

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**IMPACTO DE LAS COMPLICACIONES DE COLECISTECTOMIA
PRECOZ VS DIFERIDA POST PANCREATITIS AGUDA BILIAR
LEVE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JOSE
DEL 2022 AL 2024**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL

PRESENTADO POR

NATALY NICOLE RIVERA SANCHEZ

ASESOR

CARLOS SOTO LINARES

LIMA- PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**IMPACTO DE LAS COMPLICACIONES DE COLECISTECTOMIA PRECOZ
VS DIFERIDA POST PANCREATITIS AGUDA BILIAR LEVE EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SAN JOSE DEL 2022 AL
2024**

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTADO POR
NATALY NICOLE RIVERA SANCHEZ**

**ASESOR
CARLOS SOTO LINARES**

**LIMA, PERÚ
2024**

NOMBRE DEL TRABAJO

COMPLICACIONES DE COLECISTECTOMIA PRECOZ VS DIFERIDA POST PANCREATITIS AGUDA BILIAR LEVE. HOSPITAL

AUTOR

NATALY NICOLE RIVERA SANCHEZ

RECuento de palabras

4907 Words

RECuento de caracteres

28991 Characters

RECuento de páginas

27 Pages

Tamaño del archivo

119.9KB

FECHA DE ENTREGA

Jun 3, 2024 2:46 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 3, 2024 2:47 PM GMT-5**● 15% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

INDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema.....	5
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación.....	6
1.4.1 Importancia	6
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	7
1.5 Limitaciones	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas.....	12
2.3 Definición de términos básicos.....	17
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	19
3.1 Hipótesis	19
3.2 Variables y su definición operacional	19
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	20
4.1 Diseño metodológico.....	20
4.2 Diseño muestral	20
4.3 Técnicas de recolección de datos	21

4.4	Procesamiento y análisis de datos	22
4.5	Aspectos éticos	22
CRONOGRAMA	23
PRESUPUESTO	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	24

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

2. Instrumentos de recolección de datos

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El principal motivo de ingreso a los servicios de urgencia es el dolor abdominal, siendo la pancreatitis aguda una de las afecciones más comunes, significando una admisión al hospital, pues es una enfermedad compleja, en la que aproximadamente el 80% de los pacientes evolucionan de leve a moderadamente grave. La etiología más frecuente de esta enfermedad es la obstrucción del conducto pancreático por cálculos biliares que genera daño acinar, elevando la presión ductal, edema intersticial y acumulación de enzimas dentro del páncreas⁽¹⁾

Según la clasificación revisada de Atlanta (RAC) para diagnosticar pancreatitis aguda, precisa que haya 2 de estos criterios: (1) dolor abdominal sugerente de esta enfermedad, (2) amilasa sérica y/o lipasa mayor a 3 veces el límite superior de lo habitual, (3) y hallazgos de imágenes transversales (tomografía o resonancia) congruente con esta patología; aunque también se puede diagnosticar en base a la existencia de dolor abdominal y enzimas pancreáticas aumentadas únicamente en aproximadamente 80% de los pacientes⁽¹⁾.

La RAC cataloga el compromiso de esta enfermedad de acuerdo a la presencia y duración de la falla orgánica (es decir, insuficiencia respiratoria, renal y cardiovascular).

Los pacientes que no presenten complicaciones locales o insuficiencia orgánica son catalogados como pancreatitis aguda leve ⁽¹⁾.

De acuerdo al grado de la enfermedad, conlleva al manejo. Teniendo en cuenta, que los litos biliares son la frecuente causa de esta patología, para reducir el riesgo de complicaciones, se tendría que intervenir quirúrgicamente: es decir, realizar una colecistectomía. Según estudios, cuando la colecistectomía no se lleva a cabo en el ingreso hospitalario, 8% de los pacientes poseen mayor probabilidad de recurrencia de pancreatitis dentro de una mediana de 40 días post alta y que aumenta al 22% a los 5 años si no se ejecuta la colecistectomía⁽¹⁾.

La colecistectomía precoz (dentro de las 24 a 48 horas de ingreso hospitalario) es seguro y reduce la permanencia en el hospital en pacientes con este grado de la enfermedad. Muchas veces, no es viable realizarlo por decisión del paciente, los pacientes no mejorados médicamente para llevar a cabo la cirugía y también por falta de recursos hospitalarios.

