

Especialización en Medicina Familiar Integral



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Trabajo de grado

IDENTIFICAR CUAL ES LA CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS ASGE Y
JAVERIANA APLICADA COMO PREDICTORES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA
COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN UNA
INSTITUCIÓN PRIVADA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C DURANTE EL
PERIODO DE ENERO 2019 A MAYO 2019

WILLIAM DAVID ARREGOCES FERNANDEZ
YULI JOHANA NAVARRETE CUSPOCA
YIDY HAYBELL URREGO CARDENAS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR INTEGRAL
BOGOTA D.C.
2021

IDENTIFICAR CUAL ES LA CONCORDANCIA ENTRE LAS ESCALAS ASGE Y
JAVERIANA APLICADA COMO PREDICTORES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA
COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS EN UNA
INSTITUCIÓN PRIVADA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C DURANTE EL
PERIODO DE ENERO 2019 A MAYO 2019

WILLIAM DAVID ARREGOCES FERNANDEZ
YULI JOHANA NAVARRETE CUSPOCA
YIDY HAYBELL URREGO CARDENAS

PROYECTO DE GRADO

GONZALO BERNAL FERREIRA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRAL
DOCENTE INVESTIGATIVO - TUTOR TEMÁTICO

VICTOR HUGO FORERO SUPELANO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRAL
DOCENTE INVESTIGATIVO - TUTOR METODOLÓGICO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR INTEGRAL
BOGOTÁ D.C.

2021

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

BOGOTA D.C 27 DE AGOSTO DE 2021

El presente trabajo es dedicado principalmente a Dios , quien es el principal protagonista de este sueño alcanzado; además ha sido parte fundamental para mantenernos unidos con salud en medio de esta pandemia, y a todas las personas que perdieron la batalla a causa de esta.

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a la facultad, de forma especial al programa de Medicina Familiar quien en cabeza del Doctor Victor Hugo Forero y Gonzalo Bernal Ferreira, en sus roles de tutores fueron vitales y ofrecieron aportes relevantes para ver reflejado el esfuerzo que significó el paso a paso de esta investigación y con quienes se logró elaborar este trabajo en conjunto con nosotros en función de investigadores, dando un reconocimiento especial a el grupo de cirugía de la Clinica Corpas ya que en forma conjunta con Especialistas, residentes y estudiantes, fueron fundamentales en la aplicación de las escalas en los pacientes con patología biliar. No obstante muchas fueron las personas que en forma directa e indirecta y aun sin saberlo, nos acompañaron en el progreso de esta investigación.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	6
1. OBJETIVOS	7
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2.1 DEFINICIÓN	
1.2.2 JUSTIFICACIÓN	9
1.3 MARCO TEÓRICO	10
1.4 MATERIALES Y MÉTODOS	11
1.4.1 MATERIALES	
1.4.2 METODOLOGÍA	
1.5 DESARROLLO DEL PROYECTO	12
1.5.1 ANÁLISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO	
1.6 CRONOGRAMA	
1.7 CONCLUSIONES.	13
1.7 RECOMENDACIONES	14
1.8 BIBLIOGRAFÍA	15

LISTA DE GRÁFICAS

Pág

Gráfica 1. Clasificación ASGE

Gráfica 2. Criterios escala ASGE

Gráfica 3. Criterios muy fuertes: Cálculo en el colédoco por ultrasonido.

Gráfica 4. Criterios muy fuertes: Bilirrubinas mayor a 4 mg / dl.

Gráfica 5. Criterios muy fuertes: Presencia de Colangitis.

Gráfica 6. Criterios fuertes: Bilirrubinas entre 1.8 - 4 mg / dl.

Gráfica 7. Criterios fuertes: Bioquímica hepática anormal diferente a bilirrubinas .

Gráfica 8. Criterios Moderados: Presencia de Pancreatitis.

Gráfica 9. Criterios Moderados: Edad mayor a 55 años.

Gráfica 10. Clasificación ASGE

Gráfica 11. Criterios escala JAVERIANA.

Gráfica 12. Elevación de transaminasas.

Gráfica 13. Ictericia.

Gráfica 14. Elevación de fosfatasa.

Gráfica 15. Elevación de bilirrubinas.

Gráfica 16. Resultados de Colangiorensonancia.

Gráfica 17. Resultados de CPRE.

Gráfica 18. Remitidos.

