

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**MANEJO QUIRÚRGICO DEL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO
BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO 2015 AL 2018**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
CONDORI HUARAZ MARÍA TERESA PAMELA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2019

ASESOR

Dra. Bravo Luna, Leny.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Privada San Juan Bautista por la formación profesional recibida.

A mis asesores por sus sabias enseñanzas, orientación, dedicación y paciencia para realizar esta investigación.

DEDICATORIA

A Dios por darme fuerza y sabiduría cada día para lograr terminar mi carrera.

A mis padres José Luis y Lucrecia por sus enseñanzas y apoyo incondicional en mi formación profesional.

A mi hermano por aconsejarme y guiarme en el camino de la Medicina Humana.

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo quirúrgico de la hidatidosis hepática en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se registraron 50 pacientes sometidos a cirugía por hidatidosis hepática. Se recolectó información de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS v25.

Resultados: El manejo quirúrgico fue cirugía abierta en 86% (43 casos) y cirugía laparoscópica en el 14.0% (7 casos). De los 50 casos, el 86.0%, tuvieron manejo pre quirúrgico con albendazol y el 14.0% no recibieron profilaxis pre operatoria. En el post operatorio se indicó a albendazol a todos los pacientes (100.0%). La principal técnica quirúrgica fue la conservadora (100.0%). El tipo de abordaje quirúrgico fue el subcostal en el 60.0% de casos, seguido del abordaje mediano supraumbilical en el 40.0% de casos. El tratamiento de la cavidad residual fue la marsupialización en el 90.0% de casos y la epiploplastia en el 10.0% de casos. Dentro las complicaciones post operatorias de la técnica conservadora, la periquistectomía parcial presentó absceso residual: 10.0%, fístula biliar: 6.0% y hematoma de pared abdominal: 4.0%. En la quistostomía, fístula biliar: 2.0% y absceso residual: 2.0%.

Conclusiones: El manejo quirúrgico de la enfermedad hidatídica hepática es mediante cirugía abierta y cirugía laparoscópica, requiere manejo pre y post operatorio con albendazol, se realizó abordaje quirúrgico subcostal y mediano supraumbilical, en la cavidad residual se realiza la marsupialización. Las complicaciones están en relación a la técnica quirúrgica.

PALABRAS CLAVES: quiste hidatídico hepático, manejo quirúrgico.

ABSTRACT

Objective: To describe the surgical management of hepatic hydatidosis in the surgical service of the National Hospital Sergio Bernales, in the period from 2015 to 2018.

Materials and methods: Observational, descriptive, transversal, retrospective study. Fifty patients underwent surgery for hepatic hydatid disease. Information from the medical records is collected through a data collection form. The statistical analysis was carried out through the SPSS v25 program.

Results: Surgical management was open surgery in 86% (43 cases) and laparoscopic surgery in 14.0% (7 cases). Within the 50 cases, 86.0% had a pre-surgical management with albendazole and 14.0% did not receive pre-operative prophylaxis. In the postoperative period, albendazole was indicated in all patients (100.0%). The main surgical technique was conservative (100.0%). The type of surgical approach was the subcostal in 60% of the cases, followed by the supraumbilical medial approach in 40% of the cases. The treatment of the residual cavity was marsupialization in 90.0% of cases and epiploplasty in 10.0% of cases. Among the postoperative complications of the conservative technique, partial periquistectomy presented residual abscess: 10.0%, biliary fistula: 6.0% and abdominal wall hematoma: 4.0%. In the Quistostomy, biliary fistula: 2.0% and residual abscess: 2.0%.

Conclusions: Surgical management of hepatic liver disease is through open surgery and laparoscopic surgery, requires pre and post-operative management with albendazole, the subcostal and medial supraumbilical surgical approach is performed, in the residual cavity Marsupialization is performed. The complications are in a relationship to the surgical technique.

KEYWORDS: hepatic hydatid cyst, surgical management.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hepática por quiste hidatídico es una patología prevalente en áreas urbanas y rurales de nuestra población, las manifestaciones clínicas son dependientes del crecimiento tumoral de la enfermedad, que causan un efecto mecánico como el dolor abdominal y obliga al paciente a buscar atención médica; es en ese contexto que se realiza el diagnóstico de enfermedad hepática, que requiere el soporte de diagnóstico por imágenes y serológicos, muchas veces inaccesibles para personas que no cuentan con un seguro de salud. Una vez diagnosticada, la mayoría de los pacientes requiere cirugía en establecimientos preparados para este tipo de patología; en la literatura no contamos con muchos estudios que enfoquen este tema en el campo quirúrgico, es por ello que planteamos el presente trabajo de investigación, para lo cual desarrollamos la presente tesis. En el capítulo I, se consideró un tema importante para el campo de la investigación ya que existen pocos estudios al respecto y la hidatidosis hepática es una enfermedad con complejidad durante todas las etapas del manejo quirúrgico. En el capítulo II, se revisan los principales antecedentes sobre el problema planteado, los cuales nos permiten establecer contacto con la realidad a fin de que la conozcamos mejor y profundizar en los hechos existentes. En el capítulo III, se plantea la planificación y el método de trabajo a seguir. Se utilizó un diseño de estudio descriptivo, en el cual se obtiene la información mediante una ficha de recolección de datos, para su posterior ejecución, rigiéndose a las normas establecidas en el código de ética. En el capítulo IV, una vez ejecutado el estudio damos a conocer los resultados mediante tablas y gráficos. Finalmente, se describe las conclusiones de nuestro estudio y las recomendaciones según nuestros hallazgos con el fin de profundizar la información sobre el tema del manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	IX
ÍNDICE	X
LISTA DE TABLAS	XII
LISTA DE GRÁFICOS	XIII
LISTA DE ANEXOS	XIV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICOS	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIÓN DE ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6 OBJETIVOS	5
1.6.1 GENERAL	5
1.6.2 ESPECÍFICOS	5
1.7 PROPÓSITO	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2 BASE TEÓRICA	11
2.3 MARCO CONCEPTUAL	22
2.4 HIPÓTESIS	26

2.4.1 GENERAL	26
2.4.2 ESPECÍFICAS	26
2.5 VARIABLES	26
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	28
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	28
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	28
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	28
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	30
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	31
4.1 RESULTADOS	31
4.2 DISCUSIÓN	39
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1 CONCLUSIONES	43
5.2 RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	50

LISTA DE TABLAS

CONTENIDO	PÁGINA
TABLA N° 01: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO NACIONAL BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.	31
TABLA N° 02: DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE ALBENDAZOL EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO NACIONAL BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.	32
TABLA N° 03: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.	33
TABLA N° 04: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ABORDAJE EMPLEADO EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.	34
TABLA N° 05: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD RESIDUAL EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL	35

NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

TABLA N°06: DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORAS DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018. **36**

TABLA N°07: FRECUENCIA DE CASOS POR AÑO DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018. **38**

LISTA DE GRÁFICOS

CONTENIDO	PÁGINA
GRÁFICO N° 01: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.	31
GRÁFICO N° 02: DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE ALBENDAZOL EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.	32
GRÁFICO N° 03: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.	33
GRÁFICO N° 04: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ABORDAJE EMPLEADO EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.	34
GRÁFICO N° 05: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD RESIDUAL EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL	35

NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

GRÁFICO N°06: DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORAS DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

36

GRÁFICO N°07: FRECUENCIA DE CASOS POR AÑO DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

38

LISTA DE ANEXOS

CONTENIDO	PÁGINA
ANEXO N° 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	51
ANEXO N° 02: INSTRUMENTO.	53
ANEXO N° 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS.	56
ANEXO N° 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA.	59
ANEXO N° 05: AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	62
ANEXO N° 06: AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES PARA LA APLICACIÓN DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTO.	63

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El quiste hidatídico hepático es una enfermedad parasitaria de distribución internacional, ya que es endémica en varios países, afectando principalmente a regiones rurales, ganaderas y agrícolas¹.

A nivel nacional, la patología por quiste hidatídico es una problemática evidente en los servicios de salud del país. A nivel nacional se conoce que la mayor parte de la población diagnosticada es urbana, sin embargo muchas personas migran desde áreas rurales, lugar donde es prevalente esta zoonosis. La hidatidosis hepática es una enfermedad muy frecuente en nuestro país, cabe decir que todos los años aparecen alrededor de mil casos nuevos. Sin embargo, las políticas de salud aún no logran dar solución a este problema, y hasta ahora no se ve una disminución en las estadísticas. El ministerio de Salud ha implementado el programa de zoonosis donde se encuentra comprometido la enfermedad por *Echinococcus granulosus*; no obstante, aún no se erradica este problema de salud¹. Se conoce que, hasta hace algunas décadas, el tratamiento ha sido únicamente quirúrgico, en este campo se conocen innumerables técnicas quirúrgicas, sin embargo actualmente algunas ya no se practican².

Si bien existen adelantos en su diagnóstico y tratamiento, continúa siendo un reto su manejo en los hospitales; por cuanto muchas veces los pacientes acuden en etapas avanzadas de la enfermedad. Luego de la resolución quirúrgica siempre ha constituido una preocupación la recurrencia de la enfermedad por enfermedad diseminada inadvertidamente durante el acto quirúrgico, los estudios actuales apoyan el principio de manejo médico previa a la cirugía, con evidencia de disminución de las tasas de recurrencia³.

Actualmente se conoce que han ido en aumento los casos que son intervenidos quirúrgicamente por quiste hidatídico hepático en el Hospital Nacional Sergio Bernales, el cual es de tercer nivel de atención, centro de

referencia de la zona norte - este del Departamento de Lima y otros departamentos del país. La enfermedad hidatídica hepática es una enfermedad con complejidad durante todas las etapas del manejo quirúrgico, por lo cual es importante conocer los resultados del todo manejo quirúrgico que emplea este nosocomio. El presente estudio evalúa las variables determinantes del manejo quirúrgico de la hidatidosis hepática en el Hospital Nacional Sergio Bernales¹.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 General

¿Cuál es el manejo quirúrgico de la enfermedad por quiste hidatídico hepático en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018?

1.2.2 Específico

- ¿Cuál es el manejo pre quirúrgico y post quirúrgico con albendazol en pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018?
- ¿Cuál es el la principal técnica quirúrgica de los pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018?
- ¿Cuál es el tipo de abordaje quirúrgico que se usa en los pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018?
- ¿Cuál es el tratamiento de la cavidad residual durante la cirugía de hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018?

- ¿Cuáles son las complicaciones post operatorias de las técnicas quirúrgicas empleadas en pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica

En los diferentes centros, la hidatidosis hepática es la principal presentación de la enfermedad hidatídica, llegando en algunos trabajos hasta un porcentaje alto de frecuencia de los cuales muchas pudieran tener una alta morbimortalidad, por ello, como patología presente en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, debemos aproximarnos a nuestra realidad sobre el presente estudio en este hospital.

Justificación práctica

El presente trabajo de investigación permitirá conocer cuál es el manejo quirúrgico de la Hidatidosis Hepática en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales y de esa manera disminuir las tasas de mortalidad además con los resultados se realizarán medidas correctivas para una mejor calidad de la atención del usuario.

Justificación metodológica

Este estudio realizará un aporte considerable al Hospital Nacional Sergio Bernales, debido a que actualmente no se logra encontrar mucha variedad

de trabajos de investigación que estudien el mismo tema en los últimos años.

Se justifica porque además de ello elaboraré un instrumento tipo ficha de recolección de datos el cual será validado por un experto metodólogo, especialista y estadístico.

Justificación de Salud Pública

La promoción y prevención de la salud es una de las estrategias que se debe fortalecer en nuestro país para poder mejorar la salud y calidad de vida. Es por eso que considero importante conocer a fondo el manejo quirúrgico de esta enfermedad como compromiso propio del cirujano especialista por la protección de la vida y conservación de la integridad. Además es importante tener en cuenta que mediante un buen manejo promocional y preventivo de la hidatidosis hepática se puede mejorar el control de la enfermedad, debido a eso se puede afirmar que la duración y prolongación en los periodos de vida sana mejoraran la esperanza de vida de la población.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Delimitación espacial: El presente estudio se desarrollará en el servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en los pacientes con diagnóstico de hidatidosis hepática que han sido sometidos a cirugía para posibilitar la cura o control de esta enfermedad infecciosa y endémica de nuestro medio.

