



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

Uso de stent metálico autoexpandible totalmente cubierto en el tratamiento del sangrado post esfinterotomía biliar en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2020-2024

Use of fully covered self-expandable metal stent for the treatment of biliary sphincterotomy related bleeding at Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins in the period 2020-2024

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
GASTROENTEROLOGÍA

AUTOR:  
WILBERT ISMAEL GARCIA LEVANO

ASESOR:  
MONICA NELLY BENAVENTE MONTOYA

LIMA – PERÚ  
2025

# RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

ev.turnitin.com/app/carta/es/?o=2573789060&ro=103&u=1151562268&lang=es&s=1

turnitin 1 de 177: WILBERT ISMAEL GARCÍA LEVANO  
Uso de stent metálico autoexpandible totalmente cubierto ...

Similitud 23% Marcas de alerta

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA Facultad de MEDICINA

1 Uso de stent metálico autoexpandible totalmente cubierto en el tratamiento del sangrado post esfinterotomía biliar en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2020-2024

2 Use of fully covered self-expandable metal stent for the treatment of biliary sphincterotomy related bleeding at Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins in the period 2020-2024

3

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GASTROENTEROLOGÍA

AUTOR:  
WILBERT ISMAEL GARCIA LEVANO

ASESOR:  
MONICA NELLY BENAVENTE MONTOYA

4

LIMA - PERÚ  
2025

Informe estándar  
Informe en inglés no disponible Más información

23% Similitud estándar Filtros

Fuentes  
Mostrar las fuentes solapadas

1 Internet repositorio.upch.edu.pe 14%  
22 bloques de texto 253 palabra que coinciden

2 Internet de.slideshare.net 1%  
2 bloques de texto 24 palabra que coinciden

3 Internet www.researchgate.net <1%  
1 bloques de bloques 17 palabra que coinciden

4 Internet docplayer.es <1%  
1 bloques de bloques 15 palabra que coinciden

5 Internet repositorio.urp.edu.pe <1%  
1 bloques de bloques 15 palabra que coinciden

Página 1 de 10 1835 palabras 139%

## **1. RESUMEN**

**Introducción:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento endoscópico de avanzada utilizada con fines terapéuticos para las enfermedades pancreatobiliares. Existen complicaciones asociadas, siendo el sangrado un evento potencialmente mortal. Entre las técnicas endoscópicas hemostáticas tenemos a la inyectoterapia con adrenalina, clips, termocoagulación o taponamiento con balón. Sin embargo, ha ganado notoriedad, el uso del stent metálico autoexpandible totalmente cubierto (FCSEMS) ya sea como tratamiento inicial o coadyuvante.

**Objetivo:** Determinar la eficacia y seguridad de la colocación de FCSEMS en el tratamiento del sangrado post esfinterotomía biliar en el periodo 2020-2024 del HNERM.

**Diseño del estudio:** Estudio observacional, analítico tipo cohorte retrospectiva.

**Población y muestra:** Se incluirá a los pacientes que tuvieron sangrado post esfinterotomía biliar y que fueron sometidos a algún procedimiento endoscópico tipo hemostático desde 2020 a 2024 en el HNERM.

**Procedimientos y técnicas:** Se revisarán las historias clínicas electrónicas de los pacientes que desarrollaron sangrado post-CPRE en el periodo 2020-2024 del HNERM.

**Análisis estadístico:** Se empleará la prueba de Chi-Cuadrado para las variables cualitativas y la prueba de Mann-Whitney para las cuantitativas, usando el cálculo de Odds Ratio con un nivel de significancia ( $p$ ) < 0,05.

**Palabra clave:** colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, esfinterotomía endoscópica, stents metálicos autoexpandibles.

## **2. INTRODUCCIÓN**

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, también denominada CPRE, es un procedimiento endoscópico de avanzada, que inicialmente fue utilizada como herramienta diagnóstica a finales de los años de 1960. Actualmente, se usa principalmente para el manejo de diversas enfermedades pancreatobiliares ya sean benignas o malignas (1, 2).

Existen numerosos eventos adversos relacionados a la CPRE, ya sean asociados al paciente como al procedimiento. Entre ellos, tenemos eventos cardiopulmonares asociados a la sedación, pancreatitis aguda, colangitis, perforación y sangrados post esfinterotomía endoscópica. Este último puede llegar, en incidencia, desde 0.3% al 2% de los casos, llegando a ser severo del 0.1% al 0.5%, con una tasa de mortalidad de 3.5%, siendo la mayoría intraluminales (3, 4, 5).