En el Hospital San Jose, las personas que ingresan a hospitalización de Medicina, con este diagnóstico, siendo de origen biliar la Pancreatitis aguda, se les da de alta hospitalaria luego de remisión de la misma, en donde el proceso de inflamación disminuya, para que posteriormente ingresen al servicio de Cirugía general y puedan ser tratados quirúrgicamente tratando así la causa; sin embargo el tiempo de espera para la

cirugía electiva es impredecible lo que conlleva a que haya riesgo de presentar recidiva y que pueda complicarse mucho más llegando a presentar pancreatitis severa.

El fin de este estudio es cambiar el protocolo de manejo de los pacientes que sufren pancreatitis de origen biliar conociendo el impacto de complicaciones en el Hospital San Jose, Callao.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las complicaciones de una colecistectomía precoz versus colecistectomía diferida en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve atendidos en el Hospital San José del 2022 al 2024?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar impacto de las complicaciones de una colecistectomía precoz versus colecistectomía diferida en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve atendidos en el Hospital San José del 2022 al 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población estudiada

- Identificar cuáles son las complicaciones entre colecistectomía precoz y una colecistectomía diferida.
- Identificar los beneficios de la colecistectomía temprana versus la diferida en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve en el Hospital San Jose, Callao.
- Identificar los efectos de la colecistectomía en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve en el Hospital San Jose, Callao.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

La importancia de este estudio es con objetivo de conocer las complicaciones de realizar una colecistectomía precoz versus diferida en personas con pancreatitis aguda de etiología biliar en el Hospital San José, Callao; ya que muchas veces este tipo de enfermedades biliares son de criterio de evaluación de la colecistectomía en la hospitalización que aún se encuentra en controversia para realizarla. Varios metanálisis mostraron que no realizar colecistectomía precoz luego de una pancreatitis biliar leve se relaciona con alta probabilidad de retorno por casos biliares reiterados: asimismo estudios prospectivos aleatorizados evidenciaron que la colecistectomía laparoscópica en el ingreso hospitalario disminuyó el riesgo de ataques recurrentes y no se relacionó con un aumento de complicaciones perioperatorias (4).

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

Este proyecto es viable porque cuenta con la autorización necesaria del Hospital San Jose. Asimismo, se tendrá los medios económicos y material necesario para el adecuado llevado del estudio; al igual que se cuenta con los especialistas pertinentes (estadista, metodólogo, cirujano general), a medida que podrán asesorar ante cualquier eventualidad que suceda, los mismos que están instruidos para la recolección y procesamiento de datos. Finalmente, se tendrá la disponibilidad de tiempo suficiente para la elaboración de la investigación. Por ende, el presente estudio es factible y viable.

1.5 Limitaciones

El proyecto será observacional y se hará la búsqueda de historias clínicas, con lo que puede existir riesgo de sesgo de selección. Otra limitación que podemos tener es tener historias clínicas incompletas o con la información necesaria, por lo que se excluirán de la investigación. Asimismo, pacientes que hayan sido dado de alta, probablemente hayan sido referidos a otro establecimiento de salud de mayor complejidad o quizá no hayan tenido el seguimiento adecuado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Jee SL (2018), comparó la colecistectomía precoz y tardía en un diseño prospectivo aleatorizado de 72 personas, concluyendo que realizando la colecistectomía precoz reduce los eventos biliares recurrentes sin una tasa de complicaciones perioperatorias más alta; sin embargo, se halló una mayor tasa de eventos biliares recurrentes y la duración en el hospital fue mayor en pacientes que fueron intervenidos a colecistectomía tardía (2).

Yun-Xiao Lyu (2018) en su metaanálisis que involucró a 1833 pacientes de 4 ensayos controlados aleatorios y 7 estudios retrospectivos, refiere que el tiempo de la colecistectomía laparoscópica realizada después de episodio agudo de pancreatitis biliar leve sigue siendo controvertido: asimismo, confirma la seguridad de colecistectomía laparoscópica en el mismo ingreso del paciente y que podría disminuir la estancia hospitalaria (3)

Gangu K (2021), en su estudio con 93,140 pacientes, de análisis retrospectivo utilizando la Base de datos nacional de readmisión para el 2018, concluye que pacientes con patologías en relación con litiasis biliar que fueron dados de alta sin colecistectomía tuvo una tasa de reingreso a los 30 días del 12,24% y gran parte de los pacientes fueron readmitido con complicaciones de la enfermedad, de los cuales tuvieron tasas de

mortalidad significativamente más altas de 2,55 % lo que conlleva a un aumento de la mortalidad y la morbilidad (4).

