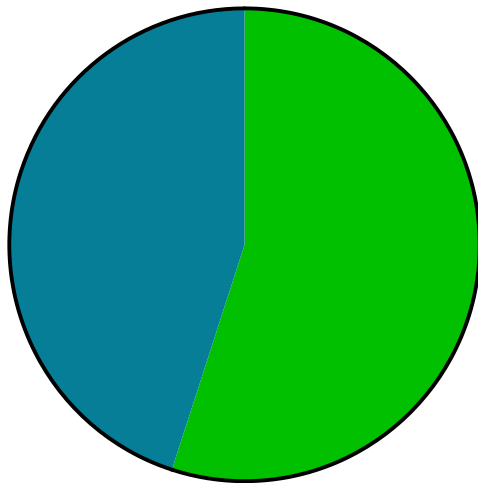
Tabla 13. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de Colecistitis crónica litiásica agudizada + hidrocolecisto.

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica agudizada alitiásica	1	50
Colelitiasis	1	50

Tabla 14. Hallazgos histopatológicos en pacientes con diagnóstico prequirúrgico de Pícolecisto.

Hallazgo	Frecuencia	Porcentaje
Colecistitis crónica litiásica	1	25
Colecistitis aguda alitiásica	1	25
Colecistitis aguda alitiásica + pícolecisto	1	25
Colecistitis crónica litiásica agudizada	1	25

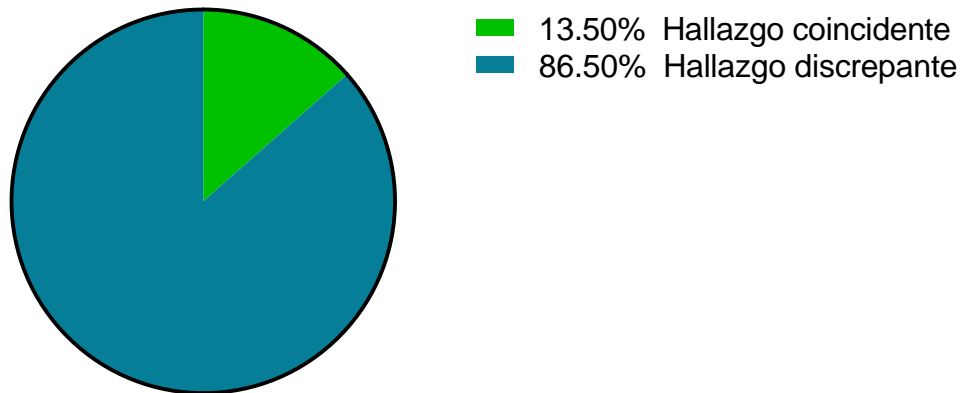
Colecistitis crónica litiásica



■ 55.00% Hallazgo coincidente
■ 45.00% Hallazgo discrepante

Coincidencia de los hallazgos histopatológicos con el prequirúrgico en pacientes con diagnóstico de colecistitis crónica litiásica.

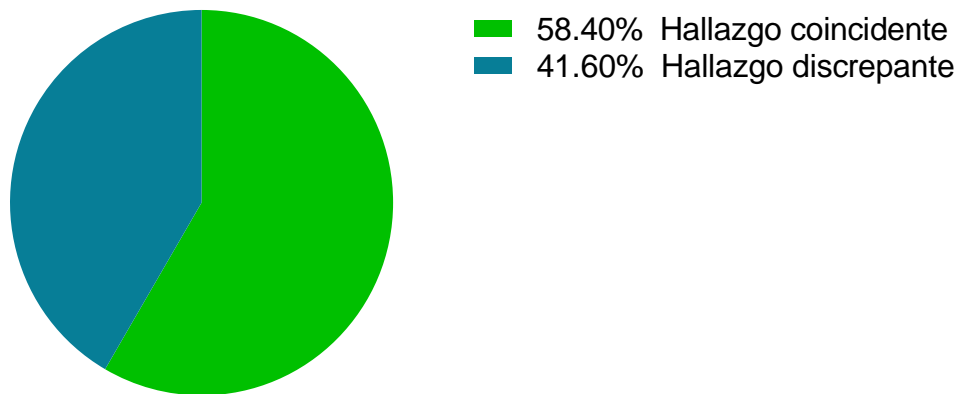
Colecistitis crónica litiásica agudizada



Coincidencia de los hallazgos histopatológicos con el prequirúrgico en pacientes con diagnóstico de colecistitis crónica litiásica agudizada.

