



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Resultados a corto y largo plazo de pacientes con lesiones de vías biliares
después de la colecistectomía Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa,
2015 al 2020.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Cirugía General

AUTOR

Quintana Munive, Jose Joel

(ORCID: 0009-0002-2617-7421)

ASESOR

Gil Malca Pérez, Marco Aurelio

(ORCID: 0009-0002-4090-0022)

Lima, Perú

2023

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Quintana Munive, Jose Joel

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 45339064

Datos de asesor

Gil Malca Pérez, Marco Aurelio

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 17931930

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Jáuregui Francia, Filomeno Teodoro

DNI: 08738668

Orcid: 0000-0002-0101-8240

SECRETARIO: Medrano Samame, Héctor Alberto

DNI: 08248487

Orcid: 0000-0002-5211-0368

VOCAL: Aranzabal Durand, Susana

DNI: 40320678

Orcid: 0000-0001-9115-8599

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.11

Código del Programa: 912199

DEDICATORIA

Dedicado a mi familia, quienes incentivan mi desarrollo profesional; a mis padres quienes me han permitido cumplir mis metas y a Dios por guiar mis pasos y cuidar de mi familia.

ÍNDICE

ÍNDICE	4
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1 Descripción de la realidad problemática	5
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Objetivos	6
1.3.1 Objetivo general	6
1.3.2 Objetivos específicos	6
1.4 Justificación	6
1.5 Delimitación	7
1.6 Viabilidad	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definiciones conceptuales	17
2.4 Hipótesis	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	19
3.1 Diseño	19
3.1.1 Tipo de estudio	19
3.1.2 Diseño de investigación	19
3.2 Población y muestra	19
3.4 Técnicas de recolección de datos e instrumentos	25
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información	26
3.6 Aspectos éticos	26
CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA	27
4.1 Recursos	27
4.2 Cronograma	27
4.3 Presupuesto	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	33

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La colecistectomía es el estándar de oro para manejar la enfermedad litiasica de la vesícula biliar sintomática y complicada, sin embargo, conlleva un riesgo pequeño y significativo de lesión de vías biliares (BDI por sus siglas en inglés) .¹ A nivel global, la lesión iatrogénica de las vías biliares se produce en el 0,1 y 0,2% de las colecistectomías abiertas.² Y, se ha informado que la cirugía laparoscópica ha aumentado estas lesiones tanto en volumen (0,4 al 0,6%) como en gravedad.³ Dada la frecuencia con la que se realiza la colecistectomía en todo el mundo, incluso una tasa baja de lesión en vía biliar presenta una enorme carga potencial para la salud pública en el Perú, pese a que no existan datos nacionales exactos.⁴

Las lesiones iatrogénicas de las vías biliares son complicaciones graves durante la colecistectomía laparoscópica e incluyen fugas biliares y lesiones importantes de las vías biliares.⁵ Por lo que aumenta considerablemente la morbilidad de una operación que de otro modo sería simple. Infortunadamente, estas lesiones afectan a una población relativamente más joven que conduce a la pérdida de trabajo, así como a una carga financiera considerable. La prevención de estas lesiones mediante una técnica quirúrgica adecuada y la delimitación de la anatomía son aspectos importantes.⁶ Incluso, la derivación oportuna y el manejo adecuado son igualmente importantes para lograr buenos resultados.^{7,8}

La presencia de una BDI es una complicación devastadora asociada con morbilidad a corto y largo plazo, mayor costo y una calidad de vida deteriorada.⁹ Por lo que el objetivo de la reparación quirúrgica del tracto biliar lesionado es la restauración de un conducto biliar duradero y la prevención de complicaciones a corto y largo plazo, como fístula biliar, absceso intraabdominal, estenosis biliar, colangitis recurrente y cirrosis biliar secundaria.¹⁰

La particular importancia de las BDI después de la colecistectomía radica en la frecuente aparición de lesiones de defectos a larga distancia. Con los avances en la experiencia técnica y la atención especializada, se ha informado que el 90% de las BDI tienen un buen resultado.¹¹ A pesar de estos avances, la mortalidad y la morbilidad están asociadas con las BDI posteriores a la colecistectomía. Estos pueden ocurrir antes o en el momento de la reparación definitiva.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los resultados a corto y largo plazo de pacientes con lesión de vía biliar después de la colecistectomía atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante los años 2015 y 2020?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Evaluar los resultados a corto y largo plazo de pacientes con lesión de vía biliar después de la colecistectomía atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante los años 2015 y 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las características clínicas de los pacientes con BDI después de la colecistectomía.
- Identificar los resultados a corto plazo de los pacientes con BDI después de la colecistectomía.
- Determinar los resultados a largo plazo de los pacientes con BDI después de la colecistectomía.

1.4 Justificación

La colecistectomía es una de las operaciones más comunes realizadas por cirujanos de todo el mundo. La lesión iatrogénica de vía biliar es una complicación rara pero muy temida asociada con este tipo de intervenciones quirúrgicas. Por lo que las BDI provocan un cambio serio en el manejo de los pacientes con una morbilidad considerable y una mortalidad definitiva.

Se ha descrito que los pacientes con BDI tienen una calidad de vida significativamente deteriorada y una supervivencia general disminuida. Por lo tanto, un paciente por lo demás sano que se somete a una operación simple por cálculos en la vesícula biliar puede convertirse en un candidato para trasplante de hígado debido a estenosis recurrentes que resultan en cirrosis hepática biliar secundaria tras presentar una BDI.¹² Conocer los resultados clínicos a corto y largo plazo en los pacientes con BDI tendrá implicaciones significativas para el

asesoramiento del paciente y la familia tanto antes de la colecistectomía como después de la lesión del colédoco.

Incluso, a nivel nacional son escasos los estudios basados en la población, basados en la clasificación detallada, el tratamiento y el resultado de las BDI. Por lo que, evaluar los resultados clínicos de las BDI en pacientes colecistectomizados puede promover estudios que identifiquen los factores que impulsan la morbilidad y predican los resultados clínicos en esta población.

1.5 Delimitación

Pacientes adultos que fueron sometidos a colecistectomía y presentaron BDI en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante los años del 2010 y 2020.