Delimitación temporal: El estudio se realizará con información del año 2015 al 2018.

Delimitación Social: La población objetivo del estudio abarca todos los pacientes con diagnóstico de quiste hidatídico hepático del Hospital Nacional Sergio Bernales.

Delimitación conceptual: La presente investigación pretende dar a conocer el manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático en el Hospital Nacional Sergio Bernales.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es descriptivo, por tanto sus resultados sólo pueden ser extrapolados a los pacientes del servicio de cirugía del hospital.

Tiempo: La disponibilidad de tiempo fue otra limitación debido a nuestro trabajo, estudios en el ámbito de la salud.

Económicas: La insuficiencia de medios económicos es una de las limitaciones, como consecuencia de la crisis que padecemos en nuestro país.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 General

Describir el manejo quirúrgico de la Hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018.

1.6.2 Específicos

- Identificar el manejo pre quirúrgico y post quirúrgico con albendazol en pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018.

- Definir la principal técnica quirúrgica de los pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018.
- Especificar el tipo de abordaje quirúrgico que se usa en los pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018.
- Determinar el tratamiento de la cavidad residual durante la cirugía de hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018.
- Describir las complicaciones post operatorias de las técnicas quirúrgicas empleadas en los pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018.

1.7 PROPÓSITO

La presente investigación tiene como propósito describir el manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático en el Hospital Nacional Sergio Bernales el cual es un hospital del tercer nivel de atención, centro de referencia de la zona norte - este del Departamento de Lima y otros departamentos del país, el servicio de cirugía cuenta con los insumos necesarios para la resolución de la patología por enfermedad del quiste hidatídico con indicación quirúrgica, la descripción del manejo quirúrgico es importante para una adecuada toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. El presente estudio permitirá que el personal de salud especialista en cirugía general conozca sobre el manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático que se realiza en pacientes del Hospital Nacional Sergio Bernales para en un futuro considerar continuar con dichos procedimientos o poder mejorar sus estrategias de intervención quirúrgica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

- Antecedentes Nacionales

Campos et al. (2015) **“Quiste hidatídico hepático-manejo laparoscópico. Lima - Perú”**. Reportaron un caso clínico de un paciente varón de 32 años con diagnóstico de hidatidosis hepática, con historia de una cirugía por quiste hidatídico pulmonar a la edad de nueve años. En la tomografía de abdomen se observaba lesión de aspecto multiquístico bien definida, en el segmento IV y V, presentó prueba de western blot positiva, se llevó a cabo una cirugía laparoscópica en la que se realizó el destechamiento del quiste, aspiración, lavado del interior con hipersodio y colocación de drenaje mixto. En el post operatorio presenta fístula biliar, la cual se resolvió en cinco semanas, se le inicio tolerancia oral desde el primer día del post operatorio, también se le realizaron controles de perfil hepático los cuales muestran resultados en valores normales, y se va de alta en el cuarto día post operatorio ⁴.

Paira. (2013) **“Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis hepática asociado a las complicaciones post operatorias en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima - Perú”**. Realizó un estudio descriptivo, acerca de la equinocosis hepática en 66 pacientes mediante cirugía abierta, el tipo de abordaje más utilizado fue el subcostal derecho en 46 pacientes, luego mediana supraumbilical en 20 pacientes. El tratamiento del quiste fue con solución escolicida en 62 casos, hipersodio en 36 casos, usando ambos en los 18 casos y la iodopovidona en 12 casos. La técnica empleada fue la conservadora en todos los casos. La técnica fue una perquistectomía parcial en 44 casos y quistostomía en 22 casos. Tuvieron drenaje peritoneal 41 casos. En el tratamiento de la cavidad residual, 47 pacientes tuvieron drenaje externo tubular, y 19 pacientes tuvieron drenaje externo laminar. Solo se presentó una complicación en 7 pacientes, la cual fue la infección de cavidad residual⁵.

Ortíz et al. (2014) **“Aspectos epidemiológicos y quirúrgicos de la Hidatidosis en el servicio de cirugía general del Hospital – ESSALUD Huancayo - Perú”**. Realizó un estudio descriptivo acerca de la hidatidosis hepática, durante el periodo 2011-2013. Se reclutaron 70 pacientes, 60% mujeres, el síntoma principal fue el dolor abdominal, 66 quistes estaban ubicados en el lóbulo derecho hepático. Todos los pacientes recibieron intervención quirúrgica, mediante cirugía laparoscópica fueron dos casos y mediante cirugía abierta fueron 68 casos, la cirugía conservadora fue la única técnica quirúrgica utilizada, de ese total se le realizó drenaje tubular externo a 57 quistes, capitonaje a 28 quistes y epiploplastia a un quiste. Respecto a las complicaciones post operatorias 5 pacientes sometidos a la técnica conservadora presentaron absceso residual⁶.

Baca. (2015) **“Técnica quirúrgica de Mabit ante Thorton en el tratamiento de quiste hidatídico hepático. Lima - Perú”**. Realiza un estudio cohorte retrospectivo, observacional, durante el periodo 2004-2014, en 42 pacientes sometidos a cirugía conservadora. En el 57.1% se realizó la técnica de Thorton (periquistectomía sin drenaje tubular externo) y el 42.9% la técnica de Mabit (periquistectomía mas drenaje tubular externo). El promedio de edad fue de 35.8 años, mujeres 69%. El tiempo de estancia hospitalaria de Thorton fue 15 días menos que Mabit, 6.5 días vs 16 días ($p < 0.05$). El grupo de técnica Thorton no tuvo casos de complicaciones post operatorias, en el grupo Mabit 5 casos presentaron la infección de la herida operatoria⁷.

Zuñiga. (2014) **“Hidatidosis en el valle del Mantaro, un problema de salud pública y quirúrgica. Junín - Perú”**. Realizó un estudio descriptivo y observacional en 158 pacientes. El tratamiento quirúrgico estuvo orientado a esterilizar el quiste con solución salina hipertónica al 20% o 30%, eliminación de contenido quístico y tratamiento de la cavidad residual. 51 pacientes mediante técnica conservadora. El tratamiento de la cavidad residual fue con capitonaje en 40 casos, drenaje tubular externo en 9 casos y resección segmentaria en 2 casos⁸.

- Antecedentes Internacionales

Kumar et al. (2015) “**Conservative Surgical Management of Cystic Echinococcosis in a Tertiary Care Hospital, Nepal Journal of clinical and Diagnostic Research. Nepal**”. Realizaron un estudio descriptivo y prospectivo en 33 pacientes operados por equinococosis granuloso. El principal órgano comprometido fue el hígado en 24 pacientes, hígado/pulmón en 4 pacientes, retroperitoneo en 2 pacientes, mesenterio en 1 paciente. A todos se les administró albendazol de forma pre operatoria 2 semanas antes de la cirugía y un mínimo de 8 semanas después de la cirugía (400 mg c/12 horas al día para adultos y 10 mg/kg de peso corporal para niños). Los procedimientos operatorios fueron, técnica conservadora en hígado: Laparotomía + Evacuación de quiste (24 casos); en pulmones: Toracotomía + Cistotomías (4 casos); frenotomía del pulmón derecho (1 caso), Laparotomía derecha combinada de hígado y pulmón derecho + toracotomía en 1 caso, en retroperitoneo: Escisión del quiste en 2 casos, (Peritoneo) Laparotomía y escisión del quiste en 1 caso. El tratamiento de la cavidad residual en hígado fue capitonaje en 2 casos, drenaje tubular externo en 4 casos, epiploplastia en 18 casos. Las principales complicaciones fueron fistula biliar por dos semanas. La media de estancia hospitalaria fue de 14 díasrango 7-21 días⁹.

Bari et al. (2016) “**Outcome of albendazole therapy in the management of hepatic hydatid disease. Kashmir - Nepal**”. Realizaron un estudio descriptivo y prospectivo del año 2010 al 2012, por un periodo de 3 a 4 años, reclutando 64 pacientes. Se agrupó a 32 (grupo A) se indicó albendazol por 12 semanas pre operatoriamente, luego en el post operatorio por 12 semanas. En el resto 32 (grupo B) primero se realizó la cirugía seguido de albendazol por 12 semanas en el post operatorio. De los pacientes que recibieron albendazol pre operatorio, 9.3% tuvo quiste viable en el momento de la cirugía comparado a 96.8% que no recibieron pre operatoriamente albendazol. La recurrencia en quienes no recibieron pre operatoriamente albendazol fue de

18.7%, mientras en aquellos con albendazol pre operatorio no hubo recurrencia³.

Marom et al. (2014) **“Operative treatment of hepatic hydatid cysts: A single center experience. Israel”**. Realizan un estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes que fueron sometidos a cirugía por hidatidosis hepática, durante el periodo 1994-2014. 69 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. 34 pacientes (grupo A) fueron sometidos a destechamiento, 24 pacientes (grupo B) se les realizó hepatectomía y a 11 pacientes (grupo C) se les realizó periquistectomía. La media de edad fue de 39.5, 40 y 32 años respectivamente, las complicaciones post operatorias se presentaron en 16 pacientes del grupo A ,11 pacientes del grupo B y 5 pacientes del grupo C. Las complicaciones mayores fue en el grupo de hepatectomía comparado al grupo con el destechameinto (2.3 vs 1.5 $p=0.04$). La recurrencia fue mayor con el grupo de destechamiento comparado al grupo de hepatectomía ($p=0.05$)¹⁰.

Grubnik et al. (2018) **“Echinococcosis Laparoscopic Treatment Effectiveness. Ukraine”**. Realizaron un estudio retrospectivo desde el 2003 al 2013 en el cual evalúan el empleo de la laparoscopia en el manejo del quiste hidatídico del hígado. Se reclutaron 348 pacientes, de ellos 283 tuvieron manejo laparoscópico y 65 tuvieron cirugía abierta. La media de edad 42.3 de los 283 pacientes. La media de edad fue 42.3 en los 65 pacientes. Mujeres fueron 214 y varones fueron 134. En 249 pacientes se realizó cirugía parcial laparoscópica, en 34 pacientes se realizó quistectomía parcial conservadora y en 3 pacientes se realizó quistectomía radical laparoscópica con resección de hígado. En cuanto a la cirugía abierta, a 47 pacientes se les realizó quistectomía parcial por cirugía abierta y a 18 pacientes se les realizó quistectomía radical usando hemi hepatectomía. Las complicaciones fueron más frecuentes en el abordaje abierto que laparoscópico, entre ellos la infección cavidad residual e infección de herida operatoria. Después de la cirugía abierta, la frecuencia de recurrencia de equinococosis fue mayor que

en el grupo laparoscópico (8.5% vs 2.5%) ($p < 0.05$). Se recomienda el manejo laparoscópico de los quistes hidatídicos no complicados. En el abordaje radical no hay ventajas respecto del abordaje abierto o laparoscópico¹¹.

Ramia et al. (2018) “**Major hepatectomies in liver cyst echinococcosi: A bi centric experience Retrospective study. Spain**”. Realizaron un estudio retrospectivo acerca del manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático, cirugía radical de hígado. Durante Enero a Diciembre del 2014. Fueron 49 pacientes para cirugía radical (34%). Todos sometidos a hepatectomía mayor. 51% fueron mujeres, la media de edad 56 años. 16 pacientes (32.7%) tuvieron recurrencia de enfermedad. La media de diámetro del quiste fue de 9.9cm. La hepatectomía mayor fue la derecha (n=15), hepatectomía izquierda (n=17) o una combinación (n=18). La morbilidad fue de 26%, mortalidad 2%, la media de estancia hospitalaria fue de 15.3 días, una media de seguimiento 31 meses, la tasa de recurrencia después de hepatectomía mayor fue de cero¹².

2.2 BASES TEÓRICAS

El ciclo biológico completo del *Equinococo granuloso* fue primero descrito por Haubner en 1855 quien infectó experimentalmente a cerdos domésticos con huevos de Equinococo granuloso y demostró el completo desarrollo de quiste hidatídico en el hígado. La enfermedad hidatídica es causada por la larva o el quiste del parásito, el *Echinococcus granuloso* es el más frecuente; los parásitos adultos son encontrados en perros y mamíferos de todos los continentes; después de la ingestión de los huevos, estos eclosionan y las larvas oncosferas pasan al hígado por la vena porta. Tres cuartos de las personas infectadas desarrollan uno o más quistes hepáticos que crecen lentamente. El quiste hidatídico es esférico y puede medir más de 30 cm. La descripción histológica del quiste presenta una membrana externa quitinosa (membrana fibrosa o laminar) y una capa interna germinativa; la pared del quiste puede ser rodeada por tejido de granulación o cápsula fibrosa llamada

periquiste. La calcificación en la última capa del quiste significa que el quiste ha muerto¹³.

