



REVISTA MEXICANA DE

ISSN 2007-9346

CIRUGÍA DEL APARATO **DIGESTIVO**

Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

JULIO - SEPTIEMBRE
Vol. 11 No. 3, 2022

3

EDITORIAL

Modelo de atención para la salud
Ulises Rodríguez-Medina,
Ulises Rodríguez-Wong,
Gayne Ruby Medina-Murillo

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Mapa mental del Expediente clínico
de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana
Ulises Rodríguez-Medina,
Ulises Rodríguez-Wong,
Gayne Ruby Medina-Murillo

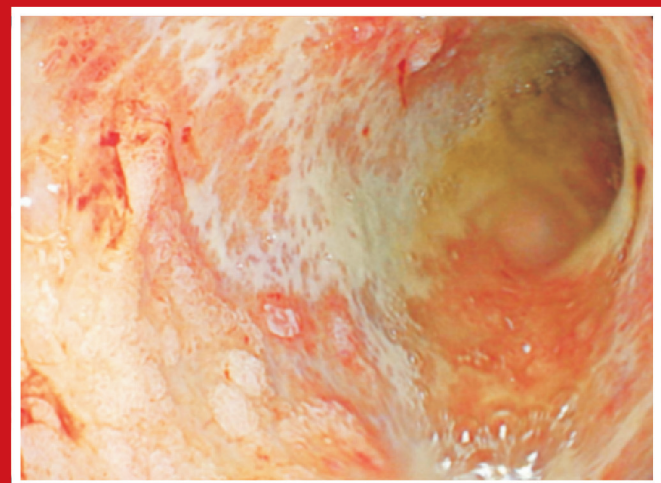
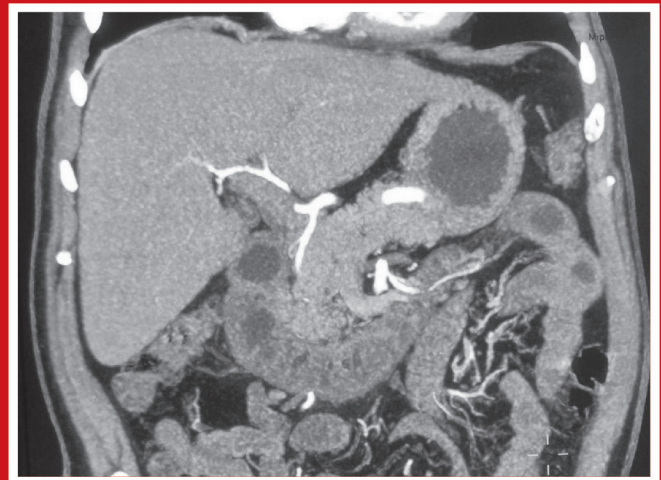
CASOS CLÍNICOS

Derrame pleural post colecistectomía laparoscópica
Lorena Ivonne Avendaño-Villela,
Alberto Robles Méndez-Hernández,
Ulises Rodríguez-Wong

Sangrado de tubo digestivo medio
secundario a yeyunitis ulcerativa.
Revisión de bibliografía y
presentación de caso
Fernando Vera-Rodríguez,
Alberto Robles Méndez-Hernández,
Eduardo Navarro-Pedroza,
Lorena Ivonne Avendaño-Villela,
Miguel Ángel Margain-Paredes,
Luis Virgilio Ponce-Pérez

ARTÍCULO ESPECIAL

Misión Humanitaria del
International College of Surgeons (ICS) en México
Ulises Rodríguez-Wong





REVISTA MEXICANA DE
CIRUGÍA DEL APARATO | **DIGESTIVO**

Órgano Oficial de la Asociación Mexicana
de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.



Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

JULIO-SEPTIEMBRE, 2022

Vol. 11, No. 3

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, A. C.

MESA DIRECTIVA

2021-2022

PRESIDENTE

Dr. Gonzalo Torres Villalobos

VICEPRESIDENTE

Dr. Quintín Héctor González Contreras

SECRETARIO

Dr. Rubén Vargas De La Llata

TESORERO

Dr. Reyes Betancourt Linares

VOCAL DEL CONSEJO CONSULTIVO

Dr. Alejandro Aceff González

CONSEJO CONSULTIVO

Dr. Armando Vargas Domínguez

Dr. Alejandro Aceff González

Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz

Dr. Luis Humberto Ortega León

Dr. Eduardo Prado Orozco

Dr. Eduardo Montalvo Javé

Dr. Javier García Álvarez

Dr. Ulises Rodríguez Wong

**REVISTA MEXICANA DE
CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO**

Publicación Trimestral

DIRECTOR

Dr. Gonzalo Torres Villalobos

EDITOR EN JEFE

Dr. Ulises Rodríguez Wong

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Armando Vargas Domínguez

Dr. Alejandro Aceff González

Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz

Dr. Luis Humberto Ortega León

Dr. Eduardo Prado Orozco

Dr. Eduardo Montalvo Javé

Dr. Javier García Álvarez

Dr. Ulises Rodríguez Wong

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, Año 11, Vol. 11, Núm. 3, Julio-Septiembre 2022, es una publicación trimestral editada por la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C. Calle Tlaxcala No. 161, Int. 501, Col. Hipódromo Condesa, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06170, Tels. 55 5286-9218 y 55 5211-4019. Correo electrónico: revista.amcad@hotmail.com. Editor responsable: Dr. Ulises Rodríguez Wong. Reserva de Derecho al Uso Exclusivo: 04-2021-091317214200-102. ISSN: 2007-9346. Licitud de Título y Contenido: En trámite.

Arte, diseño, composición tipográfica, proceso fotomecánico, impresión y acabado por Consorcio Editorial El León de Shalom, S.A. de C.V. Oficinas en Calzada de los Misterios No. 559, Col. Industrial, Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México. C.P. 07800. Correo electrónico: g.rosales.j@hotmail.com. Este número se terminó de imprimir en Septiembre de 2022.

Los conceptos publicados en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente las recomendaciones de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

Derechos reservados para todos los países signatarios de la Convención Panamericana y de la Convención Internacional sobre Derechos de Autor. Copyright©

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación, sin previa autorización del Editor y mención de la fuente.

Suscripción anual \$ 400.00 M.N. Suscripción para el extranjero \$ 20.00 US dólares, favor de enviar cheque o giro postal a nombre de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.



Contenido

EDITORIAL

Modelo de atención para la salud	61
Ulises Rodríguez-Medina, Ulises Rodríguez-Wong, Gayne Ruby Medina-Murillo	

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Mapa mental del Expediente clínico de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana	63
Ulises Rodríguez-Medina, Ulises Rodríguez-Wong, Gayne Ruby Medina-Murillo	

CASO CLÍNICOS

Derrame pleural post colecistectomía laparoscópica	69
Lorena Ivonne Avendaño-Villela, Alberto Robles Méndez-Hernández, Ulises Rodríguez-Wong	
Sangrado de tubo digestivo medio secundario a yeyunitis ulcerativa. Revisión de bibliografía y presentación de caso	73
Fernando Vera-Rodríguez, Alberto Robles Méndez-Hernández, Eduardo Navarro-Pedroza, Lorena Ivonne Avendaño-Villela, Miguel Ángel Margain-Paredes, Luis Virgilio Ponce-Pérez	

ARTÍCULO ESPECIAL

Misión Humanitaria del International College of Surgeons (ICS) en México	78
Ulises Rodríguez-Wong	



Contents

EDITORIAL

- Health care model 61**
Ulises Rodríguez-Medina,
Ulises Rodríguez-Wong, Gayne Ruby Medina-Murillo

REVIEW ARTICLE

- Mental map of the clinical record
according to the Official Mexican Standard 63**
Ulises Rodríguez-Medina,
Ulises Rodríguez-Wong, Gayne Ruby Medina-Murillo

CLINICAL CASES

- Pleural effusion after laparoscopic cholecystectomy 69**
Lorena Ivonne Avendaño-Villela,
Alberto Robles Méndez-Hernández, Ulises Rodríguez-Wong
- Bleeding from the
middle digestive tract secondary to ulcerative jejunitis.
Literature review and case presentation..... 73**
Fernando Vera-Rodríguez, Alberto Robles Méndez-Hernández,
Eduardo Navarro-Pedroza, Lorena Ivonne Avendaño-Villela,
Miguel Ángel Margain-Paredes, Luis Virgilio Ponce-Pérez

SPECIAL ARTICLE

- Humanitarian Mission of the
International College of Surgeons (ICS) in México 78**
Ulises Rodríguez-Wong



Modelo de atención para la salud

Ulises Rodríguez-Medina,* Ulises Rodríguez-Wong,** Gayne Ruby Medina-Murillo***

* Maestro en Administración de Organizaciones de la Salud. Doctorante en Ciencias.

** Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo, Doctor en Ciencias. Hospital Angeles Lindavista y Hospital Angeles Metropolitano.