1.6 Viabilidad

El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa es uno de los establecimientos de salud más importantes a nivel nacional especializado en emergencias médicas y atención quirúrgica. Ello facilita la realización del presente estudio dado que este nosocomio tiene una gran afluencia de pacientes con enfermedades de la vesícula y vías biliares que acuden a tratarse. Además, cabe resaltar que el investigador cuenta con acceso a los registros médicos de los pacientes tratados en el hospital, lo que asegurará la recopilación de datos durante la ejecución del estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Halbert et al., llevaron a cabo un estudio retrospectivo que determinó los resultados a largo plazo de 125 pacientes con lesiones del colédoco después de la colecistectomía laparoscópica por colelitiasis admitidos en un hospital terciario en Estados Unidos. No se produjeron muertes en los primeros 30 días. Sin embargo, la mortalidad fue del 20,8% (n=26) con un tiempo medio hasta la muerte de $1,64 \pm 1,08$ años. Solo un paciente que se sometió a hepaticoyunostomía requirió un trasplante de hígado 4,3 años después de la cirugía. No se demostró diferencia en las lesiones según el tipo de reparación requerida ($p > 0,05$).¹³

Koppatz et al., informaron los resultados a largo plazo de la lesión del conducto biliar después de una colecistectomía en 52 pacientes atendidos en un centro hepatobiliar en Finlandia. Los resultados evidenciaron que, el 71% (n=37) de los pacientes lograron la permeabilidad primaria (83%; n=29) si fueron operados principalmente por un cirujano hepatobiliar). A los 3 años de seguimiento, 6 (11,5%) pacientes obtuvieron un resultado de grado B, 10 (19,2%) de grado C y 7 (13,5%) de grado D. Además, esta investigación evaluó la calidad de vida de los pacientes tras la lesión encontrando que fue similar independientemente del grado de resultado ($p > 0,005$).¹⁴

De igual forma, Rystedt et al., analizaron los resultados de la lesión del conducto biliar a través de la revisión de 55 134 historias clínicas de pacientes colecistectomizados a través de una cohorte retrospectiva. Los resultados evidenciaron que un 0,3% (n=174) pacientes presentaron lesión del conducto biliar. Entre estos pacientes predominó el grado C1 de Hannover (es decir, lesión pequeña menor de 5 mm) (n=102; 59%). La reparación más común fue la “sutura sobre tubo en T” (n=78; 45%) y la reconstrucción con hepaticoyunostomía se realizó en 30 pacientes (17%). Un total de 31 pacientes (18%) fueron diagnosticados con estenosis, 19 de los cuales fueron reparados principalmente con “sutura sobre tubo en T”. La mediana de estancia hospitalaria fue de 14 días (1-149).¹⁵

Una revisión sistemática realizada por Wang et al., evaluó la evidencia disponible sobre los resultados clínicos de las BDI en 32 estudios. Este estudio informó que

la reparación temprana de la lesión se asoció con mayores tasas de fracaso de la reparación (OR: 4,03; $p < 0,001$), complicaciones posoperatorias (OR 2,18; $p < 0,001$) y estenosis biliar (OR 6,23; $p < 0,001$). Por tanto, entre los pacientes con BDI, la derivación temprana y la reparación tardía parecen otorgar resultados favorables.¹⁶

En Lima, Aliaga–Sánchez S., realizó un estudio observacional que evaluó los resultados de la BDI después de la colecistectomía laparoscópica subtotal fenestrado en 37 pacientes atendidos en el Hospital de Ventanilla. Entre los principales resultados a corto plazo se informó empiema vesicular (9%), vesícula gangrenada (2%), Síndrome de Mirizzi (2%) y vesícula escleroatrófica (6%). Entre los pacientes no se reportan muertes.¹⁷

2.2 Bases teóricas

BDI posterior a colecistectomía

Una BDI es un daño a las vías biliares que ocurre durante una cirugía de vesícula biliar.¹⁸ Estas son complicaciones peligrosas de la colecistectomía, que ocurren con más frecuencia desde la introducción y la adopción generalizada de la laparoscopia (0,4 a 1,5% de los casos) en comparación con la colecistectomía abierta (0,2 a 0,3% de los casos).¹⁹

Etiología

La mayor parte de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar se deben a una mala interpretación de la anatomía, así como a la presencia de variantes anatómicas. Además de las variantes anatómicas del sistema de conductos biliares extrahepáticos y los cambios patológicos en el triángulo de Calot, las principales razones de la aparición de BDI son, especialmente durante la "curva de aprendizaje", una técnica de disección inadecuada y, a menudo, la falta de voluntad para convertir, incluso en casos difíciles.²⁰

Factores de riesgo

Se han descrito bien una serie de factores de riesgo para la aparición de BDI, que incluyen inflamación severa, sangrado, variaciones anatómicas y falta de experiencia quirúrgica.

Entre los factores anatómicos, las numerosas variantes anatómicas de la vía biliar representan una posible causa de lesión iatrogénica, por ejemplo, las diferentes variantes del conducto cístico, como conducto cístico corto, conducto cístico paralelo al colédoco, anomalías de la unión conducto hepático común, presencia del conducto hepatocístico, conducto cístico accesorio, existencia de conductos biliares aberrantes (p. ej., conducto de Luschka).²¹

Entre los factores relacionados con el paciente, la obesidad severa, la cirugía previa en el tracto biliar y la enfermedad hepática subyacente parecen ser factores predisponentes para las complicaciones perioperatorias.

Sin embargo, la colecistitis aguda provoca una serie de modificaciones de la anatomía local (adherencias, engrosamiento de los tejidos, inflamación, sangrado) que se asocian a un mayor riesgo de lesión iatrogénica. Entre los factores relacionados con la técnica, el abordaje laparoscópico en sí representa un factor de riesgo, de ahí la importancia de una correcta “curva de aprendizaje” para los cirujanos jóvenes.

Los factores humanos también juegan un papel crucial en la fisiopatología de la lesión biliar iatrogénica: la excesiva seguridad del cirujano, la prisa por terminar la intervención, el cansancio y preocupaciones personales del cirujano, la ansiedad de actuación, la superficialidad de la intervención quirúrgica. actuar, y la falta de humildad en la conversión a cirugía abierta en casos dudosos puede determinar un daño relevante en el árbol biliar.²²

Clasificación

Antes del advenimiento de la colecistectomía laparoscópica, la lesión más frecuente de la vía biliar estaba representada por la estenosis de la vía biliar, y las BDI se clasificaban utilizando la “clasificación de Bismuth” según el nivel de lesión biliar.²³ Esta clasificación incluye cinco tipos de BDI según la distancia desde el hilio hepático, el nivel de la lesión, la afectación de la bifurcación de la vía biliar y el conducto sectorial derecho individual.

El consenso internacional más reciente recomienda graduar la gravedad de las BDI según el sistema de clasificación de Strasberg.²⁴ Estas han sido clasificadas según el grado y nivel de la lesión (Ver Figura 1).²⁵