Características clínicas:

En la hidatidosis hepática, los quistes puede ser de crecimiento lento o incluso no presentar sintomatología durante años, debido a ello, un gran porcentaje de personas no presentan síntomas a lo largo de la vida o en algunos casos recién en la adultez manifiestan síntomas, los cuales a su vez pueden ser inespecíficos como vómitos, epigastralgia, masa abdominal y en menos frecuencia se presenta fiebre, ictericia y ascitis en los casos que presentan una apertura del quiste hacia la vía biliar. Cuando un paciente presenta sintomatología, va a depender del tamaño y de la localización de los quistes; siendo la más frecuente la localización hepática (aproximadamente un 75% de todos los casos de hidatidosis)¹⁴. Entre las principales complicaciones de la enfermedad quística hepática tenemos la ruptura del quiste hacia la cavidad peritoneal, la comunicación con la vía biliar, compromiso torácico transdiafragmático, compromiso pleural y ruptura bronquial, fístula a aorta¹⁵.

Exámenes de laboratorio

Las pruebas de ELISA y Hemaglutinación indirecta (IHA) tiene una sensibilidad de 85-98% para la detección de quistes en el hígado, en otros lugares 50-60%; los falsos negativos se pueden presentar si el quiste se encuentra en un lugar intacto, calcificado o no viable así como en niños y mujeres embarazadas entre los falsos positivos las neoplasias que puede ser de 6-13%¹⁶.

La prueba de Western blot es un examen que se debe usar conjuntamente con la prueba de ELISA para obtener la confirmación del diagnóstico, ya que es eficiente en detectar anticuerpos en pacientes con hidatidosis hepática, y se puede utilizar como una prueba confirmatoria o de descarte, tiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 100%¹⁷.

La prueba de ARCO 5 - DD5 Es una prueba complementaria que consiste en una reacción de precipitación antígeno – anticuerpo en un medio semisólido (gel), la cual permite detectar en el suero del paciente y anticuerpos contra antígenos parasitarios. La prueba de doble difusión (DD5), tiene como objetivo detectar la presencia del arco 5, lo cual se interpreta como una confirmación inmunológica de la hidatidosis hepática, asimismo no se descarta la posibilidad de hidatidosis por la ausencia del arco 5. En un estudio actualizado se describe que esta prueba tiene una sensibilidad baja (65%) y una especificidad alta (95%) debido a esto no se considera de mucho valor la prueba negativa¹⁸.

Exámenes imagenológicos:

La ecografía debería ser el diagnóstico de elección, la ecografía es útil para definir la estructura interna, la cantidad y la ubicación de los quistes así como la presencia de complicaciones. La especificidad ecográfica es de 90%. La TAC aporta una información similar con la ecografía para el quiste hidatídico hepático; aunque proporciona mejor información acerca de la localización y profundidad del quiste en el hígado, así como la presencia de hidátides hijas y quistes exógenos¹⁹.

Con respecto a la clasificación ecográfica de la enfermedad hidatídica se emplea la clasificación de Gharbi. El grado I consiste en un líquido de quiste bien delimitado, en el grado II el quiste se observa con una membrana desprendida o una membrana flotante, en el grado III el quiste se encuentra partido con imagen en panal de abejas, en el grado IV el quiste presenta una formación con eco estructura heterogénea, a veces con predominancia a líquidos y a veces con predominio con sólidos, en el grado V se observan imágenes de consistencia densa con cono de refuerzo posterior, lo cual corresponde a quiste calcificado²⁰.

TRATAMIENTO

Las opciones de tratamiento dependen de la extensión del órgano comprometido, el número de quistes, presencia o ausencia de comunicación biliar y otros factores como infección secundaria bacteriana y hemorragia. El principal objetivo del tratamiento es la eliminación de la capa germinal. Actualmente existen tres opciones de tratamiento: Médico, quirúrgico y percutáneo.

Se indica el manejo médico en los siguientes casos: 1) Casos operables en pulmón primario e hígado con múltiples quistes y compromiso peritoneal. 2) Reducir la presión del quiste, siembra secundaria y riesgo de recurrencia en los casos pres quirúrgicos y pre punción. Las contraindicaciones incluyen: 1) Quistes grandes que son proclives a ruptura 2) Quistes calcificados o inactivos 3) Embarazo inicial 4) Condiciones hepáticas crónicas y desorden supresor de médula ósea donde el tratamiento resulta en un evento adverso inesperado. En general hay cuatro objetivos del tratamiento médico: 1) Cura definitiva, quistes tipo 1 y 2 durante un tratamiento de 3 a 6 meses, tienen una tasa de éxito de 82% y una tasa de recaída de 25%, la mayoría de los cuales se presentan dentro de los dos años, se recomienda el seguimiento 2) Reducción de la viabilidad y el tamaño del quiste, esto puede ser logrado en múltiples quistes, en el tipo 3; sin embargo la capa germinativa es más que resistente al tratamiento y la cura definitiva se presenta infrecuentemente. 3) Reducción pre operatoria de la viabilidad del quiste univesicular antes de planear la cirugía electiva o drenaje percutáneo. 4) Profilaxis periooperatoria o peri intervencional, óptimamente debería empezarse tres días antes del tratamiento quirúrgico percutáneo y debería ser continuado por 3 a 8 semanas post tratamiento en casos no complicados y por 3 a 6 meses en casos complicados. Se considera que el manejo quirúrgico, mayormente con quistectomía parcial o total, es la cura definitiva. La cirugía ayuda a remover totalmente los quistes evitando el inconveniente de derramamiento del

contenido. El abordaje varía desde resección radical hasta resección simple del quiste²¹.

MANEJO PRE QUIRÚRGICO y POST QUIRÚRGICO CON ALBENDAZOL

El tratamiento electivo del quiste hidatídico es la cirugía; aunque en las últimas décadas el albendazol ha sido empleado para el tratamiento del quiste hidatídico. Esta droga puede ser usada sola o junto con los tratamientos quirúrgicos; sin embargo, su eficacia es evaluada en forma constante. Albendazol es una droga segura, la incidencia de efectos adversos ha sido reportado como <1%. El albendazol se une a la tubulina, inhibiendo así la polimerización y ensamblaje de los microtúbulos⁹. La pérdida de los microtúbulos intracelulares conlleva una deficiente captación de glucosa por el parásito, en especial en los estados de larva y de adulto, que lleva a una disminución de producción de energía (ATP), el parásito queda inmóvil y muere. Según las publicaciones recientes, se puede concluir que el tratamiento de los quistes hidatídicos con albendazol, puede ser asociado con la prevención de recurrencia, reducción del tamaño y muerte del quiste hidatídico. Las investigaciones, han demostrado que los pacientes que tiene tratamiento profiláctico, tienen menor recurrencia, que los pacientes que no tienen albendazol profiláctico; dependiendo del estado de maduración del quiste el tratamiento con albendazol, en algunos casos podría ser curativo. La dosis de albendazol es de 12-15mg/kg por día dividida en dos dosis, se recomienda que se administre luego de ingerir alimentos. Actualmente es considerado el medicamento de elección en los pacientes asintomáticos o en pacientes sintomáticos (no complicados) con contraindicaciones quirúrgicas. Así mismo es usado aproximadamente 30 días antes a la cirugía para inviabilizar al quiste hidatídico y en los 90 días post quirúrgicos para disminuir la tasa de recurrencia³.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Los procedimientos quirúrgicos tienen como objetivo, eliminar por completo el parásito y poder prevenir la recurrencia de la hidatidosis con una menor morbilidad y mortalidad; es necesario que el procedimiento lo realicen cirujanos con experiencia, debido a que es bastante la dificultad durante la cirugía ya que se trata de evitar la ruptura del quiste para que no se produzca la diseminación del parásito hacia otros órganos de la cavidad abdominal. Un factor de riesgo principal para la recurrencia de la enfermedad es el tipo de técnica quirúrgica que se realice, la cirugía conservadora tiene mayor prevalencia de recurrencia; la presencia de tres a más quistes es otro factor de riesgo, así como pacientes con antecedente de hidatidosis.

Las técnicas quirúrgicas se dividen principalmente en Radical y Conservadora

Cirugía Radical: La principal técnica es la Periquistectomía total la cual se basa en la resección completa del quiste con su envoltura periquística sin resección parenquimatosa hepática y sin apertura de la cavidad quística, esta técnica radical es la que más realizan los cirujanos especialistas en cirugía hepática. Otra técnica radical es la Hepatectomía que está indicada en pacientes con conglomerado de quistes y poco tejido sano, en quistes de gran tamaño que ocupan la totalidad de un lóbulo hepático, quistes periféricos en lóbulo izquierdo realizando una quisto-resección. También reciben los nombres de Hepatectomía lobular o segmentaria²².

Ventajas de cirugía radical: Reducción de fístula post operatoria, ya que se puede observar y ligar en el tejido sano de los conductos biliares que se comunican con el quiste; disminución de recidivas, ya que se puede detectar la presencia de vesiculación exógena; finalmente no deja cavidad residual²³.

Cirugía Conservadora: Se realiza solamente la extirpación de la membrana parasitaria. La principal técnica es la Periquistectomía parcial, la cual consiste en extirpación casi total de la periquística, se deja pequeños espacios de

periquística cerca de las vías biliares, es utilizada en quistes únicos tipo I y tipo III. Esta es la técnica más usada dentro de la cirugía conservadora²².

La Quistostomía se basa en realizar cuidadosamente la apertura del quiste (previamente se aísla de la zona quirúrgica) en la zona más expuesta, seguido de la evacuación de contenido quístico y la extirpación de la germinal, se deja intacta la cavidad residual para su posterior tratamiento. El drenaje de la cavidad residual se puede realizar de forma interna y/o externa, por lo general se usan drenes tubulares, sin embargo algunos cirujanos prefieren utilizar drenes laminares tipo Pen Rose⁵.

La cirugía laparoscópica es un procedimiento mínimamente invasivo, tiene una rápida recuperación posquirúrgica, mediante las cámaras se puede detectar la fuga de líquido biliar y sitios de sangrado. El uso de solución salina al 20% intraquística durante 10 min es de gran utilidad para esterilizar el quiste y la irrigación de la cavidad abdominal con solución salina hipertónica al 17.7% para poder disminuir recurrencia de la enfermedad en localización peritoneal, encontrando una morbilidad de 6.5%, con una recurrencia de 3%. En las últimas investigaciones no se ha demostrado una diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes tipos de técnicas quirúrgicas respecto a la morbilidad, mortalidad o recurrencia; no obstante, existen más estudios que demuestran mayor recurrencia en pacientes sometidos a tratamiento conservador²⁴.

Criterios de inclusión de la cirugía laparoscópica: quistes que tengan una ubicación accesible, en los quistes tipo I, tipo II menores de 5cm, y los quistes tipo III. Criterios de exclusión: En quistes que tengan ubicación posterior cerca a la vena cava, quistes tipo II mayor a 5cm, tipo IV y tipo V, pacientes con cirugías múltiples en abdomen, sospecha de comunicación de la vía biliar mediante resultados de pruebas laboratoriales, hallazgos imagenológicos, ictericia o colangitis²³.

La técnica de Punción- Aspiración- Inyección- Re aspiración (PAIR) se refiere a una técnica mínimamente invasiva consistente en la preparación para la punción y posterior evacuación del contenido dentro del quiste, luego la inyección del; inyección de agente escolicida como el 95% de etanol y re aspiración del contenido del quiste; aunque la punción del quiste hidatídico ha sido discutido debido a sus potenciales complicaciones como el shock anafiláctico o riesgo de diseminación iatrogénica, esta técnica es reportada como una alternativa en quistes hidatídicos no complicados y para órganos sólidos, aunque también se ha aplicado para tejidos blandos^{23,25}.