*** Dermatóloga. Hospital Angeles Lindavista.

Health care model

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 11 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2022 / p. 61-62

El derecho a la salud se encuentra plasmado en el artículo 4to. de nuestra Constitución; sin embargo, el Sistema de Salud en México es heterogéneo, existe un Sistema de Salud para los trabajadores que pagan cuotas conjuntamente con los empleadores (IMSS, ISSSTE, entre otras instituciones) constituyendo la población de derechohabiente; otro sector tiene que recurrir a los hospitales públicos de la Secretaría de Salud y de organismos estatales (población derecho careciente); otro grupo de pacientes se atiende en hospitales privados; en tanto, que otra parte de la población no tiene acceso a los servicios de salud. Todo esto ocasiona, desde luego, que la administración de las organizaciones de Salud sea compleja y diferente en cada situación.¹ La meta de los últimos gobiernos ha sido establecer un Sistema Universal de Salud; no obstante, las condiciones económicas, políticas y sociales, han dificultado esta labor.

Las Normas Oficiales y la Ley General de Salud, han permitido regular aspectos de equipamiento, funcionalidad y reglas de operación y procedimientos de las instituciones; pero no han podido cerrar la brecha que existe entre las grandes diferencias de la población. En México sólo algunos hospitales privados están certificados internacionalmente por la *Joint Commission*, en tanto que en países más desarrollados la mayoría de sus hospitales tienen ésta acreditación internacional de calidad en salud. El gran reto de nuestro país, es el de llevar a todos los sectores de la población una atención eficiente de la salud con calidad y calidez.

La Ley General de Salud señala que el derecho a la protección de la salud se traduce en el disfrute de Servicios de Salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población.² Es por ello que el Sector Salud requiere de una transformación que permita proveer de más y mejores servicios de salud con los recursos actualmente disponibles, al mismo tiempo, que mejore su propuesta hacia los individuos y hacia las comunidades para lograr la equidad y la calidad con las cuales se deben prestar los servicios de salud, en nuestro país.

También es necesario hacer más eficientes los diferentes niveles de atención que conforman la estructura del Sistema de Salud actual. Al respecto, Gómez-Dantés³ señala lo siguiente: “*En términos más generales, el mayor reto del actual Sistema Mexicano de Salud es buscar alternativas para fortalecer su integración, de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas, se reduzcan los altos costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud*”.

El modelo de atención para la salud, debe estar apegado estrictamente a los más altos valores éticos, por parte de los profesionistas de la salud; actuando siempre dentro de la *lex artis*, siguiendo las guías actualizadas de las buenas prácticas médicas, y con absoluto respeto a la integridad del paciente.⁴ Es necesario que el personal de salud esté comprometido con el modelo de atención médica, que lo conozca y que lo cumpla con apego y responsabilidad. Que se privilegie el trabajo en equipo y a la vez la autonomía de los trabajadores.

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Medina

Tepic, Núm. 113, Int. 611, Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México

Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: som514_ulises@hotmail.com

El modelo de atención médica para solventar las necesidades de los Sistemas de Salud, debe contar también con el ingrediente fundamental de la calidez de la atención y una afable relación médico-paciente.⁴ Nunca hay que perder de vista que estamos atendiendo a seres humanos, a nuestros semejantes; que se encuentran en una situación de vulnerabilidad por el deterioro en su salud, por lo cual el trato debe ser siempre cordial y humano.

REFERENCIAS

1. Erazo A. Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 38(3): 248-53.
2. Garita-Acuautla, J. Enfoque de sistemas en la prestación de servicios de salud. Presentación en PDF. UNITEC 2019, México.
3. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México* 2019; 53(2): s220-s32.
4. Rodríguez-Wong U. La medicina basada en la relación médico-paciente. *Rev Hosp Jua Mex* 2012; 79(3): 132.



Mapa mental del Expediente clínico de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana

Ulises Rodríguez-Medina,* Ulises Rodríguez-Wong,** Gayne Ruby Medina-Murillo***

* Maestro en Administración de Organizaciones de la Salud. Doctorante en Ciencias.

** Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo, Doctor en Ciencias. Hospital Angeles Lindavista y Hospital Angeles Metropolitano.

*** Dermatóloga. Hospital Angeles Lindavista.

Mental map of the clinical record according to the Official Mexican Standard

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 11 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2022 / p. 63-68

RESUMEN

El Expediente clínico es el documento en el que el personal de salud registra la información de la enfermedad del paciente y sus datos personales. Es un elemento dinámico, que registra cada uno de los momentos de la atención del enfermo, desde el punto de vista clínico hasta los estudios de apoyo durante su tratamiento y evolución. La correcta integración y elaboración del Expediente clínico a través de sus diferentes segmentos permite dar al paciente una atención de calidad, cálida y segura. Se presenta en este artículo un mapa mental del Expediente clínico como una guía rápida de apoyo para poder llevar a cabo este proceso.

Palabras clave. Expediente clínico, mapa mental, historia clínica, notas médicas y de enfermería.

ABSTRACT

The clinical file is the document in which the health personnel record the information on the patient's illness and her personal data. It is a dynamic element, which records each of the moments of the patient's care, both from the clinical point of view and from the support studies during its evolution. The correct integration and preparation of the clinical file through its different segments allows the patient to receive quality care, warmth and safety. A mental map of the clinical file is presented in this article as a quick support guide to carry out this process.

Key words. Clinical file, mental map, clinical history, medical and nursing notes.

INTRODUCCIÓN

Recibe el nombre de expediente clínico, el conjunto único de información y datos personales de un paciente que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposi-

ciones jurídicas aplicables según lo señala la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico,^{1,2} con objeto de dejar evidencia o constancia documental de este proceso de atención médica a los pacientes.^{3,4}

Es a través del Expediente clínico que se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente, además de incluir, en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo y por ello su gran relevancia; debido a esto es indispensable que los prestadores de servicios de atención médica de los establecimientos de salud públicos y privados

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong

Tepic, Núm. 113, Int. 611, Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México
Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

estén comprometidos con la integración, actualización y conservación el expediente clínico.^{5,6} El expediente clínico debe de ser un documento claro, conciso y completo que registre los hallazgos clave de la evaluación del paciente e informe de los problemas del enfermo en un formato breve y legible a otros profesionales y trabajadores.^{7,8}

El expediente clínico consta de varios segmentos en donde se registra la información. La primera parte se refiere a los datos generales del paciente en donde se incluyen la edad, el sexo, lugar de origen, lugar de residencia y el nombre de un familiar legalmente responsable. Cabe aquí señalar que toda la información contenida en el expediente clínico es confidencial de acuerdo con la Legislación Nacional e Internacional, de hecho, se firma un acuerdo de confidencialidad de datos que se incluye en el expediente. Todo ello con fundamento a lo establecido en la Ley Federal de Acceso a la Información Pública y a los lineamientos generales para la Clasificación y Desclasificación de la Información de las Dependencias y Entidades.^{9,10}

Otros elementos que integran el expediente clínico son: la hoja frontal, la historia clínica, la nota de ingreso, las notas de evolución, las hojas de indicaciones, los resultados de los exámenes de laboratorio y de imagenología, las hojas de interconsulta, las hojas de enfermería, las hojas de trabajo social, el estudio socioeconómico, los consentimientos informados para procedimientos quirúrgicos o anestésicos y las notas de egreso del paciente.

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica continúa siendo la base para el diagnóstico en el proceso de atención del paciente. Dentro del expediente clínico en consulta general y de especialidad, de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, se debe incluir la historia clínica del paciente la cual deberá ser elaborada por el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, deberá incluir los siguientes apartados:

- **Interrogatorio.** Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas.
- **Exploración física.** Deberá tener como mínimo: *habitus* exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como,

datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud.

- Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Pronóstico.
- Indicación terapéutica.

NOTA DE EVOLUCIÓN

También dentro del expediente clínico tanto de consulta general y de especialidad de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, se debe incluir la Nota de Evolución la cual deberá ser elaborarla por el médico cada vez que proporciona atención al paciente de acuerdo con el estado clínico del mismo. Esta nota describirá lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas).
- Signos vitales, según se considere necesario.
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Pronóstico.
- Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.

NOTAS ADICIONALES

En cuanto a la **Nota de Interconsulta** de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, se señala que la solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico. La Nota, deberá elaborarla el médico consultado, ésta quedará integrada por los siguientes elementos:

- Criterios diagnósticos.
- Plan de estudios.
- Sugerencias diagnósticas y tratamiento.

La **Nota de Referencia/Traslado** de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, de requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen clínico con que se envía al paciente, constará de:

- Establecimiento que envía.
- Establecimiento receptor.
- Resumen clínico. Que incluirá como mínimo: Motivo de envío; impresión diagnóstica (incluido abuso y de-

pendencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas); terapéutica empleada, si la hubo.

La **Nota Médica Inicial en Urgencias** es también de suma importancia,¹¹ deberá elaborarla el médico y contendrá lo siguiente:

- Fecha y hora en que se otorga el servicio.
- Signos vitales.
- Motivo de la atención.
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso.
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Tratamiento y pronóstico.

