

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES
COLECISTECTOMIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE
VESÍCULA BILIAR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL
HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO 2009 – 2018**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADO POR GUERY IVAN LEGUÍA UGARTE**

ASESOR

Dr. Jaime Lama Valdivia

**LIMA-PERÚ
2019**

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia en general que siempre estuvieron felices y orgullosos de dónde estoy; sobretodo a mis padres, que me inspiraron y me apoyaron cada día de este largo camino y por la confianza que siempre depositan en mí.

A mis amigos que me ayudaron a encontrar muy gratos momentos en cada oportunidad. A pesar de mis faltas, ellos no faltaron.

A las distintas instituciones y sedes hospitalarias que me acogieron, a los médicos que mostraron grandeza en su trabajo, inspirándome en esta hermosa vocación. Al personal no médico, muy valioso y del que se aprende mucho de la vida hospitalaria; además, una muestra que el trabajo en equipo, es lo que nos permite salvar vidas.

DEDICATORIA

*A mi familia entera, desde lejos
siempre pienso en cada uno.*

*A mi madre y padre, nuestro
primer sueño cumplido.*

*A mi hermano Augusto. Te fuiste
muy pronto gordo.*

RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil clínico epidemiológico de los pacientes colecistectomizados con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa en el periodo 2009 – 2018.

Método y metodología: se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Muestra de tipo no probabilística, seleccionada por conveniencia. Se usó toda la población obtenida en 10 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, es decir, 45 casos.

Resultados: El promedio de casos fue de 4.5 casos por año aproximadamente. La edad de mayor afectación fue de 60 años o más con un 71.1%. La media fue de 65.3 años. El sexo femenino fue el más afectado con una relación de 4:1 con respecto al masculino. El NM de vesícula biliar fue el diagnóstico preoperatorio más frecuente con el 66.7%. La litiasis vesicular fue el hallazgo ecográfico más frecuente con el 68.9%. Los signos y síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal, 91.1% de casos; pérdida de peso, con 51.1% e ictericia, con 42.2%. La media de supervivencia de los pacientes fallecidos fue de 3.7 meses.

Conclusiones: el perfil sociodemográfico más frecuente son mujeres de 60 años o más con sobrepeso u obesidad. La litiasis vesicular sigue siendo el hallazgo ecográfico más frecuente, sin embargo, la mayoría ingresó a sala de operaciones con el diagnóstico preoperatorio de NM Vesicular. La importancia de una sospecha diagnóstica precoz y la información que se le debe brindar a los familiares sobre la lejana, pero real probabilidad de una enfermedad letal.

Palabras clave: Cáncer de Vesícula, perfil clínico epidemiológico, litiasis vesicular, diagnóstico preoperatorio

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological clinical profile of cholecystectomized patients diagnosed with gallbladder cancer in the general surgery service of the Hospital Santa Rosa in the period 2009 - 2018.

Method and methodology: an observational, descriptive and retrospective study was carried out. Sample of non-probabilistic type, selected for convenience. We used the entire population obtained in 10 years that met the inclusion and exclusion criteria, that is, 45 cases.

Results: The average of cases was 4.5 cases per year approximately. The age of greatest affectation was 60 years or more with 71.1%. The average was 65.3 years. The female sex was the most affected with a ratio of 4: 1 with respect to the male. The gallbladder NM was the most frequent preoperative diagnosis with 66.7%. Vesicular lithiasis was the most frequent ultrasound finding with 68.9%. The most frequent signs and symptoms were abdominal pain, 91.1% of cases; weight loss, with 51.1% and jaundice, with 42.2%. The average survival of the deceased patients was 3.7 months.

Conclusions: the most frequent sociodemographic profile are women of 60 years of age or older who are overweight or obese. Vesicular lithiasis is still the most frequent ultrasound finding; however, most of the patients were admitted to the operating room with the preoperative diagnosis of Vesicular NM. The importance of early diagnostic suspicion and the information that should be given to relatives about the distant, but real probability of a lethal disease.

Key words: Vesicle cancer, clinical epidemiological profile, vesicular lithiasis, preoperative diagnosis

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud tan importante en los últimos años, que se ha convertido en una de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021. El Cáncer de Vesícula Biliar es una entidad que amenaza de manera muy silenciosa la vida. La patología vesicular ha ido incrementando con los años y ahora la colecistectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en el mundo. Es en un pequeño porcentaje de estas, donde se encuentra el cáncer de vesícula biliar.⁽¹⁾ Presentando una sintomatología inespecífica; al momento del diagnóstico es demasiado tarde y las posibilidades de curación y buen pronóstico son mínimas⁽²⁾, acortando así la esperanza de vida de los pacientes que la padecen. Por muchos años se conoce la sintomatología de la enfermedad vesicular. Está descrita en muchos libros e investigaciones, la mayoría de origen extranjero. No obstante, el perfil clínico y epidemiológico, si bien es similar a nivel mundial, no se ha descrito en estudios nacionales ni se ha investigado en las distintas instituciones y/o nosocomios de nuestro país. El Perú es diverso inclusive en este ámbito de salud. Muchas patologías y síndromes tienen una particularidad de acuerdo a la región de donde provienen, sean hispanos, asiáticos, afroamericanos, nativos. El Perú es una gran mezcla de ello, por tanto, cada país debería realizar este tipo de estudios para identificar con mayor precisión sus enfermedades. Es por ese motivo, porque se oculta detrás de una enfermedad común y aparentemente benigna como es la patología vesicular y por formar parte de los cinco cánceres más frecuentes del tracto gastrointestinal⁽³⁾, que se realiza el presente estudio en el Hospital Santa Rosa, durante el periodo 2009 – 2018, con el objetivo de describir las características clínicas, el perfil sociodemográfico, los hallazgos preoperatorios y la supervivencia de una enfermedad por demás letal.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1 Planteamiento del problema	8
1.2 Formulación del problema.....	12
1.3 Justificación de la investigación	12
1.4 Delimitación del problema: Línea de investigación	14
1.5 Objetivos de la investigación.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes de la investigación	16
2.2 Bases teóricas	21
2.3 Definición de conceptos operacionales	24
CAPÍTULO III: VARIABLES	26
3.1 Variables principales de investigación	26
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	28
4.1 Tipo y diseño de investigación	28
4.2 Población y muestra.....	28
4.3 Operacionalización de variables	29
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
4.5 Recolección de datos	33
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos	33
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
5.1 Resultados.....	34
5.2 Discusión	45
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
6.1 Conclusiones	54
6.2 Recomendaciones.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS	59

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

A nivel internacional, hay gran cantidad de artículos y bibliografía publicada donde el cáncer de vesícula tiene definidos factores de riesgo, clínica, diagnóstico, tratamiento y hasta pronóstico. Pronóstico, el cual se tiene conocimiento que, de no ser diagnosticado tempranamente como es lo usual, es muy lamentable.

El cáncer de vesícula es el quinto cáncer más frecuente del tracto gastrointestinal y el más común del tracto biliar. El pronóstico suele ser sombrío debido a su naturaleza agresiva. Las tasas de supervivencia a 5 años varían del 5 al 20%. La mayoría de pacientes, cuando son diagnosticados, se presentan con enfermedad avanzada y no son candidatos para resección curativa. Aquellos que sí son sometidos a este procedimiento, tienen supervivencia a largo plazo, pero la recurrencia es considerable.

El cáncer de vesícula se sospecha en un 30% aproximadamente de pacientes. El otro 70% son diagnósticos incidentales a partir de la anatomía patológica post colecistectomía por enfermedad benigna como pólipos, litiasis y colecistitis. El cáncer vesicular incidental se descubre en 0,2 – 3 % de todas las colecistectomías. Con la gran disponibilidad de la ultrasonografía, la colecistectomía se ha convertido en el más frecuente procedimiento quirúrgico en todo el mundo. Como resultado de esto, se espera un aumento del cáncer vesicular incidental. El carcinoma incidental de vesícula biliar es generalmente diagnosticado en estadios tempranos y lleva un mejor pronóstico que los cánceres no incidentales.⁽¹⁾

La mayoría de cánceres son adenocarcinomas que crecen de la mucosa de la vesícula, por tanto, se sabe que la inflamación crónica puede ser el disparador para la progresión de displasia a carcinoma en pacientes susceptibles. La mayoría de los factores de riesgo están relacionados a la inflamación. Hay una asociación entre el tamaño de los cálculos con el cáncer vesicular. Aquellos mayores de 30 mm presentan un riesgo multiplicado por 10 veces de desarrollar cáncer. El tamaño, peso, cantidad y densidad de los cálculos estarán aumentados en esta neoplasia.⁽²⁾

Por otro lado, los pólipos no son mayormente adenomatosos, pero la resección de la vesícula biliar cuyo contenido presenta pólipos mayores de 10 mm es recomendado para reducir riesgo de cáncer.

Los análisis de ácidos biliares demostraron Salmonella Typhi en 40% de pacientes con cáncer vesicular comparados con 8% de pacientes con simple colelitiasis. Y, zonas endémicas de tifoidea como Chile, tienen un elevado riesgo de cáncer.

La unión anómala del sistema biliar pancreático ha sido relacionada a un elevado riesgo de cáncer vesicular. Esta anomalía se define como el reflujo pancreático dentro de los conductos biliares y reflujo biliar dentro del conducto pancreático. La presión distribuida en los conductos biliares es menor que la del conducto pancreático, por lo cual tiene mayor propensión a alojar fluido pancreático, resultando en una inflamación y metaplasia dentro de la vesícula biliar y presentando un potencial mecanismo para la patogénesis del adenocarcinoma de vesícula biliar.

En los últimos 15 años, se ha demostrado una incidencia de 5 a 6 % de cáncer asociado a vesícula calcificada. A pesar de estas cifras, continúa siendo un factor de riesgo asociado, aunque más relacionado a la inflamación resultante de la vesícula biliar en porcelana, que en la vesícula en porcelana por sí misma. Consecuentemente es una indicación para colecistectomía en los pacientes. ⁽²⁾⁽⁴⁾ Una vesícula biliar calcificada se asocia con un mayor riesgo de cáncer de vesícula biliar, pero a tasa mucho menor que la estimada previamente. La incidencia de cáncer depende del patrón de calcificación; la calcificación selectiva de la mucosa presenta un riesgo significativo de cáncer, mientras que la calcificación intramural difusa no. ⁽⁴⁾

En un metaanálisis reciente (2007) que se centró en la relación del sobrepeso y el riesgo de desarrollar CVB (Cáncer de Vesícula Biliar); comparándolos con individuos con peso normal, los individuos con sobrepeso tenían un RR de 1,15 (95%IC. 1,01-1,30) y los individuos con obesidad un RR 1,66 (95%IC. 1,47-1,88).⁽⁵⁾

En 2010-2012 según el INEN – MINSA (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Ministerio de Salud), en Lima metropolitana se registraron 1284 casos de cáncer de vesícula. La población mayormente afectada por esta patología fueron adultos mayores de 75 años. Por grupo de edad y sexo, fue

predominante en mujeres, aumentando de 3,2% en mujeres de 55 a 74 años a 3,5% en 75 años a más. ⁽³⁾

Una simple colecistectomía sería el tratamiento adecuado solo para estadios tempranos de adenocarcinoma de vesícula biliar, como Tis y T1a. Una resección (incluida la colecistectomía radical con linfadenectomía) se recomienda para T1b y carcinomas en etapa posterior siempre que la enfermedad parezca ser R0 resecable. Iniciando con linfadenectomía hilar, pericoledociana, periportal y del ligamento hepatoduodenal asociado a resección de al menos 2 – 3 cm de parénquima hepático, para procurar no dejar cáncer microscópico residual. La resección de la vía biliar principal puede ser necesaria en cánceres que comprometen el hilio o márgenes del conducto cístico.

El manejo del cáncer vesicular incidental es aún difícil debido a la falta de guías establecidas. Algunas técnicas quirúrgicas son controversiales, sin evidencia científica definida. Además, algunos autores informan un peor pronóstico general cuando el paciente no se trata adecuadamente durante la primera intervención quirúrgica. ⁽¹⁾

Estimaciones actuales indican que más de 178 000 nuevos casos y más de 143 000 muertes ocurrieron en 2012 alrededor del mundo a causa del cáncer de vesícula biliar, representando menos del 1,5% de casos nuevos de cáncer y 1,7% del total de muertes por cáncer. Los índices de cáncer de vesícula han ido en aumento en las últimas tres a cuatro décadas en Japón y China. En centro y sur de América aproximadamente hay 15 000 nuevos casos de carcinoma de vesícula y 13 000 muertes ocurrieron en 2012.