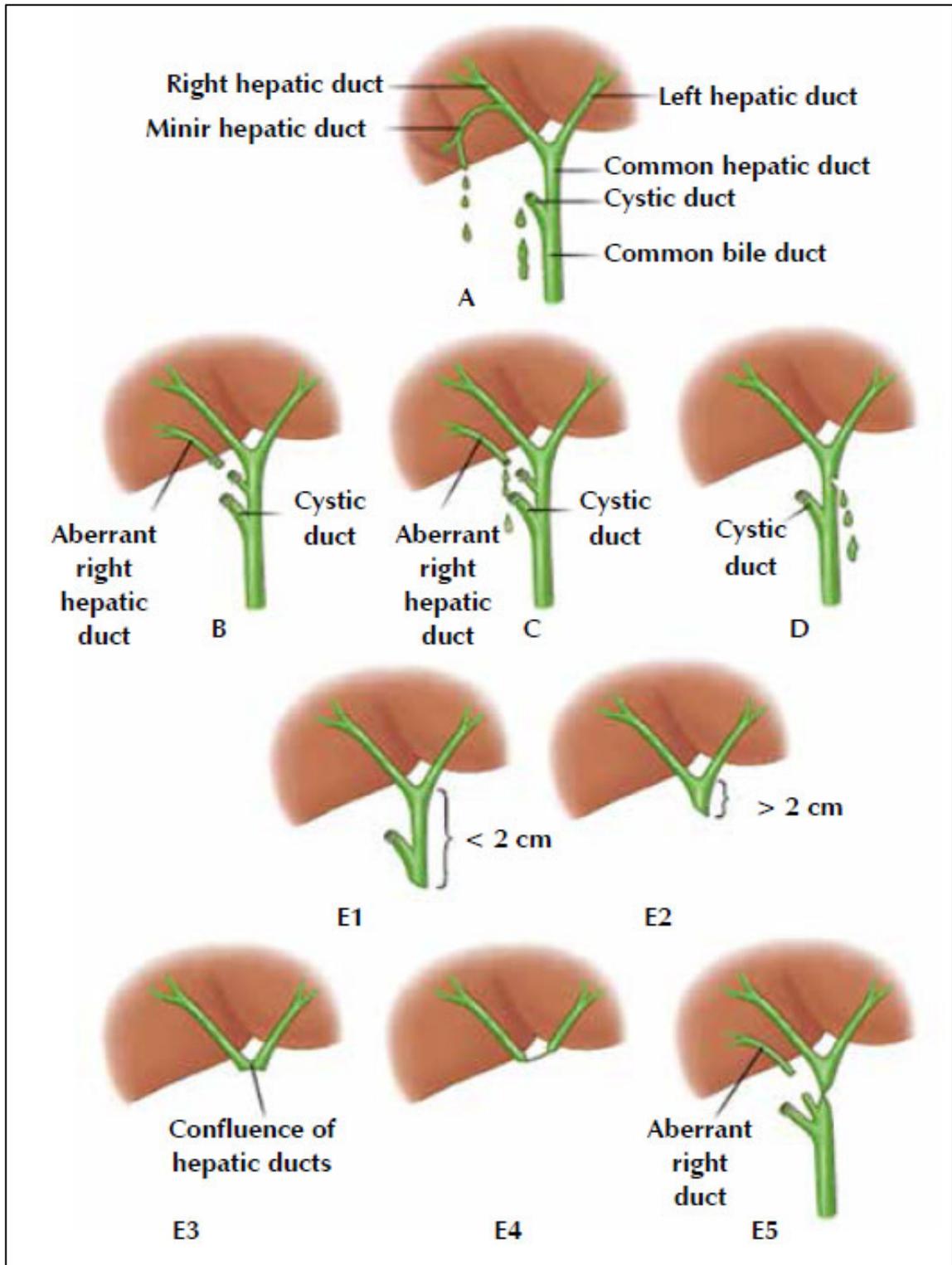


Figura 1. Clasificación de las lesiones de vías biliares según Strasberg. De Strasberg *et al.*²⁵

Donde se describen:

- Tipo A: Fuga del conducto cístico o fugas de pequeños conductos en el lecho hepático tras lesión desde pequeños conductos hepáticos que drenan del lecho hepático o del conducto cístico.
- Tipo B: Oclusión de un conducto hepático derecho aberrante.
- Tipo C: Fuga tras corte transversal sin ligadura en el conducto hepático derecho aberrante.
- Tipo D: Lesión lateral del colédoco menor al 50% de la circunferencia.
- Tipo E: Lesiones en la sección o estenosis del conducto hepático principal, por lo que se considera una lesión de vía biliar mayor.²⁴ Se clasifican como:
 - E1: Tipo I de Bismuth, lesión mayor a 2 cm de la confluencia.
 - E2: Tipo II de Bismuth, lesión menor a 2 cm de la confluencia.
 - E3: Tipo III de Bismuth, lesión hiliar con confluencia biliar preservada.
 - E4: Tipo IV de Bismuth, estenosis hiliar con afectación de la confluencia.
 - E5: Tipo V de Bismuth, estenosis de conducto hepático derecho aberrante y conducto hepático común.

Por lo que, las BDI se clasifican según su gravedad en:²⁴

- Grado de gravedad 1 (SG1): lesiones de tipo A y D (lesiones laterales que no provocan la discontinuidad de las vías biliares)
- Grado de gravedad 2 (SG2): Tipo B, C, E1, E2, E3. (Lesiones axiales que resultan en discontinuidad única del árbol biliar)
- Grado de gravedad 3 (SG3): Tipo E4, E5. (Lesiones axiales que resultan en dos o más discontinuidades del árbol biliar)

Existe otra clasificación basada en la etiología, la localización y el intervalo diagnóstico, a partir de la cual se pueden extraer consecuencias diagnósticas y terapéuticas después de la colecistectomía laparoscópica. La Clasificación de Neuhaus categoriza las BDI de acuerdo a la lesión inicial después de la colecistectomía.²⁶ Entre las principales lesiones de la vía biliar se incluyen oclusión por clips (tipo B), lesiones laterales (tipo C), transecciones completas

(tipo D) y estenosis tardías de las vías biliares extrahepáticas (tipo E) (Ver Figura 2).

- Tipo A: Fuga biliar periférica conectada al sistema de conductos biliares principal. Las fugas biliares periféricas se dividen en insuficiencias del muñón quístico (tipo A1) y fugas del lecho de la vesícula biliar (tipo A2). Generalmente este tipo de lesiones se pueden tratar con una papilotomía, posiblemente combinada con la colocación de un *stent* temporal.
- Tipo B: Oclusión del conducto colédoco sin sección transversal. Esta lesión generalmente es causada por un clip mal colocado. Se distingue entre una oclusión incompleta (tipo B1) y una completa (tipo B2). Dependiendo de la extensión de la lesión, se recomienda colocar un *stent* durante 1 año para evitar estenosis tardías.
- Tipo C: Lesión tangencial del conducto colédoco con preservación de la continuidad. Las lesiones tangenciales son causadas por una técnica de preparación inadecuada (termocoagulación directa, clips mal colocados). Se distingue entre lesiones pequeñas/puntiformes (<5 mm) (tipo C1) y lesiones más extensas (tipo C2).
- Tipo D: Transección completa del conducto colédoco o de un conducto biliar derecho sin conexión con el sistema principal de conductos biliares. En este tipo de lesiones, la distinción entre transecciones sin defectos (tipo D1) y aquellas con una sección defectuosa más o menos larga (tipo D2) tiene relevancia terapéutica.
- Tipo E: Estenosis del conducto colédoco. Este tipo de estenosis se descubren después de un intervalo postoperatorio sin síntomas de duración variable.