La **Nota Médica de Evolución en Urgencias** deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo siguiente:

- Evolución y actualización del cuadro clínico (en su caso, incluir abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas).
- Signos vitales, según se considere necesario.
- Resultados relevantes de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que hayan sido solicitados previamente.
- Diagnósticos o problemas clínicos.
- Pronóstico.
- Tratamiento e indicaciones médicas; en el caso de medicamentos, señalando como mínimo la dosis, vía de administración y periodicidad.
- En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, que deberá realizar el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.

La **Nota Médica de Ingreso a Hospitalización**, de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

- Signos vitales.
- Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso.
- Resultados de estudios, de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Tratamiento y pronóstico.

Una vez que un paciente ha sido hospitalizado, deberá contar con **Notas de evolución diarias e indicaciones**, de acuerdo con lo señalado en párrafos anteriores.

La **Nota Preoperatoria en Hospitalización**, en el caso de los pacientes que requieran tratamiento quirúrgico, deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente, incluyendo a los cirujanos dentistas y deberá contener como mínimo:

- Fecha de la cirugía.
- Diagnóstico.
- Plan quirúrgico.
- Tipo de intervención quirúrgica.
- Riesgo quirúrgico.
- Cuidados y plan terapéutico preoperatorios.
- Pronóstico.

Antes de ser intervenido quirúrgicamente el paciente, un integrante del equipo quirúrgico podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la cirugía, en su caso, podrá utilizar la lista Organización Mundial de la Salud en esta materia para dicho propósito (paciente correcto, tratamiento correcto, lugar correcto, equipo quirúrgico correcto, materiales completos para la intervención quirúrgica). Así mismo el paciente contará con una nota preanestésica, y de vigilancia y registro anestésico, elaborada por el médico anestesiólogo.

La **Nota Postoperatoria** de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada y deberá contener como mínimo:

- Diagnóstico preoperatorio.
- Operación planeada.
- Operación realizada.
- Diagnóstico postoperatorio.
- Descripción de la técnica quirúrgica.
- Hallazgos transoperatorios.
- Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico.
- Incidentes y accidentes.
- Cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones.
- Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios.
- Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante.
- Estado postquirúrgico inmediato.
- Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato.
- Pronóstico.
- Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
- Otros hallazgos de importancia para el paciente, relacionados con el quehacer médico.
- Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

La **Nota de Egreso** de un paciente hospitalizado, deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:

- Fecha de ingreso/egreso.
- Motivo del egreso.
- Diagnósticos finales.
- Resumen de la evolución y el estado actual.
- Manejo durante la estancia hospitalaria.
- Problemas clínicos pendientes.
- Plan de manejo y tratamiento.
- Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.
- Atención de factores de riesgo (incluido abuso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas).
- Pronóstico.

En caso de **defunción**, señalar las causas de la muerte acorde a la información contenida en el certificado de defunción y en su caso, si se solicitó y se llevó a cabo estudio de necropsia hospitalaria.

HOJA DE ENFERMERÍA

La **Hoja de Enfermería** de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012, deberá elaborarse por el personal en turno, según la frecuencia establecida por las normas internas del establecimiento y las órdenes del médico (*Figura 1*) y deberá contener como mínimo:

- *Habitus* exterior.
- Gráfica de signos vitales.
- Administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía prescrita.



Figura 1. Expedientes clínicos.

- Procedimientos realizados.
- Observaciones.

REPORTE DE ESTUDIOS AUXILIARES

Las **Hojas de Reporte de los servicios auxiliares** de diagnóstico y tratamiento. Deberán ser elaboradas por el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

- Fecha y hora del estudio.
- Identificación del solicitante.
- Estudio solicitado.
- Problema clínico en estudio.
- Resultados del estudio.
- Incidentes y accidentes, si los hubo.
- Identificación del personal que realizó el estudio.
- Nombre completo y firma del personal que informa.

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Las **Cartas de Consentimiento Informado**, deben ser integradas al expediente clínico del enfermo y deberán contener como mínimo:^{12,13}

- Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso.
- Nombre, razón o denominación social del establecimiento.
- Título del documento.
- Lugar y fecha en que se emite.
- Acto autorizado.
- Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.
- Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal.
- Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.
- Nombre completo y firma de dos testigos.

Los **eventos mínimos** que requieren de cartas de consentimiento informado, de acuerdo con la NOM-004-SSA3-2012 serán:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor.

- Procedimientos que requieren anestesia general o regional.
- Salpingoclasia y vasectomía.
- Donación de órganos, tejidos y trasplantes.
- Investigación clínica en seres humanos.
- Necropsia hospitalaria.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales cuando lo estime pertinente, sin que, para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

La **Hoja de Egreso Voluntario** es el documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar. Cuando el egreso sea voluntario, aun en contra de la recomendación médica, la hoja se elaborará conforme a lo dispuesto en el artículo 79 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica y relevará de responsabilidad al establecimiento y al médico tratante. En el caso de egreso voluntario para continuar el tratamiento médico en otro establecimiento para la atención médica, la hoja deberá tener el nombre y firma del médico que lo autoriza. La Hoja de Egreso Voluntario deberá ser

elaborada por el médico y deberá contener como mínimo los siguientes datos:

- Nombre y domicilio del establecimiento.
- Fecha y hora del egreso.
- Nombre completo del paciente o del representante legal, en su caso, edad, parentesco, nombre y firma de quien solicita el egreso.
- Resumen clínico que se emitirá conforme a lo señalado anteriormente en esta norma.
- Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo.
- En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva.
- Nombre completo y firma del médico que emite la hoja.
- Nombre completo y firma de dos testigos.

La **Hoja de Notificación al Ministerio Público** será elaborada en casos en los que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:

- Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador.
- Fecha de elaboración.
- Identificación del paciente.
- Acto notificado.

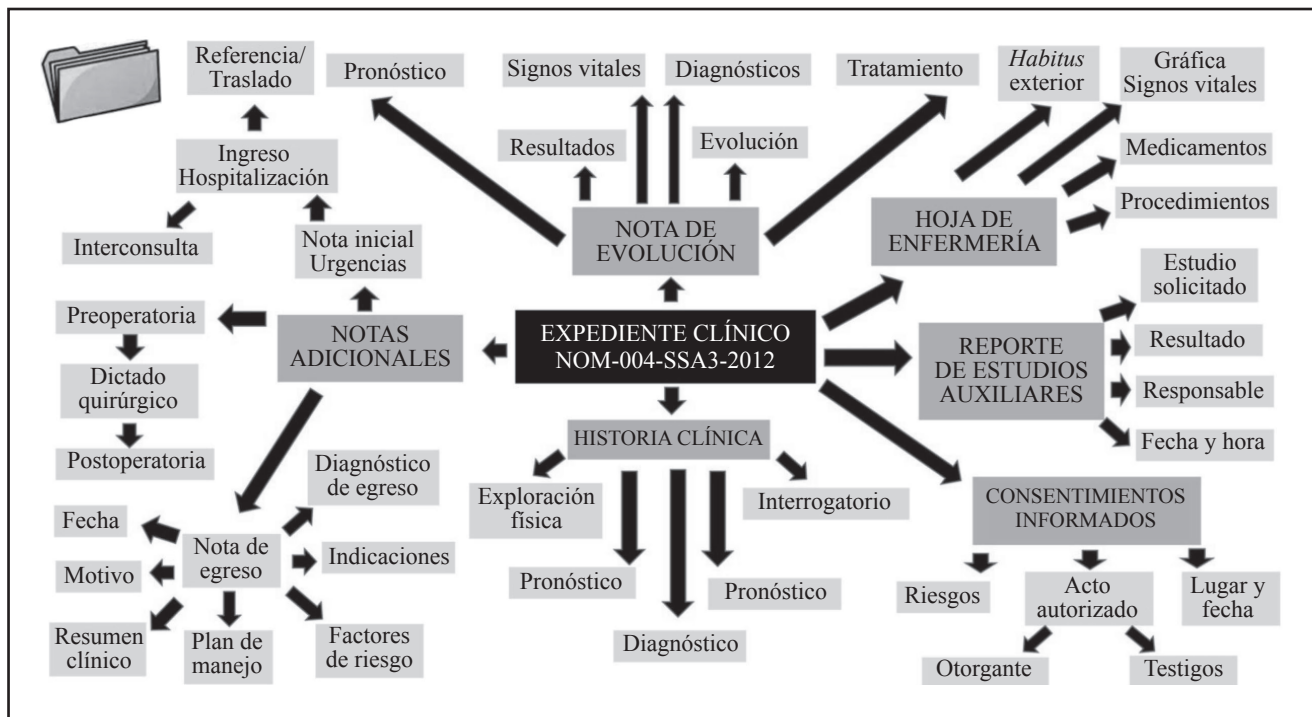


Figura 2. Mapa mental del Expediente clínico.

- Reporte de lesiones del paciente, en su caso.
- Agencia del Ministerio Público a la que se notifica.
- Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

Otras notas que puede contener el expediente clínico son: Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica; y las notas de defunción y de muerte fetal.

La Norma Oficial del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012, concuerda con normas internacionales y mexicanas. Su entrada en vigor dejó sin efectos a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999 y su modificación publicada el 22 de agosto de 2003 en el mismo órgano oficial de difusión.