La incidencia y mortalidad tienen una distribución geográfica con cierta relevancia, principalmente en zonas andinas. Afecta algunos grupos étnicos específicos y poblaciones indígenas. En los Estados Unidos es frecuente entre la población Hispana o Nativa Americana. En Sudamérica, la más alta mortalidad esta reportada en los Mapuches Chilenos, Hispano Chilenos y Bolivianos. La mortalidad en Costa Rica está aumentando. En Chile se mantienen las tasas de mortalidad en ambos sexos. Sin embargo, hay lugares donde ha ido disminuyendo la mortalidad por cáncer de vesícula en hombres como en Colombia, Ecuador y México. La razón de este declive en dichas zonas no está clara totalmente; de cualquier manera, las mejores herramientas de diagnóstico, la estandarización e incremento de las cirugías por litiasis y los últimos cambios

en la clasificación internacional de enfermedades son en parte responsables de este descenso. Cabe resaltar que mueren más mujeres que hombres, debido a que son mayormente afectadas, de tres a cinco veces más.⁽⁶⁾

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas, sin distinción del órgano afectado.⁽⁷⁾

Según la OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de Salud), el cáncer de vesícula biliar, relativamente poco frecuente en la mayoría de los países, es la segunda causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres de Chile.⁽⁸⁾ La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer de la OMS, en un comunicado de prensa (N°248) del 30 setiembre de 2016, mencionó “[...]como la incidencia particularmente alta del cáncer de vesícula en Chile.”⁽⁹⁾

En 2010-2012 según el INEN – MINSA, en Lima metropolitana se registraron 1284 casos de cáncer de vesícula. Solo debajo del cáncer de estómago, colon recto e hígado. 1284 casos de los cuales fallecieron 904 personas. Teniendo una razón mortalidad/incidencia del 70.40%, porcentaje similar al cáncer de estómago con 71.67%, tercer cáncer en frecuencia en mujeres; según los datos recogidos del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, con fuente en los principales hospitales, institutos y clínicas privadas en el año 2010 – 2012.

Estos datos estadísticos nos proporcionan información para acercarnos a la importancia y a realidad de una patología mortal como el cáncer de vesícula. Y por tal motivo se encuentra dentro de los cánceres más frecuentes según el INEN – MINSA en Lima metropolitana del año 2010 – 2012, donde encontramos que la incidencia fue de 3.7 en varones y 5.5 en mujeres.⁽⁵⁾

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico de los pacientes colecistectomizados con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa dentro del periodo 2009-2018?

1.3 Justificación de la investigación

Según The International Journal of Cancer Epidemiology, Detection, and Prevention 2016, el pronóstico de carcinoma de vesícula biliar es pobre, aproximadamente el 30% de pacientes con lesiones confinadas a la mucosa sobrevive a 5 años y solo el 10% con lesiones más avanzadas sobrevive a 1 año. Solo un pequeño porcentaje de pacientes son diagnosticados en etapa temprana, donde la resección quirúrgica completa les propone una cura. ⁽⁶⁾

En 2010-2012 según el INEN – MINSa, en Lima metropolitana se registraron 1284 casos de cáncer de vesícula. Solo debajo del cáncer de estómago (4821 casos), colon recto (4052 casos), hígado (1315 casos) y por encima de cáncer de esófago (318 casos), boca (290 casos), intestino delgado (262 casos) y cáncer de ano (225 casos). De ellos fallecieron 904, 314 varones y 590 mujeres. Con una razón mortalidad/incidencia que supera al cáncer de mama (26.85%) y cuello uterino (37.97%), principales cánceres del sexo femenino y con un porcentaje similar al cáncer de estómago. Tercer cáncer en frecuencia en mujeres; según los datos recogidos del Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, con fuente en los principales hospitales, institutos y clínicas privadas en el año 2010 – 2012. ⁽⁵⁾

Recientes estimaciones indican que el cáncer vesicular está en una expectativa de aumento en la región centro y sudamericana de aproximadamente un 80% para el año 2030. Es decir, 27 000 nuevos casos y, por tanto, 24 000 nuevas muertes en correlación a la gran mortalidad de dicha enfermedad. ⁽⁶⁾

Según el Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer y el INEN 2004, el gasto total y pérdida económica de cáncer de vesícula biliar y vías biliares es de 17 557 676 millones de dólares, luego del cáncer de ovario y próstata y mayor que el gasto total del cáncer de páncreas y huesos y cartílagos.

Al paciente del día a día, como en cualquier patología, le importa su dolencia, le incomoda su limitación funcional, sus actividades de la vida diaria. Hay un obstáculo en nuestro país en cuanto a la educación sanitaria, que no nos permite darnos cuenta que la enfermedad no está solamente limitada al dolor, y viceversa. Actualmente, la población general le da poca importancia a los momentos pre y post quirúrgicos de una colecistectomía, y menos importancia aún a los resultados anatomopatológicos de esta intervención quirúrgica. Es en el momento prequirúrgico, donde los factores de riesgo cobran relevancia. Para el cáncer de vesícula biliar, tenemos los siguientes factores de riesgo: la enfermedad vesicular, la obesidad, el sexo, la etnia. Estos datos son inespecíficos, sin embargo, como personal de salud, es nuestro deber educar a la población y transmitir nuestra preocupación argumentada en evidencia científica. A partir de aquí nace nuestra problemática, debido a que no hay gran preocupación por los famosos “factores de riesgo” que cultivamos diariamente y que, en muchos casos, cosechamos con tristeza ante un diagnóstico tardío con consecuencias irreparables. En consecuencia, debemos tener claro los factores de riesgo y cómo se manifiestan clínicamente y semiológicamente. Con esta información podemos guiar nuestro actuar, siendo en este caso, una oportuna intervención quirúrgica, sea cual sea la técnica que esté a nuestro alcance en nuestro ámbito de salud; y así valorar y dar importancia a la posible erradicación de un probable cáncer, del cual probablemente no teníamos conocimiento.

Si bien es cierto, los factores de riesgo y sus manifestaciones mediante signos y síntomas han sido ya estudiados, debemos tener clara su frecuencia en nuestra población, lo que se observa en la práctica hospitalaria. Así podremos tener de antemano una idea de prevención o alerta, ante la evidencia que se nos presenten, de la misma manera frente a los hallazgos ecográficos y/o variables sociodemográficas de nuestros pacientes, sobretodo en el Servicio de Cirugía.

Una vez obtenido los resultados de este estudio, se dará a conocer esta información obtenida al jefe del Departamento de Cirugía General y Cirugía Oncológica del Hospital Santa Rosa para poder causar impacto en el demás personal asistencial, y así se incentive y estimule a los pacientes para una correcta decisión quirúrgica en relación a esta patología y sus factores de riesgo. Además, se espera que esta conducta se aplique a las distintas instituciones de salud a nivel nacional.

1.4 Delimitación del problema: Línea de investigación

La importancia de conocer el perfil clínico epidemiológico de los pacientes con cáncer de vesícula biliar, una patología poco frecuente que tiene alta mortalidad de no conocerse a tiempo. La valoración de una colecistectomía de rutina en pacientes con una enfermedad potencialmente maligna ignorada por su clínica inespecífica, en pacientes colecistectomizados del servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa en Pueblo Libre, Lima, dentro del periodo 2009-2018.

Línea de investigación

Se basará en las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2015 – 2021:
Cáncer

1.5 Objetivos de la investigación

Objetivo General:

- Determinar el perfil clínico epidemiológico de los pacientes colecistectomizados con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa dentro del periodo 2009-2018.

Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de pacientes con cáncer de vesícula biliar y frecuencia de pacientes fallecidos en el Hospital Santa Rosa
- Determinar variables sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de vesícula biliar
- Identificar los signos y síntomas más frecuentes de los pacientes con cáncer de vesícula biliar
- Identificar el hallazgo ecográfico, diagnóstico preoperatorio y tipo de tumor

más frecuente

- Describir el diámetro mayor anatomopatológico de las piezas operatorias de vesícula biliar y la frecuencia del compromiso de la vía biliar extrahepática
- Determinar la frecuencia de elevación del Ca 19.9
- Determinar la supervivencia en meses de los pacientes fallecidos según sexo, edad, compromiso de vía biliar extrahepática, tumor en hipocondrio derecho y Ca 19.9

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

El estudio “Burden of Gallbladder Cancer in Central and South America” publicado en 2016 en The International Journal of Cancer Epidemiology, Detection, and Prevention, obtuvo datos de incidencia de cáncer de vesícula biliar de 48 registros poblacionales en 13 países en Centro y América del Sur, y datos nacionales de mortalidad por cáncer de la base de datos de la OMS para 18 países. Resultando en que las tasas más altas se encuentran en la región andina. Que la población chilena tuvo las más altas tasas de incidencia y de mortalidad y su tendencia tiende a mantenerse, así como para los países de Argentina, Brasil y Costa Rica. La gran proporción de casos no especificados indica baja precisión en el diagnóstico y destaca la necesidad de promover y mejorar el registro del cáncer en la región para comprender mejor la carga del cáncer de vesícula biliar en la región de Centro y Sur América. ⁽⁶⁾

En el estudio “Cáncer de la vesícula biliar: estudios necesarios para el diseño de estrategias de prevención y diagnóstico precoz” en el 2011, el CVB (Cáncer de Vesícula Biliar) representa el 3% en todo el mundo y es el quinto lugar en frecuencia entre los cánceres del tracto gastrointestinal, después del de estómago, colon, recto e hígado. Se presenta más en el sexo femenino, de 2 a 6 veces más que a los hombres y su incidencia se incrementa conforme avanza la edad en ambos sexos. Las tasas de incidencia varían dependiendo de la ubicación geográfica y etnia. En general, son más altas en países sudamericanos como Chile, Ecuador, Colombia y Uruguay; Europa oriental, en la República Checa, Eslovaquia y Polonia; Corea, India, China y la población Hispana en Estados Unidos. Se llegó a la conclusión que actualmente no contamos con las herramientas con las cuales identificar precozmente el CVB siendo la colecistectomía preventiva el único procedimiento que puede disminuir el número de carcinomas avanzados y la mortalidad por CVB en Chile. No obstante, es una opción con muy poca eficiencia si se realiza de manera no dirigida a la población donde sabemos que hay una alta prevalencia de litiasis

vesicular y CVB como el país chileno. Se requiere con gran importancia nuevos métodos para usar a gran escala y que sean económicamente favorables, que permitan detectar en la población a los grupos de más alto riesgo, para convertir a la colecistectomía preventiva en una política de salud pública efectiva en la prevención del CVB y disminuir pronto la gran mortalidad por CVB presente en Chile. ⁽¹⁰⁾

“Cáncer de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a la colecistectomía. Prevalencia e incidencia en el Hospital Ángeles Pedregal”, México 2010. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal de los expedientes clínicos de los pacientes sometidos a colecistectomía, incluyendo 3 420 colecistectomías durante seis años. El diagnóstico que más se encontró en pacientes postcolecistectomía fue colecistitis 1 557 casos (45.5%), colelitiasis 1 450 casos (42.4%), otras enfermedades de la vesícula biliar 404 casos (11.8%) y cáncer de vesícula biliar 9 casos (0.26%) con prevalencia de 0.26 casos por cada 100 colecistectomías e incidencia de 2.6 por cada 1,000 pacientes sometidos a este procedimiento. El tipo histológico más común fue adenocarcinoma con 8 casos y 1 caso de carcinoma neuroendocrino. Sólo en uno de los 9 casos (11.1%) se sospechó cáncer de vesícula biliar en forma preoperatoria. La incidencia de cáncer de vesícula biliar en nuestro hospital está por debajo de los límites bajos reportados en la literatura. ⁽¹¹⁾

“Epidemiology and molecular pathology of gallbladder cancer”. Lazcano-Ponce, Miquel, Muñoz, Herrero, Ferrecio, & et al.2001. El cáncer de vesícula biliar es la principal causa de muerte por cáncer y la segunda causa de hospitalización en el sexo femenino en Chile, con una tasa de 17.8/100 000 hab. en 2002. Esta cifra representa 1 401 fallecimientos, con un probable aumento permanente en los últimos 30 años, y con una tasa de mortalidad en hombres que no supera 6.2/100 000 para el mismo año. La tasa de mortalidad regional es muy variable, con 11 servicios de salud por encima del promedio nacional, sobretodo en zonas rurales, donde hay mayor pobreza y etnias nativas, donde resalta la tasa de mortalidad más alta del mundo en Araucanía Norte con 38.2/100 000 hab. (Departamento de Estadísticas e Información de Salud 2005). Lazcano-Ponce, revisó los registros de muestras anatomopatológicas de más de 30 zonas en 5 continentes,

incluido Chile, demostrando que el 80 – 95% de los cánceres del tracto biliar corresponden a neoplasia vesicular. En Chile, (Serra I 2001) se encuentra un 93.5% de cáncer de vesícula biliar por informe anatomopatológico entre 1991-1995. Se ha identificado la litiasis vesicular como el factor de riesgo más importante en pacientes que luego de 20 años desarrollaron cáncer, y en éstos hubo un cálculo mayor de 3 cm (10 veces más frecuente que los menores de 1 cm), sin embargo, el 20% de los pacientes con cáncer vesicular no han presentado síntomas anteriormente. ⁽¹²⁾

“Managing the incidentally detected gallbladder cancer: Algorithms and controversies” Cavallaro Andrea, Piccolo Gaetano, Di Vita María, Zanghi Antonio, Cardí Francesco, et al, 2014. El GBC (Gall Bladder Cancer) se sospecha preoperatoriamente en solo el 30% de los pacientes. El otro 70% se descubre de manera incidental (IGBC, Incidental Gall Bladder Cancer) por el patólogo en una muestra de la vesícula biliar después de la colecistectomía para enfermedades benignas como pólipos, cálculos biliares y colecistitis. IGBC se descubre en 0.2-3% de todas las colecistectomías. Con mayor disponibilidad de las ecografías, la colecistectomía parece convertirse en el procedimiento quirúrgico más realizado en todo el mundo, por tanto, esperamos con el tiempo un aumento en el número de pacientes diagnosticados con cáncer de vesícula biliar descubierto incidentalmente. El carcinoma incidental de la vesícula biliar, como nuestra experiencia la confirma, generalmente se diagnostica en una etapa temprana y conlleva un mejor pronóstico que el cáncer no encontrado incidentalmente. La colecistectomía laparoscópica no afecta la supervivencia si se implementa con la técnica adecuada. Una colecistectomía simple puede ser un tratamiento adecuado solo para la etapa más temprana de GBC: Tis y T1a. Todas las demás etapas, a partir de T1b deben tratarse con linfadenectomía hiliar, periportal y pericoledociana, linfadenectomía del ligamento hepatoduodenal y la resección de al menos 2 – 3 cm de parénquima hepático alrededor del lecho hepático. La resección de los conductos biliares principales podría ser necesario en cánceres de tipo hiliar con márgenes positivos del conducto cístico. ⁽¹⁾