Davoodabadi (2020), en su ensayo clínico aleatorizado de 209 casos, menciona que la colecistectomía dentro de las 48 h luego al ingreso es segura, ahorra tiempo y es más rentable, proponiendo así una colecistectomía precoz como estándar de atención en pancreatitis aguda biliar leve a moderada (5).

Zheng Z (2021), en su estudio refiere que en personas que desarrollan esta patología, se recomienda la colecistectomía laparoscópica durante el ingreso hospitalario, disminuyendo la duración de estancia hospitalaria y el riesgo de recurrencia de litiasis biliar, sin mayor probabilidad de conversión (6).

Prasanth J (2022) en su estudio se incluyeron 11 ensayos aleatorios (1176 participantes), estudió el efecto del momento de la colecistectomía sobre los resultados de interés en personas con pancreatitis de origen biliar, concluyendo un descenso estadísticamente significativo en el riesgo de eventos biliares recurrentes a favor de la colecistectomía temprana (7)

Kim SB (2017), en su estudio retrospectivo de 290 pacientes, describe la incidencia de complicaciones pancreatobiliares recurrentes fue del 19,3% y que crece significativamente en pacientes con litiasis biliar de tamaño menor o igual a 5 mm y en aquellos que no tuvieron colecistectomía en su ingreso hospitalario (8).

Moody N, realizó mediante un metanálisis de efectos aleatorios del resultado primario de complicaciones biliares recurrentes que causan el reingreso hospitalario en 629 pacientes; siendo los resultados las complicaciones intraoperatorias y posoperatorias y la duración total de la estadía en el hospital ⁽⁹⁾.

Yuan X (2022), en su metaanálisis incluyendo un total de 4 estudios con 439 pacientes, estudio la seguridad, viabilidad y rentabilidad de la colecistectomía laparoscópica temprana para personas con pancreatitis biliar aguda leve, concluyendo la colecistectomía laparoscópica precoz tiene la misma tasa de conversión y disminuye significativamente la tasa de reincidencia de esta patología que la colecistectomía laparoscópica diferida ⁽¹⁰⁾

Manzaba Basurto, en su estudio: Colecistectomía temprana comparada con colecistectomía tardía en personas con pancreatitis aguda leve, en relación con la permanencia hospitalaria y complicaciones operatorias, con una población de 110 pacientes, concluye que la estancia hospitalaria se reduce y no aumenta las tasas de complicaciones operatorias en pacientes que fueron sometidos a colecistectomía temprana ⁽¹¹⁾

Chuquispuma (2015), en su estudio observacional, analítico, comparativo, estableció las diferencias entre la colecistectomía precoz y la colecistectomía en 46 pacientes, concluyendo que en pacientes con este diagnóstico se produce un descenso significativo en la estancia hospitalaria no aumentando complicaciones ⁽¹²⁾

Gompertz y colegas (2009), diseño retrospectivo de 1.367 pacientes, estudió la mortalidad de la pancreatitis aguda en un hospital de Chile, hallando como resultado que personas con pancreatitis aguda, hubo una reducción de mortalidad y que se debería probablemente a un manejo interdisciplinario.⁽¹³⁾

Luthra, (2019) en su estudio retrospectivo, utilizando la Base de datos nacional de reingresos, encontrando 7787 hospitalizaciones, estudio la intervención endoscópica y la colecistectomía en mujeres embarazadas con pancreatitis biliar aguda, arrojando que disminuye el reingreso hospitalario si es que se someten a una colecistectomía oportuna
(14)

Bhavani (2021), dentro de los 39 estudios que investigaron la efectividad de la colecistectomía temprana en comparación con el tratamiento conservador/colecistectomía tardía, con una muestra de 4483 pacientes, concluyó que los pacientes sometidos a colecistectomía temprana pueden disminuir las complicaciones biliares, así como el dolor abdominal, que recibiendo tratamiento conservador. ⁽¹⁵⁾

Kayla (2022), menciona que se reduce la estancia hospitalaria así como que existe una probabilidad de 81% de disminuir los costos del sistema de atención médica de 90 días en personas que se someten a una colecistectomía precoz para pancreatitis biliar leve de una muestra de 3104 pacientes. ⁽¹⁶⁾