Gráfica 19. Excluidos.

Gráfica 20. Sexo.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. ASGE

TABLE 15. Proposed strategy to assign risk of choledocholithiasis and manage patients with symptomatic cholelithiasis based on clinical predictors

Probability	Predictors of choledocholithiasis	Recommended strategy
High	Common bile duct stone on US/cross-sectional imaging or Clinical ascending cholangitis or Total bilirubin >4 mg/dL and dilated common bile duct on US/cross-sectional imaging	Proceed to ERCP
Intermediate	Abnormal liver biochemical tests or Age >55 years or Dilated common bile duct on US/cross-sectional imaging	EUS, MRCP, laparoscopic IOC, or intraoperative US
Low	No predictors present	Cholecystectomy with/without IOC or intraoperative US

US, Ultrasound; IOC, intraoperative cholangiography.

Anexo B. JAVERIANA

Análisis multivariado de las variables predictivas de coledocolitiasis

Variable	OR (IC 95%)
Edad	1.01 (0.99-1.02)
Ictericia	2.90 (1.38-6.08)
Pancreatitis	0.58 (0.30-1.12)
Diámetro del colédoco > 7 mm (US)	4.30 (2.52-7.33)
Bilirrubina total > 2,0 mg/dl	2.43 (1.07-5.52)
Fosfatasa alcalina sobre el valor normal	1.40 (0.68-2.89)
AST > 1,5 veces el valor normal	0.98 (0.38-2.54)
ALT > 1,5 veces el valor normal	3.13 (1.06-9.26)

Escala para la evaluación de coledocolitiasis en pacientes con colelitiasis

Factor	Points
Vía biliar > 7mm	4
Ictericia	3
ALT 1.5 veces	3
BT > 2 mg/dl	2
AST 1.5 veces	1
Fosfatasa alcalina positiva	1
Pancreatitis	1
Edad mayor de 55 años	1
Total	16

Tabla 3. Validación escala Comparación interpoblacional

Riesgo	Población 1 (original)		Población 2 (validación)	
	No.	Coledocolitiasis	No.	Coledocolitiasis
Normal	373	3 (0.8%)	61	0
Bajo	252	18 (6.15%)	57	4 (7%)
Medio	156	38 (24.3%)	57	17 (29.8%)
Alto	59	35 (59.3%)	12	6 (50%)
Total	840	94 (11.9%)	187	27 (14.4%)

GLOSARIO

ALAT: Alanina aminotransferasa.

ASAT: Aspartato aminotransferasa.

ASGE: Sociedad Americana para Endoscopia Gastrointestinal.

CIO: Colangiografía intraoperatoria.

CSD: Cuadrante superior derecho.

CPRE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

COLEDOCOLITIASIS: Es la presencia de por lo menos un cálculo biliar en el conducto colédoco.

COLELITIASIS: Cálculos en la vesícula.

RESUMEN

La Sociedad Americana para Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) en su guía de práctica clínica publicada en el año 2010 propone la escala de predictores para coledocolitiasis en pacientes con colelitiasis sintomática y la escala de la Javeriana propuesta por Luis Carlos Dominguez con el fin de facilitar su manejo intrahospitalario y disminuir las complicaciones de la patología, donde quisimos establecer la concordancia de las dos herramientas mediante la revisión de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años en una institución privada de la ciudad de Bogotá D.C durante el periodo de enero 2019 a mayo 2019 por esta razón se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo, retrospectivo y cualitativo primario con una revisión de 500 historias clínicas a las cuales se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, obteniendo una muestra de 248 historias clínicas, las cuales se organizaron en una base de datos, graficando por medio de tablas dinámicas, los datos relevantes de los criterios y variables establecidas para este estudio, de esta forma se determinó la concordancia entre las dos escalas del estudio en mención, Los resultados permitieron describir las características de la población arrojando los porcentajes generados, según las variables establecidas para la población seleccionada generando como dato relevante, que no hay concordancia y estos datos están ligados a él poco, no usó de forma adecuada o mala interpretación de las escalas.

INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar también conocida como colelitiasis siendo una patología que afecta la vesícula biliar y las vía biliares extrahepática como consecuencia de la presencia normal de cálculos que pueden llegar a obstruir totalmente el conducto cístico, interactuando diferentes factores como la edad, el género, la obesidad, el embarazo, factores dietéticos, entre otros; su cuadro clínico abarca múltiples síntomas desde dolor en hipocondrio derecho con una caracterización importante y un hallazgo clínico propio de la enfermedad: signo de murphy, algunos hallazgos paraclínicos como son la leucocitosis elevación de PCR y alteración de la bioquímica hepática incluso algunos pacientes podrían estar asintomático.