“Gallbladder Cancer” Wernberg Jessica, Lucarelli Dustin, 2014, el cáncer de vesícula biliar sigue siendo un tumor relativamente raro con una presentación

muy variable. El cáncer de vesícula biliar es la neoplasia maligna del tracto biliar más común con el peor pronóstico. Con el advenimiento de la laparoscopia, en comparación con los controles históricos, esta enfermedad ahora se diagnostica más comúnmente de manera incidental y en una etapa más temprana. Sin embargo, cuando hay síntomas de ictericia y dolor, el pronóstico permanece pésimo. Desde una perspectiva quirúrgica, el cáncer de vesícula biliar puede sospecharse antes de la cirugía, puede ser identificado intraoperatoriamente, o descubierto incidentalmente en la patología quirúrgica final. Al igual que con la mayoría de los tumores malignos, la incidencia de cáncer de vesícula biliar aumenta con la edad. La edad promedio en el momento del diagnóstico es de 65 años. Existe una gran predilección del cáncer de vesícula biliar entre las mujeres, con proporciones de mujeres a hombres que varían de 1.3 a 3.5: 1. La mayoría de los cánceres de vesícula biliar son adenocarcinomas que se originan en la mucosa de la vesícula biliar. Se cree que la inflamación crónica de la mucosa de la vesícula biliar puede desencadenar la progresión de displasia a carcinoma en pacientes susceptibles. La mayoría de los factores de riesgo conocidos asociados con el cáncer de vesícula biliar están relacionados con la inflamación dentro de los cuales tenemos descritos en esta revisión: colelitiasis, pólipos vesiculares, infecciones, unión anómala del sistema ductal pancreatobiliar, vesícula en porcelana, genética, sexo y riesgos ambientales.⁽²⁾

“Frecuencia pronósticos en cáncer de vesícula” por Medina H, Ramos G, Orozco H y Mercado M, 2005. Durante el periodo de 1990 al 2002 se registraron 51 pacientes cuya media de edad fue de 63 años y el 98% fueron diagnosticadas con adenocarcinoma, de los cuales el 86.3% en estadio IV. Refiere que la media de supervivencia fue de 6 meses (95% IC 0.5 – 7), con supervivencia a un año de 22.7% y a tres años de 3.9%. ⁽¹³⁾

“Adenocarcinoma de vesícula biliar litiásica y carcinosis peritoneal en una mujer joven” por Hermida Pérez, José Alberto, 2017. El cáncer de vesícula biliar es la más frecuente del árbol biliar y a pesar de las últimas técnicas de diagnóstico por imágenes suele detectarse en estadios muy letales de la enfermedad, por consiguiente, a un nefasto pronóstico. La supervivencia total a 5 años en los

estudios más numerosos es del 5% o menos y la media de supervivencia es de menos de 6 meses. ⁽¹⁴⁾

Antecedentes nacionales

“El reporte de caso Cáncer de Vesícula Biliar- Estrategia Quirúrgica: A Propósito de un caso incidental re-resecado en el Hospital Rebagliati”, a cargo de Pedro J. Ríos Canturín, Luis A. Aguilar Surichaqui y Pedro O. Rios Torres en el año 2009, describe a una paciente que ingresó para una colecistectomía convencional y que en forma incidental en la pieza quirúrgica enviada a anatomía patológica se halló cáncer que se extendía hasta el músculo liso (T1b). En el seguimiento postoperatorio la tomografía fue negativa para metástasis y después de 5 meses se intervino nuevamente para la resección en cuña del lecho vesicular con 2 cm aproximadamente de margen del lecho hepático, más disección ganglionar del ligamento hepatoduodenal y de la arteria hepática común. 13 días después de dicha intervención quirúrgica la paciente sale de alta del HNERM (Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins) con una buena evolución, sin encontrar alteraciones en el reporte anatomopatológico, no recibió radioterapia o quimioterapia adyuvante. ⁽¹⁵⁾

“Cáncer de vesícula biliar según tipo histológico y clasificación TNM en Arequipa, Perú en el año 2012”. Estudio tipo transversal analítico en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa durante el periodo de enero de 2005 hasta junio 2010 donde se analizaron 73 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de vesícula biliar en los cuales se determina el tipo histológico más frecuente y la clasificación TNM. El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma con 71.2%. Asimismo, el subtipo histológico más común fue el adenocarcinoma tubular con 42.3% de casos. El estadio TNM más frecuente fue el IIB con 35.5% de casos, seguido por el IV con 24.6%. ⁽¹⁶⁾

“Evaluación de factores pronósticos en pacientes con adenocarcinoma avanzado de vesícula biliar” Julio 2012, muestra 65 casos del INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) diagnosticados con adenocarcinoma avanzado de vesícula biliar con confirmación por anatomía patológica entre enero del 2001 y diciembre del 2008 donde la media de edad fue de 62 años. El 60% tenía mayor

o igual a 60 años, el 73.8% fueron mujeres, 52.3% tuvieron estadio clínico III y los grados histológicos fueron 4.6%, 36.9% y 46.2% para los grados 1, 2 y 3 respectivamente; un paciente tuvo cirugía curativa, 16.9%, 29.2% tuvieron cirugía incidental y el 52.3% no fue sometido a cirugía. La media de supervivencia global para todos los pacientes fue de 2.47 meses. La presencia de EC IV, metástasis a distancia, ictericia y el uso de terapia de soporte son capaces de influir perjudicialmente en la supervivencia de estos pacientes. ⁽¹⁷⁾

“Frecuencia y perfil clínico de cáncer de vesícula biliar en pacientes colecistectomizados en 3 hospitales referenciales de Chiclayo entre 2011 y 2016” por Peña Dávila Fernando Eulogio y Sánchez Rentería Fernando Andrés, 2018. Encontraron los siguientes resultados: De 5 720 reportes de anatomía patológica de vesícula biliar, 58 (1.01%) fueron positivas para neoplasia vesicular. 42 casos (72.4%) fueron mujeres y solo 16 (27.6%) fueron hombres. El síntoma más frecuente fue dolor abdominal con 41 casos (70.7%). 17 pacientes (30.3%) refirieron otra sintomatología, la hiporexia fue la más frecuente con 8 casos (13.8%). 41 casos (70.7%) presentaron cálculos vesiculares. El tipo de cáncer que predominó fue el adenocarcinoma con 48 casos (82.8%) seguido por carcinoma mucinoso con 3 casos (5.2%). Conclusiones: En Lambayeque la frecuencia de cáncer de vesícula biliar fue de 1.01% con predominancia en el sexo femenino y sexta década de vida, siendo el Adenocarcinoma, el tipo más común. Así mismo los pacientes presentaron con mayor frecuencia dolor abdominal e hiporexia. ⁽¹⁸⁾

2.2 Bases teóricas

El cáncer de vesícula biliar ocupa el quinto lugar en frecuencia entre los cánceres del tracto gastrointestinal. Es más frecuente en mujeres y predomina en la 6° y 7° década de vida. El comienzo de los síntomas es insidioso y simula una colecistitis; a menudo el diagnóstico se establece durante la cirugía de vesícula por otra causa. Cerca del 80 – 90 % de personas con cáncer de vesícula biliar tienen colelitiasis. Se cree que, debido a su capacidad de producir irritación crónica de la mucosa vesicular, la colelitiasis participa en el desarrollo del cáncer. Este cáncer rara vez es extirpable en el momento del diagnóstico y la

supervivencia promedio a los 5 años sigue siendo del 1% desde hace muchos años. ⁽¹⁹⁾

El cáncer de la vesícula biliar es el tumor maligno más frecuente de las vías biliares; pero es poco frecuente si lo comparamos con otros tumores del tracto gastrointestinal. Es muy común en Chile y representa la neoplasia que causa más tasa de mortalidad en la población femenina. La enfermedad afecta fundamentalmente a una población con factores de riesgo: colelitiasis, edad avanzada, obesidad y sexo femenino. A pesar de los avances tecnológicos, el diagnóstico es tardío; ocasionalmente, un hallazgo casual durante la colecistectomía o descubierto por el examen histopatológico de la pieza operatoria. Los síntomas son inespecíficos y desgraciadamente las primeras manifestaciones aparecen cuando ya es incurable; ni la anamnesis ni los exámenes auxiliares son sugerentes, por consiguiente, un alto porcentaje se presenta en fases avanzadas. El diagnóstico tardío reduce las posibilidades de una indicación quirúrgica, reduciendo considerablemente la supervivencia. La cirugía es el único tratamiento curativo para el cáncer de la vesícula biliar. En los estadios muy precoces – detectados casualmente – la colecistectomía es considerada suficiente. No obstante, cuando surge la sospecha intraoperatoria y se hace el diagnóstico por biopsia por congelación, algunos aconsejan la colecistectomía ampliada. ⁽²⁰⁾

Por lo general, el cáncer de vesícula biliar no manifiesta signos y/o síntomas sino hasta etapas avanzadas de la enfermedad. Algunos de los síntomas más comunes del cáncer de vesícula biliar son: dolor abdominal, la mayoría de las personas con cáncer de vesícula biliar presentará dolor en la parte superior derecha del abdomen, náuseas y/o vómitos e ictericia. Si el cáncer se extiende hasta bloquear los conductos biliares, la bilis no puede drenar hacia los intestinos. Esto genera una acumulación de bilirrubina sérica y que se establece además en diferentes partes del cuerpo. También, protuberancias en el abdomen, si la vesícula biliar crece más de lo normal puede extender su diámetro hasta palparse en el hipocondrio derecho. En ocasiones, un médico puede notar estas protuberancias en el lado derecho del abdomen durante el examen físico. El cáncer de la vesícula biliar también se puede propagar a partes cercanas del

hígado como metástasis por contigüidad. Muchos de estos casos se pueden observar en estudios por imágenes, por ejemplo, en una ecografía y/o tomografía. ⁽²¹⁾

Otros síntomas no tan frecuentes, pero descritos son: pérdida del apetito, pérdida de peso, distensión abdominal, fiebre, prurito, coluria, acolia, etc. El cáncer de vesícula biliar no se ve diariamente y es más probable que las manifestaciones que presente se deban a otra dolencia y no a cáncer. Aquellos pacientes con cálculos en la vesícula también expresan estos síntomas. Existen diversas patologías para el dolor abdominal que son mucho más frecuentes que el cáncer de vesícula biliar. Incluso infecciones virales, como la hepatitis es una de las causas de ictericia más frecuentes. De igual manera, si usted presenta cualquiera de estos signos y/o síntomas, es necesario detectar la causa y proceder con la terapia indicada. ⁽²¹⁾

Los exámenes auxiliares pueden verse alterados inespecíficamente, el perfil hepático anormal nos orienta a distintas patologías, incluso una simple litiasis vesicular. Los marcadores tumorales por su parte, se verían elevados cuando se presenta una etapa avanzada del cáncer de vesícula biliar. Estamos hablando del CEA (Antígeno Carcinoembrionario) y CA 19-9, mas no son útiles para el diagnóstico en sí, debido a su elevación también en otros cánceres como el de colón o páncreas por dar un ejemplo, o en otras patologías benignas. ⁽²²⁾ En el caso del Ca 19-9, este marcador tumoral, si bien no es específico, resulta un marcador de menor sobrevida. ⁽⁵⁾

La mayoría de cánceres son adenocarcinomas que crecen de la mucosa de la vesícula, por tanto, se sabe que la inflamación crónica puede ser el disparador para la progresión de displasia a carcinoma en pacientes susceptibles. La mayoría de los factores de riesgo están relacionados a la inflamación. Hay un aumento de asociación entre el tamaño de los cálculos con el cáncer vesicular, aquellos mayores de 30 mm presentan un riesgo multiplicado por 10 veces. El tamaño, peso, cantidad y densidad de los cálculos estarán aumentados en esta neoplasia. Por otro lado, los pólipos no son mayormente adenomatosos, pero la

resección de la vesícula biliar conteniendo pólipos mayores de 10 mm es recomendado para reducir riesgo de cáncer. ⁽²⁾

Los estudios por imágenes, muestran estas características mencionadas. La ecografía abdominal es la más usada para detectar patologías de vesícula biliar. Nos proporciona datos como dimensiones, grosor de la pared, calcificación y vías biliares intra y extrahepáticas. Muchas de las cirugías se basan en la ecografía abdominal para determinar su indicación terapéutica, asociada siempre a la clínica del paciente. La tomografía también aumenta la especificidad y sensibilidad para patologías de la vía biliar, siendo de gran ayuda diagnóstica, con un mayor costo.

2.3 Definición de conceptos operacionales

Cáncer de vesícula biliar

Neoplasia maligna producida hipotéticamente por la inflamación crónica de la mucosa vesicular que resulta en un adenocarcinoma de forma más frecuente.

Litiasis vesicular

Es una enfermedad caracterizada por la presencia o formación de cálculos, mayormente mixtos a predominio de colesterol, en la vesícula biliar.