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Patogenia

Se caracteriza por la indebida liberación y conversión de tripsinógeno a tripsina lo que provoca daño a las células acinares, ocasionando así la estimulación de otras enzimas digestivas, sistema de cininas y la cascada del complemento que finaliza en la autodigestión del parénquima pancreático. La etiología más frecuente de esta enfermedad es la obstrucción del conducto pancreático por cálculos biliares que genera daño acinar, elevando la presión ductal, edema intersticial y acumulación de enzimas dentro del páncreas ⁽¹⁾. Otras causas de pancreatitis aguda son: una disregulación del calcio en tanto a la activación de la tripsina; etanol, consumo usual de algunos medicamentos, procedimiento de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (riesgo del 5-10%) y una ecografía endoscópica (riesgo de menos del 1%). ⁽¹⁾

2.2.2 Clasificación de pancreatitis

Se clasifica en 2 subtipos:

- a) Pancreatitis edematosa intersticial: por inflamación y edema del parénquima pancreático y del tejido peripancreático⁽¹⁾
- b) Pancreatitis necrotizante: inflamación y edema del parénquima pancreático y peripancreático que progresa a la muerte del tejido del mismo ⁽¹⁾

Ambas formas pueden estar asociadas con las complicaciones locales como:

- a) Colecciones. - ya sea de fluidos creativos y sólidos peripancreático que progresan luego de 4 semanas del inicio de la enfermedad.
- b) Pseudoquistes y necrosis amurallada.- que son aquellas colecciones intrapancreáticas que se mantienen luego de aproximadamente 1 mes desde el origen de la enfermedad.

2.2.3 Diagnostico

Según la distribución revisada de Atlanta (RAC) para diagnosticar pancreatitis aguda, precisa que haya 2 de estos criterios: (1) dolor abdominal sugestivo de pancreatitis, (2) amilasa sérica y/o lipasa más de 3 veces su valor normal, (3) y hallazgos de imágenes transversales (tomografía o resonancia) congruente con pancreatitis aguda; aunque también se puede diagnosticar en base a la existencia de dolor abdominal y enzimas pancreáticas aumentadas únicamente en aproximadamente 80% de los pacientes⁽¹⁾.

2.2.4 Grados de severidad

a. Leve

- 1. Ninguna falla orgánica
- 2. Sin complicaciones locales o sistémicas

b. Moderadamente severo

- 1. Insuficiencia orgánica transitoria (que se resuelve en 48 h) y/o
- 2. Complicaciones locales o sistémicas sin insuficiencia orgánica persistente

c. Severo

1. Fallo de un solo órgano o multiorgánico persistente (>48h)

Asimismo existen sistemas de clasificación que ayudan a determinar el nivel apropiado de atención y manejo basado en la gravedad prevista de la enfermedad, como son los Criterios de Ranson que requieren información adquirida en las primeras 48 horas; asimismo APACHEII, que está basado en 12 variables, nos sirve para pronosticar el compromiso de la enfermedad y la mortalidad en pacientes ingresados a UCI, otro es BISAP, basado en 5 variables, como predictor de mortalidad, tal y como se adjunta en la siguiente tabla⁽¹⁾:

Tabla 01: Comparación entre APACHE II, BISAP, RANSON

Comparación entre APACHE II, BISAP, RANSON			
	APACHE	BISAP	RANSON
Variables	Temperatura del cuerpo Presión arterial media Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Oxigenación pH arterial Sodio plasmático Potasio plasmático Creatinina Hematocrito Recuento de Leucocitos Escala de Coma de Glasgow	Nitrógeno Uréico > 25 mg/dl Edad > 60 SIRS Trastorno de conciencia Presencia de efusión pleural	Admisión: Edad > 55 Leucocitosis > 16000 células/mm ³ Glucosa sérica > 200 mg/dL AST > 250 IU/L LDH sérica > 350 IU/L A las 48h: Calcio sérico < 2,0 mmol/L Caída de hematocrito >10 % Hipoxemia BUN ≥ 1.8 mmol/L Déficit de Bases > 4 mEq/L Secuestro de fluidos > 6L

Objetivo	severidad de enfermedad y mortalidad en pacientes en cuidados intensivos	Predicción de mortalidad	Predicción de mortalidad
Ventajas	se puede calcular en 24h	Se puede calcular en 24h 5 variables 1 punto por c/variable específico	comprensible específico
Limitaciones	Designado para paciente de cuidados intensivos Gran conjunto de variables obligatorias No específico	Baja sensibilidad y especificidad para predecir severidad que APACHE II	Se recalcula a las 48h Todos los datos no son recopilados de forma rutinaria en pacientes que no están en la UCI

2.2.5 Manejo de pancreatitis biliar

1) Reanimación con líquidos:

Expertos concuerdan en que la reanimación con volumen intravenoso debe iniciarse tan pronto como se diagnóstique pancreatitis aguda, se prefieren las formulaciones de cristaloides tónicos, por lo general, se recomienda la solución Ringer lactato causante de asociación entre un efecto antiinflamatorio aparente y disminución de las probabilidades de desarrollar SRIS en 24 horas a diferencia de reanimación con solución salina normal.