Manejo

La BDI se puede manejar con técnicas quirúrgicas, endoscópicas o radiológicas según la gravedad de la lesión.²⁷ El tratamiento óptimo depende del momento del reconocimiento de la lesión, la extensión de la lesión del conducto biliar, el estado del paciente y la disponibilidad de cirujanos hepatobiliares experimentados.²⁸

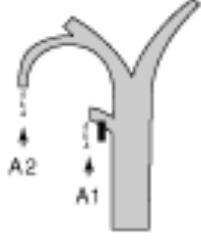
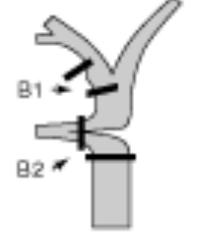
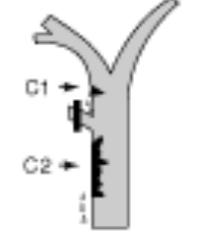
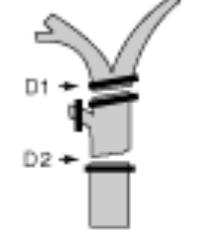
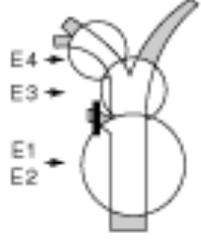
<p>Type A Peripheral bile leak (in communication with the CBD)</p> <p>A1 Cystic duct leak A2 Bile leak from the liver bed</p>	
<p>Type B Occlusion of the CBD (or right respectively left hepatic duct, i.e. clip, ligation)</p> <p>B1 Incomplete B2 Complete</p>	
<p>Type C Lateral injury of the CBD</p> <p>C1 Small lesion (<5 mm) C2 Extended lesion (>5 mm)</p>	
<p>Type D Transection of the CBD (or right hepatic duct not in communication with the CBD)</p> <p>D1 Without structural defect D2 With structural defect</p>	
<p>Type E Stenosis of the CBD</p> <p>E1 CBD with short stenosis (<5 mm) E2 CBD with long stenosis (>5 mm) E3 Confluence E4 Right hepatic duct or segmental duct</p>	

Figura 2. Clasificación de Neuhaus de las lesiones de la vía biliar después de la colecistectomía. De Neuhaus *et al.*²⁶

Para determinar el manejo adecuado, es fundamental definir el tipo de BDI. Los autores han propuesto previamente un sistema de clasificación para cubrir todo el espectro de posibles lesiones, incluido el mecanismo, la extensión, el nivel y el intervalo de diagnóstico de la lesión después de la colecistectomía. Las lesiones menores, como la fuga del conducto cístico o del colédoco y las estenosis cortas, a menudo pueden tratarse mediante endoscopia, pero se necesita una reconstrucción quirúrgica para las complicaciones biliares mayores.²⁹

En la clasificación de Strasberg, manteniendo la continuidad del conducto biliar, la lesión de tipo A generalmente se trata por medios no quirúrgicos. Las lesiones menores generalmente se tratan con éxito mediante endoscopia, pero las mayores generalmente requieren cirugía.³⁰ Aunque las lesiones tipo B a D pueden tratarse mediante abordajes endoscópicos, es probable que la reconstrucción quirúrgica sea un tratamiento definitivo para la formación tardía de estenosis en una lesión tipo B, o para la migración de una lesión de D a E de Strasberg.

El abordaje quirúrgico puede variar desde la sutura de la lesión hasta el trasplante de hígado, pero la operación más común es la hepaticoyeyunostomía.³¹ Se recomienda que las reconstrucciones quirúrgicas de BDI se realicen en centros especializados para aumentar la permeabilidad del árbol biliar. Para lesiones tipo E complejas, la reparación quirúrgica con anastomosis bilioentérica es el tratamiento de elección.³²

Las lesiones laterales extendidas, por ejemplo, a menudo son susceptibles de sutura directa con tubo en T. Las transecciones completas sin pérdida de longitud ductal diagnosticada durante la cirugía pueden tratarse mediante reparación ductal de extremo a extremo durante una sutura de la fijación del tubo en T cuando los bordes del conducto biliar seccionado están frescos y bien vascularizados. Sin embargo, este tipo de reparación se asocia con una alta tasa de reestructuración, probablemente debido a la subestimación del daño isquémico de la vía biliar.

La mayoría de las transecciones completas se asocian con la pérdida de un segmento del conducto biliar. En esta situación, rara vez es posible una anastomosis termino-terminal del conducto biliar sin tensión, incluso si se ha movilizad el duodeno. Por estas razones, una hepaticoyeyunostomía termino-

lateral en una técnica de mucosa a mucosa con una Y Roux de 40 cm en el asa yeyunal es el procedimiento preferido. La hepaticoyeyunostomía en Y de Rouxen se acepta generalmente como el tratamiento de referencia para las lesiones complejas de las vías biliares.³³

La colocación temporal de endoprótesis y la desviación de la bilis de la anastomosis sigue siendo controvertida. Quienes favorecen la colocación de *stents* y la descompresión del árbol biliar afirman una menor probabilidad de estenosis postoperatoria; otros han encontrado resultados equivalentes sin colocación de *stent*.³⁴ La colocación de *stents* conlleva un riesgo de colangitis prolongada, pero asegura un tamaño mínimo de la anastomosis a medida que se produce la cicatrización y se asienta la inflamación, y permite un fácil acceso para la intervención diagnóstica y terapéutica.

Grandes revisiones de lesiones en vía biliar sugieren que la lesión vascular concomitante está presente en aproximadamente el 25% de estos pacientes.^{35,36} Si bien la lesión arterial puede considerarse una indicación para retrasar la reparación dada la preocupación por la estructura anastomótica biliar o bilioentérica, puede ser necesario un trasplante de hígado para lesiones vasculobiliares catastróficas.

Resultados a corto y largo plazo

La evaluación diagnóstica de pacientes con BDI debe incluir una delimitación precisa de la anatomía biliar. La sospecha de formación de un absceso intraabdominal o lesión vascular puede detectarse mediante tomografía computarizada o colangiografía por resonancia magnética.^{37,38}

Aunque la mayoría de los autores coinciden en que la identificación intraoperatoria de BDI con reparación inmediata por un cirujano hepatobiliar en un centro terciario ofrece excelentes resultados, la tasa de diagnóstico intraoperatorio es del 15 al 80% según las series analizadas.^{39,40} La mayoría de los pacientes presentan más tarde una fuga de bilis, ictericia, colangitis y sepsis.⁴¹ Estos pacientes requieren drenaje biliar y el control de la sepsis seguido del diagnóstico de la extensión de la lesión y preparación para la cirugía.⁴² Como tal, muchos cirujanos prefieren retrasar la cirugía reconstructiva hasta que la inflamación haya disminuido y el paciente esté optimizado para la reparación.

Aunque los mejores resultados se ven cuando los pacientes se presentan temprano, no están sépticos y pueden someterse a una reparación inmediata, no hay consenso con respecto a la definición de reparación "temprana versus tardía". La mayoría de los autores definen el grupo "temprano" como pacientes sometidos a cirugía dentro de las 2 semanas, pero otros han definido este intervalo entre 3 semanas y hasta 6 semanas. La reparación tardía generalmente se ha definido como la reconstrucción realizada después de 6 a 12 semanas de la lesión.