Tabla 15. Resumen de diagnósticos prequirúrgicos y coincidencia de hallazgos histopatológicos en pacientes con patología de apéndice cecal y vesícula biliar.

Diagnostico prequirúrgico agrupado	Pacientes recibieron diagnóstico (n)	que el hallazgo coincidió con los hallazgos histopatológicos n (%)
Patología apéndice cecal	464	397 (85.5)
Patología de vesícula biliar	526	182 (34.6)
Total	990	579 (58.4)



Coincidencia de los hallazgos prequirúrgicos y hallazgos histopatológicos en los pacientes.

8. DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente trabajo fue evaluar la asociación de el diagnóstico de urgencias de patología de vesícula biliar y apéndice cecal, con el reporte histopatológico en El Hospital Universitario De Puebla durante el periodo 2018 A 2019.

Se evaluaron dos de los padecimientos más comúnmente observados en el servicio se cirugía atendidos por urgencia.

El diagnóstico clínico de patología de apéndice cecal más común entre los pacientes, fue la apendicitis aguda, el cual es el padecimiento de apéndice cecal que más se observa en la población en mundial y en mexicanos ¹⁰. La asociación del diagnóstico clínico con los hallazgos histopatológicos en los dos diagnósticos principales fue del 86.5% y 76%, lo cual refleja un porcentaje aceptable de coincidencia entre ambos y por lo tanto refleja lo acertado de los diagnósticos realizados por los cirujanos durante el tiempo de estudio. Este hallazgo es superior a lo que han encontrado estudios realizados en Estados Unidos, un estudio de Mahajan et al., publicado durante el 2020 encontró que el diagnóstico de apendicitis es omitido entre 5.9 y 23.5% de los adultos ².

En la patología de vesícula biliar, el diagnóstico más frecuente fue la colecistitis crónica litiásica que también coincide con uno de los dos padecimientos más frecuentes en la patología de vesícula biliar (la colecistitis y la colelitiasis), en especial en la colecistitis crónica litiásica, se encontró un 55% de coincidencia con los hallazgos histopatológicos, y de manera global en la patología de vesícula biliar, el porcentaje de coincidencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico fue de 34.6%, lo cual es un porcentaje bajo, sin embargo, en particular en la patología de vesícula biliar es necesario considerar el número elevado de posibilidades y de diagnósticos diferenciales que se pueden dar con la presentación similar de dolor subcostal. Algunos otros estudios han evaluado las coincidencias entre los hallazgos ecográficos y quirúrgicos en la patología de vesícula biliar; Sanabria-Baez et al., hallaron una correlación en el tamaño de la vesícula del 96.9%, el grosor de la pared en el 94.3% y en el tipo de colecistitis del 91%, sin embargo, como se mencionó dicho estudio trato de los hallazgos ecográficos y

transquirurgico, no del diagnóstico clínico. El hallazgo del presente estudio es difícil de comparar pues en la literatura no se ha podido identificar un trabajo publicado que compare lo que se comparó en el presente trabajo ¹¹.

9. CONCLUSIONES

La coincidencia entre los diagnósticos clínicos y los hallazgos histopatológicos es una manera eficiente de medir la evaluación adecuada de un paciente tanto por la exploración física como por la anamnesis, esto refleja también el grado de entrenamiento de los médicos; esta situación puede ser afectada por diversos factores desde el mismo entrenamiento, la carga de trabajo, las horas de trabajo continuo y la dificultad del diagnóstico en si entre otros.

Los hallazgos del presente trabajo nos permiten concluir que la coincidencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en la patología de apéndice es buena e incluso es superior que lo encontrado en otros estudios, por otro lado, esta coincidencia disminuye cuando se trata de patología de vesícula biliar, que puede ser influida por el número de diagnósticos diferenciales con un cuadro muy similar en dicho órgano.