La Asociación Internacional de Pancreatología/AmericanPan La Asociación Creativa (IAP/APA) recomienda la infusión de cristaloides con objetivos de reanimación de 5 a 10 ml/kg/h until 1 o más, se debe tener cuidado con paciente con enfermedad renal o insuficiencia cardíaca (1).

2) Apoyo nutricional

La nutrición, particularmente la nutrición enteral, tiene como mecanismo general: reposición de pérdidas calóricas, aumento de la pérdida esplácnica. el flujo sanguíneo para proteger la totalidad de la mucosa intestinal y el estímulo motilidad intestinal tardía.

Se sugiere iniciar la alimentación enteral dentro de 24 a 72 horas. Si el paciente tolera nutrición oral, se progresará a dieta blanda baja en grasas. Si los pacientes no pueden tolerar una dieta dentro de las 72 horas, se debe iniciar nutrición nasoenteral (nasogástrica o nasoyeyunal). Por otro lado, nutrición parenteral dentro de las 72h para aquellos pacientes que no toleran nutrición enteral debido a íleo paralítico, obstrucción u otros. La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo aconsejan realizar un Examen nutricional para todos los pacientes con enfermedades leves a moderadamente graves. (1)

3) Manejo quirúrgico

Las siguientes son indicaciones para tratamiento quirúrgico: Síndrome compartimental abdominal, sangrado agudo continuo, cuando el abordaje endovascular no tiene éxito, Isquemia intestinal o colecistitis necrotizante aguda, fístula intestinal que se extiende hacia una colección alrededor del páncreas⁽¹⁷⁾

Se sugiere diferir las conductas quirúrgicas posterior a 1 mes de haber iniciado el cuadro clínico; ya que, disminuye la mortalidad. Drenaje percutáneo, como primera elección de

tratamiento en necrosis pancreática infectada, se obtiene por resuelto el cuadro infeccioso en el 25-60% de los pacientes. Necrosectomía endoscópica transgástrica o desbridamiento retroperitoneal videoasistido (VARD) son estrategias quirúrgicas mínimamente invasivas produce menos insuficiencia orgánica postoperatoria, pero requieren más intervenciones. Asimismo, se sugiere la colecistectomía laparoscópica temprana en la pancreatitis aguda leve de origen biliar, si se realiza CPRE y una esfinterotomía durante el ingreso inicial, el riesgo de pancreatitis recurrente disminuye, pero aún se debería hacer la colecistectomía en el mismo ingreso, pues existe un riesgo mayor riesgo de otras complicaciones biliares. Cuando existe colecciones de líquido alrededor del páncreas, la extracción de la vesícula, debe diferirse hasta que las colecciones de líquido se solucionen o se normalicen y así merme la inflamación aguda

(17)

2.3 Definición de términos básicos

I. Pancreatitis aguda biliar

- Afección inflamatoria del páncreas causado por cálculos biliares

II. Pancreatitis aguda biliar leve

- Afección inflamatoria del páncreas causado por cálculos biliares sin la presencia de complicaciones locales o sistémicas y/o ninguna falla orgánica.

III. Colecistectomía precoz

- Cirugía en donde se extrae la vesícula biliar dentro de las 72h del ingreso hospitalario hasta los 7 primeros días.

IV. Colectomía diferida

- Cirugía en donde se extrae la vesícula biliar dentro de las 72h del ingreso hospitalario hasta los 7 primeros días.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

No aplica hipótesis por ser un estudio descriptivo.