Pólipo vesicular

Son proyecciones de la mucosa hacia el lumen de la vesícula biliar y representan un amplio espectro de hallazgos que pueden ser neoplásicos: adenomas, adenocarcinomas y no neoplásicos: debidos al colesterol, inflamatorios, hiperplasia inflamatoria.

Vesícula en porcelana

Calcificación de la pared de la vesícula biliar de etiología desconocida.

Obesidad

Enfermedad crónica caracterizada por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo con IMC igual o mayor a 30 kg/m² o perímetro abdominal mayor o igual

a 102 cm en hombres y mayor o igual a 88 cm en mujeres.

Colecistectomía

Operación quirúrgica que consiste en la extirpación de la vesícula biliar, pudiendo ser de dos tipos generalmente, abierta o convencional y laparoscópica.

Supervivencia

Periodo de tiempo que permanece vivo desde un momento determinado hasta el final de un evento o su fallecimiento

CAPÍTULO III: VARIABLES

3.1 Variables principales de investigación

- Paciente fallecido: paciente diagnosticado como fallecido según certificado de defunción
- Edad: número de años de vida del paciente al momento de su hospitalización
- Sexo: género del paciente
- IMC: relación entre peso y talla del paciente
- Diagnóstico Preoperatorio: motivo por el cual el paciente es intervenido quirúrgicamente
- Hallazgo Ecográfico: descripción de las características encontradas en la vesícula biliar y/o ayuda diagnóstica de la ecografía abdominal previa a la intervención quirúrgica
- Diámetro Mayor de Vesícula Biliar: dimensión mayor de la vesícula expresada en milímetros
- Diámetro del Conducto Colédoco: milímetros de diámetro del conducto colédoco que expresa el compromiso de la vía biliar extrahepática, obtenido en la ecografía abdominal previa a la intervención quirúrgica
- Dolor Abdominal: sensación desagradable tolerable o no de origen abdominal
- Tumor en Hipocondrio Derecho: vesícula biliar aumentada de tamaño que en ocasiones produce una masa palpable en el hipocondrio derecho
- Ictericia: coloración amarillenta de piel y mucosas por un aumento de las

bilirrubinas séricas

- Fiebre: temperatura mayor o igual a 38°C
- Pérdida de Peso: disminución de peso mayor o igual a 10% por mes expresado en kilogramos
- Ca 19.9: marcador tumoral no específico, generalmente usado en neoplasias de vías biliares y páncreas
- Tipo de tumor: características anatomopatológicas que determinan una estirpe u otra, en este caso adenocarcinoma y carcinoma neuroendocrino
- Supervivencia en meses: periodo de tiempo desde el primer diagnóstico de cáncer de vesícula biliar hasta el fallecimiento según certificado de defunción

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

El presente es un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. Es observacional porque no se realizará intervención alguna ni se manipulará las variables; descriptivo, porque presentaremos los datos obtenidos con su respectiva estadística luego de una recopilación de historias clínicas con diagnóstico de cáncer de vesícula y retrospectivo, porque se tomarán datos de 10 años previos.

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto de IV CURSO – TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS según enfoque y metodología publicada. ⁽²⁵⁾

4.2 Población y muestra

La población de estudio, según la Oficina de Estadística, autorizado por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Santa Rosa, es de 45 pacientes colecistectomizados con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar, desde el año 2009 hasta 2018. Motivo por el cual no se realizará muestra y se tomará la población total como objeto de estudio.

Población

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de vesícula biliar durante el periodo 2009 – 2018.
- Pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía General

Criterios de exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas
- Pacientes intervenidos quirúrgicamente por el servicio de emergencia

Muestra

- Tamaño de la muestra: se usará toda la población obtenida en una recopilación de 10 años que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.
- Selección de la muestra: de tipo no probabilístico porque la selección se realiza por conveniencia, es decir, no se delimitará una muestra.

4.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE Y RELACION NATURAL	CATEGORÍA O UNIDAD
Paciente Fallecido	Paciente con muerte cerebral y/o cardiorrespiratoria	Paciente diagnosticado como fallecido según certificado de defunción	Nominal	Dicotómica	0 = Fallecido 1 = Desconocido
Edad	Número de años de vida del paciente al momento de su hospitalización	Número de años indicado en la historia clínica	De razón Discreta / Ordinal	Cuantitativa / Cualitativa	Años cumplidos < 60 años: 1 60 – 80 años: 2 > 80 años: 3
Sexo	Género	Género señalado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= Femenino 1= Masculino
IMC	Relación entre el peso y talla de una persona	Índice calculado en base a los datos de peso y talla reportados en la historia clínica	De razón Continua / Ordinal	Cuantitativa / Cualitativa	Kg/m ² <18,5: bajo peso 18,5 – 24,99: peso normal 25 – 29,99: sobrepeso 30 – 34,99: obesidad I 35 – 39,99: obesidad II
Diagnóstico preoperatorio	Motivo por el cual el paciente es intervenido quirúrgicamente	Diagnóstico descrito en el reporte quirúrgico antes de la intervención quirúrgica	Nominal Politémica	Cualitativa	0=Colecistitis crónica calculosa 1= Pólipo vesicular 2= NM Vesícula Biliar 3= Abdomen agudo quirúrgico 4= Otros Diagnósticos
Hallazgo ecográfico	Descripciones de las características encontradas en la vesícula biliar en la ecografía abdominal previo a la intervención quirúrgica	Conclusiones de la vesícula biliar en la ecografía abdominal previo a la intervención quirúrgica	Nominal Politémica	Cualitativa	0= Litiasis Vesicular Múltiple 1= Litiasis Vesicular Única 2= Pólipo Vesicular 3= Vesícula en Porcelana 4= NM Vesicular 5= Piocolecisto 6= Hidrocolecisto

Diámetro mayor de vesícula biliar	Dimensión mayor de la vesícula biliar expresado en milímetros	Dimensiones de la vesícula biliar según características anatomopatológicas de las piezas operatorias	Nominal Dicotómica	Cualitativa	<= 10 mm: Normal > 10 mm: Vesícula Distendida
Diámetro del conducto colédoco	Dimensiones del diámetro del conducto colédoco expresado en milímetros	Dimensiones del conducto colédoco según ecografía abdominal	Nominal Dicotómica	Cualitativa	<=6 mm: Normal >6 mm: Colédoco Dilatado
Tipo de tumor	Estirpe de la neoplasia según características anatomopatológicas	Estirpe de la neoplasia según las características encontradas en el reporte de anatomopatología	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0 = Carcinoma Neuroendocrino 1 = Adenocarcinoma
Dolor abdominal	Sensación desagradable tolerable o no de origen abdominal	Sensación desagradable de origen abdominal descrita por el paciente y presente en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= No 1= Sí
Tumor en hipocondrio derecho	Vesícula biliar aumentada de tamaño de manera que produce un efecto de masa palpable en el hipocondrio derecho	Masa palpable ubicado en hipocondrio derecho descrita en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= No 1= Sí

Ictericia	Coloración amarillenta de piel y mucosas	Coloración visible amarillenta de piel y mucosas descrita en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= No 1= Sí
Fiebre	Temperatura mayor o igual a 38°C	Aumento de temperatura corporal expresado en grados centígrados descrito en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= No 1= Sí
Pérdida de peso	Disminución de peso expresado en kilogramos	Disminución de peso mayor o igual al 10% en un mes descrito en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= No 1= Sí
Ca 19.9	Marcador tumoral no específico	Valores séricos del marcador tumoral presente en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cuantitativa / Cualitativa	U / L <=30: Valor Normal > 30: Aumentado
Supervivencia en meses	Meses de vida del paciente luego del primer diagnóstico de cáncer de vesícula	Meses de vida desde el primer diagnóstico de cáncer de vesícula hasta fecha de fallecimiento según certificado de defunción	De razón Discreta / Dicotómica	Cuantitativa / Cualitativa	Meses de supervivencia 0: <= 4 meses 1: > 4 meses

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recolectar la información se solicitará a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación la autorización correspondiente para la prestación de las historias clínicas de aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Con la finalidad de llenar la ficha de recolección de datos elaborada por el presente investigador. Luego que el Comité Metodológico de Investigación apruebe el proyecto de investigación, la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, coordinará con la Oficina de Estadística a fin que brinde el permiso para la revisión de las historias clínicas solicitadas.

4.5 Recolección de datos

La realización de la investigación se llevará a cabo en el Hospital Santa Rosa. Para la recolección de datos, una vez aprobada la autorización correspondiente por la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación y por la Oficina de Estadística, se procedió a llenar una ficha de recolección de datos con la información procedente de las historias clínicas solicitadas. Se procesará la información obtenida y los resultados se presentarán en tablas y gráficos para su adecuada interpretación.

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Se realizará una estadística descriptiva fundamentalmente con tablas y gráficos. Los datos se procesarán mediante la hoja de datos de Excel 2016 y el análisis, tablas y gráficos se procesarán por el programa IBM SPSS Estatistics v25; se estimará la frecuencia y porcentajes de las variables ya descritas.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

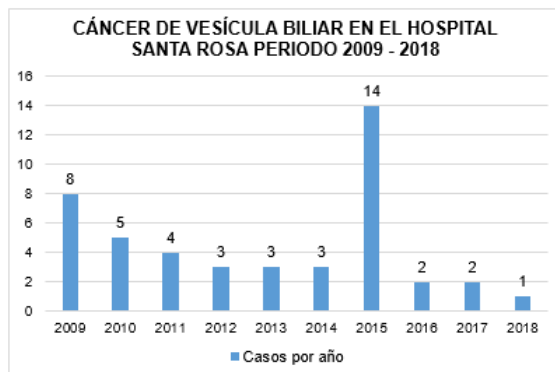
5.1 Resultados

TABLA GENERAL DE VARIABLES

Variables Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad	(prom: 65.33, DS: 10.045)	
< 60 años	13	28.9
60 - 80 años	29	64.4
>= 80 años	3	6.7
Sexo		
Femenino	36	80.0
Masculino	9	20.0
IMC	(prom: 27.7344, DS: 5.03822)	
Bajo Peso	2	4.4
Peso Normal	13	28.9
Sobrepeso	14	31.1
Obesidad I	14	31.1
Obesidad II	2	4.4
Pacientes Fallecidos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Fallecido	15	33.3
Desconocido	30	66.7
Características Clínicas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Diagnóstico Preoperatorio		
Colecistitis Crónica Calculosa	8	17.8
Pólipo Vesicular	3	6.7
NM Vesícula Biliar	30	66.7
Abdomen Agudo Quirúrgico	2	4.4
Otros Diagnósticos	2	4.4
Hallazgo Ecográfico		
Litiasis Vesicular Múltiple	26	57.8
Litiasis Vesicular Única	5	11.1
Pólipo Vesicular	3	6.7
Vesícula en Porcelana	3	6.7
NM Vesicular	5	11.1
Piocollecisto	2	4.4
Hidrocolecisto	1	2.2
Tipo de tumor		
Adenocarcinoma	42	93.3

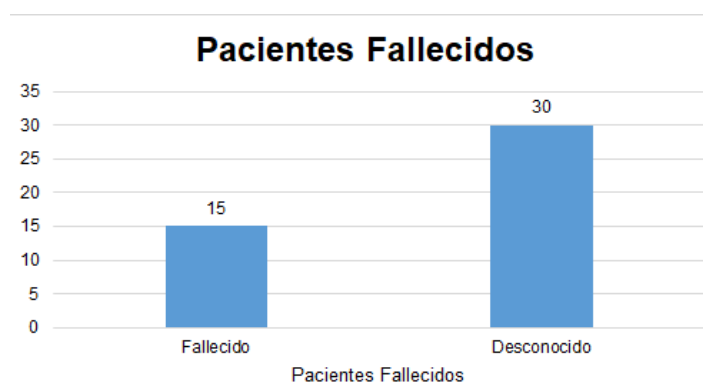
Carcinoma Neuroendocrino	3	6.7
Características Clínicas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Dolor Abdominal		
No	4	8.9
Sí	41	91.1
Tumor en Hipocondrio Derecho		
No	34	75.6
Sí	11	24.4
Ictericia		
No	26	57.8
Sí	19	42.2
Fiebre		
No	40	88.9
Sí	5	11.1
Pérdida de peso		
No	22	48.9
Sí	23	51.1
Diámetro Mayor de Vesícula Biliar (prom: 9.171, DS: 2.5383)		
Normal	31	68.9
Vesícula Distendida	14	31.1
Diámetro del Conducto Colédoco (prom: 6.547, DS: 4.6428)		
Normal	27	60.0
Dilatado	18	40.0
Ca 19.9 (prom: 582.293, DS: 1085.3240)		
Valor Normal	19	42.2
Aumentado	26	57.8
Supervivencia en meses (fallecidos) (prom: 3.7, DS: 4.28)		
< o = 4 meses	13	86.7
> 4 meses	2	13.3

GRÁFICO N°1: CASOS POR AÑO DE PACIENTES CON CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO 2009 – 2018



En el Hospital Santa Rosa, durante el periodo 2009 – 2018 se encontraron un total de 45 casos de Cáncer de Vesícula Biliar. En este estudio se incluyeron la totalidad de los pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Podemos observar que en el año 2009 se presentaron 8 casos (17.7%); en el 2010, 5 casos (11.1%); en el 2011, 4 casos (8.8%); en el 2012, 2013 y 2014, 3 casos (6.6%); en el 2015, 14 casos (31.1%); en el 2016 y 2017, 2 casos (4.4%) y en el 2018 un solo caso (2.2%). La media fue de 4.5 casos por año.