10. BIBLIOGRAFÍA


1. García Fabila, E. J. (2018). Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. Calidad de la atención médica. *Revista de Medicina e Investigación UAEMéx*, 6(1), 54-58.
2. Espinoza G., R., & Espinoza G., J. P. (2016). Calidad en cirugía: hacia una mejor comprensión de las complicaciones quirúrgicas. *Revista Médica de Chile* (144), 757-765.
3. Neri Vela, R. H., & Aguirre Gas, H. G. (2015). Calidad de la atención. En S. García Saisó, *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones* (Segunda ed., págs. 29-45). México: Secretaría de Salud.
4. Asociación Española de Cirujanos. (2019). *Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía de urgencias. Sección de trauma y cirugía de urgencias* (Vol. II). (M. D. Pérez Díaz, & J. Ceballos Esparragón, Edits.) Madrid: Arán Ediciones.
5. Secretaria de Salud. (2009). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico de Apendicitis aguda. México.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis. México.
7. Secretaría de Salud. (2010). Guía de Práctica Clínica Laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo no Traumático en el adulto. México.
8. Secretaría de Salud. (2012). Guía de Práctica Clínica Tratamiento quirúrgico de Oclusión intestinal por adherencias en el adulto en el segundo nivel de atención. México.
9. Gutiérrez Vega, R. (2011). La calidad de la atención médica y la seguridad del paciente quirúrgico. *Revista CONAMED*, 16(2), 51-52.
10. Mustafá García, R., Mederos Curbelo, O. N., Roselló Fina, J. R., & Martín Gil, L. M. (2001). Resultados del comité de evaluación de intervenciones quirúrgicas en un hospital. *Revista Cubana de Cirugía*, 40(1), 29-32.
11. Valera Mena, R., & García Gutiérrez, A. (2005). Comité de evaluación de intervenciones quirúrgicas (CEIQ). *Revista Cubana de Cirugía*, 44(4), 1-4.

12. Aguirre Gas, H. G., Zavala Villavicencio, J. A., Hernández Torres, F., & Fajardo Dolci, G. (2010). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía y Cirujanos*, 78(5), 456-462.
13. Portero Pérez, C. G., & Rosero M., C. A. † (Junio de 2017). Sistema de gestión de calidad en el área quirúrgica del Hospital Básico San Andrés de la Ciudad de Ambato basado en la NORMA ISO 901:2015. Ambato, Ecuador.
14. Gómez Ríos, M. A., Abad Gurumeta, A., Casans Francés, R., & Calvo Vecino, J. M. (2018). Claves para optimizar la eficiencia de un bloque quirúrgico. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 66(2), 104-112.
15. Arenas Márquez, H. (2014). Decálogo de reformas para mejorar la calidad en la atención quirúrgica en México. *Cirujano General*, 36(4), 197-198.
16. Aguirre Gas, H. G., & Vázquez Estupiñán, F. (2006). El error médico. Eventos adversos. *Cirugía y Cirujanos*, 74(6), 495-503.
17. León Asdrúbal, S. B., Juárez de la Torre, J. C., Navarro Tovar, F., Heredia Montaña, M., & Quintero Cabrera, J. E. (2016). Reintervenciones quirúrgicas abdominales no planeadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Puebla. *Gaceta Médica de México*, 152, 508-515.

11. ANEXOS

Puebla, Puebla a 28 de Enero de 2021.

Asunto: REVISIÓN DE EXPEDIENTES.




HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
04 FEB 2021
RECIBIDO
Coordinación de Archivo y Estadística

Dra. Viviane Josephine Maillet Sánchez
Subdirección de Enseñanza,
Investigación y Capacitación en Salud
PRESENTE

Con ATT: Julio Cesar Pacheco Castillo
Coordinador de Pregrado

Por medio de la presente le envié un cordial saludo y al mismo tiempo solicito su autorización para que se le permita a Jiménez Durán María Antonia apoyar en la revisión de los siguientes expedientes:


0000000000052991/19H	LETICIA CUAJTECO CARDOSO	*
0000000000052987/19H	FRANCISCA TOXQUI TEAPILA	*
0000000000052977/19H	LIZBETH CORTES MARTINEZ	*
0000000000052694/19H	CARMEN LIRA SANCHEZ	*
0000000000053040/19H	JULIA HERNANDEZ ROMERO	*
0000000000011244/17	ONLANDO HERNANDEZ MUÑOZ	*
0000000000053089/19H	WENDY ELIZABETH HORTA MARTINEZ	*
0000000000053107/19H	AGUSTIN VAZQUEZ SANCHEZ	*
000000000005500/05	JOSE LUIS TELLEZ GIRON CALDERON	*
0000000000053141/19H	JAVIER SALAZAR VARGAS	*
0000000000053209/19H	GILBERTO RICARDO TRUJILLO ALVAREZ	*
0000000000053039/19H	JOSE VEGA DE LA LUZ	*
0000000000053248/19H	RAFAEL TINOCO DEVERNARDI	*
0000000000053227/19H	CRISTINA GIL AGUILAR	*
0000000000053258/19H	MARIA FENINA RUBALCAVA RUBALCAVA	*
0000000000052693/19H	GUADALUPE CALVARIO RAMOS	*
0000000000053037/19H	MARIA DE LOURDES REYES DE LEON	*
0000000000053252/19H	RAUL ISLAS ROBLES	*
0000000000053284/19H	RANULFO VALLEJO MELO	*
0000000000053274/19H	MAROLAVA MARCE PEREZ VAZQUEZ	*
0000000000053294/19H	EVERARDO TECPA GONZALEZ	*
0000000000053304/19H	MARIA DEL RAYO NERI SAUCEDO	*
0000000000053431/19H	HORTENCIA ESPINDOLA MORA	*
0000000000053389/19H	ARNULFO HERRERA CORTES	*
0000000000053441/19H	ALFREDO HECTOR GUERRA LOPEZ	*
0000000000053461/19H	CRISTINA MORANCHEZ	*
000000000005355/19H	CARLOS RAUL SANCHEZ	*