Se destaca que la litiasis no es la única causa de la obstrucción de la via biliar por lo tanto se hace necesaria usar de forma racional las herramientas ofrecidas, dado que la coledocolitiasis no es una enfermedad fácil de diagnosticar lo que hace que muchos pacientes sean sometidos innecesariamente a pruebas invasivas y que estos puedan presentar complicaciones potencialmente graves como la pancreatitis, colangitis, perforación duodenal, hemorragias y como pero escenario mortalidad.

1. OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la concordancia entre las escalas ASGE y escala Javeriana como predictores para el diagnóstico de la coledocolitiasis en pacientes mayores de 18 años en una institución de tercer nivel de la ciudad de Bogotá DC durante el periodo de enero 2019 a mayo 2019.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Obtener información de cuántas personas fueron diagnosticadas con coledocolitiasis en el periodo de enero de 2019 a Mayo de 2019.
2. Describir las características de las personas atendidas en el servicio de cirugía con diagnóstico de coledocolitiasis, con énfasis en las variables que piden la escalas.
3. Identificar la existencia del riesgo en la historia clínica, como registro luego de la aplicación de la escala javeriana y ASGE.
4. Mostrar si en todas las historias clínicas de pacientes con coledocolitiasis se registró el riesgo arrojado al final de la aplicación de la prueba como alto, intermedio o bajo. según lo medido con la aplicación de los instrumentos de estudio.
5. De manera transversal el grupo investigador, tomará las historias clínicas y medirá el grado de riesgo, aplicando la escala javeriana y ASGE con los datos obtenidos en este documento. Para evaluar la concordancia entre el predictor aplicado por el primer observador y nuestra evaluación.
6. Identificar la concordancia de la utilización de la escala javeriana en la clínica Juan N Corpas.
7. Identificar si en cada nivel de riesgo descrito: alto, intermedio o bajo fue aplicado el estudio confirmatorio que sugiere la prueba.

8. Analizar los resultados obtenidos de la investigación.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Siendo la patología biliar una enfermedad altamente prevalente y unos de los problemas de salud más frecuente en el mundo estimándose en un 15 % de la población europea en donde el 5 al 20 % se complican a coledocolitiasis. En Colombia y en el mundo disponemos de herramientas que nos permiten establecer la posibilidad de prever algunas complicaciones y dándonos la oportunidad de tomar decisiones en cuanto al diagnóstico de la coledocolitiasis y manejo, se ha evidenciando la poca, inadecuada utilización o mala interpretación para llegar a este; es requerido que exista un trabajo que oriente a la población médica a tener un elemento de orientación para evitar el uso inadecuado de los recursos. de manera que se tomen las mejores decisiones para tener el diagnóstico de forma que se impacte en la morbilidad y en los elevados costos de salud con el uso racional tanto en el ámbito clínico como en investigación.

1.2.2 JUSTIFICACIÓN.

La razón por la cual se hace este trabajo está dado por el volumen de pacientes que consultan y a quienes se les diagnostica enfermedad litiásica de la vía biliar y que en muchas ocasiones son llevados a procedimiento invasivos de manera innecesaria o no muy clara; lo que nos hace pensar que los score clínicos se usan poco o no se usan de forma adecuada y esto justifica la poca, inadecuada utilización o mala interpretación; con lo que quisimos mostrar la concordancia y plasmar que pese a la diversidad de criterios pudiéramos mostrar cual es la escala más clara para tener un resultado adecuado.

1.3 MARCO TEÓRICO

La patología biliar es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo. Dentro de estas encontramos la colelitiasis, consiste en la presencia de litos en la vesícula biliar, los pacientes con colelitiasis son asintomáticos. Sin embargo, hasta el 4% llega a padecer de cólicos biliares cada año. De aquellos casos sintomáticos, uno de cinco desarrollará colecistitis aguda si no es tratado oportunamente; por otra parte, la colecistitis aguda, corresponde a un síndrome de dolor en cuadrante superior derecho acompañado generalmente de leucocitosis e inflamación de la paredes de la vesícula biliar, distensión de la misma, líquido perivesicular, esto evidenciado ecográficamente; causada principalmente por cálculos, sin embargo, entre el 5 a 10% de las colecistitis pueden presentarse con ausencia de litos, la cual se denomina colecistitis como acalculosa. Por otro lado, otra presentación clínica, es la colecistitis crónica la cual está descrita como infiltración persistente de células inflamatorias en la vesícula biliar.