El sangrado post esfinterotomía endoscópica puede clasificarse, según la ASGE, desde hemorragia leve, la cual no requiere transfusión sanguínea con caída de hemoglobina menor a 3gr/dL, hemorragia moderada, con necesidad de transfusión de menos de cuatro paquetes globulares sin necesidad de alguna intervención y hemorragia severa, el cual requiere la transfusión de más de cinco paquetes globulares o alguna intervención ya sea angiográfica o quirúrgica. Otra clasificación es en relación al tiempo de ocurrido el sangrado, el cual puede ser inmediato, durante o inmediatamente después del procedimiento y tardío, cuando ocurre horas o semanas después del procedimiento (4, 5).

Entre los factores de riesgos relacionados al sangrado post esfinterotomía, según la ESGE, se encuentran el consumo de anticoagulantes o antiagregante, plaquetas

menores a 50 000/mm<sup>3</sup>, cirrosis, enfermedad renal crónica en estadio terminal, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, sangrado intraprocedimiento, baja experiencia del endoscopista, canulación no exitosa con precorte tipo esfinterotomía, esfinterotomías largas, divertículos periampulares (1, 2, 5, 6, 7, 8, 9).

En relación al tratamiento, se debe realizar ya sea en la hemorragia inmediata, es decir todo sangrado que sea endoscópicamente significativo o en la hemorragia tardía, cuando el sangrado es clínicamente significativo. En primer lugar, se optaba por las terapias endoscópicas tradicionales tales como el uso de inyectoterapia con adrenalina, clips, termocoagulación o taponamiento con balón, de no resultar lo anterior, embolización por radiología intervencionista o finalmente la cirugía. Por otro lado, en este contexto, el uso del stent metálico autoexpandible totalmente cubierto (FCSEMS) ha ido ganando paulatinamente popularidad en el manejo inicial de esta complicación. Sin embargo, no existe muchos estudios a nivel mundial, siendo algunos series de casos, que demuestren la eficacia y seguridad de esta terapia endoscópica en el manejo inicial del sangrado post esfinterotomía (10, 11, 12, 13, 14).

Por lo anteriormente expuesto, la justificación del estudio se basa en conocer los diferentes métodos de terapias endoscópicas hemostáticas disponibles así como la eficacia y seguridad en la colocación de FCSEMS en pacientes con sangrado post esfinterotomía ya sea como medida inicial o por falla en las terapias endoscópicas tradicionales previas, pero aplicados a la realidad de nuestra localidad.

Es por ello, que resulta de vital importancia conocer cuál es la eficacia y seguridad de la colocación de FCSEMS en el tratamiento del sangrado post esfinterotomía biliar

endoscópica en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2020-2024.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

- Determinar la eficacia y seguridad de la colocación de FCSEMS en el tratamiento del sangrado post esfinterotomía biliar endoscópica en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2020-2024.

#### **Objetivos específicos**

- Evaluar las características clínicas tales como edad, sexo, comorbilidad, uso de anticoagulante o antiagregantes de los pacientes con sangrado post esfinterotomía biliar.
- Determinar los factores de riesgos relacionados al sangrado post esfinterotomía endoscópica tales como indicación de CPRE, presencia de divertículo periampular, tiempo de sangrado post esfinterotomía, compromiso hemodinámico.
- Determinar la eficacia de la colocación de FCSEMS vs terapias endoscópicas tradicionales en relación a la tasa de colocación exitosa en primera intención, resangrado y reintervención posterior al tratamiento endoscópico realizado.
- Determinar la seguridad de la colocación de FCSEMS vs terapias endoscópicas tradicionales en relación a la tasa de complicaciones relacionados al procedimiento como pancreatitis, colangitis, colecistitis, migración de stent, perforación o mortalidad.

#### **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

##### **a) Diseño del estudio:**

Estudio de de tipo observacional, analítico tipo cohorte retrospectiva, en relación a la información recolectada de las historias clínicas de acuerdo a los criterios de inclusión.