Los estudios que investigan específicamente los resultados a largo plazo de la hepaticoyeyunostomía en Y de Roux con anastomosis bilioentérica realizada para BDI importantes también respaldan los buenos resultados generales.⁴³

La tasa de mortalidad después de la BDI también es considerable, variando entre el 1,8% y el 4,6%, y algunas pruebas respaldan un aumento de la mortalidad del 8,8% en pacientes con BDI en comparación con la tasa de mortalidad esperada ajustada por edad después de 20 años.¹³

Finalmente, la mayoría de los estudios sugieren que las BDI tienen un impacto perjudicial en la calidad de vida relacionada con la salud en comparación con los pacientes sometidos a colecistectomía sin incidentes. Se ha informado de deterioro de la calidad de vida, particularmente en términos de limitaciones relacionadas con el trabajo, pérdida de productividad y mayor uso de beneficios por discapacidad, incluso años después del tratamiento.⁴⁴

2.3 Definiciones conceptuales

Lesión de vía biliar

Daño traumático de los conductos biliares que ocurre al identificar por error el conducto biliar común por el conducto cístico durante la colecistectomía.³⁰

Resultados a corto plazo

Resultados más inmediatos sobre los cuales las organizaciones individuales tienen la influencia más directa.⁴⁵

Resultados a largo plazo

Resultados que tardan más en lograrse y es probable que sean aquellos en los que tiene menos influencia directa y a los que muchos elementos o eventos contribuyen.⁴⁵

Mortalidad

Número de muertes en un determinado grupo de personas en un determinado período de tiempo.⁴⁵

Edad

Periodo de tiempo que ha vivido una persona o cosa.⁴⁵

Sexo

Características estructurales y funcionales que definen el comportamiento de los organismos.⁴⁵

Raza

Grupo social en el que se pueda dividir a los humanos de acuerdo con las similitudes percibidas en sus características físicas.⁴⁵

Cirugía secundaria

Procedimiento quirúrgico que se realiza para mejorar las condiciones que se encuentran durante la realización de la cirugía primaria.⁴⁵

Estancia hospitalaria

Número medio de días que los pacientes pasan en el hospital.⁴⁵

2.4 Hipótesis

No aplica para estudios de seguimiento.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño

3.1.1 Tipo de estudio

Investigación de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, de corte longitudinal y proyección retrospectiva que hará uso de estadística inferencial.

3.1.2 Diseño de investigación

Este estudio recopilará y analizará datos numéricos dado que tendrá un enfoque cuantitativo. Además, el investigador no tendrá intervención con los sujetos de estudio y no manipulará las variables por lo que será de tipo observacional. Será una investigación de corte longitudinal dado que implicarán observaciones repetidas de las mismas variables en los sujetos de estudio. De proyección retrospectiva dado que recopilará datos consignados en las historias clínicas de los pacientes sometidos a colecistectomía que presentaron lesión de vía biliar.

3.2 Población y muestra

Población

Todos los pacientes adultos que fueron sometidos a colecistectomía y presentaron BDI en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante los años del 2010 y 2020 serán incluidos en la población de estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos que hayan sido sometidos a colecistectomía por enfermedad biliar benigna entre los años 2010 y 2015.
- Pacientes adultos que presentaron BDI tras la colecistectomía entre los años 2010 y 2015.

Criterios de exclusión

- Pacientes pediátricos.
- Pacientes con neoplasias malignas en el área hepatopancreaticobiliar incluidos cánceres de vesícula biliar, enfermedad hepática, pancreatitis, colecistitis acalculosa.
- Pacientes con procedimientos convertidos de laparoscópicos a abiertos y colecistectomía incidental como parte de otro procedimiento.
- Pacientes cuya BDI fue tratada únicamente por medios endoscópicos o radiológicos.

Tamaño de la muestra

Se incluirán 126 pacientes que hayan presentado BDI después de ser sometidos a colecistectomía entre enero del 2015 y enero del 2020. El cálculo del tamaño muestral se realizó en el software EPIDAT 3,1 dentro de un intervalo de confianza del 95%, error de estimación del 5% y proporción de lesión de vía biliar tras la colecistectomía del 9% de acuerdo a literatura.¹⁷

Proporción esperada:	9.000%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0
Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
5.000	126

Figura 3. Cálculo del tamaño muestral.

Selección de la muestra

Los participantes del estudio serán elegidos siguiendo un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para ello se ordenarán las historias clínicas de todos los pacientes elegibles de estudio y se elegirán siguiendo una probabilidad de 2 en 2.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE, RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Lesión de vía biliar	Daño traumático de los conductos biliares que ocurre al identificar por error conducto biliar común por el conducto cístico durante la colecistectomía. ³⁰	Paciente adulto que haya sido intervenido por colecistectomía y se le haya diagnosticado BDI posterior a esta.	Nominal Politómica	Cualitativa	0 = Tipo A 1 = Tipo B 2 = Tipo C 3 = Tipo D 4 = Tipo E1 5 = Tipo E2 6 = Tipo E3 7 = Tipo E4 8 = Tipo E5
Resultados a corto plazo	Resultados más inmediatos sobre los cuales las organizaciones individuales tienen la influencia más directa. ⁴⁵	Complicaciones biliares que presentó el paciente que presentó BDI durante los primeros 30 días tras colecistectomía.	Nominal Politómica	Cualitativa	0 = Colangitis postoperatoria 1 = Colección de líquido sub hepático 2 = Fuga de bilis después de la hepaticoyeyunostomía

					<p>3 = Absceso hepático</p> <p>4 = Litiasis intrahepática</p> <p>5 = Síndrome de disfunción multiorgánica</p> <p>6 = Dehiscencia anastomótica de la hepaticoyeyunostomía</p>
Resultados a largo plazo	Resultados que tardan más en lograrse y es probable que sean aquellos en los que tiene menos influencia directa y a los que muchos elementos o eventos contribuyen. ⁴⁵	Complicaciones biliares que presentó el paciente que presentó BDI posterior a los 30 días tras colecistectomía.	Nominal Politómica	Cualitativa	<p>0 = Estenosis de la anastomosis biliar-entérica</p> <p>1 = Cirrosis biliar secundaria</p> <p>2 = Hipertensión portal</p> <p>3 = Colangiocarcinoma</p> <p>4 = Requerimiento de trasplante hepático ortotópico</p>
Mortalidad	Número de muertes en un determinado grupo de personas en un determinado período de	Paciente que presentó lesión de vía biliar tras colecistectomía y falleció.	Nominal Dicotómica	Cualitativa	<p>0 = Si</p> <p>1 = No</p>

	tiempo. ⁴⁵				
Edad	Periodo de tiempo que ha vivido una persona o cosa. ⁴⁵	Edad del paciente que presentó BDI tras colecistectomía.	De razón	Cuantitativa	Años
Sexo	Características estructurales y funcionales que definen el comportamiento de los organismos. ⁴⁵	Sexo del paciente que presentó BDI tras colecistectomía.	Nominal Dicotómica	Cualitativa	0 = Femenino 1 = Masculino
Raza	Grupo social en el que se pueda dividir a los humanos de acuerdo con las similitudes percibidas en sus características físicas. ⁴⁵	Raza del paciente que presentó BDI tras colecistectomía.	Nominal Politómica	Cualitativa	0 = Blanco 1 = Negro 2 = Mestizo
Cirugía secundaria	Procedimiento quirúrgico que se realiza para mejorar las condiciones que se encuentran durante la realización de la cirugía primaria. ⁴⁵	Tipo de reintervención quirúrgica que recibió el paciente que presentó BDI tras colecistectomía.			0 = Hepatectomía 1 = Hepaticocenterostomía 2 = Reparación primaria de vía biliar 3 = Trasplante de

					hígado
Estancia hospitalaria	Número medio de días que los pacientes pasan en el hospital. ⁴⁵	Número de días hospitalizado del paciente que presentó BDI tras colecistectomía.	De razón	Cuantitativa	Días