GRÁFICO N°2: FRECUENCIA DE PACIENTES FALLECIDOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO 2009 – 2018



De todos los casos procesados, 45 en total, se hallaron 15 historias clínicas de pacientes fallecidos en el Hospital Santa Rosa, cada uno con su certificado de defunción correspondiente. Esto representa el 33.3% de pacientes fallecidos y un 66.7% de pacientes que se desconoce su supervivencia.

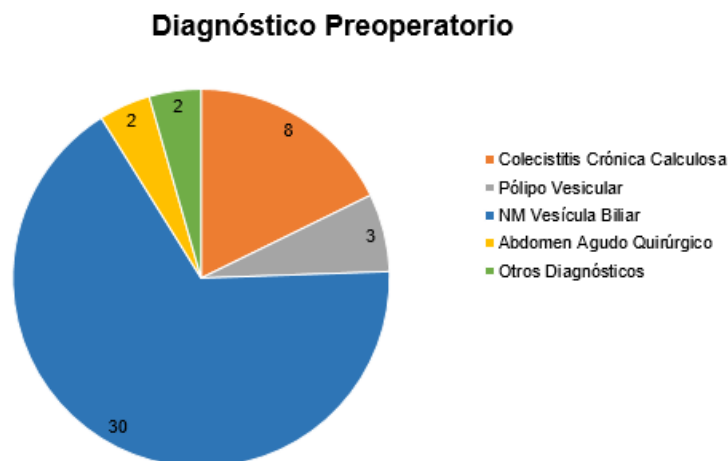
TABLA N°1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE 2009 – 2018

Variables Sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad	(prom: 65.33, DS: 10.045)	
< 60 años	13	28.9
60 - 80 años	29	64.4
>= 80 años	3	6.7
Sexo		
Femenino	36	80.0
Masculino	9	20.0
IMC	(prom: 27.7344, DS: 5.03822)	
Bajo Peso	2	4.4
Peso Normal	13	28.9
Sobrepeso	14	31.1
Obesidad I	14	31.1
Obesidad II	2	4.4

De todos los casos procesados, 45 en total, se hallaron 29 pacientes (64.4%) entre los 60 – 80 años, 13 pacientes (28.9%) menores de 60 años y 3 pacientes (6.7%) mayores de 80 años. Además, la media de la edad fue de 65.33 con una desviación estándar de 10.04. Se encontró además que la mayoría de los casos estudiados tienen como sexo predominante el femenino, con 36 casos (80%), siendo 9 casos (20%) los del sexo masculino.

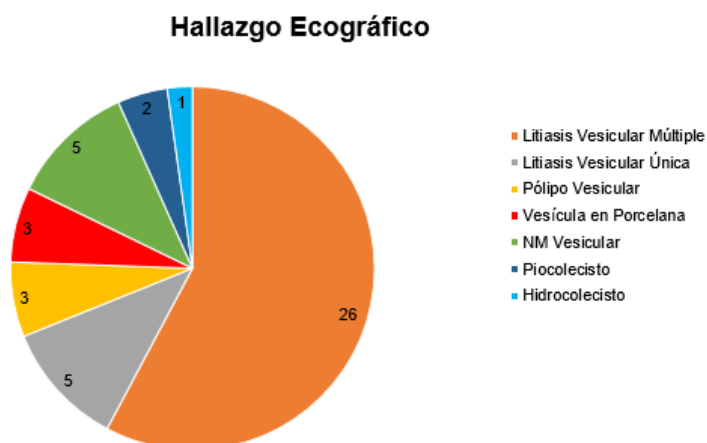
Se encontró en cuanto al IMC, 14 casos (31.1%) de pacientes con sobrepeso, 14 casos (31.1%) de pacientes con obesidad tipo I, 13 casos (28.9%) de pacientes con peso normal y 2 casos (4.4%) de pacientes con bajo peso y con obesidad tipo II. Además, la media del IMC fue de 27.73 con una desviación estándar de 5.03 en la población estudiada.

GRÁFICO N°3: DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE 2009 – 2018



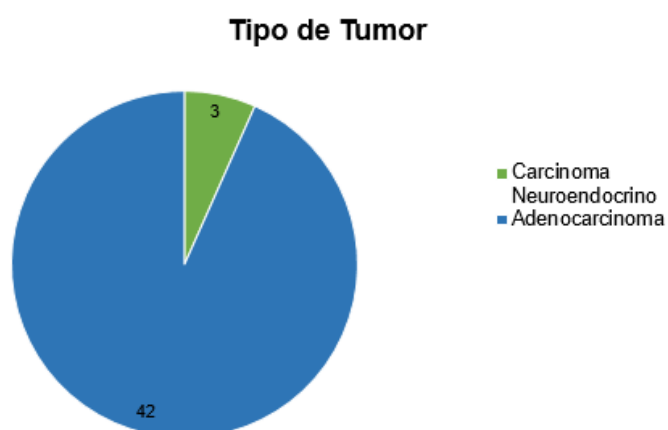
De todos los casos encontrados, el diagnóstico preoperatorio más frecuente fue de NM de Vesícula Biliar con 30 pacientes (66.7%), seguido por Colecistitis Crónica Calculosa con 8 pacientes (17.8%), Pólipo Vesicular con 3 pacientes (6.7%) y Abdomen Agudo Quirúrgico y Otros diagnósticos con 2 pacientes (4.4%) respectivamente. Dentro de la variable "Otros diagnósticos", uno de ellos fue NM Periampular y el otro fue Pícolecisto.

GRÁFICO N°4: HALLAZGO ECOGRÁFICO EN LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE 2009 – 2018



Del total de 45 casos encontrados, el hallazgo ecográfico más frecuente fue de Litiasis Vesicular Múltiple con 26 pacientes (57.8%), seguido por Litiasis Vesicular Única y NM Vesicular, ambos con 5 pacientes (11.1%) respectivamente. Luego, el Pólipo Vesicular y la Vesícula en Porcelana, ambos con 3 pacientes (6.7%) respectivamente.

GRÁFICO N°5: TIPO DE TUMOR EN LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE 2009 – 2018



De los 45 casos encontrados, el 93.3% de la población (42 casos), según el reporte de anatomopatología eran Adenocarcinomas y el 6.7% (3 casos) eran Carcinomas Neuroendocrinos.

TABLA N°2: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE 2009 – 2018.

Características Clínicas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Dolor Abdominal		
No	4	8.9
Sí	41	91.1
Tumor en Hipocondrio Derecho		
No	34	75.6
Sí	11	24.4
Ictericia		
No	26	57.8
Sí	19	42.2
Fiebre		
No	40	88.9
Sí	5	11.1
Pérdida de peso		
No	22	48.9
Sí	23	51.1
Diámetro Mayor de Vesícula Biliar (prom: 9.171, DS: 2.5383)		
Normal	31	68.9
Vesícula Distendida	14	31.1
Diámetro del Conducto Colédoco (prom: 6.547, DS: 4.6428)		
Normal	27	60.0
Dilatado	18	40.0
Ca 19.9 (prom: 582.293, DS: 1085.3240)		
Valor Normal	19	42.2
Aumentado	26	57.8

De los 45 casos encontrados, los signos y síntomas más frecuentes fueron en primer lugar el dolor abdominal con 41 casos (91.1%), seguido de la pérdida de peso con 23 casos (51.1%), luego la ictericia con 19 casos (42.2%). El tumor en hipocondrio derecho se encontró en 11 casos (24.4%) y finalmente la fiebre solo en 5 casos (11.1%).

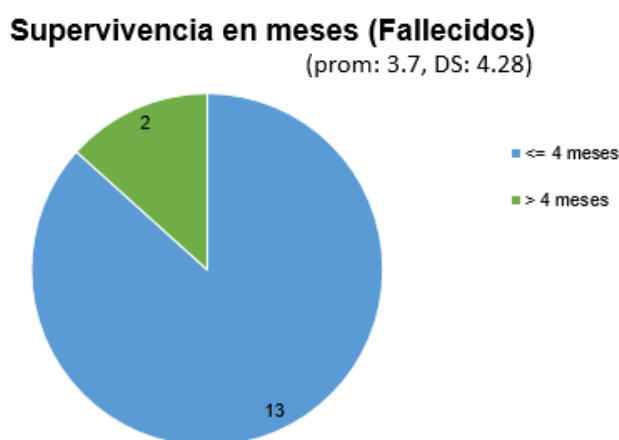
Una característica importante es el diámetro mayor de la vesícula biliar, la cual se encontró distendida en 14 casos, lo que representa el 31.1% de toda la

población estudiada. Además, la media fue de 9.1 con una desviación estándar de 2.53.

Otra característica importante es el diámetro del conducto colédoco, el cual se encontró dilatado en 18 casos, lo que representa el 40% de toda la población estudiada. Además, la media fue de 6.5 con una desviación estándar de 4.64.

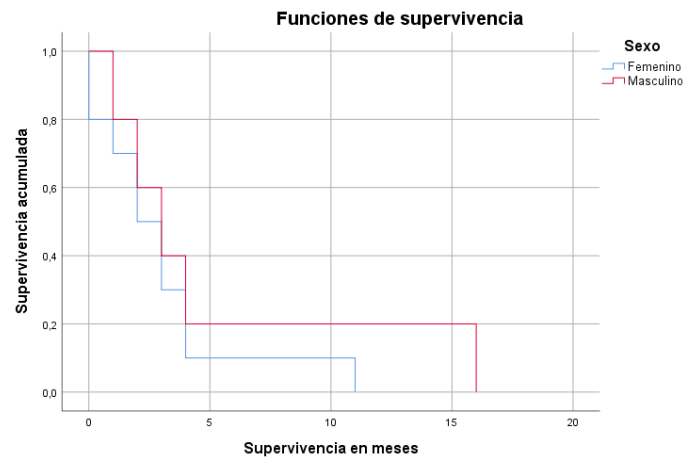
El Ca 19.9 es un marcador tumoral importante en esta patología, se encontró aumentado en 26 casos, lo que representa 57.8% de la población total estudiada. Además, la media fue de 582.29 con una desviación estándar de 1085.32.

GRÁFICO N°6: SUPERVIVENCIA EN MESES EN PACIENTES FALLECIDOS POR CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN EL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO 2009 – 2018



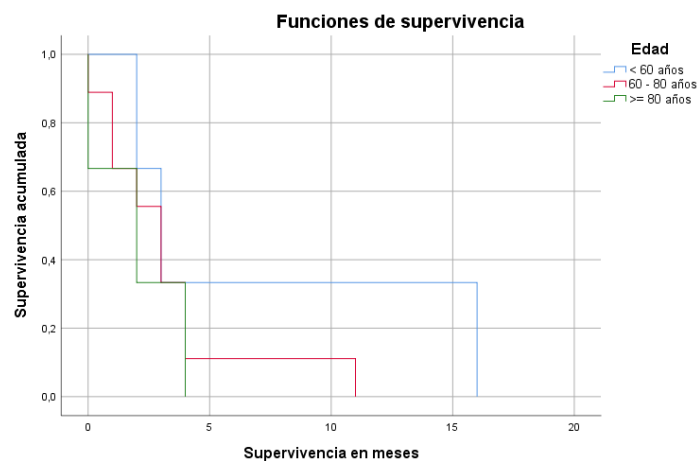
De los pacientes fallecidos, 15 en total, se encontró que solo el 13.4%, es decir dos pacientes tuvieron una supervivencia a los 4 meses. Mientras que el 86.6% Falleció antes de la misma cantidad de meses. Con una media de supervivencia a los 3.7 meses y una DS de 4.28.

GRÁFICO N°6: CURVA DE SUPERVIVENCIA DE KAPLAN MEIER SEGÚN SEXO DE PACIENTES FALLECIDOS POR CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN EL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO 2009 – 2018



De los pacientes fallecidos, el 10% de pacientes de sexo femenino tuvo una supervivencia a los 4 meses y el 90% restante falleció antes de la misma cantidad de meses. Mientras que aquellos de sexo masculino, el 20% tuvo una supervivencia a los 4 meses, el 80% falleció anteriormente.