Se presenta en este artículo un mapa mental del expediente clínico, que puede servir de guía rápida para la integración y la correcta elaboración del mismo (*Figura 2*), manteniendo de esta manera la calidad y la calidez de la atención del paciente.¹⁴

CONCLUSIÓN

La Norma Oficial del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012, tiene un carácter obligatorio para el personal de salud y las organizaciones de la salud de nuestro país, constituye un documento en donde se plasma la atención del enfermo, por lo que tiene alcance en la educación de la salud, la investigación; así como implicaciones desde el punto de vista médico legal. El expediente clínico adecuadamente elaborado e integrado constituye una medida de la calidad de la atención del paciente.

También es necesario recordar que no se debe soslayar el carácter humano de la relación médico paciente, que representa la esencia de la labor del médico y demás personal de la salud.

REFERENCIAS

1. Garduño EJ. (2006). Funciones del expediente clínico. *Rev CONAMED* 2006; 11(7): 27-8.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (2012). México, Diario Oficial de la Federación.
3. Rodríguez-Medina U, Rodríguez-Wong U, Medina-Murillo GR. Evolución de la Norma Oficial del Expediente Clínico en México. *Rev Mex Cir Ap Dig* 2022; 11(1): 5-7.
4. Olaeta Elizalde R. La importancia del expediente clínico. *Rev Hosp Jua Mex* 2001; 68(2): 95-103.
5. Pineda-Pérez D, Puentes-Rosas E, Garrido-Latorre F. Calidad en el llenado del expediente clínico quirúrgico en proveedores públicos de salud en México. *Rev CONAMED* 2011; 16(3): 101-7.
6. Rodríguez-Medina U, Medina-Murillo GR, Rodríguez-Wong U. Lineamientos oficiales del expediente clínico. *Rev Mex Cir Ap Dig* 2021; 10(4): 141-2.
7. Aguirre-Gas HG. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Sal Pub Mex* 1990; 32(2): 170-80.
8. Gutiérrez-Vega R, Gallegos-Garza AC, Uribe-Ramos M, Fajardo-Dolci F. El expediente clínico: su utilidad para evaluar la calidad de la atención médica y las implicaciones legales del cumplimiento de la normatividad vigente. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2011; 74(1): 30-4.
9. Rodríguez-Medina U, Rodríguez-Wong U, Medina-Murillo GR. El expediente clínico como documento médico legal. *Rev Mex Cir Ap Dig* 2021; 10(3): 101-2.
10. Dubón PM. La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo información en las controversias médico-paciente. *Rev Fac Med UNAM* 2010; 53(1): 15-20.
11. Loria-Castellanos J, De León EM, Guadalupe-Márquez A. Apego a la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de la Ciudad de México. *Rev Cub Med Int Emerg* 2008; 7(4): 1-6.
12. Rodríguez-Wong U. La medicina basada en la relación médico paciente. *Rev Hosp Jua Mex* 2012; 79(3): 132
13. Vargas-Sánchez K, Pérez-Castro JA, Soto-Arreola MO. Cumplimiento de los indicadores del modelo de evaluación del expediente clínico integrado y de calidad (MECIC). *Rev CONAMED* 2015; 20(4): 149-59.
14. Navarrete-Navarro S, López-García AG, Hernández-Sierra JF, Mejía JM, Rubio S. Consistencia y validez en la evaluación del expediente clínico. *Gac Med Mex* 2000; 136(3): 207-12



Derrame pleural post colecistectomía laparoscópica

Lorena Ivonne Avendaño-Villela,* Alberto Robles Méndez-Hernández,* Ulises Rodríguez-Wong**

* Servicio de Cirugía General del Hospital Ángeles Metropolitano de la Ciudad de México.
** Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo, Doctor en Ciencias. Hospital Ángeles Lindavista y Hospital Ángeles Metropolitano.

Pleural effusion after laparoscopic cholecystectomy

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 11 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2022 / p. 69-72

RESUMEN

La colecistectomía por laparoscopia es la forma de tratamiento con mayor grado de recomendación para la colecistitis aguda. Debido a que, este procedimiento quirúrgico se ha relacionado con una menor estancia hospitalaria postoperatoria, reducción de gastos de atención hospitalaria. La frecuencia de complicaciones de este procedimiento varía del 0.5 al 6%. Entre las complicaciones pulmonares postoperatorias se encuentran: atelectasias, neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo y bronco aspiración, tromboembolia pulmonar, derrame pleural, edema agudo pulmonar cardiogénico, neumotórax y broncoespasmo. Estas complicaciones constituyen una de las principales causas de prolongación en la estancia intrahospitalaria.

Palabras clave. Colecistectomía, laparoscopia, colecistectomía laparoscópica, derrame pleural.

ABSTRACT

Laparoscopic cholecystectomy is the form of treatment with the highest degree of recommendation for acute cholecystitis. Because, this surgical procedure has been related to a shorter postoperative hospital stay, reducing hospital care expenses. The frequency of complications of this procedure varies from 0.5 to 6%. Postoperative pulmonary complications include: atelectasis, pneumonia, acute respiratory distress syndrome and bronchial aspiration, pulmonary thromboembolism, pleural effusion, acute cardiogenic pulmonary edema, pneumothorax, and bronchospasm. These complications constitute one of the main causes of prolonged hospital stay.

Key words. Cholecystectomy, laparoscopy, laparoscopic cholecystectomy, pleural effusion.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía por laparoscopia es la forma de tratamiento con mayor grado de recomendación para la colecistitis aguda. Debido a que, este procedimiento quirúrgico se ha relacionado con una menor estancia hospitalaria postoperatoria, reducción de gastos de atención hospitalaria y menor número de complicaciones.¹⁻³ En México la prevalencia de colelitiasis se estima en 14.3%, en tanto que en los Estados Unidos de América se realizan más de 700,000 colecistectomías la mayoría de ellas por vía laparoscópica; el grupo de población con mayor riesgo de complicaciones corresponde a los pacientes del sexo masculino, diabéticos e hispanos.^{4,5}

Actualmente se considera a la colecistectomía laparoscópica como un procedimiento seguro con una baja tasa de morbilidad y mortalidad.⁶ Las principales complicaciones que presenta son la lesión del conducto biliar,⁷ fuga biliar,⁸ perforación de vesícula biliar, absceso y fístulas de pared vesicular e incluso la muerte. La mortalidad general por complicaciones no tratadas es de aproximadamente el 20%.⁹ Estas complicaciones tienen un impacto negativo en los resultados deseados, y pueden dar lugar a una mala calidad de vida; por lo que el paciente debe ser informado de estos riesgos y posibles complicaciones.¹⁰⁻¹²

Los factores asociados con complicaciones post colecistectomía por laparoscopia son la edad > 60 años, cirugía de

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic, Núm. 113, Int. 611. Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México
Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

emergencia y la presencia de comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión y sobrepeso, el antecedente de enfermedad pulmonar también se asocia con un mayor riesgo de complicaciones.¹³⁻¹⁵ El papel del género como factor de riesgo independiente para la colecistectomía laparoscópica complicada continúa siendo motivo de controversia.¹⁶

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 32 años de edad, soltero, profesionista independiente, con antecedentes heredofamiliares de padre diabético, antecedentes personales patológicos de fractura en antebrazo derecho a los 8 años de edad, y varicocele región escrotal derecha.

Inició su padecimiento actual 3 días antes de su internamiento con dolor en el hipocondrio derecho, tipo cólico, que se desencadenó después de la ingestión de alimentos colecistoquinéticos; presentando además náuseas y vómito de contenido amarillento y sabor amargoso, un día antes de su internamiento presentó además hipertermia no cuantificada.

Ingresa a servicio de urgencias de hospital privado de la Ciudad de México, en donde se realizan exámenes de laboratorio con hemoglobina de 14.2 g/dL, leucocitos de 11,500 por mm³, con neutrofilia del 78%, glucosa de 98 mg/dL, urea y creatinina normales.

Se le realizó un estudio de ultrasonografía de hígado, vesícula y vías biliares en donde se reportó colecistitis aguda litiásica con cálculo impactado en el conducto cístico.

El paciente fue intervenido quirúrgicamente realizándosele colecistectomía por vía laparoscópica sin incidentes en el transoperatorio. En su primer día de postoperatorio el paciente refirió dolor en región dorsal en la base de ambos hemitórax, así como tos seca sin expectoración, a la exploración física de los campos pulmonares se sospechó la presencia de derrame pleural bilateral, por lo que se realizó tomografía computarizada de tórax, la cual confirmó el diagnóstico (*Figuras 1 y 2*).

El paciente fue manejado con terapia respiratoria, albúmina sérica y diuréticos durante tres días, no ameritando colocación de sonda de pleurostomía, con buena evolución y resolución del derrame pleural.