3.4 Técnicas de recolección de datos e instrumentos

Se revisarán las historias clínicas de los pacientes cuyos datos se registrarán en una ficha de recolección de datos utilizada como instrumento de estudio. Esta será elaborada tras la búsqueda bibliográfica realizada por el investigador. A su vez, se validará mediante juicio de expertos antes de su aplicación.

El instrumento estará dividido en tres secciones principales que evaluarán los objetivos de la investigación. Las características clínicas de los pacientes colecistectomizados se registrarán en la primera sección de la ficha donde se incluirá la edad, sexo, raza, indicación de colecistectomía y tipo de abordaje operatorio. Los tipos de lesión de vía biliar se informarán utilizando el sistema de clasificación de Strasberg.²⁴ En esta sección se registrará el tiempo en días hasta la reintervención tras el diagnóstico de BDI. La operación índice se definirá como la colecistectomía primaria, por tanto, la cirugía secundaria incluirá la hepatectomía, hepaticoyeyunostomía, reparación primaria de la vía biliar y trasplante de hígado en el paciente con BDI. Mientras que, la estancia hospitalaria se definió como el número total de días en el hospital por problemas relacionados con la colecistectomía y sus posteriores complicaciones durante el seguimiento.

Los resultados a corto plazo se definirán como eventos que requirieron tratamiento, estancia hospitalaria prolongada y reingreso hospitalario dentro de los 30 días posteriores al diagnóstico de BDI en la institución de estudio. Dichos resultados serán registrados en la segunda sección del instrumento. Las complicaciones de tracto biliar a largo plazo se describirán como colangitis postoperatoria, colección de líquido sub hepático, fuga de bilis después de la hepaticoyeyunostomía, absceso hepático, litiasis intrahepática, síndrome de disfunción multiorgánica y dehiscencia anastomótica de la hepaticoyeyunostomía. A su vez, se registrará el tiempo en días desde la aparición de complicaciones tras la colecistectomía y la muerte del paciente dentro de los primeros 30 días.

En tanto, los resultados a largo plazo serán aquellas complicaciones biliares que ocurriendo a más de 30 días tras la BDI. Se incluirán dentro de los resultados a largo plazo, ubicados en la tercera sección del instrumento, a la presencia de estenosis de la anastomosis biliar-entérica, cirrosis biliar secundaria, hipertensión portal, colangiocarcinoma y requerimiento de trasplante hepático ortotópico. A su

vez, se registrará el tiempo en días desde la aparición de complicaciones tras la colecistectomía y la muerte del paciente posterior a los 30 días de su intervención quirúrgica.

Se obtendrán datos clínicos y los resultados de los procedimientos diagnósticos después de la colecistectomía de todos los pacientes. Para ello se seguirá un análisis documental de los registros médicos de los pacientes elegibles de estudio. Utilizando un identificador único se realizará un seguimiento de los pacientes durante su primer año posoperatorio después de la colecistectomía para identificar los resultados a corto y largo plazo. Luego, se revisarán los datos anualmente, a menos que se indique antes debido a un evento clínico importante. Se calculará la duración del seguimiento en meses a partir de la fecha de la última intervención.

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

Se realizarán estadísticas descriptivas que incluirán mediciones de frecuencias, porcentajes, medias, medianas, desviaciones estándar y rango intercuartílico. El análisis inferencial se realizará mediante la prueba t de dos muestras o Kruskal-Wallis para variables continuas. Para la comparación de variables categóricas se utilizará la prueba exacta de Fisher o la prueba de Chi-cuadrado. Un valor p menor de 0,05 se considerará estadísticamente significativo. Todos los análisis se llevarán a cabo dentro de un intervalo de confianza del 95% en el paquete de software estadístico SPSS® versión 25.0 (SPSS, Chicago, Illinois, EE. UU.).

3.6 Aspectos éticos

Esta investigación obtendrá la aprobación ética del del Comité de Ética de investigación del Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Ricardo Palma. A su vez, se obtendrá la autorización del Comité de Ética en Investigación del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. Debido al diseño retrospectivo del estudio se renunciará al consentimiento informado. Ello no exime al investigador de tratar los datos bajo principios de confidencialidad.

CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

Se requiere de asesoría metodológica y estadística para la realización del estudio. Además, será necesario adquirir un kit de materiales de escritorio que serán utilizados durante la recolección de datos. También se contarán con servicios de impresión, fotocopias y gastos de contingencia.

4.2 Cronograma

N	ACTIVIDADES	2022					
		E	F	M	A	M	J
1	Revisión bibliográfica	X	X				
2	Planteamiento del problema	X	X				
3	Desarrollo de bases teóricas	X	X	X			
4	Metodología		X	X			
5	Elaboración del instrumento		X	X	X		
6	Aprobación ética			X	X		
7	Recopilación de datos			X	X		
8	Análisis de resultados				X	X	
9	Discusión y redacción de informe					X	X
10	Presentación de informe final						X

4.3 Presupuesto

N	ÍTEMS	COSTO (S/)
1	Asesoría metodológica	S/ 1 500.00
2	Asesoría estadística	S/ 1 500.00
3	Materiales de escritorio	S/ 400.00
4	Impresiones y fotocopias	S/ 400.00
SUBTOTAL		S/ 3 800.00
6	Gastos de contingencia (10%)	S/ 380.00
TOTAL		S/ 4 180.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrett M, Asbun H, Chien H, Brunt M, Telem D. Bile duct injury and morbidity following cholecystectomy: A need for improvement. *Surg Endosc.* 2018;32(4):1683–1688.
2. De'Angelis N, Catena F, Memeo R, Coccolini F, Martínez–Pérez A, Romeo O, et al. 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. *World J Emerg Surg.* 2021;16(1):30–56.
3. Hogan N, Dorcaratto D, Hogan A, Nasirawan F, McEntee P, Maguire D, et al. Iatrogenic common bile duct injuries: Increasing complexity in the laparoscopic era: A prospective cohort study. *Int J Surg.* 2016;33:151–156.
4. Limaylla–Vega H, Vega–González E. Lesiones iatrogénicas de las vías biliares. *Rev Gastroenterol del Perú.* 2017;37(4):1–8.
5. Adler D, Papachristou G, Taylor L, McVay T, Birch M, Francis G, et al. Clinical outcomes in patients with bile leaks treated via ERCP with regard to the timing of ERCP: A large multicenter study. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(4):766–772.
6. Battal M, Yazici P, Bostanci O, Karatepe O. Early surgical repair of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy: The sooner the better. *Surg J.* 2019;5(4):154–158.
7. Jajja M, Laboe A, Hashmi S, Nadeem S, Sayed B, Sarmiento J. Standardizing diagnostic and surgical approach to management of bile duct injuries after cholecystectomy: Long–term outcomes of patients treated at a high–volume HPB Center. *J Gastrointest Surg.* 2021;25(11):2796–2805.
8. Malla B, Rajbhandari N, Karmacharya R. Management of bile duct injury following cholecystectomy. *J Nepal Health Res Counc [Internet].* 7 de septiembre de 2020;18(2):214–218. Disponible en: <https://www.jnhrc.com.np/index.php/jnhrc/article/view/1579>
9. Hariharan D, Psaltis E, Scholefield J, Lobo D. Quality of life and medico–legal implications following iatrogenic bile duct injuries. *World J Surg.* 2017;41(1):90–99.