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
03 FEB 2021
RECIBIDO
ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Puebla, Puebla a 24 de Febrero de 2021.

Asunto: REVISIÓN DE EXPEDIENTES.

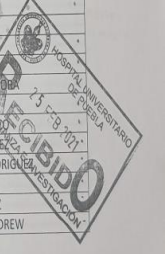


HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
26 FEB 2021
RECIBIDO
Coordinación de Archivo y Estadística

Dra. Viviane Josephine Maillet Sánchez
Subdirección de Enseñanza,
Investigación y Capacitación en Salud
PRESENTE


Por medio de la presente le envié un cordial saludo y al mismo tiempo solicito su autorización para que se le permita a Jiménez Durán María Antonia apoyar en la revisión de los siguientes expedientes:

0000000000057076/19H	ALEJANDRA ROCIO DEAQUINO GUEVARA	*
0000000000012755/05	FRANCISCO AYANCE JUAREZ	*
0000000000057072/19H	JACQUELINE MEMEHLA JUAREZ	*
0000000000057070/19H	ABIGAIL CRUZ ROSETE	*
0000000000057078/19H	CINDY QUIÑONES MORALES	*
0000000000057067/19H	MARIA FERNANDA ARGIGA CRUZ	*
0000000000057086/19H	LUIS FERNANDO MEJIA ROMERO	*
0000000000057134/19H	REYNA ZEPEDA HERNANDEZ	*
0000000000056935/19H	FABIAN ZURITA LAGOS	*
0000000000057162/19H	MARIA MAGDALENA CONDE CID DE LEON	*
0000000000057199/19H	ALEJANDRO COYOPOL RODRIGUEZ	*
0000000000056128/19H	JUAN ANTONIO TAPIA SOTO	*
0000000000057170/19H	KARINA BAUTISTA CHANTRE	*
0000000000057215/19H	ERNESTINA SORIA GALINDO	*
0000000000057152/19H	FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ MARTINEZ	*
0000000000057157/19H	MARIA MERCEDES FABRE GARCIA	*
0000000000057211/19H	MOISES ROSAS AGUILAR	*
0000000000057163/19H	LUCIA CRUZ HUERTA	*
0000000000057171/19H	MARIA SOLEDAD PEREZ CANSECO	*
0000000000057228/19H	TANIA CONCEPCION SARMIENTO	*
0000000000057235/19H	SANDRA OLIVIA MAGAÑA CRUZ	*
0000000000057249/19H	MARIA FERNANDA VAZQUEZ BLANCO	*
0000000000057248/19H	JAZMINE ANAIS SERRANO GUTIERREZ	*
0000000000057283/19H	JOSE DE JESUS SILVES ARROYO RODRIGUEZ	*
0000000000057269/19H	PABLO OCAMPO ARANDA	*
0000000000057247/19H	JENNY YESSICA ISIDRO HERNANDEZ	*
0000000000057243/19H	HECTOR FRANCISCO ESPINOZA ANDREW	*



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA
23 FEB 2021
RECIBIDO
INVESTIGACION

11.2 Hoja de recolección de datos

 BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
Nombre:	Edad:	
Fecha de nacimiento:	Expediente:	Sexo:
Fecha de ingreso:	Fecha de cirugía:	
Protocolo preoperatorio completo (laboratorio y gabinete):	() Sí	() No
Diagnostico pre quirúrgico:		
Cirugía planeada:		
Cirugía realizada:		
Diagnostico postquirúrgico:		
Hallazgos:		
Complicaciones:		
Médico cirujano:		
Resultado de patología:		
Re intervenciones quirúrgicas:	() Sí	() No
¿Existe discrepancia clínico-diagnostica?	() Sí	() No
Diagnóstico:	() Correcto	() Incorrecto