DISCUSIÓN

La frecuencia de complicaciones asociadas a la colecistectomía laparoscópica varía del 0.5 al 6%.¹⁷ Las complicaciones pulmonares postoperatorias son la segunda causa de complicación peri operatoria;¹⁸ son frecuentes, costosas e incrementan la mortalidad de los pacientes. Los cambios en la función respiratoria ocurren inmediatamente después de la inducción de la anestesia general y de la administración de medicamentos para bloqueo neuromuscular. El sistema



Figura 1. Derrame pleural bilateral postcolecistectomía laparoscópica.



Figura 2. Derrame pleural postcolecistectomía laparoscópica, secuencia tomográfica.

respiratorio puede tardar hasta 6 semanas para recuperar sus condiciones previas a un procedimiento de cirugía mayor con anestesia general.¹⁹ Entre las complicaciones pulmonares postoperatorias se encuentran: atelectasias, neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo y bronco aspiración, tromboembolia pulmonar, derrame pleural, edema agudo pulmonar cardiogénico, neumotórax y broncoespasmo. Estas complicaciones constituyen una de las principales causas de prolongación en la estancia intrahospitalaria.

Durante la cirugía laparoscópica la presión intraabdominal juega un papel importante en la formación de atelectasias debido a que la presión intraabdominal elevada y la expansión abdominal desplazan el diafragma en dirección cefálica, causando un aumento en la presión intratorácica, provocando

que la parte abdominal de la pared del tórax pierda movilidad restringiendo de esta manera la expansión de los pulmones.²⁰

El derrame pleural durante el postoperatorio inmediato de cirugía de abdomen superior es relativamente frecuente, pero suele ser mínimo y de resolución espontánea. Cuando persiste, se debe tomar una muestra para estudiar su causa, ya que en algunos casos puede presentarse incluso un empiema.²¹

El derrame pleural como complicación de una colecistectomía laparoscópica puede presentarse hasta en el 33% de los pacientes según un estudio realizado por McAllister y cols., quienes realizaron estudios de tomografía computarizada en 27 pacientes a los que se les había realizado colecistectomía por laparoscopia, en las primeras 24 horas de su postoperatorio inmediato.²²

Sin embargo, en otro estudio de Bolívar-Rodríguez y cols., en donde se revisaron las complicaciones pulmonares en 139 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en un periodo de un año, únicamente 18 pacientes (12.9%) presentó alteraciones pulmonares en la tomografía de tórax que correspondieron a atelectasias lineales asociadas estadísticamente al tiempo de cirugía, índice de masa corporal y neumoperitoneo.²³

CONCLUSIONES

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico que se realiza de manera frecuente y es el tratamiento de elección para la coledolitiasis. Aunque en términos generales es un procedimiento seguro con cirujanos con el debido entrenamiento, su frecuencia de complicaciones varía del 0.5 al 6%. Entre las complicaciones pulmonares postoperatorias se encuentran: atelectasias, neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo y bronco aspiración, tromboembolia pulmonar, derrame pleural, edema agudo pulmonar cardiogénico, neumotórax y broncoespasmo. Estas complicaciones constituyen una de las principales causas de prolongación en la estancia intrahospitalaria.

REFERENCIAS

- Coccolini F, Catena F, Pisano M, Gheza F, Fagioli S, Di Saverio S, et al. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. *Int J Surg* 2015; 18: 196-204.
- Zacks SL, Sandler RS, Rutledge R, Brown RSJ. A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(2): 334-40.
- Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 2010; 97(2): 141-50.
- Enríquez-Sánchez LB, García-Salas JD, Carrillo-Gorena J. Colecistitis crónica y aguda, revisión y situación actual en nuestro entorno. *Cir Gen* 2018; 40(3): 175-8.
- Budnick HC, Lee IL, Milan SA. Hispanic ethnicity and complication profile following laparoscopic and open cholecystectomy. *J Surg Res* 2017; 219: 33-42.
- Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN, et al. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. A meta-analysis. *Ann Surg* [Internet]. 1996; 224(5): 609-20.
- Huang X, Feng Y, Huang Z. Complications of laparoscopic cholecystectomy in China: an analysis of 39,238 cases. *Chin Med J (Engl)*. 1997; 110(9): 704-6.
- Sandblom G, Videhult P, Crona Guterstam Y, Svenner A, Sadrazi O. Mortality after a cholecystectomy: a population-based study. *HPB (Oxford)* 2015; 17(3): 239-43.
- Halpin V. Acute cholecystitis. *BMJ Clin Evid* [Internet]. 20 de agosto de 2014; 2014: 411.
- Bouras G, Burns EM, Howell A-M, Bagnall NM, Lee H, Athanasiou T, et al. Systematic review of the impact of surgical harm on quality of life after general and gastrointestinal surgery. *Ann Surg* 2014; 260(6): 975-83.
- Birkmeyer JD, Dimick JB, Birkmeyer NJO. Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes? No competing interests declared. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2004; 198(4): 626-32.
- Alexander HC, Bartlett AS, Wells CI, Hannam JA, Moore MR, Poole GH, et al. Reporting of complications after laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *Hpb* [Internet]. 2018; 20(9): 786-94.
- Scollay JM, Mullen R, McPhillips G, Thompson AM. Mortality associated with the treatment of gallstone disease: a 10-year contemporary national experience. *World J Surg* 2011; 35(3): 643-7.
- Dolan JP, Diggs BS, Sheppard BC, Hunter JG. The national mortality burden and significant factors associated with open and laparoscopic cholecystectomy: 1997-2006. *J Gastrointest Surg* 2009; 13(12): 2292-301.
- Cheng S-P, Chang Y-C, Liu C-L, Yang T-L, Jeng K-S, Lee J-J, et al. Factors associated with prolonged stay after laparoscopic cholecystectomy in elderly patients. *Surg Endosc* 2008; 22(5): 1283-9.
- Kanakala V, Borowski DW, Pellen MGC, Dronamraju SS, Woodcock SAA, Seymour K, et al. Risk factors in laparoscopic cholecystectomy: a multivariate analysis. *Int J Surg* 2011; 9(4): 318-23.
- Radunovic M, Lazovic R, Popovic N, Magdelinic M, Bulajic M, Radunovic L, Vukovic M, Radunovic M. Complications of Laparoscopic Cholecystectomy: Our Experience from a Retrospective Analysis. *Open Access Maced J Med Sci* 2016; 4(4): 641-6.
- Ladha K, Vidal Melo MF, McLean DJ, Wan-derer JP, Grabitz SD, Kurth T, et al. Intraoperative protective mechanical ventilation

- and risk of postoperative respiratory complications: hospital based registry study. *BMJ* 2015; 351: h3646.
19. Miskovic A, Lumb AB. Postoperative pulmonary complications. *British Journal Anaesthesia* 2017; 118(3): 317-34.
20. Hua J, Gong J, Yao L, Zhou B, Song Z. Low-pressure versus standard-pressure pneumo-peritoneum for laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Surg* 2014; 208(1): 143-50.
21. Grassi F, Ernst G, Bosio M, Costabel C, Di Pietro E, Lyons G. Empiema torácico como complicación de la colecistectomía laparoscópica: comunicación de un caso y revisión bibliográfica. *Rev Am Med Resp* 2015; 3: 237-40.
22. Mcallister JD, D'Altorio RA, Snyder A. CT findings after uncomplicated percutaneous laparoscopic cholecystectomy. *J Comput Assist Tomogr* 1991; 15(5): 770-2.
23. Bolívar-Rodríguez MA, Magaña-Zavala PA, Cázarez-Aguilar MA, Pamanes-Lozano A, Murúa-Millán OA, Peraza-Garay FJ. Complicaciones pulmonares en el postoperatorio inmediato de colecistectomía laparoscópica electiva. *Rev Med UAS* 2020; 10(2): 80-8.



Sangrado de tubo digestivo medio secundario a yeyunitis ulcerativa. Revisión de bibliografía y presentación de caso

Fernando Vera-Rodríguez,* Alberto Robles Méndez-Hernández,* Eduardo Navarro-Pedroza,*
Lorena Ivonne Avendaño-Villela,* Miguel Ángel Margain-Paredes,* Luis Virgilio Ponce-Pérez*

* Departamento de Cirugía General. Hospital Ángeles Metropolitano.