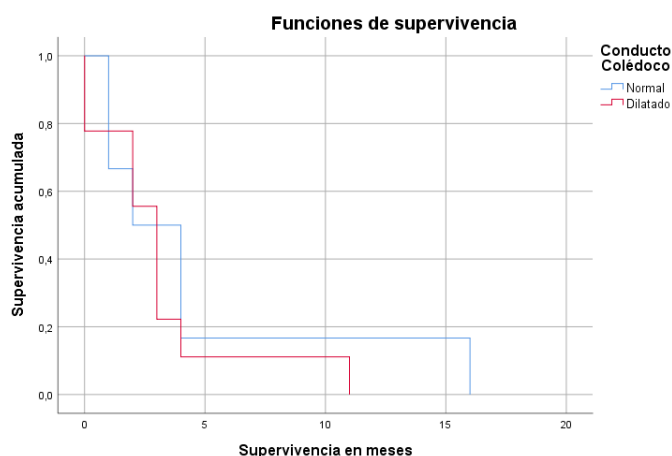
GRÁFICO N°7: CURVA DE SUPERVIVENCIA DE KAPLAN MEIER SEGÚN EDAD EN PACIENTES FALLECIDOS POR CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN EL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO 2009 – 2018



Según la curva de supervivencia de Kaplan Meier, de los 15 pacientes fallecidos se tomó el grupo más frecuente, es decir aquellos entre los 60 y 80 años que

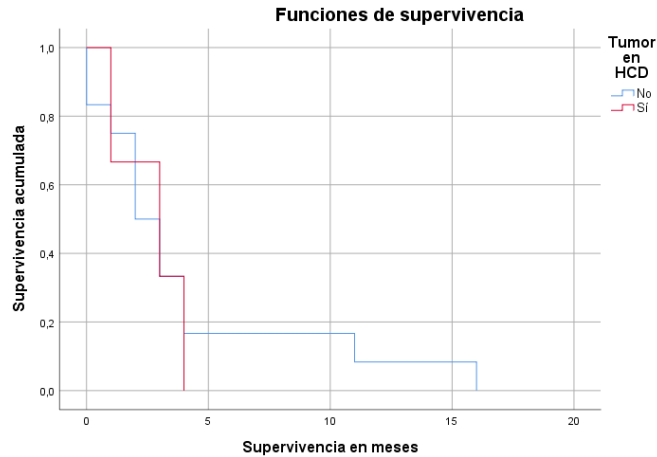
equivalen a 9 pacientes. De los cuales el 11.1%, es decir solo un paciente, tuvo una supervivencia a los 4 meses. El 88.9% restante, ocho pacientes, fallecieron a los 4 meses o antes. Del grupo menor de 60 años, el 33.3% tuvieron una supervivencia a los 3 meses. Por otro lado, del grupo mayores de 80 años, el 100% tuvo una supervivencia no mayor a los 4 meses.

GRÁFICO N°8: CURVA DE SUPERVIVENCIA DE KAPLAN MEIER SEGÚN COMPROMISO DE VÍA BILIAR EXTRAHEPÁTICA EN PACIENTES FALLECIDOS POR CÁNCER DE VESÍCULA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO 2009 – 2018



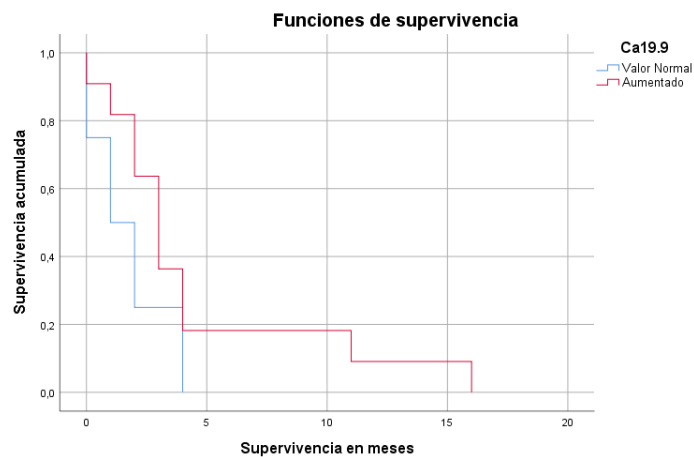
De los 15 pacientes fallecidos, se puede observar que el 16.7% de la población de pacientes con conducto colédoco normal (no dilatado) tuvieron una supervivencia a los 4 meses y el 83.3% falleció a los 4 meses o antes. Mientras que aquellos pacientes con conducto colédoco dilatado, el 11.1% tuvo una supervivencia a los 4 meses, el 88.9% falleció en la misma cantidad de meses o antes.

GRÁFICO N°9: CURVA DE SUPERVIVENCIA DE KAPLAN MEIER SEGÚN TUMOR EN HIPOCONDRIO DERECHO EN PACIENTES FALLECIDOS DEL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO 2009 – 2018



De los pacientes fallecidos, aquellos que presentaron clínicamente tumor en el hipocondrio derecho, el 100% tuvo una supervivencia no mayor a los 4 meses. Mientras que aquellos que no presentaron dicha característica clínica, tuvieron una supervivencia a los 4 meses del 16.7%. El 83.3% falleció en la misma cantidad de meses o antes.

GRÁFICO N°10: CURVA DE SUPERVIVENCIA DE KAPLAN MEIER SEGÚN VALOR DE CA 19.9 EN PACIENTES FALLECIDOS DEL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO 2009 – 2018



Según la curva de Kaplan Meier, de los 15 pacientes fallecidos, aquellos que presentaron un Ca 19.9 dentro de los valores normales, tuvieron una supervivencia no mayor a los 4 meses. Mientras que aquellos pacientes que presentaron una elevación del Ca 19.9, tuvieron una supervivencia a los 4 meses del 18.2% y fallecieron en la misma cantidad de meses o antes el 81.8%.

5.2 Discusión

Para la realización del presente estudio, se procesaron 45 historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en el Hospital Santa Rosa en el periodo 2009 – 2018.

La frecuencia de casos encontrados de cáncer de vesícula biliar fue en promedio de 4.5 por año en el periodo de tiempo mencionado anteriormente. Estos resultados se encuentran por debajo de la casuística encontrada en los estudios previos por Gamarra R, Coapaza Y, Salazar F y Ojeda Y en Arequipa (2012), donde en un periodo de 5 años se evaluaron 73 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de vesícula biliar y con una media de 14.6 casos por año. A su vez, en el INEN (2012), Schwarz L, Gómez H y Vallejos C hallaron 65 casos de adenocarcinoma avanzado de Vesícula Biliar entre 2001 y 2008, con una media de 8.1 casos por año; y Peña Dávila en Chiclayo (2018) describió 58 casos de neoplasia maligna vesicular entre 2011 y 2016 con una media de 9.6 casos por año. Solo se encontró un estudio internacional, Soledad A, et al (2016) donde en un periodo de 10 años encontró 36 casos, con una media de 3.6 casos por año. Cifra inferior a la nuestra. Esto puede estar influenciado debido a que, a pesar que el Hospital Santa Rosa es de un nivel III-1, contamos en la misma ciudad con Hospitales de mucho mayor complejidad y con atención especializada. Por tal motivo es probable que muchos de estos casos sean referidos a dichas instituciones con fines beneficiosos para el paciente o que ellos mismos opten por esta decisión.

Cavallaro A, Piccolo G, Di Vita M, et al (2014), la tasa de supervivencia a 5 años varía del 5 al 20%. Menciona además que cuando los pacientes son diagnosticados, generalmente no son candidatos para una resección curativa

con supervivencia a largo plazo, por consiguiente, una alta tasa de mortalidad. De las 45 historias clínicas revisadas, 33.3% eran de pacientes fallecidos (15 casos), los cuales tuvieron un diagnóstico anatomopatológico previo a la fecha de fallecimiento de no mayor de 2 años. Es decir, el 33.3% de la población estudiada tuvo diagnóstico anatomopatológico de cáncer de vesícula biliar y fallecieron en un periodo de tiempo menor de 2 años. Del 66.6% (30 casos) restante se desconoce su supervivencia. Es probable que haya un porcentaje de pacientes fallecidos no notificados al Hospital Santa Rosa o hayan optado por una atención en otra institución. Aun así, el porcentaje de pacientes fallecidos es alto y la agresividad con la que la enfermedad avanza es preocupante como menciona Izarzugaza M, Fernández L, Forman D, Sierra M (2016), aproximadamente el 30% de pacientes con lesiones confinadas a la mucosa sobrevive a 5 años y solo el 10% con lesiones más avanzadas sobrevive a 1 año y Wernberg J y Lucarelli D (2014), es la neoplasia maligna del tracto biliar más común con el peor pronóstico. Concuerdan con estudios internacionales Pellisé M y Castells A (Barcelona 2012) y en Perú Schwarz L, Gómez H y Vallejos C (2012). No obstante, cabe resaltar la alta frecuencia de casos de cáncer de vesícula biliar en la población chilena, comprobada por Lazcano – Ponce (México 2001) y la OPS y OMS (2018) donde menciona a dicha patología dentro de las tres primeras causas de muerte por cáncer en las mujeres chilenas.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que la mayoría de casos se diagnosticaron a una edad entre los 60 – 80 años, con una media de 65.3 años de edad, lo que representó el 64.4% de la población estudiada con 29 casos. Tal y como resaltan Wernberg J y Lucarelli D (2014) y Schwarz L, Gómez H y Vallejos C (2012) donde la edad promedio para sus estudios fue de 65 y 62 años respectivamente. El INEN y el Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer (2016), por otro lado, mencionan que, si bien es cierto, la población más afectada son adultos mayores, su edad de mayor frecuencia de diagnóstico de cáncer de vesícula biliar fue de 75 años. Es probable que el detalle de esta diferencia, se halle en que uno de nuestros criterios de inclusión sea pacientes colecistectomizados y el INEN y el Departamento de Epidemiología y Estadística registran a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula sin excepción. En nuestro estudio, la población de 60 años a

más llega a un 71.1% con 32 de 45 casos encontrados similar a lo que describen Schwarz L, Gómez H y Vallejos C (2012) en su trabajo, donde la mayoría de casos también se encontraban en el mismo rango de edad. Y si agrupamos la sexta y séptima década de vida, grupo etáreo de mayor prevalencia de esta enfermedad según Pellisé M y Castells A (2012), tendremos similar porcentaje. Por otro lado, Soledad A, et al (2016) tuvo una media de 59.5 años en Paraguay, cabe resaltar que según Izarzugaza M, et al (2016) la incidencia de cáncer de vesícula biliar en Paraguay entre 2003 – 2007 fue de las más bajas de Sudamérica.

Las mujeres fueron las mayormente afectadas por esta patología, en lo que concordamos con todos los estudios encontrados. El presente estudio muestra una relación de cuatro mujeres por cada hombre afectado. Estadística similar descrita por Izarzugaza M, et al. (2016); Soledad A, et al. (2016); Uribe M, et al. (2013); Roa JC, et al. (2011) entre otros estudios nacionales e internacionales. Solo se encontró un estudio donde Jaramillo PM y Hoyos SI (2009) en Colombia, encontraron desde enero 2004 a junio 2008, 40 pacientes con cáncer de vesícula biliar donde el 55% eran de sexo femenino y 45% masculino; muy por debajo de las cifras nacionales encontradas.

Uribe M, et al. (2013) El sobrepeso y la obesidad están descritos como factores de riesgo para desarrollar cáncer de vesícula biliar; en el presente estudio tenemos a un 66.6% de la población con un IMC dentro de estos rangos. Además, estos factores de riesgo, como lo describe también Rojas R y Samaniego C (2005), tienen un efecto en el estilo de vida del paciente, no solamente el peso per sé es la causa de este aumento de probabilidad de enfermar, sino también las consecuencias de un estilo de vida no saludable, que en muchos de estos casos se asocian a litiasis vesicular por la mala alimentación conocida de los pacientes con sobrepeso y obesidad. Por otro lado, la misma enfermedad, como otras neoplasias, produce una pérdida de peso, que puede estar influenciando los resultados del estudio. Se considera pérdida de 10% del peso o más en un mes, periodo en el cual puede disminuir el IMC llevándonos a rangos de peso normal o bajo peso y así, sesgando los datos obtenidos. Sin

embargo, a pesar de esta posibilidad, la mayoría de nuestra población permanece por encima de lo que sería un peso normal.

El diagnóstico de cáncer de vesícula incidental según Cavallaro A, Di Vita M, et al. (2014) es el más frecuente. Es decir, se realiza la colecistectomía a partir de un diagnóstico aparentemente benigno; y el diagnóstico preoperatorio de cáncer de vesícula biliar es solamente de un 30% aproximadamente. Sin embargo, nuestros resultados no contrastan con dicha información. Más del doble de este porcentaje, 66.7%, equivale al diagnóstico preoperatorio de cáncer de vesícula biliar en el Hospital Santa Rosa durante el periodo 2009 – 2018. Seguido por Colecistitis Crónica Calculosa y Pólipo Vesicular, que juntos representan las patologías benignas más frecuentes por lo cual se decide la colecistectomía, llegando a un 24.5%. Podemos observar que nuestros resultados son, por poco, opuestos. Castillo J, Romo C, et al. (2010) también describe que, en solo uno de sus nueve casos, se sospechó cáncer de vesícula biliar en forma preoperatoria. Entonces, ¿cabe la posibilidad que en los últimos años haya una mejora en cuanto al diagnóstico preoperatorio del cáncer de vesícula biliar en nuestro país? El estudio de Cavallaro A, Di Vita M, et al. que se publicó en 2014, revisó 30 casos desde el año 1995 hasta el 2011 en Catania, Italia. Y el estudio de Castillo J, Romo C, et al. que se publicó en 2010, revisó casos desde el año 2004 hasta el 2009 en México. Solamente Jaramillo PM y Hoyos SI en 2009 publicaron un estudio procedente de Colombia, donde en aproximadamente 4 años hallaron 40 pacientes, de los cuales el 62.5%, es decir 25 pacientes, presentaron el diagnóstico de cáncer de vesícula de forma preoperatoria, similar a las cifras del presente estudio. Sin embargo, es probable y muy alentador, que la calidad de imágenes haya mejorado en los últimos 10 años aproximadamente, con lo cual se puede identificar o sospechar con mayor precocidad el diagnóstico de cáncer de vesícula biliar. Paralelamente, la ecografía y tomografía se han tornado mucho más populares, y los médicos y su desenvolvimiento en el diagnóstico por imágenes se ha vuelto más accesible, colaborando así con una mayor identificación de patologías en la última década. El Hospital Santa Rosa, al tener a disposición métodos de diagnóstico por imágenes, sea ecografías, tomografías y/o resonancias magnéticas, quizás haya mayor probabilidad de acceder a las herramientas necesarias para sospechar dicha patología. Ya que, en caso de no

contar con los medios necesarios, como podría ocurrir en otros hospitales de menor complejidad, los pacientes suelen despreocuparse de su propia enfermedad y hacer caso omiso al profesional de salud al calmar sus síntomas si por ejemplo tuviera un cólico biliar.