TIPOS DE ABORDAJE

El tipo de abordaje quirúrgico se debe considerar de acuerdo al número de quistes, ubicación, complicaciones biliares, grupo etéreo y el estado nutricional del paciente. Prevenir la abertura involuntaria del quiste es importante para evitar la diseminación; además el aislamiento y el uso de sustancias escolicidas son útiles cuando sucede la abertura del quiste. El abordaje del quiste hidatídico hepático es el abordaje del hígado, el cual puede ser subcostal derecho o mediano supra umbilical. La resección de la cúpula se basa en la resección de una parte de la envoltura periquística la cual sobresale en la superficie del hígado, realizar la evacuación del contenido y del parásito; además requiere un abordaje amplio de todo el hígado, monitorización hemodinámica y previsión de transfusión. Sólo los quistes que no tengan mucho volumen del lóbulo izquierdo se pueden abordar por laparotomía mediana supra umbilical. En los demás casos, la incisión más adecuada es una subcostal derecha, la cual permite realizar una completa movilización hepática, un mejor acceso a los quistes, y además es ampliable según necesidad hacia la izquierda o a lo largo del décimo espacio intercostal. Los del lóbulo derecho que se exteriorizan hacia la cúpula se pueden abordar también por toracotomía a través del 7º espacio y frenotomía periférica, a lo Belsey, que, una vez evacuado el quiste, permite actuar con comodidad sobre

la vía biliar extrahepática. Cuando se prevean dificultades técnicas en las suprahepáticas, la incisión subcostal bilateral o la incisión en J, permitirá el control vascular total del hígado²⁷.

TRATAMIENTO DE CAVIDAD RESIDUAL

El tratamiento de la cavidad residual se realiza en las diferentes técnicas de la cirugía conservadora. En la periquistectomía se realiza la resección quística completa con su membrana periquística sin resección parenquimatosa del hígado; aunque en ocasiones la membrana no se encuentra con una buena delimitación, lo cual condiciona las laceraciones hepáticas y hemorragia, en algunas circunstancias se recomienda realizar una hepatectomía en caso de la presencia de quistes de gran volumen con comunicación amplia hacia las vías biliares. Por ello durante el tratamiento conservador del quiste destechado y removido, deja una cavidad residual, la cual tiene como tratamiento los siguientes procedimientos:

Marsupialización

Es la comunicación que existe en la cavidad quística hacia el exterior. Esta técnica consiste en unir la pared del quiste a la pared abdominal por medio de una sutura de anclaje, luego se realiza una apertura de la pared abdominal, lo cual permite el drenaje de secreciones hacia el exterior. Esta técnica es la más utilizada ya que se considerada como la ideal en tratamiento de quistes infectados; también se le conoce con el nombre de ostromía quística o marsupialización directa, ya que al drenaje tubular externo se le conoce como marsupialización indirecta⁵.

Capitonaje

Esta técnica consiste en doblar la cavidad del quiste mediante la sutura con puntos que van desde la profundidad hacia la superficie, y de esa forma unir las paredes del quiste entre sí, logrando desaparecer el espacio cavitatorio, y

de ese modo permitir la cicatrización del tejido fibrótico conformado por la adventicia, la cual constituye tejido del huésped. Para unir este tejido fibrótico, la sutura que se debe emplear es el catgut crómico N° “0” o “1”, aunque también se pueden emplear suturas de polyglactina o ácido polyglicólico. Este proceso de unir las paredes del quiste, sirve como un parche biológico de posibles fistulas biliares de tamaño pequeño que algunas veces no se logran visualizar al realizar la evacuación del contenido quístico. En algunas ocasiones resulta complicado realizar el capitonaje, y va a depender de la localización del quiste, sobre todo si el abordaje abdominal se ha realizado por incisión alejada a la localización exacta del quiste. También resulta difícil y hasta incluso imposible, realizar el capitonaje cuando la adventicia se halla muy dura y engrosada debido a un alto grado de calcificación, en el cual es imposible aproximar las paredes del quiste entre sí, para estos casos se tendrá en cuenta otras técnicas quirúrgicas como la epiploplastía y/o el drenaje tubular externo⁵.

Epiploplastía

Esta técnica consiste en colocar el epiplón en la cavidad residual; primero se disecciona el epiplón mayor, para poder obtener una cantidad considerable de tejido vascularizado con lo cual se va a llenar la cavidad quística. El objetivo de colocar tejido vascularizado en la cavidad residual es lograr una presencia abundante de macrófagos, y de esta manera se controla la infección que se podría generar por los detritus remanentes y las secreciones dentro de la cavidad. Existe la posibilidad de instalarse conjuntamente un dren complementario y tener una vía de salida hacia el exterior por contrabertura. Para reemplazar el espacio cavitario por epiplón, se debe preparar un colgajo vascularizado del epiplón mayor, una cantidad idónea que logre cubrir la cavidad en su totalidad, lo cual no siempre es posible debido a la insuficiente presencia de epiplón en pacientes con historia clínica de desnutrición o caquéticos que a su vez presentan quistes de gran tamaño⁵.

Drenaje tubular Externo

Consiste en la colocación de un dren tubular hacía el exterior para que posteriormente drenen las secreciones de la cavidad residual.

Una vez que se termine de extraer el contenido del quiste mediante aspiración o extracción manual, y se logre eliminar parcialmente la periquística, se coloca un dren tubular haciendo jareta con hilo reabsorbible contra el dren y se une al exterior por contrabertura, mediante la conexión a un frasco estéril, donde van a drenar las secreciones. El tipo de dren que se usa es el de goma o de otro material semi rígido y de un diámetro mayor de 22 Fr, para evitar que se rompan. El objetivo de dejar un dren en la cavidad es permitir la salida de las secreciones y tiene que permanecer mientras exista la presencia de fluidos y/o persista la cavidad. El cierre espontaneo de la cavidad se puede producir desde los 20 días hasta un tiempo muy prolongado como de 6 meses o más⁵.

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

La complicación post operatoria más frecuente es la fístula biliar externa en forma de salida prolongada de bilis por el drenaje tubular, mantenida por las comunicaciones quistobiliares abandonadas en la periquística, hayan sido suturadas desde su interior o no; la adición de una esfinterotomía o de un drenaje coledociano clásico durante la operación no disminuye significativamente su frecuencia, si la porción periquística en la que asientan no está calcificada, tardan en cerrar hasta un mes; una esfinterotomía endoscópica puede abreviar este periodo. Otra complicación post quirúrgica es el absceso residual cual está en relación a un proceso infeccioso secundario a la flora residente en las vías biliares, por último, se describe como complicación post quirúrgica al hematoma de pared abdominal que está en relación a problemas de hemostasia en el cierre de pared abdominal¹⁹.

Ortiz⁶, describe que 5 pacientes presentaron absceso residual como complicación postquirúrgica realizando la técnica conservadora.

En el estudio de Manterola²⁷, se reportan seis casos de complicaciones de tratamiento post quirúrgico: Cuatro casos de infección de sitio operatorio, uno de fístula biliar y uno de eventración (estos dos últimos requirieron de una reintervención quirúrgica).

Campos⁴, refiere que en el post operatorio de cirugía laparoscópica, el paciente presenta fístula biliar, la cual se resolvió en cinco semanas, a su vez describe que el paciente inicio tolerancia oral desde el primer día del post operatorio, también se le realizaron controles de perfil hepático los cuales muestran resultados en rangos normales, y se va de alta en el cuarto día post operatorio.

Grubnik¹¹, describe en su estudio que las complicaciones fueron más frecuentes en el abordaje abierto que laparoscópico, entre ellos la infección cavidad residual e infección de herida operatoria.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- Variable Principal

Manejo quirúrgico del quiste hidatídico

El presente estudio evalúa el manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático. Como investigadora del estudio considero que la intervención quirúrgica puede realizarse inicialmente de dos formas vía laparoscópica o vía abierta. La cirugía laparoscópica está indicada principalmente en quistes que tengan una ubicación accesible, en los quistes tipo I, el tipo II que sean menor de 5cm, y los quistes tipo III. Sin embargo, tiene una serie de contraindicaciones principales: En quistes que tengan ubicación posterior cerca a la vena cava, quistes tipo II que sean mayor a 5cm, los tipo IV y los tipo V, pacientes con antecedente de cirugías múltiples en abdomen, sospecha de comunicación de la vía biliar mediante exámenes laboratoriales, hallazgos imagenológicos, ictericia o colangitis.

La cirugía abierta puede ser dividida en dos técnicas:

Técnica radical: Extrayendo la membrana periquística, el quiste, hasta incluso realizando resección hepática. Técnica conservadora: Retirando únicamente material parasitario, y recurriendo a diferentes métodos para rellenar la cavidad residual.

- Subvariables

Albendazol:

El tratamiento con albendazol es muy importante en el manejo quirúrgico ya que se realiza de manera profiláctica y post operatoria, y consiste en una dosis de 10mg/kg de peso al día, se divide en 2 tomas por día, en la mañana y en la noche durante 3 ciclos de 30 días cada uno sin interrupciones. La dosis diaria máxima de albendazol es de 400mg en niños (de hasta 40kg) y en los adultos es hasta 800mg. Los estudios revisados sugieren que su uso antes y después de la cirugía disminuye las tasas de recurrencia por enfermedad hidatídica hepática, por lo cual es muy importante considerarlo dentro del manejo pre quirúrgico y post quirúrgico.

Técnica quirúrgica:

La técnica quirúrgica a emplear va depender de la localización, del estado del quiste y de su tamaño. La capsula del quiste hidatídico en el hígado compromete tres diferentes capas: la capsula del hospedero, que consiste en tejido hepático comprimido y cicatriz fibrosa; el quiste parasitario real que contiene una membrana laminar externa y un epitelio germinal que da origen a las capsulas que contienen numerosas protoescolices. Estos quistes están a alta presión, haciendo que crezcan o erosionen los ductos biliares. En general, todos los pacientes sintomáticos y probablemente aquellos con quistes grandes asintomáticos con ninguna o mínima calcificación deberían ser tratados. Los quistes pequeños y localizados centralmente. Intervenciones quirúrgicas está indicado para quistes sintomáticos, grandes, localizados periféricamente, quistes hidatídicos no calcificados; debido al riesgo de

complicaciones mayores. Si la cirugía está indicada, se administran albendazol pre operatorio para prevenir la anafilaxia.

Luego de la exploración abdominal de rutina y exposición del hígado, el quiste es identificado y aislado con una gaza envuelta con solución salina al 20%, colocada periféricamente. Esta medida preventiva puede reducir el riesgo de reacción anafiláctica si el contenido del quiste se derrama hacia la cavidad peritoneal. El quiste es descomprimido para evitar la ruptura inadvertida durante la manipulación. Una vez que el quiste es drenado y el ducto de comunicación biliar es excluido, se instila una solución esclerótica dentro del quiste. La duración adecuada de la exposición del quiste es necesario. La administración de la sustancia esclerótica está contraindicada cuando existe ruptura del ducto biliar debido al riesgo de esclerosis biliar. El quiste es abierto, y la membrana quística laminada y quistos hijos son removidos manualmente, otra vez evitando la diseminación.

El tratamiento quirúrgico, inicialmente puede dividirse en cirugía radical y cirugía conservadora.

La cirugía radical: Es considerado como la ideal, ya que consiste en la resección completa del quiste y del tejido periquístico. Dentro del tratamiento radical se puede realizar quistectomía total o hepatectomía.

La cirugía conservadora: Consiste en esterilizar la cavidad quística, realizar el vaciamiento del contenido quístico y luego el destechamiento. Dentro del tratamiento conservador se puede realizar periquistectomía parcial o quistostomía.

Actualmente existen controversias en relación a cuál es la técnica más adecuada. Los resultados de diversos estudios llegan a la conclusión que los procedimientos más radicales parecen tener una menor morbilidad y mortalidad. En cualquiera de los casos, como regla general se debe asociar tratamiento con albendazol desde la semana previa a la cirugía hasta cuatro semanas después de la misma, con el fin de minimizar el riesgo de

equinocosis quística secundaria por diseminación de los protoescólices en la cavidad peritoneal.

Abordaje quirúrgico:

La elección del abordaje quirúrgico es el primer paso para dar inicio a la cirugía y se toma la decisión del tipo de abordaje teniendo en cuenta el tamaño, la localización y la cantidad de quistes presentes en los estudios de imágenes previamente realizados. En el presente estudio se describe dos tipos de abordaje:

Abordaje Subcostal derecho: Permite realizar una movilización hepática completa y así poder acceder a los quistes, en cualquier localización y tamaño que se encuentren, además es ampliable según necesidad hacia la izquierda o a lo largo del décimo espacio intercostal.