3.2 Variables y su definición operacional

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA Y SUS VALORES	MEDIO DE VERIFICACION
Edad	Número de años desde la fecha de nacimiento hasta la actualidad	cuantitativa	Edad en años	De razón	Adulto: 18-65 adulto mayor: >65	Historia clínica
Sexo	Genero	Cualitativa	Femenino Masculino	nominal	Femenino () Masculino ()	Historia clínica
Tipo de colecistectomía	Técnica quirúrgica para extracción de la vesícula biliar	cualitativa	Tipo de abordaje para la cirugía	nominal	abierta laparoscópica	ficha de datos
Tiempo de colecistectomía	Número de días desde inicio de síntomas hasta la cirugía	cualitativa	Días	nominal	precoz tardía	
Complicaciones intraoperatorias	Intercurrencias durante la cirugía	cualitativa	Evento adverso durante la cirugía	nominal	sí no	
Complicaciones post operatorias	Intercurrencias luego de cirugía	cualitativa	Evento adverso luego de la cirugía	nominal	sí no	
Conversión	Cambiar a cirugía abierta luego de iniciar cirugía laparoscópica	cualitativa	Optar por cambiar a cirugía abierta luego de iniciar vía laparoscópica	nominal	sí no	
Estancia hospitalaria	Número de días desde admisión hospitalaria hasta el alta	cuantitativa	días	de razón	número de días	
Recidiva	Nuevos episodios de pancreatitis previo a la cirugía	cualitativa	Episodios recurrentes de pancreatitis	nominal	sí no	
Mortalidad	Número de pacientes muertos posterior a la cirugía	cualitativa	Casos de muertes luego de cirugía	nominal	sí no	Ficha de datos

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente estudio es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Todos los pacientes que fueron diagnosticados de pancreatitis aguda leve de etiología biliar atendidos en el Hospital San José del 2022 al 2024

Población de estudio

Todos aquellos pacientes que fueron diagnosticados de pancreatitis aguda leve de etiología biliar que fueron intervenidos a colecistectomía precoz o tardía en el Hospital San José del 2022 al 2024.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

- Paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda leve de etiología biliar que fueron sometidos a colecistectomía precoz o tardía.
- Pacientes de los que se puedan conseguir datos de sus historias clínicas y con ello, datos necesarios por medio de la ficha de Recolección de datos.

De exclusión

- Pacientes con diagnóstico de pancreatitis de otra etiología, pancreatitis aguda severa, colangitis y/u otro cuadro clínico.
- Pacientes con historia clínica incompleta o no ubicable.

Tamaño de la muestra

Se calculará aplicando la fórmula de muestreo transversal tomando la población universo (todos aquellos pacientes que fueron diagnosticados de pancreatitis aguda leve de etiología biliar que fueron sometidos a colecistectomía precoz o tardía durante el tiempo comprendido entre el 2022 al 2024).

Muestreo

La muestra será seleccionada por muestreo aleatorio simple, considerando que satisfagan los criterios de inclusión.

4.3 Técnicas de recolección de datos

La información será recolectada a través de la ficha de datos (anexo 02); que a su vez, serán recogidos de las historias clínicas de los pacientes del servicio de cirugía con diagnóstico de pancreatitis leve de origen biliar que fueron transferidos del servicio de medicina.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Se usará una ficha prediseñada y validada por médicos especialistas del servicio de cirugía general del Hospital San José del Callao.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Las pruebas estadísticas usadas serán Chi Cuadrado para la parte inferencial para comparar los distintos datos de la ficha de recolección de datos; y para la parte descriptiva, se hará mediante tablas de frecuencia, gráficos, medidas estadísticas. A su vez, todos los análisis serán elaborados en el programa estadístico SPSS para Windows versión 29.0; asimismo, para los gráficos y/o tablas se realizarán en el programa Excel para Windows 11.

4.5 Aspectos éticos

Según los lineamientos de las adecuadas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica, el presente estudio asegura la integridad y los derechos básicos de los pacientes. Asimismo, este estudio será verificado por el Comité de Ética en Investigación de la USMP.

CRONOGRAMA

FASES	2024				
	marzo	abril	mayo	junio	julio
Redacción final de proyecto	x	x			
Aprobación del proyecto final por el asesor			x		
Carta de declaración jurada simple de originalidad			x		
Aprobación del proyecto final por el comité de ética				x	
Aprobación del software Turnitin				x	
Aprobación del proyecto por el director de la Unidad de Posgrado					x

PRESUPUESTO

Sera necesario la implementación de los siguientes recursos:

PRESUPUESTO		
PERSONAL	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Investigador	2500	3100
Metodólogo	300	
Analista Estadístico	300	
SERVICIOS		
Transporte	450	1080
Alimentación	500	
Impresión	50	
Internet	80	
Total S/		4180