Bleeding from the middle digestive tract secondary to ulcerative jejunitis. Literature review and case presentation

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 11 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2022 / p. 73-77

RESUMEN

Introducción. La dificultad de encontrar la fuente de sangrado con las técnicas convencionales se presenta en el 10 - 20% de todos los pacientes y se encuentra relacionado con el uso limitado de métodos diagnósticos. En nuestro país, se registra una mortalidad del 15 - 20%, con un promedio general de 863,000 ingresos hospitalarios al año por hemorragia gastrointestinal. **Presentación de caso.** Paciente masculino de 76 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 15 años de evolución. Se hospitaliza por estado hiperosmolar secundario a enteritis infecciosa, presentando hematoquecia 5 días posterior a hospitalización. Se reanima y protocoliza identificándose yeyunitis por tomografía, durante vigilancia presenta recurrencia con descenso de hemoglobina hasta 4.6 por lo que se realiza laparotomía exploradora, se evidencian lesiones extraluminales, se mete endoscopio por enterotomía a 70 cm de asa fija, identificándose duodenitis y yeyunitis ulcerativa sangrante proximal y distal a enterotomía, se decide resección de 110 cm y se reconstruye con entero-entero latero-lateral anastomosis mecánica. Sin recurrencia de sangrado en postquirúrgico se decide alta de hospitalización al día 5. **Conclusiones.** El sangrado en el tubo digestivo medio es una patología poco frecuente, potencialmente mortal. La yeyunitis es una de las etiologías de sangrado de tubo digestivo secundario a enfermedad celíaca y en menor medida a enfermedad inflamatoria intestinal. Debe considerarse tratamiento

ABSTRACT

Introduction. The difficulty of finding the source of bleeding with conventional techniques occurs in 10 - 20% of all patients and is related to the limited use of diagnostic methods. In our country, a mortality rate of 15 - 20% is recorded, with a general average of 863,000 hospital admissions per year due to gastrointestinal bleeding. **Case presentation.** A 76-year-old male patient with a 15 years history of type 2 diabetes mellitus. He was hospitalized for a hyperosmolar state secondary to infectious enteritis, presenting hematochezia 5 days after hospitalization. He was revived and protocolized, identifying jejunitis by tomography, during surveillance: He presented a recurrence with a drop in hemoglobin to 4.6, so an exploratory laparotomy was performed, evidence of extraluminal lesions, an endoscope was inserted through a 70 cm fixed-loop enterotomy, identifying bleeding ulcerative duodenitis and jejunitis proximal and distal to enterotomy, a 110 cm resection was decided and reconstructed with mechanical anastomosis. With no recurrence of postoperative bleeding, hospital discharge was decided on day 5. **Conclusions.** Bleeding in the middle digestive tract is a rare pathology, potentially fatal. Jejunitis is one of the etiologies of digestive tract bleeding secondary to celiac disease and, to a lesser extent, to inflammatory bowel disease. Surgical treatment should be considered in case of recurrence and hemodynamic instability when resolution by other methods has failed.

Correspondencia:

Dr. Alberto Robles Méndez-Hernández
Hospital Ángeles Metropolitano. Departamento de Cirugía General
Tlacotalpan, Núm. 59. Col. Roma Sur. Alcaldía Cuauhtémoc. C.P. 06760, Ciudad de México. México
Correo electrónico: albertormh01@gmail.com

quirúrgico ante recidiva e inestabilidad hemodinámica cuando hayan fracasado resolución por otros métodos.

Palabras clave. Yeyunitis, hemorragia del tubo digestivo.

Key words. *Jejunitis, gastrointestinal bleeding.*

INTRODUCCIÓN

Típicamente, el sangrado digestivo se clasificaba en dos categorías de acuerdo a su origen. Aquellos que se originan por encima del ligamento de Treitz, denominados sangrado de tubo digestivo alto y sangrado de tubo digestivo bajo a los que se localizan en el colon, desde el ciego hasta el ano. En la actualidad, con las nuevas tecnologías y los nuevos métodos diagnósticos, se ha considerado una nueva clasificación con el objetivo de mejorar la comprensión de esta entidad, identificar la localización del sangrado de forma más específica, así como optimizar el uso de recursos disponibles para su tratamiento. Actualmente se considera sangrado de tubo digestivo alto aquel que se origina por encima de la ampolla de Vater, medio al que surge desde la ampolla de Vater hasta la válvula ileocecal, y por último, inferior cuando se origina a partir del colon.¹⁻⁴

La dificultad de encontrar la fuente de sangrado con las técnicas convencionales se presenta en el 10 - 20% de todos los pacientes y se encuentra relacionado con el uso limitado de métodos diagnósticos. En nuestro país, se registra una mortalidad del 15 - 20%, con un promedio general de 863,000 ingresos hospitalarios al año por hemorragia gastrointestinal. El sangrado de tubo digestivo puede poner en riesgo la calidad de vida de los pacientes e incluso puede representar un peligro para la vida, por lo que en la actualidad se han retomado distintos avances para identificar y evitar el sangrado de origen oscuro.^{1,2,5}

Las causas de sangrado del intestino delgado son diversas, abarcan las de origen tumoral, inflamatorio, vascular en el 70% de los casos y se relacionan estrechamente con la edad y la zona geográfica. Entre las causas más comunes de sangrado de tubo digestivo medio en pacientes menores de 40 años se encuentran los tumores malignos, enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca, divertículo de Meckel y lesiones de Dieulafoy, mientras que en pacientes mayores de 40 años es más común que se produzca por angiectasias, enteropatía por AINEs así como también enfermedad celíaca.

Clínicamente, el sangrado gastrointestinal en el 70% es visible como hematoquecia o melena y puede ser oculto en el 30%. La hematoquecia o melena están sujetas al tamaño de la pérdida de continuidad del tejido, al grado de sangrado, así como también al tránsito intestinal y comorbilidades del

paciente. Se debe buscar minuciosamente en enfermedades cardíacas, hipertensión portal, hemodiálisis, uso de aspirina, AINE o anticoagulantes, antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, procedimientos quirúrgicos previos y enfermedades malignas. El sangrado digestivo oscuro se define como el sangrado recurrente o persistente de origen desconocido después de haber realizado una abordaje diagnóstico inicial con resultado negativo y se identifica por una anemia ferropénica o sangre oculta en heces.^{2,3}

En los últimos años se han encontrado nuevos métodos diagnósticos que superan a los tradicionalmente usados. Las indicaciones de cada uno de los métodos utilizados varían de acuerdo con la localización del sangrado digestivo, así podemos decir que: la identificación de un sangrado de tubo digestivo alto se puede realizar mediante gastroscopia, para el sangrado de tubo digestivo bajo a través de la colonoscopia y para la identificación del sangrado de tubo digestivo medio se han empleado en la actualidad nuevos métodos que reducen la incidencia del sangrado oscuro, entre los más utilizados se encuentra la cápsula endoscópica, la enteroscopia de mono balón y la de doble balón (también conocida como enteroscopia asistida con dispositivos). Con estos avances, se ha logrado identificar hasta el 70 a 80% de los casos, logrando realizar un correcto tratamiento. Se necesitan más estudios sobre métodos diagnósticos y tecnologías nuevas debido a la variabilidad de la presentación de las enfermedades intestinales cuyo componente principal es la hemorragia del intestino medio.⁶

Hemorragia de tubo digestivo medio asociado a yeyunitis ulcerativa

La yeyunitis ulcerativa es una entidad típicamente asociada a una complicación de la enfermedad celíaca y en menor medida a enfermedad inflamatoria intestinal, es predominante en pacientes del sexo femenino con mayor incidencia entre la sexta y séptima década de vida.⁷ Clínicamente presenta hemorragia, perforación u obstrucción, además de manifestaciones habituales de la enfermedad como diarrea, esteatorrea, pérdida de peso, afectando yeyuno e íleon.⁸

Se sugiere realizar el abordaje diagnóstico inicial con cápsula endoscópica para la detección precoz de esta complicación y para el estudio de extensión de la enfermedad. Sin embargo, la visualización y localización de lesiones mediante

este método puede seguirse de una enteroscopia de doble balón para confirmar el diagnóstico histológico y realizar un tratamiento endoscópico de las lesiones que lo requieran.⁹⁻¹¹

Es necesario realizar un estudio histológico para confirmar el diagnóstico de esta entidad, encontrando en algunos casos datos característicos de la enfermedad celíaca como aumento de linfocitos intraepiteliales, hiperplasia de criptas, atrofia vellositaria, infiltrado inflamatorio en lámina propia y datos de yeyunitis ulcerativa como ulceración, colágeno subepitelial (ocasional) y metaplasia gástrica (ocasional). En la inmunohistoquímica se identifican linfocitos intraepiteliales con CD3+/CD7+ más CD4+/CD8+ o CD4-/CD8-. Debido a estos hallazgos es importante diferenciar diversas patologías que cursan con atrofia vellositaria como aumento de linfocitos intraepiteliales, esprue tropical, esprue colágeno, intolerancia a las proteínas, tuberculosis, SIDA, enteritis por radiación, enfermedad de Crohn, gastroenteritis eosinofílica y enteropatía autoinmune.^{8,12}

El tratamiento de la yeyunitis ulcerativa es poco claro, sin embargo, se han reportado casos de mejoría ante el uso de corticoides a dosis de 1 mg/kg/día de prednisona y prednisolona en determinados casos. Pese a que hay mejoría clínica a corto plazo, no se presenta mejoría histológica, lo cual puede ser un desafío en el tratamiento a largo plazo, haciendo del pronóstico un panorama desfavorable.^{7,8,13} La mesalazina ha demostrado gran eficacia en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, absorbiendo el 80% del fármaco antes de llegar a íleon terminal y colon. Aunque no se conoce el mecanismo de acción exacto, se han propuesto varios mecanismos como la inhibición de citocinas inflamatorias, barrido de radicales libres, inhibición de la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos, actividad inmunosupresora e incapacidad de adhesión y función de células blancas. El uso de este medicamento dependerá de la fase de la enfermedad inflamatoria intestinal (inducción, mantenimiento o remisión), la localización, efectos adversos y disponibilidad.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 76 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de 15 años de evolución en tratamiento con insulina, hipertensión arterial sistémica en tratamiento y antecedente tabaquismo.