Abordaje mediano supra umbilical: Es ideal para los quistes que no sean muy voluminosos del lóbulo izquierdo del hígado.

Tratamiento de la cavidad residual:

El tratamiento conservador del quiste destechado y removido, deja una cavidad residual, la cual tienen algunos tipos de tratamiento, los cuales son:

La epiploplastía, que consiste en colocar el epiplón en la cavidad residual, para lo cual se realiza la disección del epiplón mayor para obtener un colgajo vascularizado, luego se coloca el epiplón y finalmente se fija en la cavidad residual con drenaje externo.

La marsupialización, que es la unión de los bordes abiertos de la capsula, se puede dejar un dren dentro de la cavidad, esto se realiza cuando el quiste está localizado en lugares de difícil acceso o cercano a estructuras vasculares.

El capitonaje, consiste en doblar la cavidad residual por medio de una serie de suturas sueltas absorbibles entre el extremo de la profundidad peri quística hasta la superficie, lo cual va a permitir la reducción progresiva de la cavidad.

El drenaje tubular, consiste en colocar un dren tubular, se realiza una jareta con hilo reabsorbible sobre el dren y se une al exterior por contrabertura, finalmente va conectado a un frasco estéril, donde drenarán las secreciones en los días siguiente.

Complicaciones post operatorias:

En la mayoría de literaturas se describen que las principales complicaciones post quirúrgicas asociadas a las técnicas quirúrgicas son la infección de la herida operatoria, la fístula biliar, el absceso residual y el hematoma de la pared abdominal. Siendo la fístula biliar la complicación más frecuente según las bibliografías revisadas.

2.4 HIPÓTESIS

No se aplica por ser un estudio descriptivo.

2.5 VARIABLES

Variable Principal: Manejo quirúrgico.

Sub variables:

Albendazol.

Técnica quirúrgica.

Abordaje quirúrgico.

Cavidad residual.

Complicaciones post operatorias.

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Quiste Hidatídico: Es una enfermedad parasitaria producida por los platelmitos, debido a larvas de Echinococcus granulosus, por medio de la ingesta de alimentos contaminados.

Quiste hidatídico hepático: Enfermedad hidatídica localizada en el hígado, el crecimiento es progresivo, se indica manejo quirúrgico cuando el tamaño es mayor de 8 cm, se realiza su categorización según los criterios de Gharbi

y la Organización Mundial de la Salud: Criterios tomográficos de clasificación del quiste hidatídico. Grado I: Quiste univesicular, por lo general corresponde a un quiste hidatídico joven, se debe plantear el diagnóstico diferencial con quiste biliar. Grado II: Quiste con membrana desprendida. Grado III: Quiste multivesicular, debido a vesículas hijas. Grado IV: Aspecto sólido, quiste envejecido, se debe diferenciar entre tumores y abscesos. Grado V: Quiste calcificado, debe diferenciarse entre entidades como absceso amebiano o piógenos, granuloma tuberculoso, histoplasmosis.

Manejo quirúrgico del quiste hidatídico: Consiste en la toma de decisiones para realizar la cirugía correspondiente y comprende desde el manejo preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio del quiste hidatídico hepático.

Albendazol: Es un derivado benzoimidazólico, el cual tiene una mejor absorción y es hasta 10 veces mayor al mebendazol. Indicado para el tratamiento de infestaciones por parásitos.

Técnica quirúrgica: Es un procedimiento de manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, ya sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.

Abordaje quirúrgico: Es la vía inicial de acceso quirúrgico, consiste en realizar una disección específica mediante la cual se logra exponer un órgano o alguna estructura durante el acto quirúrgico.

Cavidad residual: Es el espacio que queda vacío luego de que se realiza la evacuación del quiste. Existe una serie de técnicas quirúrgicas para la desaparición de ese espacio cavitario.

Complicaciones post operatorias: Son una serie de eventualidades que pueden presentarse al finalizar un procedimiento quirúrgico, y se pueden manifestar mediante una respuesta local o sistémica, la cual podría provocar el retraso de la recuperación y como consecuencia poner en riesgo alguna función o incluso la vida del paciente.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo de investigación

Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

- Observacional: En el presente estudio no se manipula las variables.
- Descriptivo: En el estudio se realizó la descripción de las variables.
- Transversal: Los datos son tomados durante un periodo de tiempo establecido y fueron medidos una sola vez.
- Retrospectivo: En el estudio presente no intervenimos sobre los pacientes, se evalúan hechos pasados a la fecha actual mediante una ficha de recolección de datos.

3.1.2 Nivel de investigación

Descriptivo, en el estudio solo se describirá las variables

Los datos del presente estudio son usados con finalidad descriptiva, sus conclusiones nos permitió generar hipótesis etiológicas. En el estudio presente no intervenimos sobre los pacientes, se evalúan hechos pasados a la fecha actual y los datos son tomados durante un periodo de tiempo establecido.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: 70 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico por enfermedad hidatídica hepática en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernaldes desde el 2015 hasta el año 2018.

Muestra: La población de estudio que se utilizó como muestra es de 50 pacientes por lo cual no se aplicó fórmulas de muestra por ser una población pequeña.

- Criterios de inclusión: Todos los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por enfermedad hidatídica hepática en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales desde el año 2015 hasta el año 2018.
- Criterios de exclusión: Los pacientes con historias clínicas y/o informes operatorios incompletos o insuficientes.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: Como técnica se utilizó un análisis documental de la información recopilada de las historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente por quiste hidatídico hepático.

Instrumento: Se realizó una ficha de recolección de datos, con la finalidad de extraer información de las historias clínicas de los pacientes en estudio del servicio de cirugía general del Hospital Nacional Sergio Bernales.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de la presente investigación se sometió a un juicio de expertos con la finalidad de realizar la validez interna de la encuesta. Fue evaluada por un médico cirujano general especialista del Hospital Nacional Sergio Bernales, también fue evaluada por la directora de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista y la licenciada estadista de la Universidad Privada San Juan Bautista, quienes dieron la autorización para aplicar el instrumento. Finalmente fue evaluada por el comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista, y luego de un riguroso proceso de evaluación otorgó la aprobación para la ejecución del estudio.

Luego de aplicar el instrumento, la información recolectada fue ingresada a una base de datos del programa EXCEL. Para el análisis descriptivo de los datos se hizo uso del programa SPSS versión 25, luego los resultados fueron expresados en tablas y gráficos para ser interpretados según tipo de variables.

3.5 PROCESAMIENTO Y ESQUEMA DE ANÁLISIS DE DATOS

Luego de que se realizó la recolección de datos a toda la población de estudio, los datos fueron ingresados al programa SPSS versión 25.

Las técnicas descriptivas que se usaron, estuvieron en función del tipo de dato a medir; los datos que corresponden a variables cualitativas nominales son expuestos mediante tablas de frecuencia, gráficos estadísticos de porcentajes y barras; para su procesamiento se usaron la moda y el rango. Finalmente se realizó el análisis e interpretación según el tipo de variable del estudio.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se rige a las normas establecidas en el código de ética de investigación internacional y nacional de la profesión médica. También se rige a los códigos de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista ya que fue evaluada por el comité de ética, y luego de un riguroso proceso de evaluación además de realizar todas las correcciones correspondientes, otorgó la aprobación para la ejecución del estudio. Finalmente se rige a los códigos de ética del Hospital Nacional Sergio Bernales, en la ficha de recolección de datos se respeta la integridad moral de cada paciente del estudio manteniendo su identidad en anonimato. Se presentó un documento solicitando el permiso para la recolección de datos y ejecución del estudio, el cual fue aprobado por las autoridades correspondientes del Hospital Nacional Sergio Bernales, lugar donde se realizó la presente investigación.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

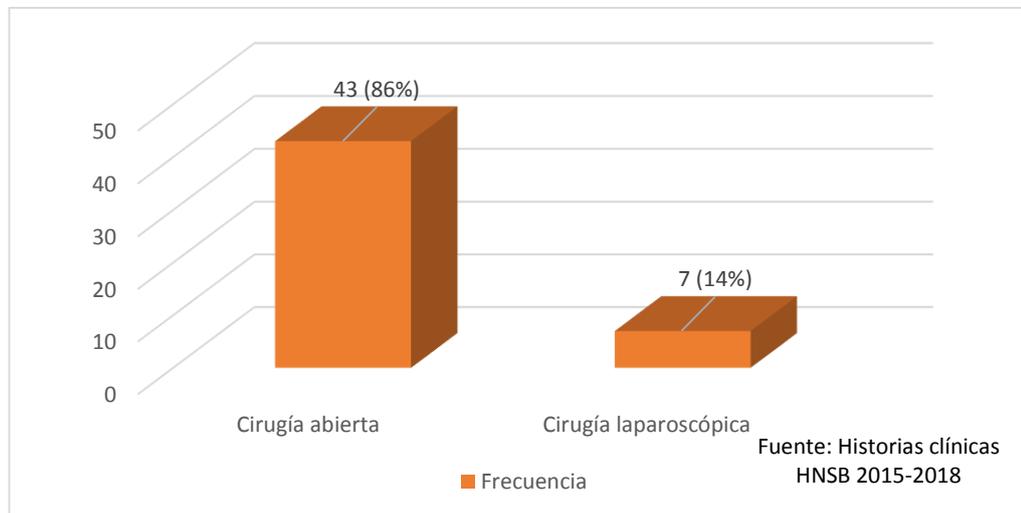
4.1 RESULTADOS

TABLA N°01: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía abierta	43	86.0%
Cirugía laparoscópica	7	14.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°01: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO NACIONAL BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.



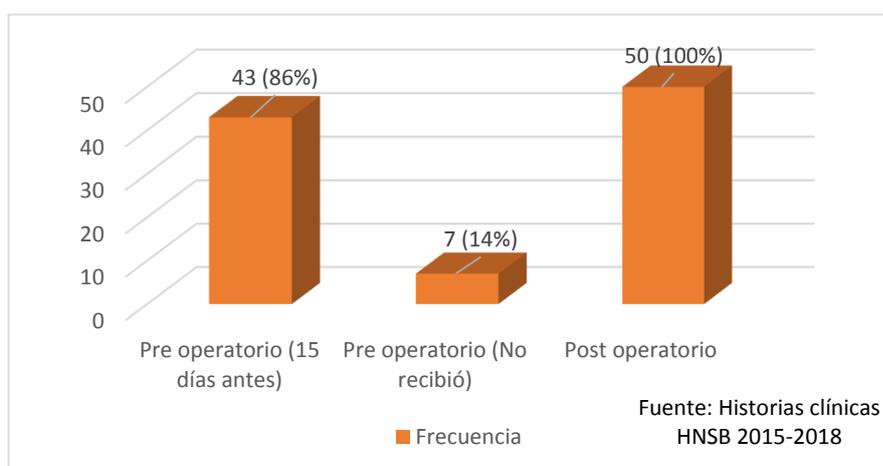
Interpretación: Respecto al manejo quirúrgico de la hidatidosis hepática, se puede observar que el 86.0% de pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente mediante cirugía abierta y el 14.0% de pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente mediante cirugía laparoscópica.

TABLA N°02: DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE ALBENDAZOL PRE Y POST QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Pre operatorio (15 días antes)	43	86.0%
Pre operatorio (No recibió)	7	14.0%
Post operatorio	50	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°02: DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE ALBENDAZOL EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL SERGIO NACIONAL BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.



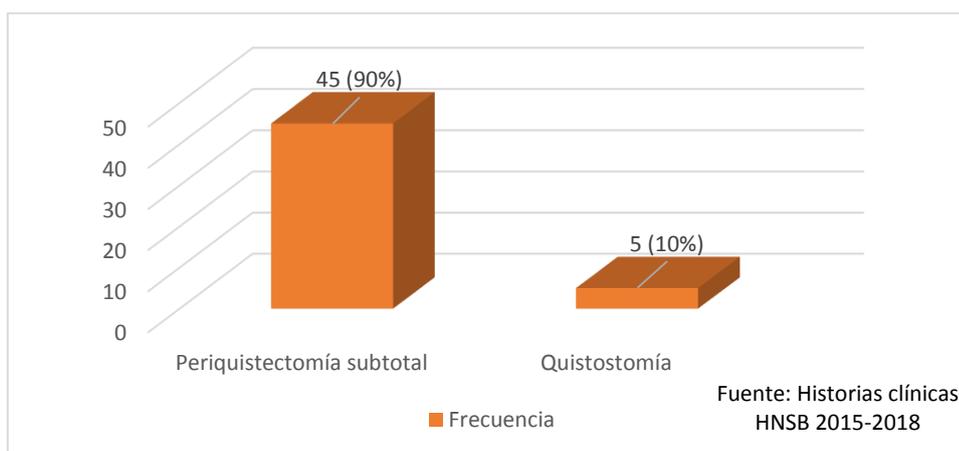
Interpretación: El uso del albendazol pre y post quirúrgico juega un rol importante en el manejo quirúrgico, observamos el 86.0% de pacientes recibió tratamiento pre operatorio, sin embargo, el 14.0% no recibió profilaxis pre operatoria. Durante el post operatorio se indicó a albendazol al 100.0% de los pacientes.

TABLA N°03: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

Cirugía conservadora		
	Frecuencia	Porcentaje
Periquistectomía parcial	45	90.0%
Quistostomía	5	10.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°03: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.



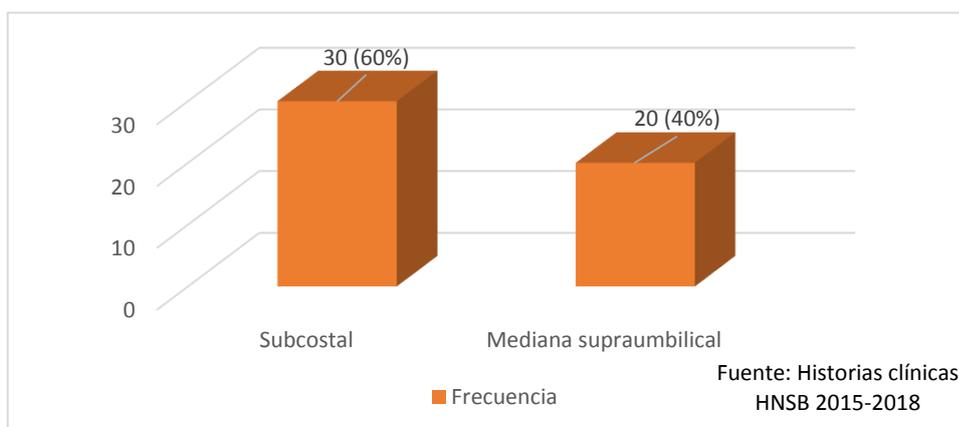
Interpretación: La principal técnica quirúrgica es la técnica conservadora ya que se realizó en el 100.0% de los pacientes, la cual se subdivide en dos tipos de técnicas, una de ellas es la Periquistectomía parcial en el 90.0% de los casos, seguido de la Quistostomía en el 10.0% de los casos. En este estudio ningún paciente fue sometido a cirugía radical.

TABLA N°04: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ABORDAJE EMPLEADO EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Subcostal	30	60.0%
Mediana supra umbilical	20	40.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°04: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ABORDAJE EMPLEADO EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.



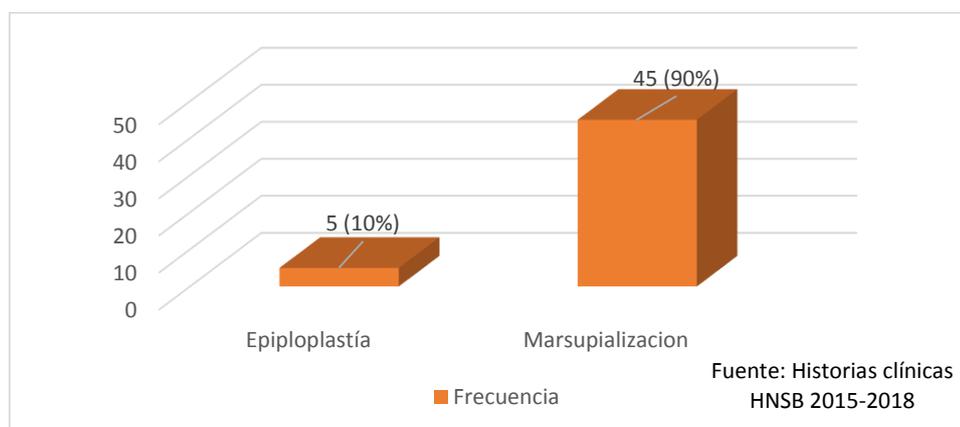
Interpretación: Según el tipo de abordaje de pared abdominal empleado, se observa que el abordaje subcostal se le realizó al 60.0% de los casos, seguido del abordaje mediano supra umbilical en el 40.0% de los casos.

TABLA N° 05: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD RESIDUAL EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

Tratamiento de cavidad residual	Frecuencia	Porcentaje
Epiploplastía	5	10.0%
Marsupializacion	45	90.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°05: DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD RESIDUAL EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.



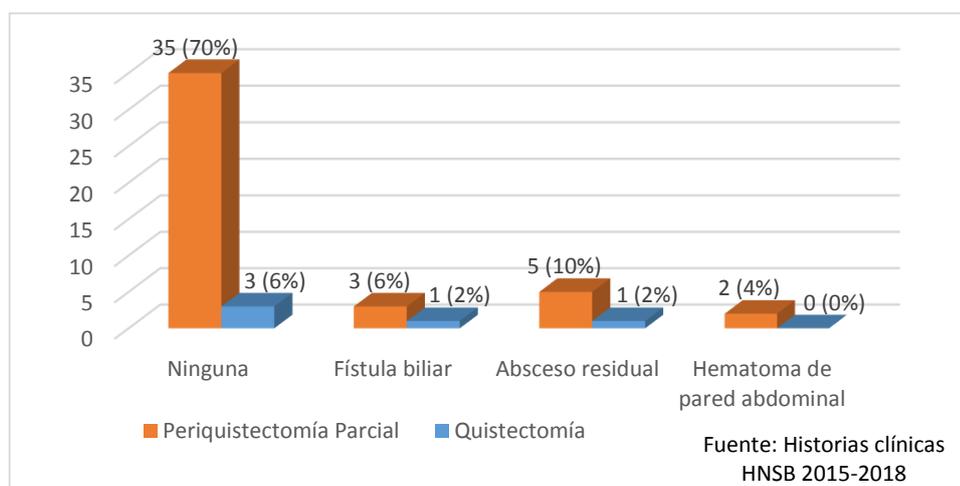
Interpretación: En el tratamiento de la cavidad residual se observa que la Marsupialización es la técnica que más se utilizó estando presente en el 90.0% de los casos, también se observa que la epiploplastia es la técnica que se realizó en el 10.0% de los casos.

TABLA N°6: DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORAS DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

Complicaciones post operatorias	Técnica conservadora			
	Periquistectomía Parcial		Quistostomía	
	N°	%	N°	%
Ninguna	35	70.0%	3	6.0%
Fístula biliar	3	6.0%	1	2.0%
Absceso residual	5	10.0%	1	2.0%
Hematoma de pared abdominal	2	4.0%	0	0.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°6: DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORAS DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.



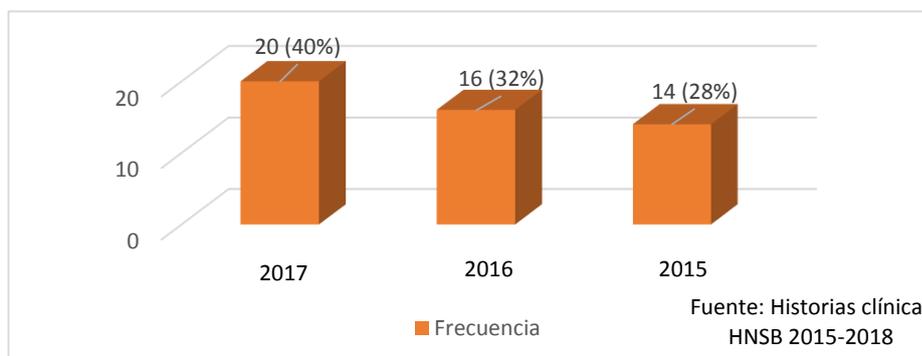
Interpretación: En relación a las complicaciones post operatorias de las técnicas quirúrgicas se observa que dentro del grupo de pacientes sometidos a la técnica de Periquistectomía parcial (90.0%), el 70.0% de los casos no presentó ninguna complicación, el 10% de los casos presentó absceso residual, el 6.0% de los casos presento fístula biliar y el 4.0% presentó hematoma de la pared abdominal. En el grupo de pacientes sometidos a Quistostomía (10.0%), el 6.0% de los casos no presentaron ninguna complicación, el 2.0% de los casos presentó absceso residual, el 2.0% de los casos presentó fístula biliar y ningún paciente presentó hematoma de la pared abdominal.

TABLA N°07: FRECUENCIA DE CASOS POR AÑO DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.

Año	Frecuencia	Porcentaje
2015	14	28.0%
2016	16	32.0%
2017	20	40.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N°07: FRECUENCIA DE CASOS POR AÑO DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO DEL 2015 AL 2018.



Interpretación: De la tabla se aprecia que hubieron 40.0% de casos durante el periodo de estudio 2015, el 32.0% de casos fue durante el periodo 2016 y 28.0% de los casos fue durante el periodo 2017, se evidencia una tendencia relativamente estable durante el periodo de estudio. Considerando que los casos evaluados provienen de la zona de influencia del hospital Sergio Bernal, que corresponde a los distritos de Comas, Carabayllo y Canta.

4.2 DISCUSIÓN

La equinococosis es una enfermedad prevalente de las zonas donde se realiza crianza de ganado, generalmente en zonas alto andinas y rurales¹. En el estudio vemos una frecuencia de casos constante entre el 2015 y 2018; por tanto, la hidatidosis hepática es un problema prevalente en nuestro medio.

El tiempo promedio de enfermedad reportado es variable en nuestro medio, cabe decir para hacer evidente el efecto mecánico en el hígado, una vez que se presentan las manifestaciones clínicas, requieren de intervención médica, tanto como manejo médico y generalmente quirúrgico.

En relación al manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático:

Ortiz et al⁶. Concluyen que hubo una significativa diferencia entre los pacientes sometidos a cirugía abierta (68 casos) respecto a los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica (2 casos).

Grubnik et al¹¹. Concluyen que en su estudio reclutaron 348 pacientes, de los cuales 283 tuvieron cirugía laparoscópica y 65 tuvieron cirugía abierta, finalmente recomiendan realizar el manejo laparoscópico en los quistes hidatídicos no complicados.

En el presente estudio se puede aseverar que el 86.0%(43) de pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente mediante cirugía abierta y solo el 14.0%(7) de los pacientes fueron sometidos a cirugía laparoscópica, lo cual difiere con el estudio de Grubnik et al, debido a que en su estudio los cirujanos especialistas prefirieron realizar la cirugía laparoscópica en la mayoría de los casos.

En relación al manejo pre y post quirúrgico con albendazol:

El albendazol, forma parte del tratamiento pre y post quirúrgico de la enfermedad hepática por quiste hidatídico.

Kumar et al⁹. Refiere que en su estudio se les administró albendazol a todos los pacientes de forma pre operatoria 2 semanas antes de la cirugía y un

mínimo de 8 semanas después de la cirugía, lo cual facilitó la viabilidad del quiste durante la cirugía.

Bari et al³. Realizan un estudio en 64 pacientes, de los pacientes que recibieron albendazol pre operatorio, 9.3% tuvo quiste viable en el momento de la cirugía comparado a 96.8% que no recibieron pre operatoriamente albendazol.

En el presente estudio la mayoría de pacientes recibió tratamiento pre operatorio, exactamente fueron el 86%(43) de los casos con tratamiento pre operatorio, mientras que el 14%(7) no recibieron profilaxis pre operatoria. Durante el post operatorio se indicó a albendazol al 100% de los pacientes. En base a lo expuesto se encuentra que nuestros resultados coinciden con los estudios mencionados, lo cual define la importancia del uso de albendazol pre y post quirúrgico.

En relación a la principal técnica quirúrgica:

Marom et al¹⁰, concluye que la principal técnica quirúrgica en su estudio es cirugía conservadora (84.06%), seguida de la cirugía radical en menor frecuencia (15.94%).

Ramia et al¹², reporta 49 pacientes operados por quiste hidatídico hepático con cirugía radical, entre ellos se describe como técnica principal la hepatectomía mayor (100.0%), ya que fue la única técnica que se utilizó en su estudio.

En el presente estudio la principal técnica quirúrgica fue la cirugía conservadora, la cual se realizó en todos los casos (100.0%), y se subdividió en dos tipos de técnicas, una de ellas es la Periquistectomía parcial (90.0%), seguida de la Quistostomía (10.0%). Cabe recalcar que ningún paciente fue sometido a cirugía radical. En base a lo expuesto se observa que nuestros resultados difieren del estudio de Ramia et al, quien considera la cirugía radical como principal técnica quirúrgica en su estudio.

En relación al tipo de abordaje quirúrgico:

Paira⁵, especifica que el tipo de abordaje más utilizado en su estudio fue el subcostal en 46 casos, seguido del abordaje subcostal en 20 casos.

En nuestro estudio se observa que el abordaje subcostal se le realizó al 60.0% de los casos, seguido del abordaje mediano supra umbilical en el 40.0% de los casos. En base a lo expuesto se afirma que los resultados coinciden con el estudio realizado por Emma Paira, debido a que en su estudio y el nuestro se especifica que el abordaje quirúrgico subcostal se usó en la mayoría de los casos.

En relación al tratamiento de la cavidad residual:

Ortíz et al⁶, concluye en su estudio que se realizó drenaje tubular externo a 57 quistes, capitonaje a 28 quistes y epiploplastia a un quiste.

Zuñiga⁸, El tratamiento de la cavidad residual fue con capitonaje en 40 casos, drenaje tubular externo en 9 casos y resección segmentaria en 2 casos.

En nuestro estudio se realiza el tratamiento de la cavidad residual con marsupialización (90.0%), y epiploplastía (10.0%). En base a lo expuesto se afirma que nuestros resultados difieren con los procedimientos de ambos autores, debido a que la marsupialización es la técnica que más se utilizó para tratar la cavidad residual en nuestro estudio.

En relación a las complicaciones post operatorias:

Campos⁴, refiere que en el post operatorio de cirugía laparoscópica utilizando la técnica conservadora, el paciente presentó fístula biliar.

Baca⁷ Concluye que los pacientes intervenidos quirúrgicamente con la técnica de Thorton no tuvieron ningún tipo de complicación post operatoria, a diferencia de la técnica de Mabit donde si hubo complicaciones post quirúrgicas de infección de sitio operatorio y abscesos post quirúrgicos.

En este estudio la técnica conservadora es la única que se realizó en la totalidad de los pacientes. Esta técnica se subdivide en dos procedimientos: La Periquistectomía parcial (90.0%), en la cual el 70.0% de casos no presentaron complicaciones relacionadas a la técnica quirúrgica, el 6.0% presentó la fistula biliar, el 10.0% presento absceso residual y el 4.0% hematoma de la cavidad abdominal; en la Quistostomía (10.0%), el 6.0% de los casos no presentaron complicaciones relacionadas a la técnica quirúrgica, el 2.0% presento fistula biliar y el 2.0% presento absceso residual. En base a ello, se puede afirmar que los resultados concuerdan con los resultados de los estudios mencionados, debido a que la fistula biliar y el absceso residual son las complicaciones más frecuentes en la cirugía conservadora.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. En base al manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Sergio Bernal en el periodo del año 2015 al 2018, se concluye que al 86.0%(43) de pacientes se les realizó cirugía abierta y al 14.0%(7) de pacientes se les realizó cirugía laparoscópica. Por ende, se afirma que la cirugía abierta es el procedimiento más empleado.
2. Respecto al objetivo de identificar el manejo pre quirúrgico y post quirúrgico con albendazol en pacientes con quiste hidatídico hepático, el 86.0%(43) de pacientes recibieron albendazol pre quirúrgico desde 15 días antes de su intervención quirúrgica, el 14.0%(7) de pacientes no recibió albendazol pre quirúrgico, finalmente el 100.0%(50) de pacientes recibieron albendazol post quirúrgico. Debido a ello, se afirma que el albendazol juega un rol importante para el manejo pre y post quirúrgico.
3. Respecto al objetivo de definir la principal técnica quirúrgica de los pacientes con quiste hidatídico hepático, se concluye que al 100%(50) de pacientes se les realizó la técnica conservadora, por lo cual se define como la principal técnica quirúrgica debido a que es empleada en la totalidad de los pacientes del estudio; cabe resaltar que la técnica conservadora tiene dos tipos de procedimientos, la técnica de Periquistectomía parcial que se realizó en el 90.0%(45) de pacientes, y la técnica de Quistostomía que se realizó en el 10.0%(5) de pacientes.
4. En relación al objetivo de especificar el tipo de abordaje quirúrgico en los pacientes con quiste hidatídico hepático, se concluye que al 60.0%(30) de los pacientes se les realizó abordaje subcostal y al 40.0%(20) de

pacientes se les realizó el abordaje supra umbilical. Por lo cual, podemos afirmar que el abordaje subcostal es el que se utilizó con mayor frecuencia en nuestro estudio

5. En base al objetivo de determinar el tratamiento de la cavidad residual durante la cirugía del quiste hidatídico hepático, se concluye que la Marsupialización 90.0%(45) fue el procedimiento que con mayor frecuencia se realiza, ya que muestra una diferencia significativa respecto a la Epiploplastia, la cual se realizó en el 10.0%(5) de los casos.
6. En relación al objetivo de describir las complicaciones post operatorias de las técnicas quirúrgicas, se concluye que en la Periquistectomía parcial se presentaron la mayor cantidad de casos, respecto a la Quistostomía donde se presentaron menos casos complicados. Las principales complicaciones post quirúrgicas en ambas técnicas fueron las fístulas biliares, el absceso residual y el hematoma de pared abdominal. Por ende, se afirma que existe una relación entre complicaciones post quirúrgicas y las técnicas quirúrgicas.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Mejorar la falta de medidas preventivas de la cirugía laparoscópica para evitar la filtración del contenido quístico, con la finalidad de que la cirugía laparoscópica tenga cada vez más entrada en el manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático.
2. Promover el manejo pre quirúrgico y post quirúrgico con albendazol en todos los pacientes con diagnóstico de hidatidosis hepática, con la finalidad de inviabilizar al quiste hidatídico antes de la cirugía, así como disminuir las tasas de recurrencia post quirúrgica.

3. Se recomienda prever sobre las condiciones y dificultades de cada tipo de abordaje quirúrgico, con la finalidad de impedir la abertura involuntaria del quiste para evitar la diseminación.
4. Practicar la técnica radical en mayor frecuencia, debido a que su eficacia elevada, tiene una morbilidad significativamente baja y disminuye la estancia hospitalaria.
5. Se recomienda realizar el manejo de la cavidad residual del quiste hidatídico, mediante la técnica de la Marsupialización, debido a que es la ideal en el tratamiento de quistes infectados.
6. Es necesario realizar estudios comparativos sobre las complicaciones post operatorias en relación a las técnicas quirúrgicas que se emplean en el quiste hidatídico hepático, con la finalidad de llevar a cabo un manejo quirúrgico que tenga una baja morbilidad y mortalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Larrieu E, Frider B, Del Carpio. Portadores asintomáticos de hidatidosis: Epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Revista de Salud Pública del Perú. 2013.8(4):50-54.
2. Álvarez C, Benito A, Bernardos A. Abscesos y quistes hepáticos. En: Casanova D, Figeras J, Pardo F, editores. Cirugía Hepática: Sección de cirugía heátobiliopancreática y transplante. Vol 7 18a ed. España: Arán-SL ;2012. p.103-121.
3. Bari S, Mohd E, Mubarik N. Malik Outcome of albendazole therapy in the management of hepatic hydatis disease in Nepal. Rev. Int J Med Sci. 2016; 4 (8): 3549-3553.
4. Campos G, Altamirano N, Romero P. Quiste hidatídico hepático manejo laparoscópico: Reporte de caso en Lima. Rev. Horiz. Med. [Internet]. 2015. [citado 8 agosto 2015]; 15(4):74-77. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2015000400011
5. Paira Z. Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis hepática asociado a las complicaciones post operatorias en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero 2006 - diciembre 2010. [Grado de especialidad: Cirujano General]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
6. Ortiz S. Aspectos epidemiológicos y quirúrgicos de la hidatidosis en el servicio de cirugía general del Hospital – Essalud Huancayo de enero del 2011 a diciembre del 2013. [Bachiller]. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2014.
7. Baca L. Técnica quirúrgica de Mabit ante Thorton, en el tratamiento de quiste hidatídico hepático. Hospital Arzobispo Loayza. 2004-2014. [Bachiller]. Universidad San Martin de Porres; 2015.

8. Zuñiga M. Hidatidosis en el Valle del Mantaro, un problema de salud pública y quirúrgica en Junín. *Apunt. Cienc. Soc.* 2014;05(1):102-110.
9. Kumar H, Batajoo H, Ghimire S, Sathian B. Open Conservative Surgical Management of Cystic Echinococcosis in a Tertiary Care Hospital, Nepal. *Rev. J Clin Diagn*[Internet]. 2015 [citado 1 Jul 2015];9(7):01-03. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4572992/>
10. Marom G, Khoury T, Gazla S. Operative treatment of hepatic hydatid cysts: A single center experience in Israel. *ISRN Surg.* 2014;13(5):11-15.
11. Grubnik V, Iliashenko V, Bugridze Z. Liver Cyst Echinococcosis Laparoscopic Treatment Effectiveness. *Georgian Med News* [Internet]. 2018 [citado 23 may 2018];27(8):20-25 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29905539>
12. Ramia J, Serrablo A, Serradilla M, Lopez-Mercado A, de la Plaza R, Palomares A. Major hepatectomies in liver cyst echinococcosi: A bi centric experience Retrospective cohort study. *Int J Surg* [Internet]. 2018 [citado 4 Jun 2018];54(1):182-186. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29733994>
13. Mohey A, Mohamed S, Abdelrazik M. Sero-epidemiological value of some hydatid cyst antigen in diagnosis of human cystic echinococcosis in Egypt. *J Parasit D.* 2016;40(1):52-56.
14. McManus D, Gray D, Zhang W, Yang Y. Diagnosis, treatment, and management of echinococcosis in Australia. *BMJ.* 2014;34(4):48-66
15. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, Ferreiros J. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and compli-cations in Spain. *Radiographics NCBI.* 2012;20(3):795–817.

16. Navneet S, Srinivas R, Amanjit B, Ashutosh N, Aggarwal. Lung carcinoma mimicking hydatid cyst: a case report and review of the literatura. *Med Oncol.* 2013;26(4):42-48.
17. Davelois K, Escalante H, Jara C. Rendimiento diagnóstico del Western Blot para detectar simultáneamente anticuerpos en pacientes con cisticercosis, hidatidosis y fascioliasis humana. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública.* 2016;33(4):616-624.
18. Vega D. Técnica de doble difusión para el diagnóstico de hidatidosis y fasciolosis humana. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública.* 2018;32(2):15-17.
19. Iskender S, Demiral Onat. Diagnosis and Treatment of Uncomplicated Hydatid Cyst of the Liver, Tukey. *World J. Surg.* 2012;25(1):21-27.
20. Saadeddine Z, Mohsen A, Horchani A, Chami I, Mohamed R. Hydatid Cyst of the Kidney: Diagnosis and Treatment. *World J. Surg.* 2014;25(1):68-74.
21. Canyigit M, Gumus M, Nurdan C, Bekir E. Refractory Cystobiliary Fistula Secondary to Percutaneous Treatment of Hydatid Cyst: Treatment with N-Butyl 2-Cyanoacrylate Embolization, Turkey. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2013;10(2):66-70.
22. Velarde R. Situación del tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico hepático en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza enero 2012- abril 2013. [Bachiller] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014.
23. Pinto G. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis hepática en Chile. *Rev.Chil. Cir.* 2014;60(6):561-566.
24. Reyes E, Fraga P, García A. Tratamiento radical de quiste hidatídico. *Rev Hosp Jua Mex.* 2015;82(1):60-63.
25. Bilgic S, Kose O, Sehirlioglu A, Safaz I. Primary paraspinal hydatid cyst treated with puncture, aspiration, injection and re-aspiration (PAIR) technique: a case report. *Eur Spine J. Turk.* 2015;10(2):165-167.

27. Manterola C, Urrutia S. Morbilidad postoperatoria en pacientes con hidatidosis hepática complicada. Rev. Infect. Chile. [Internet]. 2015 [citado 11 dic 2014];32(1):43-49. Disponible en:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v32n1/art07.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNO: MARIA TERESA CONDORI HUARAZ

ASESOR: Dra. Leny Bravo Luna

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018.

VARIABLE PRINCIPAL : MANEJO QUIRÚRGICO DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Cirugía abierta	Sí, No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Cirugía laparoscópica	Sí, No	Nominal	Ficha de recolección de datos

SUBVARIABLE : ALBENDAZOL			
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Albendazol pre quirúrgico	Sí, No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Albendazol post quirúrgico	Sí, No	Nominal	Ficha de recolección de datos

SUBVARIABLE: TÉCNICA QUIRÚRGICA			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Técnica radical	1.Periquistectomía total 2.Hepatectomía	Nominal	Ficha de recolección de datos
Técnica conservadora	1.Periquistectomía Parcial 2.Quistostomía	Nominal	Ficha de recolección de datos
SUBVARIABLE: TIPO DE ABORDAJE			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Abordaje subcostal	Sí, No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Abordaje mediano supra umbilical	Sí, No	Nominal	Ficha de recolección de datos
SUBVARIABLE: TRATAMIENTO DE CAVIDAD RESIDUAL			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Tipo de tratamiento de cavidad residual	1.Marsupialización 2.Capitonaje 3.Epiploplastia 4.Drenaje tubular	Nominal	Ficha de recolección de datos
SUBVARIABLE : COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS			
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Complicaciones post operatorias	Ninguna: () Hematoma de pared abdominal: () Absceso residual: () Fístula biliar: ()	Nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO N°02: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. TESIS: Manejo quirúrgico de la Hidatidosis Hepática en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018.

Datos generales:

- Ficha N°__ Fecha de ingreso: __/__/__ Historia Clínica:_____
- Género: (F) (M) Edad:_____
- Lugar de Nacimiento:_____ Lugar de procedencia:_____

I. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tiempo de Enfermedad:

- < de 1 mes ()
- 1 mes – 6 meses ()
- 6 – 12 meses ()
- 1 años – 2 años
- 2 años – 3 años

Síntomas principales:

- Asintomático ()
- Dolor abdominal ()
- Masa abdominal ()
- Ictericia ()
- Fiebre ()
- Otros () _____

II. LABORATORIO

- ELISA: Sí (), No ()
- Western blot: Sí (), No ()
- Hemograma: Leucocitos: <10 000 () , >10 000 ()
Eosinófilos: <250cel/uL () , >350cel/uL ()

III. IMÁGENES:

- Ecografía: Sí (), No ()
Fecha: _____/_____/_____
Resultados:_____
 - TAC: Sí (), No ()
Fecha : _____/_____/_____ Resultados:_____
-

MANEJO QUIRÚRGICO

- Cirugía abierta ()
- Cirugía laparoscópica ()

IV. MANEJO DE ALBENDAZOL:

- Pre operatorio: Sí (), No ()
- Post operatorio: Sí (), No ()

V. ABORDAJE QUIRÚRGICO

- Abordaje subcostal ()
- Abordaje mediano supra umbilical ()

VI. TÉCNICA QUIRÚRGICA

- TÉCNICA RADICAL:
Periquistectomía Total ()
Hepatectomía ()
- TÉCNICA CONSERVADORA:
Quistostomía ()
Periquistectomia Parcial ()

VII. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD RESIDUAL:

- Drenaje tubular externo ()
- Epiploplastia ()
- Capitonaje ()
- Marzupialización ()

VIII. HALLAZGOS DE LA CIRUGÍA:

- Número de quistes: 1 () , 2 () , más de 3 ()
- Tamaño: <5cm () , 6 a 8cm () , 9 a 15 cm () , 16 a 20 cm () , >21 cm ()
- Contenido: Multivesicular () , Bilis () , Purulento () , Cristal de roca ()
- Ruptura del quiste: Si () No ()
- Comunicación con vía biliar: Si () No ()
- Tiempo operatorio:
< 1 hora ()
1 hora ()
1 hora – 2 horas ()
Más de 2 horas () _____

IX. COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS

- Complicaciones:
Hematoma de la pared abdominal: ()
Absceso residual: ()
Fístula biliar: ()
Ninguna: ()
Otras:

- Estancia hospitalaria:
3 días ()
4 – 7 días ()
7 días a más ()
- Fecha de alta de hospitalización: ____/____/____

ANEXO N°03: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Miranda Rosales, Luis
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Cirujano General – Hospital Nacional Sergio Bernales
- 1.3 Tipo de Experto: Especialista Metodólogo Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Manejo quirúrgico de la Hidatidosis Hepática en el servicio de Cirugía General del Hospital Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: María Teresa Pamela, Condori Huaraz

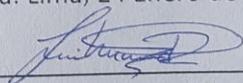
II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático					90%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre manejo quirúrgico y sus resultados					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo descriptivo					95%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplica

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN: 92.2%

Lugar y Fecha: Lima, 24 Enero de 2018


 Firma del Experto informante

 LUIS M. MIRANDA ROSALES
 CIRUJANO GENERAL
 CMP 46961 RNE 30992

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Bravo Luna, Leny
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Directora de la escuela profesional de Medicina Humana – Universidad San Juan Bautista
- 1.3 Tipo de Experto: Especialista Metodólogo Estadístico
- 1.4 Nombre del instrumento: Manejo quirúrgico de la Hidatidosis Hepática en el servicio de Cirugía General del Hospital Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018.
- 1.5 Autor (a) del instrumento: María Teresa Condori Huaraz

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático				80%	
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				80%	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80%	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre manejo quirúrgico y sus resultados				80%	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				80%	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.				80%	
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo descriptivo				80%	

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplica

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN: 80%

Lugar y Fecha: Lima, 24 Enero de 2018

Firma del Experto informante

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Bazán Rodríguez, Elsi Noemi
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente de estadística – Universidad San Juan Bautista
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Manejo quirúrgico de la Hidatidosis Hepática en el servicio de Cirugía General del Hospital Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018.
 1.5 Autor (a) del instrumento: María Teresa Condori Huaraz

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación entre manejo quirúrgico y sus resultados					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo descriptivo					85%

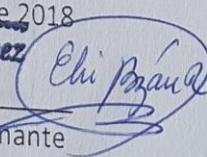
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: Aplica

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN: 85%

Lugar y Fecha: Lima, 24 Enero de 2018

Elsi Bazán Rodríguez
 COESPE N° 444

Firma del Experto informante



ANEXO N°04: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: MARIA TERESA PAMELA CONDORI HUARAZ

ASESOR: Dra. Bravo Luna Leny

LOCAL: Chorrillos

TEMA: Manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><u>General:</u></p> <p>¿Cuál es el manejo quirúrgico de la enfermedad por quiste hidatídico hepático en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018?</p> <p><u>Específico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el manejo pre quirúrgico y post quirúrgico con albendazol en pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018? • ¿Cuál es la principal técnica quirúrgica de los pacientes con 	<p><u>Objetivo general</u></p> <p>Describir el manejo quirúrgico de la hidatidosis hepática en el servicio de cirugía del Hospital nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018.</p> <p><u>Objetivos específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el manejo pre quirúrgico y post quirúrgico con albendazol en pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018. • Especificar la principal técnica quirúrgica de los pacientes con 	<p>NO SE APLICA POR SER UN ESTUDIO DESCRIPTIVO</p>	<p style="text-align: center;">Variable Principal: Manejo quirúrgico</p> <p>Cirugía abierta Cirugía laparoscópica</p> <p style="text-align: center;">Subvariable : Albendazol</p> <p>Pre quirúrgico Post quirúrgico</p> <p style="text-align: center;">Subvariable : Técnica quirúrgica</p> <p>Técnica radical Técnica conservadora</p> <p style="text-align: center;">Subvariable : Abordaje quirúrgico</p> <p>Abordaje sub costal Abordaje mediano supra umbilical</p>

<p>hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el tipo de abordaje quirúrgico que se usa en los pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018? • ¿Cuál es el tratamiento de la cavidad residual durante la cirugía por hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018? • ¿Cuáles son las complicaciones post operatorias de las técnicas quirúrgicas empleadas en pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018? 	<p>hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir el tipo de abordaje quirúrgico en los pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales en el periodo del año 2015 al 2018. • Determinar el tratamiento de la cavidad residual durante la cirugía por hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018. • Describir las complicaciones post operatorias de las técnicas quirúrgicas empleadas en pacientes con hidatidosis hepática en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales, en el periodo del año 2015 al 2018. 		<p style="text-align: center;">Subvariable : Cavidad residual</p> <p>Marsupialización Capitonaje Epiploplastía Drenaje tubular</p> <p style="text-align: center;">Subvariable : Complicaciones post quirúrgicas</p> <p>Hematoma de la cavidad abdominal Absceso residual Fístula biliar Ninguno</p>
--	--	--	---

DISEÑO METODOLOGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p><u>Nivel:</u> Descriptivo</p> <p><u>Tipo de investigación:</u> Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • POBLACIÓN: Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por enfermedad hidatídica hepática en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales desde el año 2015 hasta el año 2018. • N= 70 pacientes con quiste hidatídico hepático. • Criterios de inclusión: Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por enfermedad hidatídica hepática en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales desde el año 2015 hasta el año 2018. • Criterios de exclusión: Pacientes con historias clínicas y/o informes operatorios incompletos o deficientes. • N=: La población objetiva del estudio es de 50 Pacientes <p>Tamaño de muestra: La población objetivo del estudio es de 50 pacientes por lo cual no se va aplicar fórmulas de muestra por ser una población pequeña.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica: Como técnica se utilizó un estudio documental de las historias clínicas de pacientes. Los datos recolectados fueron ingresados a una base de datos del programa EXCEL. <p>Para el análisis descriptivo de los datos se hará uso del programa SPSS versión 25, luego los resultados fueron expresados en cuadros o tablas para ser interpretados según tipo de variables. Las técnicas descriptivas que se usaron, están en función del tipo de dato a medir. Los datos que correspondan a variables cualitativas son presentados como gráficos y tablas de frecuencia, para los datos nominales, se usó la moda y el rango; y las variables cuantitativas son presentados como media y desviación estándar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento: Se realizó una ficha de recolección de datos, la cual cuenta con 24 items dividido en 9 secciones. Se sometió a un juicio de expertos con la finalidad de realizar la validez interna de la encuesta.

ANEXO N°05: AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 293-2019

Vista la Solicitud N°01-00275198 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

MANEJO QUIRÚRGICO DEL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES EN EL PERIODO DEL AÑO 2015 AL 2018

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS293**

Investigador(a) Principal: CONDORI HUARAZ MARIA TERESA PAMELA

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que SI CUMPLE, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, cifiéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 15 de marzo de 2019

Dra. Gloria Antonieta Manrique Borjas
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

**ANEXO N° 06: AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO
BERNALES PARA LA APLICACIÓN DE INVESTIGACIÓN E
INSTRUMENTO**



PERU

MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES

OFICINA DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

"Año de la lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

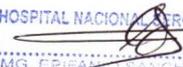
MEMO N°. *073* **-2019-OF-ADEI-HSEB**

A : **Srta. CONDORI HUARAZ María Teresa Pamela**
Asunto : Autorización para aplicación de Instrumento de Proyecto de Tesis
Referencia : Solicitud presentada el 29 de Enero del 2019
Fecha : **[05 FEB 2019]**

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta a su solicitud de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titulado: **"Manejo quirúrgico del quiste hidatídico hepático en el Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Sergio Bernales, Año 2018"**.

Esta Oficina aprueba su Proyecto de Investigación para la aplicación del Instrumento.

Atentamente,

~~HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES~~

.....
M.G. EPIFANIO SANCHEZ GARAVITO
C.M.P. 16866 R.N.E. 9074 R.M. 0041
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACION

C. c
Archivo
ESG/Sofia