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mederos MA, Reber HA, Girgis MD. Acute Pancreatitis: A Review. *JAMA*. 2021;325(4):382–390. doi:10.1001/jama.2020.20317
2. Jee SL, Jarmin R, Lim KF, Raman K. Outcomes of early versus delayed cholecystectomy in patients with mild to moderate acute biliary pancreatitis: A randomized prospective study. *Asian J Surg*. 2018 Jan;41(1):47-54. doi: 10.1016/j.asjsur.2016.07.010. Epub 2016 Aug 13. PMID: 27530927.
3. Lyu YX, Cheng YX, Jin HF, Jin X, Cheng B, Lu D. Same-admission versus delayed cholecystectomy for mild acute biliary pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Surg*. 2018 Nov 29;18(1):111. doi: 10.1186/s12893-018-0445-9. PMID: 30486807; PMCID: PMC6263067.
4. Gangu K, Bobba A, Chela HK, Basar O, Min RW, Tahan V, Daglilar E. Cutting out Cholecystectomy on Index Hospitalization Leads to Increased Readmission Rates, Morbidity, Mortality and Cost. *Diseases*. 2021 Dec 6;9(4):89. doi: 10.3390/diseases9040089. PMID: 34940027; PMCID: PMC8699900.
5. Davoodabadi A, Beigmohammadi E, Gilasi H, Arj A, Taheri Nassaj H. Optimizing cholecystectomy time in moderate acute biliary pancreatitis: A randomized clinical trial study. *Heliyon*. 2020 Feb 17;6(2):e03388. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e03388. PMID: 32099920; PMCID: PMC7031006.
6. Zheng Z, Ding YX, Qu YX, Cao F, Li F. A narrative review of acute pancreatitis and its diagnosis, pathogenetic mechanism, and management. *Ann Transl Med*. 2021 Jan;9(1):69. doi: 10.21037/atm-20-4802. PMID: 33553362; PMCID:

PMC7859757.

7. Prasanth J, Prasad M, Mahapatra SJ, Krishna A, Prakash O, Garg PK, Bansal VK. Early Versus Delayed Cholecystectomy for Acute Biliary Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World J Surg.* 2022 Jun;46(6):1359-1375. doi: 10.1007/s00268-022-06501-4. Epub 2022 Mar 19. PMID: 35306590.
8. Kim SB, Kim TN, Chung HH, Kim KH. Small Gallstone Size and Delayed Cholecystectomy Increase the Risk of Recurrent Pancreatobiliary Complications After Resolved Acute Biliary Pancreatitis. *Dig Dis Sci.* 2017 Mar;62(3):777-783. doi: 10.1007/s10620-016-4428-3. Epub 2016 Dec 29. PMID: 28035552.
9. Moody N, Adiamah A, Yanni F, Gomez D. Meta-analysis of randomized clinical trials of early versus delayed cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis. *Br J Surg.* 2019 Oct;106(11):1442-1451. doi: 10.1002/bjs.11221. Epub 2019 Jul 3. PMID: 31268184.
10. Yuan X, Xu B, Wong M, Chen Y, Tang Y, Deng L, Tang D. The safety, feasibility, and cost-effectiveness of early laparoscopic cholecystectomy for patients with mild acute biliary pancreatitis: A meta-analysis. *Surgeon.* 2021 Oct;19(5):287-296. doi: 10.1016/j.surge.2020.06.014. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32709425.
11. Manzaba Basurto, Miriam Aracely (2017). Colecistectomía temprana comparada con colecistectomía tardía en pacientes con pancreatitis aguda leve, en relación con estancia hospitalaria y complicaciones operatorias, en el

servicio de cirugía general del Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito, en el período de enero del 2015 - agosto del 2016. Informe final de investigación presentado como requisito para optar por el Título de Especialista en Cirugía General. Instituto Superior de Postgrado, Postgrado en Cirugía General. Quito: UCE. 67 p.

12. Chuquispuma Torres RD. Colectomía precoz versus tardía luego del episodio de pancreatitis aguda leve biliar, Hospital Nacional Dos de Mayo, 2006-2008.
13. Gompertz Macarena, Lara Ivone, Fernández Lara, Miranda Juan Pablo, Mancilla Carla, Watkins Guillermo et al . Mortalidad de la pancreatitis aguda: experiencia de 20 años en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Mayo [citado 2022 Sep 12] ; 141(5): 562-567. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000500002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000500002>.
14. Luthra AK, Patel KP, Li F, Groce JR, Lara LF, Strobel S, Hosmer AE, Hinton A, Conwell DL, Krishna SG. Endoscopic intervention and cholecystectomy in pregnant women with acute biliary pancreatitis decrease early readmissions. *Gastrointest Endosc.* 2019 Jun;89(6):1169-1177.e10. doi: 10.1016/j.gie.2018.11.026. Epub 2018 Nov 30. Erratum in: *Gastrointest Endosc.* 2019 Aug;90(2):323. PMID: 30503844.
15. Bagepally BS, Haridoss M, Sasidharan A, Jagadeesh KV, Oswal NK. Systematic review and meta-analysis of gallstone disease treatment outcomes