Inicia con cuadro de gastroenteritis infecciosa con promedio de 7 evacuaciones al día con moco sin sangre, pirosis y vómito de contenido gástrico en una ocasión. Presentó mejoría de cuadro gastrointestinal con rifaximina. A la semana presenta hiperglucemia cuantificada en casa de 480 mg/dL acompañado de dolor abdominal de intensidad hasta 8/10 por EVA de tipo difuso generalizado, a la exploración física se encuentra palidez de piel y mucosas, soplo de llenado, abdomen

plano depresible sin irritación peritoneal, sin masas palpables. Presentando los siguientes laboratorios: gasometría arterial con pH 7.48, PCO₂ 23, PO₂ 74, Na 126, K 3.2, Cl 95, glucosa 533 mg/dL, lactato 1.9, bicarbonato 21.3. BH: hemoglobina 13.8, hematocrito 40.1%, plaquetas 327, leucocitos 35.3, neutrófilos 95%, linfocitos 0.72.

QS: glucosa 262, BUN 102, urea 219, creatinina 3.48, ácido úrico 11.1, albúmina 2.6, Na 137, K 3.08, Cl 108, calcio 8.1 (corregido 9.3). Se ingresa y se corrige estado hiperosmolar. Se solicita tomografía simple y contrastada de abdomen (*Figura 1*) en la cual se identifican datos tomográficos de enfermedad

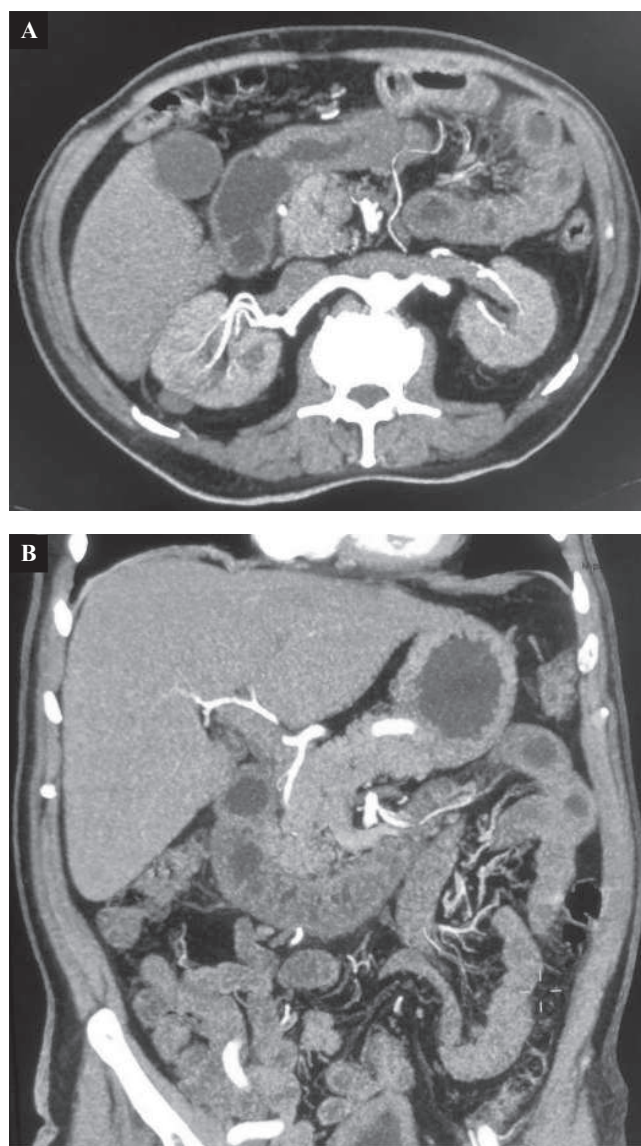


Figura 1. Tomografía axial computada en la cual se evidencia inflamación de mucosa duodeno yeyunal. **A.** Corte coronal. **B.** Corte axial.

inflamatoria intestinal a nivel duodenoyeyunal. Adecuada evolución con manejo hospitalario y se concluye que la gastroenteritis favoreció estado hiperosmolar siendo esta la causa de deshidratación, se egresa con mesalazina y cefixima.

A la semana se presenta con melena y descenso de hemoglobina a 6.6 g/dL, se transfunden dos paquetes globulares con mejoría parcial. A las 12 horas de vigilancia intrahospitalaria presenta recurrencia con descenso nuevamente de hemoglobina a 4.6 g/dL por lo que se pasa a laparotomía de urgencia. Se realiza revisión de intestino delgado desde ángulo de Treitz hasta válvula ileocecal. Se identificó una lesión exofítica de 4 mm a 30 cm del ángulo de Treitz y se realiza endoscopia transoperatoria sin hallazgos en tubo digestivo superior, se realiza enterotomía a 70 cm del ángulo se introduce endoscopio teniendo una visión retrógrada y anterógrada del intestino delgado (*Figura 2*), evidenciando múltiples ulceraciones de

yeyuno con sangrado activo, se realiza resección de 90 cm de yeyuno con úlceras y se realiza anastomosis latero-lateral mecánica, durante el procedimiento quirúrgico y recuperación se realiza transfusión de 3 concentrados eritrocitarios y 2 plasma fresco congelado. Durante su vigilancia en piso se administra mesalazina sin evidencia de recurrencia de sangrado, por lo que se decide alta de hospitalización. El resultado de patología reporta enteritis aguda ulcerada panmural y peritonitis crónica por enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica.

CONCLUSIONES

El sangrado de tubo digestivo representa un peligro para la vida, por lo que retoma importancia un diagnóstico apropiado con nuevas tecnologías para reducir la tasa de casos de sangra-

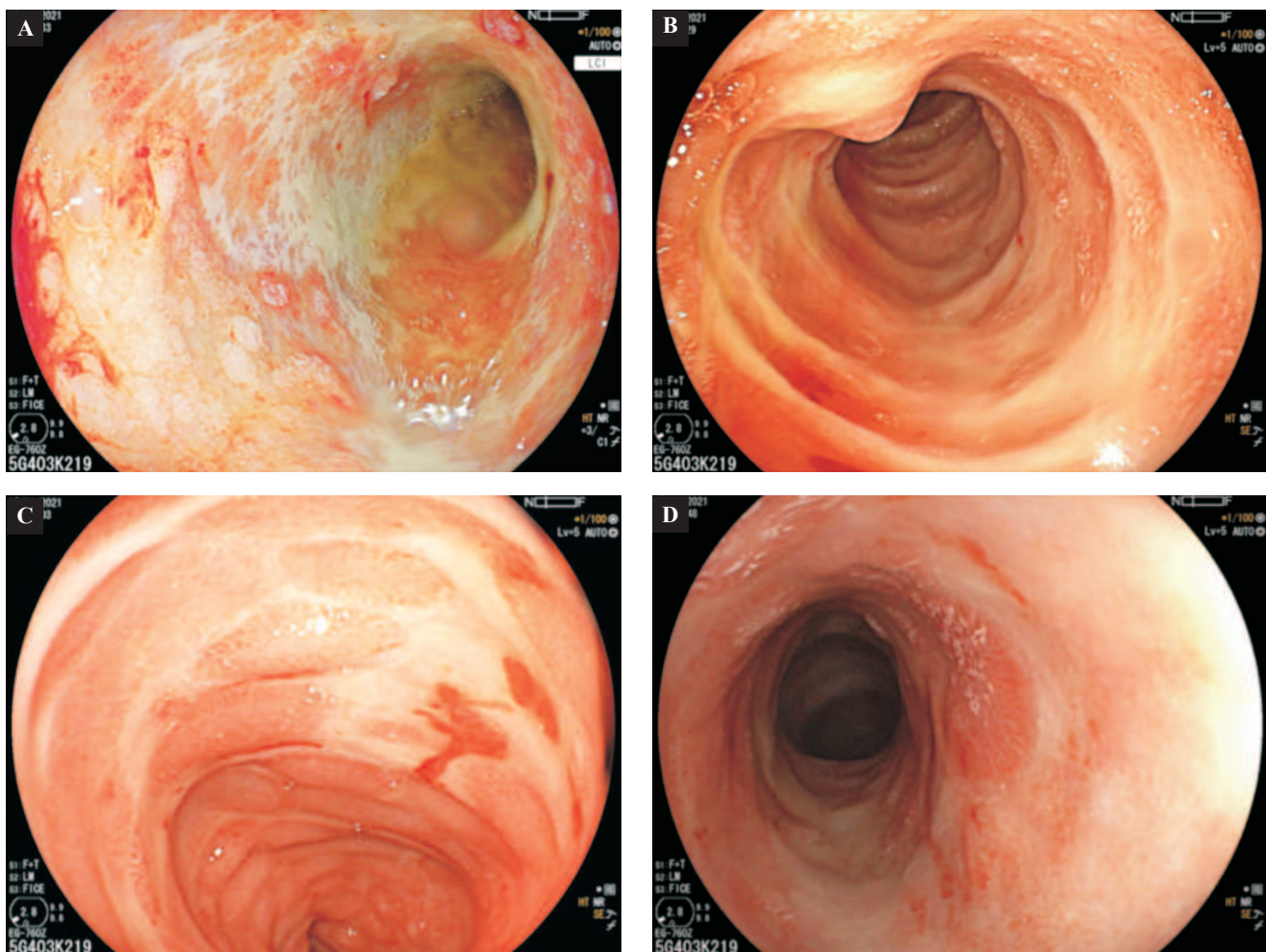


Figura 2. Imagen a través de enterotomía a 70 cm de asa fija evidenciando múltiples ulceraciones sangrantes. *A y B.* Endoscópica proximal. *C y D.* Endoscópica distal.