Otra propuesta es que la población en general cuente con mayores recursos económicos para poder acceder a los ya mencionados métodos de diagnóstico por imágenes. Y en caso sea necesario, adquirir alguno con mayor calidad que una ecografía, que es el examen de rutina para evaluar la vesícula biliar y, por consiguiente, obtener también mayor posibilidad diagnóstica. Sería importante corroborar esta mejoría en cuanto al diagnóstico preoperatorio de cáncer de vesícula con otros estudios similares a nivel nacional. El diagnóstico preoperatorio, no solo se concentra en las imágenes. La clínica del paciente va de la mano y es primordial para tener una primera sospecha diagnóstica. Los signos y síntomas más frecuentes serán descritos más adelante.

Respecto al hallazgo ecográfico, se utilizó esta variable para determinar que factor de riesgo es más frecuente para el cáncer de vesícula biliar en esta población de estudio y se encontró que la litiasis vesicular es el hallazgo ecográfico más frecuente, como se describe en los estudios internacionales de Wernberg J y Lucarelli D (2014) y Pellisé M y Castells A (2012) y nacionales como el de Peña Dávila F (2018). Se encontró 31 de 45 casos, lo que representa el 68.9% de la población; levemente por debajo de lo descrito por Peña Dávila (70.7%) y muy por debajo de lo descrito por Pellisé y Castells (80 – 90%). Un punto importante a tener en cuenta es que esto no quiere decir que la litiasis vesicular sea el único hallazgo en la ecografía debido a que, en la mayoría de ellos, además de los cálculos biliares se encontraron tumoraciones o deformaciones en la vesícula o el hígado que hacían sospechar de un posible cáncer. Pero como se mencionó previamente, el objetivo era detectar cuál factor de riesgo era más prevalente. De los 31 casos, 26 presentaron múltiples cálculos, hecho que habría que estudiar a futuro para conocer su influencia en el diagnóstico. En segundo lugar, el NM Vesicular como único hallazgo ecográfico se encontró en 11.1% de casos. Esto no está descrito en ninguno de los distintos estudios referenciados. Además de ello, Wernberg J y Lucarelli D (2014) aseguran que la colecistectomía está recomendada si hay presencia de pólipos

mayores de 10 mm para reducir riesgo de cáncer y en nuestros resultados tenemos a un 6.7% de la población con este hallazgo ecográfico, al igual que la vesícula en porcelana.

Castillo J, et al (2010) encontró en su estudio con 9 casos de cáncer de vesícula un porcentaje de 88.8% del tipo adenocarcinoma y 11.2% de carcinoma neuroendocrino, cifras similares a nuestro estudio donde en la gran mayoría también se encontró adenocarcinoma. Por otro lado, Peña Dávila (2018) encontró en sus 48 casos de cáncer de vesícula, el 82.8% del tipo adenocarcinoma. Sin embargo, ningún carcinoma neuroendocrino. En su lugar halló carcinoma mucinoso y adenoescamoso, en tres y dos oportunidades respectivamente. Como podemos observar en los estudios presentados tenemos como principal estirpe al adenocarcinoma a nivel nacional e internacional.

Los signos y síntomas son prioridad para el diagnóstico, sumado a una adecuada anamnesis del paciente. No obstante, es innegable, como menciona la American Cancer Society (ACS), que estos sean muy inespecíficos y cuando se manifiestan, un gran porcentaje está en una etapa muy avanzada de la enfermedad. El dolor abdominal es el síntoma más frecuente de nuestro estudio con un 91.1%, dato que concuerda con la ACS y supera a lo descrito por Peña Dávila F (2018) quien encontró un 70.7%. También difiere del segundo lugar, en el cual menciona la ictericia. Siendo este signo el tercero en frecuencia en nuestro estudio con el 42.2% de casos. La ACS, en su página web coloca a la pérdida de peso como uno de los síntomas menos comunes del cáncer de vesícula biliar, mientras que fue nuestro segundo síntoma más frecuente con el 51.1% de casos. Lazcano – Ponce EC, Miquel JF, et al. (2001) hallaron que 20% de los pacientes con cáncer de vesícula biliar nunca tuvieron síntomas, sin embargo, en el presente estudio hubo 2 de 45 casos, es decir 4.4%, cifra muy inferior a la anterior, que no presentaron sintomatología alguna y se acercaron al Hospital Santa Rosa por una revisión general en el cual se encontraron anomalías en la ecografía abdominal. Estos casos son muy aislados en nuestro país, no hay una educación en salud adecuada en nuestra población, son muy pocos los pacientes que acuden responsablemente al hospital y se preocupan verdaderamente por su bienestar. Es un rubro en el que estamos en

deuda y que debemos aportar desde donde estemos en lo que podamos para crecer poco a poco como sociedad.

Cuando nos describen un tumor en el hipocondrio derecho en este tipo de pacientes, sospechamos de una vesícula distendida y de acuerdo a nuestros resultados hay cierta verdad en lo anunciado. Se encontraron 11 casos con tumor en hipocondrio derecho y 14 casos con una vesícula con un diámetro mayor de 10 mm, es decir, una vesícula distendida. Pero mayor relación se encontró en el siguiente hallazgo. El compromiso de la vía biliar extrahepática en estos casos es de esperarse y se manifiesta clínicamente como ictericia, al obstruir principalmente al conducto colédoco y evitando el paso de las bilirrubinas. Esto va acompañado de la dilatación de dicho conducto. Teóricamente, esa es la explicación. Y esta vez, la evidencia científica lo confirma. Se encontró que 19 de los 45 pacientes estudiados presentaron ictericia como uno de sus síntomas principales y a su vez, se encontró que 18 de los mismos 45 pacientes estudiados presentaron dilatación del conducto colédoco en su ecografía abdominal previa a la colecistectomía. No podemos asegurar que una vesícula distendida produjo la obstrucción de la vía biliar extrahepática en todos los casos, pero sí hay una gran probabilidad que la dilatación del conducto colédoco está relacionada con la ictericia de los pacientes estudiados.

La ACS (American Cancer Society) menciona que el Ca 19.9 se encontraría elevado en etapas avanzadas del cáncer de vesícula biliar y no es útil para el diagnóstico. Encontramos en el presente estudio una elevación del Ca 19.9 en el 57.8% de la población estudiada. Sin embargo, no se ha usado ninguna clasificación para estadíos o gravedad de enfermedad por lo cual no podemos asegurar que haya relevancia con lo mencionado por la ACS. Por otro lado, Uribe M, Heine C, et al. (2013) describen al Ca 19.9 como un marcador tumoral de peor sobrevida, datos que no concuerdan con el presente estudio. Asimismo, Jaramillo PM y Hoyos SI (2009) tuvieron una media de 4 765.04, cifra muy superior a la nuestra, 582.293.

El 86.6% de los pacientes fallecidos en este estudio tuvieron una supervivencia como máximo de 4 meses desde su diagnóstico clínico, menor a lo encontrado por Medina H, et al. (2005) y Hermida J (2017) donde la supervivencia media en ambos estudios internacionales fue de 6 meses en poblaciones de similar cantidad en el caso del estudio mexicano. Pero el estudio de Schwarz L, Gómez H y Vallejos C (2012) presenta una media de supervivencia global para todos sus pacientes de 2.47 meses, menor a nuestra media de 3.7 meses. Esto debido a que sus 65 casos presentan adenocarcinoma avanzado con confirmación patológica, es decir estadíos muy mortales del cáncer de vesícula biliar.

Más del 80% de pacientes fallecidos de ambos sexos tuvieron una supervivencia máxima de 4 meses, determinando que el cáncer de vesícula no distingue género. Además del grupo etáreo más frecuente, aquellos entre los 60 y 80 años que fallecieron, el 88.9% tuvieron una supervivencia máxima de 4 meses. Mientras que aquellos mayores de 80 años, el 100% fallecieron a los 4 meses o antes, lo que confirma Izarzugaza M (2016), a mayor edad, mayor mortalidad por cáncer de vesícula biliar; de igual manera, el sexo femenino es el que presenta mayor mortalidad por contar con la mayoría de casos.

De los 15 pacientes fallecidos, el 83.3% de la población con conducto colédoco normal, tuvo una supervivencia de 4 meses como máximo. Por otro lado, aquellos con conducto colédoco dilatado, el 88.9%. Ambos grupos tienen un porcentaje similar que no pasa del 6% de diferencia, de manera que el compromiso de la vía biliar extrahepática no parece ser una variable que determine mayor o menor supervivencia.

Del mismo grupo de pacientes fallecidos, el 100% de los que presentaron tumor en hipocondrio derecho tuvo una supervivencia máxima de 4 meses. Aquellos que no tuvieron dicha característica, al menos el 16.7% tuvo una supervivencia a 16 meses, el 83.3% restante falleció a los 4 meses o antes. Hecho que podría ayudarnos de alguna manera a la hora del examen físico de rutina, si se repite este estudio en los distintos centros hospitalarios o institutos de salud correspondientes y si los resultados nos acompañan.

En cuanto al Ca 19.9, aquellos que lo presentaron dentro de los valores normales tuvieron como supervivencia máxima 4 meses, mientras que los que tuvieron valores elevados, al menos el 18.2% llegó a los 16 meses de vida. Esto no concuerda con lo descrito por Uribe M, Heine C, et al. (2013) donde menciona que el Ca 19.9 acompaña a un peor pronóstico.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- El promedio de casos de cáncer de vesícula biliar en el Hospital Santa Rosa durante el periodo 2009 – 2018 fue de 4.5 casos por año aproximadamente, con un total de 45 casos en los últimos diez años de los cuales, 15 fallecieron en este nosocomio. De esos 15 pacientes, la media de supervivencia fue de 3.7 meses. Los 30 pacientes restantes se desconoce su supervivencia.
- El sexo femenino fue el más frecuentemente afectado con una relación de 4:1 con respecto al sexo masculino. La edad de mayor afectación de cáncer de vesícula biliar fue de 60 años o más con un 71.1%. Dentro de este grupo etáreo, la mayoría de casos se diagnosticaron entre los 60 y 80 años, donde la media fue de 65.3 años.
- El NM de Vesícula Biliar fue el diagnóstico preoperatorio más frecuente con el 66.7% de la población estudiada, seguido por la Colecistitis Crónica Calculosa y Pólipo Vesicular, con un 24.5% de casos. Las patologías benignas más frecuentes por lo cual se realiza la intervención quirúrgica. El adenocarcinoma fue el más frecuente tipo de tumor con 93.3%
- Los signos y síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal, con 91.1% de casos; pérdida de peso, con 51.1% e ictericia, con 42.2% de casos.
- Menos del 20% de pacientes tienen una supervivencia a 4 meses independientemente del sexo. La supervivencia a 4 meses de aquellos entre 60 y 80 años fue del 11.1%. De los pacientes fallecidos, 100% de pacientes con tumor en hipocondrio derecho fallecieron a los 4 meses o antes. Del mismo grupo de pacientes, el 100% que presentó valores normales de Ca 19.9 falleció a los 4 meses o antes.

6.2 Recomendaciones

- Tener en cuenta el perfil sociodemográfico más frecuente, mujeres con sobrepeso u obesidad, de 60 años o más.
- La litiasis vesicular múltiple sobrepasa notoriamente la litiasis vesicular única y no ha sido descrito con anterioridad. Sería de gran importancia encontrar resultados similares en otros estudios en nuestro país, para poder tener un acercamiento mayor a una sospecha diagnóstica. Además, sería interesante ampliar este estudio y repetirlo en las distintas instituciones o centros hospitalarios de nuestro país con el objetivo de conocer la realidad actual; hay una probabilidad de mayor identificación del diagnóstico preoperatorio del cáncer de vesícula biliar si se encuentran resultados similares
- Tomar consideración que un gran porcentaje de casos ingresaron a sala de operaciones como enfermedades benignas de la vesícula biliar. Por tal motivo, el personal y material quirúrgico debe estar preparado para las complicaciones y/o hallazgos una vez iniciado el acto operatorio. De la misma manera, informar a los familiares del paciente sobre los acontecimientos probables.
- Realzar la importancia de una patología tan agresiva con una escasa probabilidad de supervivencia, que inicia con una sintomatología tan común como el dolor abdominal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cavallaro A, Piccolo G, Di Vita M, Zanghi, Cardí F, Di Mattia P, Barbera G, et al. *Managing the incidentally detected gallbladder cancer: Algorithms and controversies*. International Journal of Surgery. 2014; 12: S108 – S119.
2. Wernberg, J, Lucarelli D. *Gallbladder Cancer*. Elsevier Inc. Washington 2014; 94: 343-360
3. Jefatura Institucional, Dirección de Control del Cáncer, Departamento de Epidemiología y Estadística. *Registro de Cáncer de Lima Metropolitana Incidencia y Mortalidad 2010 – 2012*. Perú: INEN y Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. 2016; 5.
4. Stephen A, Berger, D. *Carcinoma in the porcelain gallbladder: A relationship revisited*. Surgery. 2001; 129: 699-703.
5. Uribe M, Heine C, Brito F, Bravo D. *Actualización en cáncer de vesícula biliar*. Rev Med Clin Condes. 2013; 24(4): 638 – 643.
6. Izarzugaza M, Fernández L, Forman D, Sierra M. *Burden of GallBladder Cancer in Central and South America*. Cancer Epidemiology. 2016; 44: S82 – S89.
7. Organización Mundial de la Salud. OMS: *Cáncer , datos y cifras sobre el cáncer*. [Internet]. [Consultado 20 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
8. Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS: *Mortalidad por cáncer está decayendo en algunos países de las Américas, según nuevo informe de la OPS/OMS*. [Internet]. [Consultado 20 Ago 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9135%3A2013-cancer-mortality-declining-some-countries-america-new-paho-who-report&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es
9. Organización Mundial de la Salud. OMS: *Cáncer en Centroamérica y América del Sur: un análisis integral*. [Internet]. [Consultado 20 Ago 2018]. Disponible en: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2016/pdfs/pr248_S.pdf