- in early cholecystectomy versus conservative management/delayed cholecystectomy. *BMJ Open Gastroenterol.* 2021 Jul;8(1):e000675. doi: 10.1136/bmjgast-2021-000675. PMID: 34261757; PMCID: PMC8280848.
16. Isbell KD, Wei S, Dodwad SM, Avritscher EB, Mueck KM, Bernardi K, Hatton GE, Liang MK, Ko TC, Kao LS. Impact of Early Cholecystectomy on the Cost of Treating Mild Gallstone Pancreatitis: Gallstone PANC Trial. *J Am Coll Surg.* 2021 Oct;233(4):517-525.e1. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2021.06.023. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34325019; PMCID: PMC8856738
17. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, Ball CG, Parry N, Sartelli M, Wolbrink D, van Goor H, Baiocchi G, Ansaloni L, Biffi W, Coccolini F, Di Saverio S, Kluger Y, Moore E, Catena F. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg.* 2019 Jun 13;14:27. doi: 10.1186/s13017-019-0247-0. PMID: 31210778; PMCID: PMC6567462.

ANEXO 01: Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuáles son las complicaciones de una colecistectomía precoz versus colecistectomía diferida en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve atendidos en el Hospital San José del 2022 al 2024?</p>	<p>Objetivo general Determinar impacto de las complicaciones de una colecistectomía precoz versus colecistectomía diferida en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve atendidos en el Hospital San José del 2022 al 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Identificar las características sociodemográficas de la población estudiada •Identificar cuáles son las complicaciones entre colecistectomía precoz y una colecistectomía diferida. •Identificar los beneficios de la colecistectomía temprana versus la diferida en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve en el Hospital San Jose, Callao. •Identificar los efectos de la colecistectomía en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve en el Hospital San Jose, Callao. 	<p>No aplica hipótesis por ser un estudio descriptivo</p>	<p>observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo</p>	<p>Población universo Todos los pacientes que fueron diagnosticados de pancreatitis aguda leve de etiología biliar atendidos en el Hospital San José del 2022 al 2024</p> <p>Población de estudio Todos aquellos pacientes que fueron diagnosticados de pancreatitis aguda leve de etiología biliar que fueron intervenidos a colecistectomía precoz o tardía en el Hospital San José del 2022 al 2024.</p> <p>Procesamiento de datos Las pruebas estadísticas usadas serán Chi Cuadrado para la parte inferencial para comparar los distintos datos de la ficha de recolección de datos; y para la parte descriptiva, se hará mediante tablas de frecuencia, gráficos, medidas estadísticas. A su vez, todos los análisis serán elaborados en el programa estadístico SPSS para Windows versión 29.0; asimismo, para los gráficos y/o tablas se realizarán en el programa Excel para Windows 11</p>	<p>Se usará una ficha prediseñada y validada por médicos especialistas del servicio de cirugía general del Hospital San José del Callao.</p>

ANEXO 02: Instrumento de recolección de datos

o (2) no ____

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Características epidemiológicas

· Sexo:

o (1) Hombre ____

o (2) Mujer ____

· Edad:

o (1) adulto: 18-59 años: ____

o (2) adulto mayor ≥ 60 años: ____

Características de la CIRUGIA

· Tipo de colecistectomía:

o (1) abierta ____

o (2) laparoscópica ____

· Tiempo de colecistectomía:

o (1) Precoz ____

o (2) Tardía ____

· Recidivas:

o (1) si ____

· **Complicaciones intraoperatorias:**

o (1) adherencias ____

o (2) anatomía distorsionada por proceso inflamatorio ____

o (3) hallazgos agudos de vesícula biliar: ____

o (4) vesícula escleroatrófica ____

o (5) sin alteraciones ____

o (6) conversión ____

· **Complicaciones post operatorias:**

o (1) Respiratorias ____

o (2) Íleo ____

o (3) ISO ____

o (4) Comorbilidad descompensada ____

o (5) Coledocolitiasis residual ____

o (6) Ninguno ____

o (7) Estancia hospitalaria ____

o (8) Mortalidad ____