do oscuro. En nuestro caso no hay evidencia para considerar sangrado de tubo digestivo medio por yeyunitis ulcerativa precedida por enfermedad celíaca dados los hallazgos histológicos y antecedentes del paciente por lo que se concluye que esta entidad se originó por una enfermedad inflamatoria intestinal. Pese a que el tratamiento de yeyunitis ulcerativa es poco claro, se han reportado casos con buena respuesta a prednisona y en determinados casos se ha recomendado el tratamiento etiológico de la entidad que lo origina. El tratamiento con mesalazina en nuestro paciente tuvo un impacto favorable debido a que la causa de la yeyunitis ulcerativa fue originada por una enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica. Debe considerarse tratamiento quirúrgico ante recidiva e inestabilidad hemodinámica cuando haya fracasado la resolución por otros métodos. La yeyunitis ulcerativa tiene un mal pronóstico debido a las complicaciones postoperatorias, sepsis, perforación, obstrucción o hemorragia.

REFERENCIAS

- Sahury S, Pineda S, Sanchez M. Hemorragia gastrointestinal oculta, un diagnóstico retórico. *Revista Médica Hondureña* [Internet]. 2021, Vol. 89, Supl No.1, 2021 pp. S1-68 [citado el 12 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-7.pdf>
- Juliao-Baños F. Sangrado gastrointestinal oscuro: ¿Cuál es el mejor abordaje diagnóstico? [Internet]. Scielo.org.co. 2010 [citado el 12 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v25n2/v25n2a10.pdf>
- Sandoval C, Lúquez A, Marulanda H, Otero W. Sangrado del intestino delgado: enfoque y tratamiento [Internet]. Scielo.org.co. 2017 [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v32n3/0120-9957-rcg-32-03-00245.pdf>
- Blancas J. Hemorragia de Intestino Medio, ¿que hemos avanzado? *Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas* [Internet] 2020; 32 (supl 1): 23-25. [citado el 12 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.endoscopia-ameg.com/portadas/end_20_32_suplec0s.pdf
- Madrigal-Garibay JI, Lozada-Pérez CA, Melchor-López A, Vargas-Ayala G, Martínez-Nava GA. Lactato sérico como factor predictivo de mortalidad en pacientes con sangrado del tubo digestivo alto. *Med Interna Méx* [Internet]. 2018 Feb [citado 2022 Abr 13]; 34(1): 38-45. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000100006&lng=es
- Ohmiya N. Management of obscure gastrointestinal bleeding: Comparison of guidelines between Japan and other countries. *Digestive Endoscopy* [Internet] 2020; 32: 204-18. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/epdf/10.1111/den.13554>
- Pérez Benavente Fernández A, Maraver-García A, Romero-Jiménez MJ, Barrios-Merino A. ¿Es la yeyunitis ulcerativa crónica una entidad propia? *Anales de Medicina Interna* [Internet]. 2004 May 1 [citado 2022 Apr 12]; 21(5): 58-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000500016
- Pallares-Manrique H, Benitez-Rodríguez B. Enfermedad celíaca refractaria [Internet]. Vol. 31, 2008 [citado 2022 Apr 12]. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2008/31/4/03/pdf>
- Sáez R. Enfermedad celíaca. *Inf Ter Sist Nac Salud* [Internet]. 2010 [citado 2022 Apr 12]; 34(2): 49-59. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n2enfCeliaca.pdf
- Lynch-Mejía MF. La cápsula endoscópica como estudio diagnóstico en gastroenterología. *Rev Med Sinergia* [Internet]. 2019 Mar 23 [citado 2022 Apr 12]; 4(4). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms194c.pdf>
- Cedrón-Cheng H. Cápsula endoscópica del intestino delgado. *Rev de Gastroenterología del Perú* [Internet]. 2010 Sep 1 [citado 2022 Apr 12]; 30(4): 341-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292010000400009
- Gil-Gulías L, Sierra-Santos L, Bravo-Lizcano R, Moreno-Caballero B. Enfermedad celíaca refractaria: cuando la dieta sin gluten no sana. *Rev Clínica de Medicina de Familia* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2022 Apr 12]; 9(2): 110-3. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2016000200008
- García-Mateo S, Velamazán-Sandalinas R, Hijos-Mallada G, Abad-Baroja D, Hernández-Ainsa M, Saura-Blasco N, et al. Yeyunitis ulcerativa. Manifestación grave e infrecuente en el debut de la enfermedad celíaca. *Gastroenterología y Hepatología* [Internet]. 2021 Oct 1 [citado 2022 Apr 12]; 44(8): 568-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210570520303265?via%3Dihub>

Misión Humanitaria del International College of Surgeons (ICS) en México

Ulises Rodríguez-Wong*

* Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo, Doctor en Ciencias. Hospital Ángeles Lindavista y Hospital Ángeles Metropolitano.

Humanitarian Mission of the International College of Surgeons (ICS) in México

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 11 Núm. 3 / Julio-Septiembre, 2022 / p. 78-79

El día 15 de julio de 2022, en un restaurante del Paseo de la Reforma, en la Ciudad de México, se reunieron el Comité de la Misión Humanitaria Taiwan-Guatemala-México del Colegio Internacional de Cirujanos, encabezado por la Dra. Aij-Lie Kwan, Presidente Mundial del Colegio Internacional de Cirujanos (ICS) y la Sección México del mismo Colegio (*Figura 1*).

Durante la reunión se plantearon los objetivos de la Misión Humanitaria del Colegio, que se llevará a cabo a principios del año 2023, en Guatemala y en México.

Participaron en la reunión, el Dr. Fidel Ruiz-Healy, Ex Presidente del Colegio Internacional de Cirujanos; el Dr. Ulises Rodríguez-Wong, Secretario Electo de la Federación de Norte América del Colegio Internacional de Cirujanos; el Dr. Abel Jalife-Montaño, Secretario Asociado de la Federación de Norte América; el Dr. Pablo Elías, de Guatemala; y el Dr. Ulises Elizalde, del Estado de Hidalgo en México; Sr. Javier Hsu, Director de Prensa y Cultura de la Oficina Económica y Cultural de Taipei en México; entre otros (*Figura 2*).



Figura 1. De izquierda a derecha: Dr. Ulises Rodríguez-Wong, Secretario electo de la Federación de Norte América del International College of Surgeons (ICS); Dra. Aij-Lie Kwan, Presidente Mundial del ICS; Dr. Fidel Ruiz-Healy, Expresidente Mundial del ICS; Dr. Abel Jalife-Montaño, Secretario Asociado de la Federación de Norte América del ICS.

Figure 1. From left to right: Dr. Ulises Rodríguez-Wong, Secretary Elect of the North American Federation of the International College of Surgeons (ICS); Dr. Aij-Lie, Kwan World President of the ICS; Dr. Fidel Ruiz-Healy, Former President ICS; Dr. Abel Jalife-Montaño, Associate Secretary of the ICS North American Federation.

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong

Tepic, Núm. 113, Int. 611. Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México

Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx



Figura 2. Miembros del Comité de la Misión Humanitaria Taiwan-Guatemala-México.

Figure 2. Members of the Taiwan-Guatemala-México Humanitarian Mission Committee.

On July 15th, 2022, in a restaurant on Paseo de la Reforma, in México City, the Committee of the Taiwan-Guatemala-México Humanitarian Mission of the International College of Surgeons met, headed by Dr. Aij-Lie Kwan, World President of the International College of Surgeons (ICS) and the México Section of the same College (Figure 1).

During the meeting, the objectives of the College's Humanitarian Mission were raised, which will be carried out at the beginning of 2023, in Guatemala and México.

Participating in the meeting were: Dr. Fidel Ruiz-Healy, Former President of the International College of Surgeons; Dr. Ulises Rodríguez-Wong, Secretary Elect of the North American Federation of the International College of Surgeons; Dr. Abel Jalife-Montaño, Secretary Associate of the Federation of North America; Dr. Pablo Elías from Guatemala; Dr. Ulises Elizalde from the State of Hidalgo in México and Mr. Javier Hsu, Director of Press and Culture of the Economic and Cultural Office of Taipei in México, among others (Figure 2).





REVISTA MEXICANA DE
CIRUGÍA DEL APARATO | **DIGESTIVO**