La colecistitis calculosa aguda se inicia con la obstrucción del drenaje vesical secundario a la incrustación de un cálculo en la fosa de Hartmann o en el conducto cístico. Dicha obstrucción puede ser parcial y de corta duración, y manifestarse tan sólo como un cólico biliar. Si la obstrucción es completa y continua, se produce un aumento en la presión dentro de la luz, desencadenado por el incremento del volumen de bilis y secreciones vesiculares. El músculo liso de la vesícula se contrae con el objetivo de expulsar el cálculo, lo que genera distensión vesicular y episodios de dolor. El aumento de la presión dentro de la luz y el trauma generado por los cálculos sobre el epitelio vesicular, en el contexto de una bilis litogénica, conllevan la liberación de prostaglandinas I₂ y E₂, lo cual favorece aún más el proceso inflamatorio. Por lo tanto, el dolor se caracteriza por ser de gran intensidad y se localiza en el epigastrio, e hipogastrio derecho, o ambos, con una característica irradiación a la espalda, la escápula derecha o la región interescapular. El dolor puede ser exacerbado luego de la ingestión de comida rica en ácidos grasos. El episodio de dolor se resuelve al soltarse el

cálculo y pasar por la vía biliar, lo que produce una disminución de la presión dentro de la luz y el retorno del flujo sanguíneo vesicular.

La colecistitis calculosa aguda se presenta en mayor proporción en mujeres entre la cuarta y la sexta década de la vida, lo cual es concordante con las características demográficas de su etiología principal, la colelitiasis.

Clásicamente, se han resumido los factores de riesgo para el desarrollo de colelitiasis con la nemotecnia en inglés de las cuatro F [female (sexo femenino), fat (obesidad), fertile (partos múltiples) y forty (cuarta década de la vida)], características que en su mayoría se relacionan con niveles altos de progesterona y la subsecuente alteración en la motilidad de la vesícula y la vía biliar. Se ha demostrado que las mujeres son dos veces más propensas a padecer colelitiasis y que cierto grado de obesidad (IMC mayor de 34 kg/m² en hombres y de 38 kg/m² en mujeres) otorga un riesgo significativo para el desarrollo de colelitiasis. Otras entidades se han asociado a la formación de cálculos biliares, tales como el uso de los siguientes medicamentos: fibratos, tiazidas, ceftriaxona en niños, octreótido por largos periodos y la terapia de reemplazo hormonal.

Entre las complicaciones más frecuentes de la patología biliar encontramos la coledocolitiasis, la cual se define como presencia de cálculos en el conducto colédoco, si bien se puede presentar como complicación (coledocolitiasis secundaria), también puede presentarse de manera primaria. Las manifestaciones clínicas de la misma no difieren mucho con el cuadro de colecistitis aguda, excepto que en la coledocolitiasis, para clínicamente hay alteración de las pruebas hepáticas, presentando un patrón colestásico. Ahora bien, el dolor de la colecistitis aguda acalculosa se inicia como el del cólico biliar, pero se torna constante (dura más de seis horas) y puede asociarse a fiebre. En caso de que el cuadro clínico esté asociado a ictericia, coluria o acolia, se deben descartar enfermedades biliares obstructivas como la coledocolitiasis. Si, además, se presenta la tríada de Charcot (fiebre, ictericia y dolor en el hipocondrio derecho), debe descartarse colangitis. Por lo que es relevante el examen físico el signo de Murphy se induce al presionar con los pulgares de ambas manos por debajo del reborde costal derecho, mientras que se le pide al paciente que inspire profundamente. En caso de que la vesícula sea sensible, el paciente interrumpe la respiración ("paro inspiratorio"). Correctamente practicada la maniobra, este signo tiene una sensibilidad de hasta

97%, especificidad del 48%, valor diagnóstico positivo del 70% y valor diagnóstico negativo del 93%.