10. Roa JC, Ferreccio C, Miquel J. *Gallbladder cancer: Necessary studies to design strategies for prevention and early diagnosis*. Rev. Med. Clin. Condes. 2011; 22(4): 486 – 491.
11. Castillo J, Romo C, Ruiz J, Escrivá J, Córdova V. *Cáncer de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a la colecistectomía. Prevalencia e incidencia en el Hospital Ángeles Pedregal*. Acta Médica Grupo Ángeles. México 2010; 8(3): 140 – 147.
12. Lazcano – Ponce EC, Miquel JF, Muñoz N, Herrero R, Ferreccio C. *Epidemiology and molecular pathology of gallbladder cancer*. CA Cancer J Clin. México 2001 Nov-Dec; 51(6):349 – 364.
13. Medina H, Ramos G, Orozco H y Mercado M. *Factores pronósticos en cáncer de vesícula*. Revista de Investigación Clínica Tlalpan. 2005; 57(5): 662 – 665.
14. Hermida J. *Adenocarcinoma de vesícula biliar litiásica y carcinosis peritoneal en una mujer joven*. Med Gen Fam Tenerife. 2017; 6(1): 45 – 48.
15. Ríos P, Aguilar L, Ríos, PO. *Cáncer de Vesícula Biliar- Estrategia Quirúrgica: A Propósito de un Caso Incidental Re-resecado en el Hospital Rebagliati*. Rev. Gastroenterol Perú. 2009; 29(4): 374 – 377.
16. Gamarra R, Coapaza Y, Salazar F, Ojeda Y. *Cáncer de vesícula biliar según tipo histológico y clasificación TNM en Arequipa, Perú*. Acta Med Per. 2012; 29(1): 23 – 27.
17. Schwarz L, Gómez H, Vallejos C. *Evaluación de factores pronósticos en pacientes con adenocarcinoma avanzado de vesícula biliar*. Carcinomas INEN Perú. 2012; 2 (1): 13 – 20.
18. Peña Dávila F. *Frecuencia y Perfil Clínico de Cáncer de Vesícula Biliar en pacientes colecistectomizados en 3 hospitales referenciales de Chiclayo entre 2011 y 2016*. [Tesis para optar título de médico cirujano]. Chiclayo: Facultad de Medicina, Escuela de Medicina Humana, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018.
19. Pellisé M, Castells A. *Tumores de la Vesícula y Vías Biliares. Servicio de Gastroenterología*. Hospital Clínic de Barcelona. 2012; 5(47): 689 – 697.

20. Rojas R, Samaniego C. *Cáncer de la vesícula biliar: limitaciones diagnósticas y terapéuticas*. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA. 2005; Vol 38(4): 73 – 79.
21. American Cancer Society. ACS: *Signos y síntomas del cáncer de vesícula biliar*. [Internet]. [Consultado 22 ago 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-vesicula-biliar/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-y-sintomas.html>
22. American Cancer Society. ACS: *Pruebas para diagnosticar el cáncer de vesícula biliar*. [Internet]. [Consultado 22 ago 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-vesicula-biliar/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/diagnostico.html>
23. Soledad A, Eisher M, Román R, Gamarra E y Villalba W. *Cáncer de la vesícula biliar. Experiencia de 10 años del instituto nacional del cáncer*. Congreso Paraguayo de Cirugía. 2016; vol 40(2): 8 – 11.
24. Jaramillo PM y Hoyos SI. *Carcinoma de vesícula biliar en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín*. Rev Colomb Cir. 2009; 24: 250 – 257.
25. De la Cruz Vargas JA, Correa Lopez LE, Alatriza Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educ Médica [Internet]. 2 de agosto de 2018 [citado 16 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.Sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	MÉTODO
<p>¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico de los pacientes colecistectomizados con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa dentro del periodo 2009-2018?</p>	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el perfil clínico epidemiológico de los pacientes colecistectomizados con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa dentro del periodo 2009-2018. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la frecuencia de pacientes con cáncer de vesícula biliar y frecuencia de pacientes fallecidos en el Hospital Santa Rosa - Determinar variables sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de vesícula biliar - Identificar los signos y síntomas más frecuentes de los pacientes con cáncer de vesícula biliar - Identificar el hallazgo ecográfico, diagnóstico preoperatorio y tipo de tumor más frecuente - Describir el diámetro mayor anatomopatológico de las piezas operatorias de Vesícula Biliar y la frecuencia del compromiso de la vía biliar extrahepática - Determinar la frecuencia de elevación del Ca 19.9 - Determinar la supervivencia en meses de los pacientes fallecidos según sexo, edad, compromiso de vía biliar extrahepática, tumor en hipocondrio derecho y Ca 19.9 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente fallecido: paciente diagnosticado como fallecido según certificado de defunción - Edad Número de años indicado en la historia clínica - Sexo Género señalado en la historia clínica - IMC Índice calculado en base a los datos de peso y talla reportados en la historia clínica - Diagnóstico Preoperatorio Diagnóstico descrito en el reporte quirúrgico antes de la intervención quirúrgica - Hallazgos ecográficos Conclusiones de la vesícula biliar en la ecografía abdominal previo a la intervención quirúrgica - Tipo de tumor Características anatomopatológicas que determinan una estirpe u otra, en este caso adenocarcinoma y carcinoma neuroendocrino - Diámetro mayor de Vesícula Biliar Diámetro mayor de la vesícula biliar según características anatomopatológicas de las piezas operatorias - Diámetro del conducto colédoco 	<p>3.1 Tipo de estudio El presente es un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo.</p> <p>3.2 Diseño de investigación Es observacional porque no se realizará intervención alguna ni se manipulará las variables; descriptivo, porque presentaremos los datos obtenidos con su respectiva estadística luego de una recopilación de historias clínicas con diagnóstico de cáncer de vesícula y retrospectivo, porque se tomarán datos de 10 años previos.</p> <p>3.3 Población y muestra La población de estudio, según el Departamento de Estadística, autorizado por la Oficina de Docencia e Investigación del Hospital Santa Rosa, es de 45 pacientes con diagnóstico de Cáncer de Vesícula Biliar, desde el año 2009 hasta 2018. Motivo por el cual no se realizará muestra y se tomará la población total como objeto de estudio.</p> <p>Población Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de vesícula biliar durante el periodo 2009 – 2018 - Pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía General <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con historias clínicas incompletas - Pacientes intervenidos quirúrgicamente por el

		<p>Diámetro del conducto colédoco según ecografía abdominal</p> <p>- Dolor abdominal Sensación desagradable de origen abdominal descrita por el paciente</p> <p>- Tumor en hipocondrio derecho Masa palpable ubicado en hipocondrio derecho</p> <p>- Ictericia Coloración visible amarillenta de piel y mucosas</p> <p>- Fiebre Aumento de temperatura corporal mayor o igual a 38°C expresado en grados centígrados descrito en la historia clínica</p> <p>- Pérdida de peso Disminución de peso mayor o igual a 5 kg en un mes descrito en la historia clínica</p> <p>- Ca 19.9 Marcador tumoral no específico</p> <p>- Supervivencia en meses Periodo de tiempo desde el primer diagnóstico de cáncer de vesícula biliar hasta el fallecimiento según certificado de defunción</p>	<p>servicio de emergencia</p> <p>Muestra</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tamaño de la muestra: se usará toda la población obtenida en una recopilación de 10 años que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. - Selección de la muestra: de tipo no probabilístico porque la selección se realiza por conveniencia, es decir, no se delimitará una muestra.
--	--	---	---

2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Paciente Fallecido	Paciente con muerte cerebral y/o cardiorrespiratoria	Paciente diagnosticado como fallecido según certificado de defunción	Nominal	Dicotómica	0 = Fallecido 1 = Desconocido
Edad	Número de años de vida del paciente al momento de su hospitalización	Número de años indicado en la historia clínica	De razón Discreta / Ordinal	Cuantitativa / Cualitativa	Años cumplidos < 60 años: 1 60 – 80 años: 2 > 80 años: 3
Sexo	Género	Género señalado en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= Femenino 1= Masculino
IMC	Relación entre el peso y talla de una persona	Índice calculado en base a los datos de peso y talla reportados en la historia clínica	De razón Continua / Ordinal	Cuantitativa / Cualitativa	Kg/m ² <18,5: bajo peso 18,5 – 24,99: peso normal 25 – 29.99: sobrepeso 30 – 34,99: obesidad I

					35 – 39,99: obesidad II
Diagnóstico preoperatorio	Motivo por el cual el paciente es intervenido quirúrgicamente	Diagnóstico descrito en el reporte quirúrgico antes de la intervención quirúrgica	Nominal Politómica	Cualitativa	0=Colecistitis crónica calculosa 1= Pólipo vesicular 2= NM Vesícula Biliar 3= Abdomen agudo quirúrgico 4= Otros Diagnósticos
Hallazgo ecográfico	Descripciones de las características encontradas en la vesícula biliar en la ecografía abdominal previo a la intervención quirúrgica	Conclusiones de la vesícula biliar en la ecografía abdominal previo a la intervención quirúrgica	Nominal Politómica	Cualitativa	0= Litiasis Vesicular Múltiple 1= Litiasis Vesicular Única 2= Pólipo Vesicular 3= Vesícula en Porcelana 4= NM Vesicular 5= Pícolecisto 6= Hidrocolecisto

Diámetro mayor de vesícula biliar	Dimensión mayor de la vesícula biliar expresado en milímetros	Dimensiones de la vesícula biliar según características anatomopatológicas de las piezas operatorias	Nominal Dicotómica	Cualitativa	<= 10 mm: Normal > 10 mm: Vesícula Distendida
Diámetro del conducto colédoco	Dimensiones del diámetro del conducto colédoco expresado en milímetros	Dimensiones del conducto colédoco según ecografía abdominal	Nominal Dicotómica	Cualitativa	<=6 mm: Normal >6 mm: Colédoco Dilatado
Tipo de tumor	Estirpe de la neoplasia según características anatomopatológicas	Estirpe de la neoplasia según las características encontradas en el reporte de anatomopatología	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0 = Carcinoma Neuroendocrino 1 = Adenocarcinoma
Dolor abdominal	Sensación desagradable tolerable o no de origen abdominal	Sensación desagradable de origen abdominal descrita por el paciente y presente en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= No 1= Sí

Tumor en hipocondrio derecho	Vesícula biliar aumentada de tamaño de manera que produce un efecto de masa palpable en el hipocondrio derecho	Masa palpable ubicado en hipocondrio derecho descrita en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= No 1= Sí
Ictericia	Coloración amarillenta de piel y mucosas	Coloración visible amarillenta de piel y mucosas descrita en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= No 1= Sí
Fiebre	Temperatura mayor o igual a 38°C	Aumento de temperatura corporal expresado en grados centígrados descrito en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= No 1= Sí
Pérdida de peso	Disminución de peso expresado en kilogramos	Disminución de peso mayor o igual al 10% en un mes descrito en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0= No 1= Sí

Ca 19.9	Marcador tumoral no específico	Valores séricos del marcador tumoral presente en la historia clínica	Nominal Dicotómica	Cuantitativa / Cualitativa	U / L <=30: Valor Normal > 30: Aumentado
Supervivencia en meses	Meses de vida del paciente luego del primer diagnóstico de cáncer de vesícula	Meses de vida desde el primer diagnóstico de cáncer de vesícula hasta fecha de fallecimiento según certificado de defunción	De razón Discreta / Dicotómica	Cuantitativa / Cualitativa	Meses de supervivencia 0: <= 4 meses 1: > 4 meses

3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO 2009 – 2018

Nombre del investigador: Guery Ivan Leguía Ugarte

- N° de Historia Clínica:
- Edad:
- Sexo: F () M ()
- IMC:
- Diagnóstico Preoperatorio: Colecistitis Crónica Calculosa () Pólipo Vesicular () NM Vesicular () Abdomen Agudo Qx () Otros diagnósticos ()
- Hallazgos ecográficos: Litiasis Vesicular Múltiple () Litiasis Vesicular Única () Pólipo Vesicular () Vesícula en porcelana () NM Vesicular () Píocolecisto () Hidrocolecisto () Otro diagnóstico ()
- Volumen de Vesícula Biliar: Diámetro mayor: Distendida: No () Sí ()
- Diámetro del Conducto Colédoco: Dilatado: No () Sí () Tipo de tumor:
- Dolor abdominal: No () Sí ()
- Tumor en hipocondrio derecho: No () Sí ()
- Ictericia: No () Sí ()
- Fiebre: No () Sí ()
- Pérdida de peso: No () Sí ()
- Ca 19.9: Aumentado: No () Sí ()