##### **b) Población:**

**Unidades de estudio:** Historias clínicas electrónicas de los pacientes con diagnóstico de sangrado post esfinterotomía biliar endoscópica de la base de datos de CPRE del Departamento de Gastroenterología del HNERM, siendo los expuestos aquellos pacientes a los que se le colocó el FCSEMS y los no expuestos a los que se le dió la terapia endoscópica tradicional (inyectoterapia con adrenalina, clips, termocoagulación o taponamiento con balón según criterio del médico especialista).

##### **Criterios de inclusión:**

##### **Grupo expuesto (colocación de FCSEMS):**

- Pacientes que tuvieron sangrado post esfinterotomía biliar endoscópica desde diciembre de 2020 hasta noviembre de 2024 del HNERM.
- Pacientes con edad mayor a 18 años ya sean hospitalizados o ambulatorios.

##### **Grupo no expuesto (terapias endoscópicas tradicionales):**

- Pacientes que tuvieron sangrado post esfinterotomía biliar endoscópica desde diciembre de 2020 hasta noviembre de 2024 del HNERM.
- Pacientes con edad mayor a 18 años ya sean hospitalizados o ambulatorios.

##### **Criterios de exclusión:**

- Paciente menor de 18 años.

- Pacientes con colocación de FCSEMS u otras terapias endoscópicas tradicionales por indicación ajena a sangrado post esfinterotomía biliar.
- Antecedente quirúrgico en relación a alteración de la anatomía gástrica o bilio-pancreática.
- Historias clínicas incompletas.

**Ubicación Espacial:**

El presente estudio será realizado en un centro de referencia nacional de tercer nivel, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ubicado en el distrito de Jesús María en Lima-Perú.

**Ubicación temporal:** El proyecto de investigación será desarrollada entre los meses de julio de 2024 a junio de 2025.

**c) Muestra:**

En la presente investigación no se considerará una muestra probabilística ya que se recolectará los datos de toda la población con los criterios de inclusión previamente descritos.

**d) Definición operacional de variables:**

La definición de operacionalización de variables será descrita en el Anexo 1 del presente estudio, donde incluyen los criterios de eficacia y seguridad en la colocación de FCSEMS y las terapias endoscópicas tradicionales.

**e) Procedimientos y técnicas:**

**Fuente:** La base de datos general de CPRE del departamento de Gastroenterología del HNERM en el periodo 2020 – 2024.



**Instrumentos:** Historias clínicas electrónicas y fichas de recolección de datos (ver anexo 2). Éste último constará de las siguientes dimensiones:

1. Factores clínicos-demográficos: Se incluirán edad, sexo, comorbilidades, uso de antiagregación o anticoagulación.
2. Factores relacionados al procedimiento: Se detallarán la indicación de la cppe, presencia de divertículo periampular, compromiso hemodinámico.
3. Factores relacionados al resultado: Se mencionará principalmente los criterios de eficacia en la colocación de FCSEMS en comparación con la terapia endoscópica tradicional (inyectoterapia con adrenalina, termocoagulación o taponamiento con balón).
4. Efectos adversos: Se describirán fundamentalmente los criterios de seguridad en la colocación de FCSEMS en comparación con la terapia endoscópica tradicional.

**Estrategia de recolección de datos:** Una vez presentado y aceptado formalmente el presente estudio al Departamento de Investigación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin, se procederá a realizar una detallada búsqueda de información de las historias clínicas electrónicas de los pacientes, que de acuerdo a los criterios de inclusión, desarrollaron sangrado post esfinterotomía endoscópica biliar, los cuales se encuentran en la base de datos de CPRE del Departamento de Gastroenterología del HNERM. Asimismo, se determinará la eficacia FCSEMS vs terapias endoscópicas tradicionales identificando el número de pacientes con colocación exitosa de los mismos en primera intencion, número de resangrado y reintervención; mientras que la seguridad de dichos procedimientos será calculada mediante el número de pacientes que realizaron

complicaciones derivados de los mismos. La información adquirida se registrará en una ficha de recolección de datos (ver **Anexo 1**) elaborado en Microsoft Excel, los cuales se asegurarán la confidencialidad de los mismos de acuerdo a los reglamentos éticos de todo proyecto de investigación.

**f) Aspectos éticos del estudio:**

El presente estudio solicitará la aprobación tanto del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia como del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Además, se registrará de acuerdo a los lineamientos internacionales tales como la Declaración de Helsinki y la normativa nacional de RENATI. La información de los pacientes serán protegidos de manera confidencial mediante códigos.