En busca de establecer consensos actualizados en el manejo de colecistitis y colangitis el año 2007, en Japón, se establecieron las Guías de Tokio con la participación de más de 20 países; posteriormente se realizaron cambios en base a estudios retrospectivos, en 2013, se promueven una revisión de los nuevos criterios de diagnóstico y manejo de la colecistitis aguda según las TG-13, indicando que la sospecha diagnóstica se puede tener con la combinación de un criterio local con otro sistémico.

Desde el 2006 el hospital Universitario San Ignacio estableció un protocolo para la predicción de coledocolitiasis en pacientes con colelitiasis que involucra la presencia de una o más variables clínicas (criterio clínico: ictericia, colangitis, pancreatitis), una o más variables bioquímicas (criterio bioquímico: bilirrubina total >1,5 mg/dl, aumento mayor a 1,5 veces de la alanina aminotransferasa (ALT) o la aspartato aminotransferasa (AST), y de la fosfatasa alcalina (FA) por encima del valor normal) y la dilatación del colédoco por ecografía (criterio ecográfico: diámetro >6 mm).

A partir de estas variables los pacientes son clasificados en alto riesgo de coledocolitiasis cuando presentan tres criterios (clínico + bioquímico + ecográfico). Según una evolución institucional del funcionamiento del modelo estos pacientes exhiben una probabilidad de coledocolitiasis del 54.3%. aquellos con dos criterios positivos diferentes al clínico (ecográfico + bioquímico) se considera en riesgo medio y los que presentan sólo un criterio (clínico o bioquímico o ecográfico) son considerados de bajo riesgo. Quienes se clasifican en riesgo medio presentan una tasa de coledocolitiasis del 20.1% y los de bajo riesgo del 3.8%. Los pacientes sin criterios positivos son considerados como normales, aunque presentan una probabilidad de coledocolitiasis del 0.89%.

De acuerdo con el protocolo, los pacientes de alto riesgo deben ser sometidos a CPRE y esfinterotomía endoscópica y extracción de cálculos, los de riesgo medio a CRMN o CPRE y los de riesgo bajo a CIO, CRMN u observación a criterio del cirujano. En los casos fallidos del tratamiento por CPRE se realiza exploración abierta de la vía biliar con extracción de los cálculos.

La coledocolitiasis no es una enfermedad fácil de diagnosticar, lo que causa que muchos pacientes sean sometidos innecesariamente a pruebas invasivas como lo es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, donde los pacientes pueden llegar a presentar complicaciones potencialmente graves como lo son la pancreatitis, colangitis, perforación duodenal y hemorragias. Se estima que su mortalidad sería un 0,7%.

1.4.1 MATERIALES.

Historias clínicas, bases de datos y artículos.

1.4.2 METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Este es un estudio de corte transversal, descriptivo, retrospectivo y cualitativo primario.

La población objeto:

El universo de los pacientes mayores de 18 años atendidos en el servicio de cirugía general de la Clínica Corpas durante el periodo periodo de enero 2019 a mayo 2019 que consultaron por dolor abdominal que cumplieron las características para entrar en el estudio según los criterios de inclusión.

Población elegible:

Pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y que no tengan características de exclusión.

1.5 DESARROLLO DEL PROYECTO

1.5.1. ANÁLISIS Y DESARROLLO DEL PROYECTO.

Se realizó la revisión de 248 pacientes, de estos 160 es decir el 65% son mujeres y 88 pacientes son hombres para el 35 % de la muestra total de pacientes, del total de pacientes el 45.5 son mayores de 55 años lo que representa a 113 pacientes.

Se evaluó la aplicación de dos escalas de riesgo para coledocolitiasis, la escala de la javeriana y la sugerida por la asociación de gastroenterología de Estados Unidos.

La escala de la javeriana fue aplicada y registrada en 45 pacientes ingresados, es decir en el 18.1 % de los pacientes, y para la escala de la ASGE, fue registrada en 246 pacientes ingresados es decir en el 99.1% de los pacientes. Siendo la escala de asociación americana de gastroenterología la más utilizada para la clasificación del riesgo de coledocolitiasis en la institución.