10. Gouw A. Loss of intrahepatic bile ducts. En: *Practical Hepatic Pathology: A Diagnostic Approach*. 2.^a ed. Indiana: Elsevier; 2018. p. 433–444.
11. Stilling N, Frstrup C, Wettergren A, Ugianskis A, Nygaard J, Holte K, et al. Longterm outcome after early repair of iatrogenic bile duct injury: A national Danish multicentre study. *HPB*. 2015;17(5):394–400.
12. Tarantino I, Baron T, Ligresti D. Biliary surgery adverse events, including liver transplantation. En: *ERCP*. 3.^a ed. Washington, D.C.: Elsevier; 2019. p. 422–431.
13. Halbert C, Altieri M, Yang J, Meng Z, Chen H, Talamini M, et al. Long-term outcomes of patients with common bile duct injury following laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2016;30(10):4294–4299.
14. Koppatz H, Sallinen V, Mäkisalo H, Nordin A. Outcomes and quality of life after major bile duct injury in long-term follow-up. *Surg Endosc*. 2021;35(6):2879–2888.
15. Rystedt J, Lindell G, Montgomery A. Bile duct injuries associated with 55,134 cholecystectomies: Treatment and outcome from a national perspective. *World J Surg*. 2016;40(1):73–80.
16. Wang X, Yu W, Fu X, Zhu B, Zhao T, Zhang Y. Early versus delayed surgical repair and referral for patients with bile duct injury: A systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*. 2020;271(3):449–459.
17. Aliaga-Sánchez S. Experiencia en colecistectomía laparoscópica subtotal fenestrada para colecistectomía difícil: No lesionar la vía biliar. *Rev la Soc Peru Cirugía Endoscópica*. 2020;2(1):36–42.
18. Kapoor V. Post-cholecystectomy bile duct injury. 1.^a ed. Kapoor VK, editor. Singapore: Springer Singapore; 2020. 244 p.
19. Alexander H, Bartlett A, Wells C, Hannam J, Moore M, Poole G, et al. Reporting of complications after laparoscopic cholecystectomy: A systematic review. *HPB*. 2018;20(9):786–794.
20. De la Cruz-Dávila M, Caballero-Alvarado J, Zavaleta-Corvera C. Estrategias de prevención de lesiones de las vías biliares en la

colecistectomía laparoscópica: Una revisión sistemática. *Rev del Cuerpo Médico del Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2022;15(1):1–18.

21. Mesleh M, Asbun H. Management of common bile duct injury. En: Asbun HJ, Shah MM, Ceppa EP, Auyang ED, editores. *The SAGES Manual of Biliary Surgery*. 1.^a ed. Atlanta: Springer International Publishing; 2020. p. 213–231.
22. Fletcher R, Cortina C, Kornfield H, Varelas A, Li R, Veenstra B, et al. Bile duct injuries: A contemporary survey of surgeon attitudes and experiences. *Surg Endosc*. 2020;34(7):3079–3084.
23. Bismuth H, Majno P. Biliary strictures: Classification based on the principles of surgical treatment. *World J Surg*. 2001;25(10):1241–1244.
24. Cho J, Baron T, Carr–Locke D, Chapman W, Costamagna G, de Santibanes E, et al. Proposed standards for reporting outcomes of treating biliary injuries. *HPB*. 2018;20(4):370–378.
25. Strasberg S, Hertl M, Soper N. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg*. 1995;180(1):101–125.
26. Neuhaus P, Schmidt S, Hintze R, Adler A, Veltzke W, Raakow R, et al. Classification and treatment of bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy. *Chirurg*. 2000;71(2):166–73.
27. Rainio M, Lindström O, Udd M, Haapamäki C, Nordin A, Kylänpää L. Endoscopic therapy of biliary injury after cholecystectomy. *Dig Dis Sci*. 2018;63(2):474–480.
28. Kapoor V. Management of bile duct injury detected in the post–operative period. En: Kapoor VK, editor. *Post–Cholecystectomy Bile Duct Injury*. 1.^a ed. Singapore: Springer Singapore; 2020. p. 109–125.
29. Kapoor V. Nomenclature and classification of bile duct injury. En: Kapoor V, editor. *Post–Cholecystectomy Bile Duct Injury*. 1.^a ed. Singapore: Springer Singapore; 2020. p. 83–95.
30. Pesce A, Palmucci S, La Greca G, Puleo S. Iatrogenic bile duct injury:

- Impact and management challenges. *Clin Exp Gastroenterol*. 2019;12:121–128.
31. Schreuder A, Busch O, Besselink M, Ignatavicius P, Gulbinas A, Barauskas G, et al. Long-term impact of iatrogenic bile duct injury. *Dig Surg*. 2020;37(1):10–21.
 32. Booij K, De Reuver P, Van Dieren S, Van Delden O, Rauws E, Busch O, et al. Long-term impact of bile duct injury on morbidity, mortality, quality of life, and work related limitations. *Ann Surg*. 2018;268(1):143–150.
 33. Rystedt J, Kleeff J, Salvia R, Besselink M, Prasad R, Lesurtel M, et al. Post cholecystectomy bile duct injury: Early, intermediate or late repair with hepaticojejunostomy—an E-AHPBA multi-center study. *HPB [Internet]*. diciembre de 2019;21(12):1641–1647. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1365182X19305143>
 34. Dumonceau J, Tringali A, Papanikolaou I, Blero D, Mangiavillano B, Schmidt A, et al. Endoscopic biliary stenting: Indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2018;50(9):910–930.
 35. Kirks RC, Barnes TE, Lorimer PD, Cochran A, Siddiqui I, Martinie JB, et al. Comparing early and delayed repair of common bile duct injury to identify clinical drivers of outcome and morbidity. *HPB*. 2016;18(9):718–725.
 36. Ismael H, Cox S, Cooper A, Narula N, Aloia T. The morbidity and mortality of hepaticojejunostomies for complex bile duct injuries: A multi-institutional analysis of risk factors and outcomes using NSQIP. *HPB*. 2017;19(4):352–358.
 37. Navuluri R, Funaki B, Jilani D, Tullius T, Patel M, Altman A, et al. Imaging and radiologic intervention in the biliary tract. En: *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*. 8.^a ed. Pensilvania: Elsevier; 2019. p. 1267–1279.
 38. Ribeiro B, Alves A, Oliveira R, Velloni F, D'Ippolito G. The role of gadoxetic acid-enhanced magnetic resonance cholangiography in the evaluation of postoperative bile duct injury: Pictorial essay. *Radiol Bras*. 2019;52(6):403–407.