**g) Plan de análisis:**

La unidad de análisis serán las historias clínicas electrónicas de aquellos pacientes con sangrado post esfinterotomía endoscópica biliar que cumplan los criterios de inclusión, los cuales serán ingresados a una base de datos de Microsoft Excel. En relación a la estadística descriptiva, las variables continuas serán presentadas como media  $\pm$  desviación estándar (DE), mientras que las variables categóricas como proporciones y porcentajes (%). En cuanto a la estadística analítica, para determinar los factores de riesgo para sangrado post esfinterotomía biliar se aplicará la prueba Chi cuadrado y se realizará el cálculo de Odds Ratio, usando un nivel de significancia ( $p$ )  $< 0,05$ . Se realizará un análisis de regresión logística binaria para investigar si el éxito en la colocación de FCSEMS por sangrado post esfinterotomía biliar se asoció de forma independiente con las variables independientes. Además, se aplicará el modelo multivariante de regresión logística para determinar en forma simultánea la relación

entre la colocación de FCSEMS y las terapias endoscópicas tradicionales con la tasa de resangrado, reintervención y complicaciones asociadas, para ello se determinará el cálculo de Odds Ratio, usando un nivel de significancia ( $p$ ) < 0,05. El análisis estadístico se realizará con STATA v18.0.

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, Papanikolaou L, Tringali A, Vanbiervliet G, et al. ERCP-related adverse events: ESGE Clinical Guideline. *Endoscopy* 2020; 127-149.
2. ASGE Standards of Practice Committee, Chandrasekhara V, Khashab MA, et al. Adverse events associated with ERCP. *Gastrointest Endosc* 2017; 85:32.
3. Lee HJ, Cho CM, Heo J, et al. Impact of Hospital Volume and the Experience of Endoscopist on Adverse Events Related to Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A Prospective Observational Study. *Gut Liver* 2020; 14:257.
4. Chandrasekhara V, Khashab MA, Muthusamy VR, Acosta RD, Agrawal D, Bruining DH, et al. Adverse events associated with ERCP. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1 de enero de 2017; 85(1): 32-47.
5. Bae SS, Lee DW, Han J, Kim HG, Risk factor of bleeding after endoscopic sphincterotomy in average risk patients. *Surgery Endoscopic*. 1 de octubre de 2019; 33(10): 3334-40.
6. Yan J, Zhou CX, Wang C, et al. Risk factors for delayed hemorrhage after endoscopic sphincterotomy. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2020; 19:467.
7. Kim KO, Kim TN, Kim SB, Lee JY. Characteristics of delayed hemorrhage after endoscopic sphincterotomy. *Journal Gastroenterology Hepatology*. 2010; 25(3): 532-8.
8. Ikarashi S, Katanuma A, Kin T, Takahashi K, Yane K, Sano I, et al. Factors associated with delayed hemorrhage after endoscopic sphincterotomy: Japanese large-scale center experience. *J Gastroenterology*. 1 de diciembre de 2017; 52(12): 1258-65.
9. Lee MH, Tsou YK, Lin CH, et al. Predictors of re-bleeding after endoscopic hemostasis for delayed post-endoscopic sphincterotomy bleeding. *World J Gastroenterol* 2016; 22:3196.

10. Lin WC, Lin HH, Hung CY, et al. Clinical endoscopic management and outcome of post-endoscopic sphincterotomy bleeding. PLoS One 2017; 12:e0177449.

11. Wilcox CM, Canakis J, Mönkemüller KE, et al. Patterns of bleeding after endoscopic sphincterotomy, the subsequent risk of bleeding, and the role of epinephrine injection. Am J Gastroenterol 2004; 99:244.

12. Itoi T, Yasuda I, Doi S, et al. Endoscopic hemostasis using covered metallic stent placement for uncontrolled post-endoscopic sphincterotomy bleeding. Endoscopy 2011; 43:369.

13. Valats JC, Funakoshi N, Bauret P, et al. Covered self-expandable biliary stents for the treatment of bleeding after ERCP. Gastrointest Endosc 2013; 78:183.

14. Ogura T, Masuda D, Takeuchi T, et al. Novel covered pancreatic metal stents for the treatment of bleeding after endoscopic pancreatic sphincterotomy. Gastrointest Endosc 2016; 83:1293.

## 6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### a) Presupuesto:

<b>Recursos Humanos</b>	
Analista de data	S/. 400
<b>Recursos materiales</b>	
<b>Equipos</b>	
Tera	S/. 150
Impresora	S/. 1000
Laptop	S/. 2500
<b>Insumos</b>	
Papel bond A4 1 millar	S/. 50
Lapiceros	S/. 15
<b>Otros</b>	

Copias	S/. 20
Transporte	S/. 150
<b>TOTAL</b>	S/. 4285

**b) Fuente de financiamiento:** Propio

**c) Cronograma:**

Actividades	2024						2025					
	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Selección del tema	X	X										
Revisión bibliográfica			X	X	X							
Diseño de protocolo					X	X	X					
Presentación y aprobación por Comité de Ética							X					
Selección de muestra								X	X			
Recolección de datos									X	X	X	
Llenado de base de datos											X	
Análisis de datos											X	
Desglose e interpretación de lo obtenido											X	
Elaboración de documento final											X	X

## 7. ANEXOS:

### 1. Tabla de operacionalización de variables:

<b>Dimensión</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Tipo de variables</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Valor</b>
<b>CLÍNICOS - DEMOGRÁFICO</b>					
<b>Edad</b>	Tiempo en años desde el nacimiento hasta la fecha de realización de la CPRE	Edad	Cuantitativa discreta	Razón	En años
<b>Sexo</b>	Género del paciente	Sexo	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino/ Femenino
<b>Comorbilidades</b>	Enfermedad crónica diagnosticada al momento de la CPRE	Enfermedad renal crónica	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Enfermedad arterial coronaria	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Insuficiencia cardiaca congestiva	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Cirrosis hepática	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Accidentes cerebrovasculares	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
<b>Uso de anticoagulantes o antiagregantes</b>	Nombre de antiagregante o anticoagulante usado por el paciente por alguna comorbilidad	Antiagregante	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

		Anticoagulante	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
<b>FACTORES RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO</b>					
<b>Indicación inicial de la CPRE</b>	Motivo o causa primaria por el cual se realiza el procedimiento	Coledocolitiasis	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Colangitis	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Odditis	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Estenosis biliar	Cualitativa dicotómica	Nominal	Benigno Maligno
		Neoplasia maligna de la vía biliar	Cualitativa dicotómica	Nominal	Colangiocar cinoma intrahepático o Colangiocar cinoma perihiliar
		Neoplasia maligna periampular	Cualitativa politómica	Nominal	Colangiocar cioma distal Cáncer de cabeza de pancreas Ampuloma Cáncer duodenal
		Fuga biliar	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
<b>Divertículo periampular</b>	Presencia de saco diverticular peri o intrapapilar	Divertículo periampular	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
<b>Compromiso hemodinámico</b>	Caída de presión arterial y taquicardia que requiera fluidoterapia o terapia con	Compromiso hemodinámico	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

	vasopresor al ingreso de la unidad de cuidados intensivos				
<b>RESULTADOS</b>					
<b>Eficacia en la colocación de FCSEMS vs terapias endoscópicas tradicionales</b>	Número de pacientes que presentan nuevo episodio de sangrado ya sea clínico o endoscópico	Tasa de resangrado	Cuantitativa continua	Razón	En porcentaje
	Número de pacientes con adecuado despliegue de la prótesis o colocación de otras terapias endoscópicas en una posición satisfactoria	Tasa de colocación exitosa en primera intención	Cuantitativa continua	Razón	En porcentaje
	Número de pacientes de pacientes que requiere re-intervención	Tasa de reintervención	Cuantitativa continua	Razón	En porcentaje
<b>Tamaño de FCSEMS</b>	Tamaño en diámetro y longitud del FCSEMS	10mm × 60mm	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		10mm × 40mm	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		8mm × 60mm	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No



<b>Terapias usadas antes o adyuvante a la colocación de FCSEMS</b>	Tratamientos endoscópicos alternativos usados previo o adyuvante a la colocación de FCSEMS	Inyección con adrenalina	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Hemostasia con balón	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Clips	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Electrocoagulación	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
<b>Tiempo promedio de retirada de FCSEMS</b>	Tiempo en semanas de retirada de FCSEMS tras colocación en la CPRE previa	Tiempo promedio de retirada de FCSEMS	Cuantitativa discreta	Razón	En semanas
<b>Tipo de reintervención</b>	Tipo de manejo realizado por resangrado tras la colocación de FCSEMS	Endoscópico	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Radiológico	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

		Quirúrgico	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
<b>Sangrado post esfinterotomía</b>	Evidencia de hematemesis, melena o hematoquezia asociado a disminución de Hb>2gr	Sangrado post esfinterotomía	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
<b>Sangrado post esfinterotomía inmediato</b>	Sangrado durante esfinterotomía o hasta término de la CPRE	Sangrado post esfinterotomía inmediato	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
<b>Sangrado post esfinterotomía tardío</b>	Sangrado posterior al término de la CPRE hasta 21 días finalizado el procedimiento	Sangrado post esfinterotomía tardío	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
<b>EFEKTOS ADVERSOS</b>					
<b>Seguridad en la colocación de FCSEMS vs terapias endoscópicas tradicionales</b>	Número de pacientes con complicaciones asociada a la colocación de FCSEMS u otras terapias endoscópicas tradicionales	Pancreatitis	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Colecistitis	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Migración del stent	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Perforación	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
		Muerte	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

## **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

“Uso de stent metálico autoexpandible totalmente cubierto en el tratamiento del sangrado post esfinterotomía biliar en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2020-2024”

**Número de ficha:**

**Fecha de recolección:**

**Edad:**

**Sexo:** M ( ) F ( )

### **1. Indicación de la CPRE (marcar con X y/o especificar):**

Coledocolitiasis		Neoplasia maligna de la vía biliar	
		Especificar:	
Colangitis aguda		Neoplasia maligna periampular	
		Especificar:	
Odditis		Fuga biliar	
Estenosis biliar			

### **2. Características del paciente (marcar con X y/o especificar):**

<b>Comorbilidad</b>		Especificar:
<b>Uso de antiagregante</b>		Especificar:
<b>Uso de anticoagulante</b>		Especificar:
<b>Presencia de divertículo periampular</b>		

**3. Características y manejo de los pacientes con sangrado post esfinterotomía endoscópica (marcar con X y/o especificar):**

<b>Compromiso hemodinámico al ingreso</b>	Sí ( )	No ( )
---	--------	--------

<b>Sangrado inmediato</b>	Sí ( )	No ( )
---------------------------	--------	--------

<b>Sangrado tardío</b>	Sí ( )	No ( )
------------------------	--------	--------

<b>Tiempo de retirada de la colocación del FCSEMS (semanas)</b>	
---	--

<b>Tamaño de FCSEMS</b>	
-------------------------	--

<b>Terapias usadas previo o adyuvante a la colocación de FCSEMS</b>	
Inyección con epinefrina	Sí ( ) No ( )
Electrocoagulación	Sí ( ) No ( )
Hemostasia con balón	Sí ( ) No ( )
Clips	Sí ( ) No ( )

<b>Tipo de reintervención en caso de resangrado</b>	
Endoscópico	Sí ( ) No ( )
Radiológico	Sí ( ) No ( )
Cirugía	Sí ( ) No ( )

**4. Eficacia en la colocación de FCSEMS**

<b>Evento de resangrado</b>	Sí ( )	No ( )
<b>Colocación exitosa de primera intención</b>	Sí ( )	No ( )
<b>Reintervención</b>	Sí ( )	No ( )

### 5. Eficacia con la terapia endoscópica tradicional

<b>Evento de resangrado</b>	Sí ( )	No ( )
<b>Colocación exitosa de primera intención</b>	Sí ( )	No ( )
<b>Reintervención</b>	Sí ( )	No ( )

### 6. Seguridad en la colocación de FCSEMS

<b>Complicaciones</b>		
Pancreatitis aguda	Sí ( )	No ( )
Colecistitis	Sí ( )	No ( )
Perforación	Sí ( )	No ( )
Migración del stent	Sí ( )	No ( )
Muerte	Sí ( )	No ( )

### 7. Seguridad con la terapia endoscópica tradicional

<b>Complicaciones</b>		
Pancreatitis aguda	Sí ( )	No ( )
Colecistitis	Sí ( )	No ( )
Perforación	Sí ( )	No ( )
Muerte	Sí ( )	No ( )