En cuanto al rendimiento de la clasificación del riesgo por escalas, la escala de la javeriana clasifíco 14 pacientes como riesgo intermedio es decir el 31 % de los pacientes a los que se aplicó dicha escala, de estos 14 pacientes solamente 4 tenían confirmación de coledocolitiasis por resonancia magnética, es decir el 33% de rendimiento de la prueba para el diagnóstico de coledocolitiasis, de este 33 % de positividad para la enfermedad, la probabilidad de riesgo fue verdaderamente influida por la presencia de ictericia en el 50 % de los paciente con resonancia positiva, el 100% de estos pacientes tenían elevación 5 veces mayor de transaminasas, el 66% presentaban elevación de las bilirrubinas, y solamente el 25 % fue positivo para presencia de pancreatitis aguda; Llama la atención que en total de los 248 pacientes se realizó 68 colangiogramas y de estas 17 fueron positivas para coledocolitiasis es decir el 6.8%, pero para el riesgo moderado de la clasificación de la javeriana solo 4 de estas 17 fueron positivas los

que dejó por fuera del diagnóstico a 13 pacientes que significan el 76 % de los pacientes que realmente presentaban coledocolitiasis. Para riesgo alto se clasificaron 3 pacientes según la escala de la Javeriana, es decir el 6,6 % en quienes se aplicó dicha escala. Dos de estos pacientes tenían ictericia, elevación de bilirrubinas y transaminasas y eran mayores de 55 años, se logró confirmar la presencia de coledocolitiasis por CPRE, el paciente número 3 fue remitido por lo cual no se logró confirmar la patología, es decir que para riesgo alto esta escala tiene un rendimiento del 100 %, en cuanto a la clasificación, a diferencia de la clasificación de riesgo intermedio.

En riesgo bajo se clasificaron 27 pacientes los cuales presentaban ausencia de ictericia bilirrubinas elevadas dilatación de la vía biliar y presencia de pancreatitis, a un paciente de esta clasificación se le realizó resonancia nuclear magnética la cual fue negativa, estos 27 pacientes fueron clasificados por la escala de la ASGE como riesgo intermedio y alto, sin lograr establecer el diagnóstico ya que no se realizó resonancia ni CPRE al parecer por mala clasificación de riesgo, lo que quiere decir que la clasificación establecida por la Javeriana tiene un adecuado rendimiento para descartar la presencia de coledocolitiasis.

En general para los 248 pacientes evaluados, se registró la escala de la Javeriana en 45 pacientes y para la escala de la ASGE se registró en 246 pacientes, de este total de registros se pudo encontrar a que 78 pacientes fueron clasificados por la escala de la ASGE como riesgo intermedio, 114 como riesgo alto y 54 como riesgo bajo.

De los 78 pacientes de riesgo intermedio solo fueron sometidos a estudios complementarios con resonancia 38 pacientes, los otros 40 pacientes fueron mal clasificados por lo cual no se realizó otro tipo de estudio, de los 38 pacientes llevados a colangiografía solamente 8 presentaron resonancia positiva es decir el 21% de predicción de padecer la enfermedad se ubican en este grupo de riesgo, de estos positivos, el 75 % eran mayores de 55 años, y clínica de pancreatitis, el 37.5 % tenían alteración del perfil hepático y dilatación de la vía biliar mayor de 6 mm, y el 50% tenía elevación de bilirrubina total entre 1,8 y 4,0 del 60 % de los pacientes que tenían colangiografía negativa, todos tenían estos marcadores negativos.

De los 114 pacientes clasificados como riesgo alto, se realizaron solamente 26 CPRE, los restantes 118 pacientes fueron excluidos remitidos o mal clasificados, de

la 26 CPRE realizadas solamente 17 fueron positivas el resto negativas, lo que demuestra que hay una falla en la aplicación a las guías para la clasificación de este grupo de pacientes.

En cuanto a la comparación entre la escala de la javeriana y la ASGE nuevamente llama la atención como la primera escala clasifica adecuadamente 2 pacientes y quedan por fuera los otros 15 de la muestra que tienen CPRE positiva.

1.6 CRONOGRAMA

	Mes																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	...														
Problema																								
Pregunta	Mayo 2019.																							
Elaboración de proyecto	Mayo 2019-diciembre 2020.																							
Recolección de datos	Mayo 2019- diciembre 2020.																							
Análisis de datos	Julio del 2021.																							
Resultados	Agosto de 2021.																							

Comunicación de resultados	Agosto de 2021.
----------------------------	-----------------

1.7 CONCLUSIONES.

No hay concordancia entre las escalas ASGE Y JAVERIANA aplicada en la clínica Corpas como predictores para el diagnóstico de coledocolitiasis.

A Pesar que fueron medidas las escalas y que obtuvieron riesgos posibles establecidos para coledocolitiasis no siempre se realizaron las pruebas sugeridas por el riesgo medido.

Teniendo herramientas aplicables para prever el diagnóstico el estudio nos mostró que no se usan de forma adecuada los recursos o que hay poco entendimiento en cuanto a su utilidad lo que ha conllevado a malas interpretaciones de las mismas.

La coledocolitiasis siendo una patología altamente prevalente y con gran posibilidad de complicaciones se concluye que el servicio de cirugía debe tener periodos espacios de retroalimentación para optimizar los recursos y tomar mejores decisiones en pro del paciente.

1.8 RECOMENDACIONES

La escala de predictores para coledocolitiasis es útil en el diagnóstico de dicha enfermedad, por tal motivo se considera adecuado que la Clínica continúe aplicándola de manera acuciosa y adecuada.

Con el fin de evaluar la consistencia de la escala de predictores para coledocolitiasis y comparar los resultados de este estudio, se considera pertinente la realización de estudios similares en otras instituciones de la ciudad.

1.9 BIBLIOGRAFÍA

1. Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P. Diagnostic approaches in acute cholecystitis: a prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain. *Theor Surg*. 1993;8:15-20.
2. Telfer S, Fenyo G, Holt PR, de Dombal FT. Acute abdominal pain in patients over 50 years of age. *Scand J Gastroenterol*. 1988;144:S47-50.
3. Gracie WA, Ransohoff DF. The natural history of silent gallstones: the innocent gallstone is not a myth. *N Engl J Med*. 1982;307:798-800.
4. Gurusamy KS, Samraj K. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;4:CD005440.
5. Carter HR, Cox RL, Polk HC Jr. Operative therapy for cholecystitis and cholelithiasis: trends over three decades. *Am Surg*. 1987;53:565-8.
6. Strasberg SM. Acute calculo a la cholecystitis. *N Engl J Med*. 2008;358:2804-11.
7. Friedman GD, Kannel WB, Dawber TR. The epidemiology of gallbladder disease: observations in the Framingham Study. *J Chronic Dis*. 1966;19:273-92.
8. Mun EC, Blackburn GL, Matthews JB. Current status of medical and surgical therapy for obesity. *Gastroenterol*. 2001;120:669-81.
9. Cooper J, Geizerova H, Oliver MF. Letter: Clofibrate and gallstones. *Lancet*. 1975;1:1083.

10. Porter JB, Jick H, Dinan BJ. Acute cholecystitis y tiazidas. N Engl J Med. 1981;304:954-5.
11. Michielsen PP, Fierens H, van Maercke YM. Drug-induced gallbladder disease. Incidence, aetiology and management. Drug Saf. 1992;7:32-45.
12. Royal College of General Practitioners' oral contraception study. Oral contraceptives and gallbladder disease. Lancet. 1982;2:957-9.
13. Roslyn JJ, DenBesten L, Thompson JE Jr, Silverman BF. Roles of lithogenic bile and cystic duct occlusion in the pathogenesis of acute cholecystitis. Am J Surg. 1980;140:126-30.
14. Horton JD, Bilhartz LE. Gallstone disease and its complications. En: Feldman M, editor. Feldman: Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2002;1065-90.
15. Indar AA, Beckingham IJ. Acute a la cholecystitis. BMJ. 2002;325:639-43
16. Yusoff IF, Barkun JS, Barkun AN. Diagnosis and management of cholecystitis and cholangitis. Gastroenterol Clin North Am. 2003;32:1145-68.
17. Everhart JE. Contributions of obesity and weight loss to gallstone disease. Ann Intern Med. 1993;119:1029-35.
18. ISSN: 0120-5498 MEDICINA (Bogotá) Vol. 33 No. 3 (94) Págs. 160-175 septiembre de 2011
19. Quintanilla L. C, Flisfisch F. H. Coledocolitiasis. Rev. Medicina y Humanidades. Vol. I. N° 3. (Sept.-dic.) 2009. Pág 160-168.
20. Gómez Zuleta Martín, Pion Otero José, Otero Regino William. Predictores de coledocolitiasis en pacientes sometidos a colangiografía retrógrada endoscópica en el Hospital El Tunal de Bogotá. Rev Col Gastroenterol. 2011; 26(4): 243-252.