39. Michael–Brunt L, Deziel D, Telem D, Strasberg S, Aggarwal R, Asbun H, et al. Safe cholecystectomy multi–society practice guideline and state–of–the–art consensus conference on prevention of bile duct injury during cholecystectomy. *Surg Endosc.* 2020;34(7):2827–2855.
40. Rueda–De Leon A, Dominguez–Rosado I, Contreras A, Vilatoba M, Mercado M. Disparities in bile duct injury care. *Surg Endosc.* 2020;34(3):1324–1329.
41. Fong Z, Pitt H, Strasberg S, Loehrer A, Sicklick J, Talamini M, et al. Diminished survival in patients with bile leak and ductal injury: Management strategy and outcomes. *J Am Coll Surg.* 2018;226(4):568–576.
42. Khadra H, Johnson H, Crowther J, McClaren P, Darden M, Parker G, et al. Bile duct injury repairs: Progressive outcomes in a tertiary referral center. *Surgery.* 2019;166(4):698–702.
43. AbdelRafee A, El-Shobari M, Askar W, Sultan A, El Nakeeb A. Long–term follow–up of 120 patients after hepaticojejunostomy for treatment of post–cholecystectomy bile duct injuries: A retrospective cohort study. *Int J Surg.* 2015;18:205–210.
44. Halle–Smith J, Hodson J, Stevens L, Dasari B, Marudanayagam R, Perera T, et al. A comprehensive evaluation of the long–term clinical and economic impact of minor bile duct injury. *Surgery.* 2020;167(6):942–949.
45. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Espanola [Internet]. 2020 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES
<p>¿Cuáles son los resultados a corto y largo plazo de pacientes con lesiones de vías biliares después de la colecistectomía atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante los años 2015 y 2020?</p>	<p>GENERAL: Evaluar los resultados a corto y largo plazo de pacientes con lesiones de vías biliares después de la colecistectomía atendidos en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa durante los años 2015 y 2020.</p> <p>ESPECÍFICOS OE1: Describir las características clínicas de los pacientes con lesión de vía biliar después de la colecistectomía. OE2: Identificar los resultados a corto plazo de los pacientes con lesión de vía biliar después de la colecistectomía. OE3: Determinar los resultados a largo plazo de los pacientes con lesión de vía biliar después de la colecistectomía.</p>	<p>No aplica para estudios de seguimiento.</p>	<p>VARIABLE 1: RESULTADO A CORTO PLAZO INDICADOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia • Complicaciones del tracto biliar • Tiempo de aparición • Mortalidad <p>VARIABLE 2: RESULTADOS A LARGO PLAZO Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia • Complicaciones del tracto biliar • Tiempo de aparición

			<ul style="list-style-type: none">• Mortalidad VARIABLES INTERVINIENTES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS INDICADORES <ul style="list-style-type: none">• Edad• Sexo• Raza• Indicación de colecistectomía• Abordaje operatorio• Tipo de lesión de vía biliar• Tiempo de reintervención quirúrgica• Estancia hospitalaria
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO Y ESPECIALIZACIÓN

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Número de historia clínica: _____

Número de ficha de recolección de datos: _____

Duración de seguimiento: _____ meses/años

SECCIÓN 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1. Edad

_____ años.

2. Sexo

() Femenino

() Masculino

3. Raza

() Blanco

() Negro

() Mestizo

4. Indicación de colecistectomía

() Colecistolitiasis sintomática

() Colecistitis aguda

() Coledocolitiasis

5. Abordaje operatorio

() Laparoscópica

() Abierta

6. Tipo de lesión de vía biliar

() Tipo A

() Tipo B

() Tipo C

() Tipo D

() Tipo E1

() Tipo E2

() Tipo E3

() Tipo E4

() Tipo E5

7. Tiempo hasta la reintervención tras el diagnóstico de lesión de vía biliar

_____días.

8. Tipo de cirugía secundaria

() Hepatectomía

() Hepaticoenterostomía

() Reparación primaria de la vía biliar

() Trasplante de hígado

9. Estancia hospitalaria

_____días.

SECCIÓN 2. RESULTADOS A CORTO PLAZO

1. Presencia de complicaciones biliares a corto plazo

() Si

() No (*de ser esta opción, pasar a la siguiente sección*)

2. Complicaciones del tracto biliar

- () Colangitis postoperatoria
- () Colección de líquido sub hepático
- () Fuga de bilis después de la hepaticoyeyunostomía
- () Absceso hepático
- () Litiasis intrahepática
- () Síndrome de disfunción multiorgánica
- () Dehiscencia anastomótica de la hepaticoyeyunostomía

3. Tiempo de aparición de complicaciones

_____ días.

4. Muerte dentro de los primeros 30 días posterior a la intervención

- () Si
- () No

SECCIÓN 3. RESULTADOS A LARGO PLAZO

1. Presencia de complicaciones biliares a largo plazo

- () Si
- () No (*de ser esta opción, finalizar*)

2. Complicaciones del tracto biliar

- () Estenosis de la anastomosis biliar–entérica
- () Cirrosis biliar secundaria
- () Hipertensión portal
- () Colangiocarcinoma
- () Requerimiento de trasplante hepático ortotópico

3. Tiempo de aparición de complicaciones

_____meses.

4. Muerte posterior a los 30 días tras la intervención

() Si

() No



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Jose Joel Quintana Munive
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega: Resultados a corto y largo plazo de pacientes con lesiones d...
Nombre del archivo: QUINTANA_MUNIVE.docx
Tamaño del archivo: 528.78K
Total páginas: 40
Total de palabras: 7,181
Total de caracteres: 39,776
Fecha de entrega: 22-mar.-2023 01:16p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 2043727025



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Resultados a corto y largo plazo de pacientes con lesiones de vías biliares después de la colecistectomía Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, 2015 al 2020.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Cirugía General

AUTOR

Quintana Munive, Jose Joel
(ORCID: 0009-0002-2617-7421)

ASESOR

Gil Malca Pérez, Marco Aurelio
(ORCID: 0009-0002-4090-0022)

Lima, Perú

2023

Resultados a corto y largo plazo de pacientes con lesiones de vías biliares después de la colecistectomía Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa, 2015 al 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	16%	4%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	4%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%
4	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.scielo.cl Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
8	ddd.uab.cat Fuente de Internet	1%

9	epharma.elsevier.es Fuente de Internet	1 %
10	www.asacirujanos.com Fuente de Internet	1 %
11	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	1 %
12	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
13	hejcu.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
14	rincondelacirugiageneral.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo