



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

## **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

**“Complicaciones postoperatorias inmediatas en el  
manejo de colangitis por coledocolitiasis en el  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2019”**

Autor: Cristian Elmer Cáceres Cruz

Asesor: Natalia Delhi Carrillo Román

**Lima – Perú  
2021**

## 2. RESUMEN

**Introducción:** La colangitis es una entidad inflamatoria local de la vía biliar con repercusión sistémica, secundaria a una infección bacteriana, que precisa intervención quirúrgica en algunas ocasiones provocando complicaciones se presentan entre 5 y el 10% de los casos, y las más frecuentes son la pancreatitis, hemorragia y perforación. **Objetivo:** Determinar las complicaciones postoperatorias inmediatas en el manejo de colangitis por coledocolitiasis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2019. **Método:** Descriptivo correlacional de corte transversal. Participantes: Una muestra probabilística aleatoria de 131 pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Participaron aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se llenará la ficha de recolección de datos a través de la revisión de las historias clínicas y aplicación de la ficha de recolección de datos. Para las variables cuantitativas se utilizará las medidas de tendencia central, para las variables cualitativas porcentajes y frecuencias. Los datos serán ingresados en el programa SPSS versión 24. La presente investigación es original, viable y conveniente porque nos brindará información acerca de las complicaciones postoperatorias inmediatas en pacientes con colangitis por coledocolitiasis sometidos a una intervención quirúrgica en el servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**Palabras Clave:** COLANGITIS, CIRUGIA, COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

## 3. INTRODUCCIÓN

La colangitis aguda (CA) es una entidad inflamatoria local de la vía biliar con repercusión sistémica, secundaria a una infección bacteriana que precisa intervención médica e invasiva para el drenaje biliar temprano a fin de disminuir las complicaciones.

(1)

Durante la revisión bibliográfica no contamos con la epidemiología de casos de CA en nuestro país, sin embargo, se documenta una incidencia anual de 0.3-1.6 %, de los cuales el 12.3% es considerada grave. No se identifica predilección por un género, siendo la edad promedio de aparición los 50-60 años. (2)

Clásicamente se ha considerado que la CA se produce al conjugarse un aumento de la presión en la vía biliar con una proliferación bacteriana en la bilis. Naturalmente la bilis es estéril, pues existen mecanismos que impiden el crecimiento bacteriano como son el efecto bacteriostático de las sales biliares,

la secreción de IgA y moco por el epitelio biliar, las células de Kupffer, y las uniones estrechas de los colangiocitos. (3)

Los agentes causales más asociados a CA en la literatura son; E. coli y Enterococcus spp., con pequeñas variaciones dependiendo del fluido cultivado y del sitio donde se adquiere el proceso infeccioso. Una revisión de la Microbiología realizado en México en 2011, establece como el tercer lugar como agente causal a Pseudomonas. Se ha descrito ampliamente que la causa generalmente es polibacteriana. (4)(5)

La colangitis aguda es un síndrome clínico caracterizado por fiebre, ictericia y dolor abdominal que resulta de la inflamación e infección de los conductos biliares.(6)(7) Cada episodio de colangitis aguda tiene una mortalidad de hasta el 20% de según lo informado por algunas series. El tratamiento consiste en realizar control del foco a través de la descompresión de la vía biliar, así como del inicio de una terapia antimicrobiana apropiada. La CA ocurre, en la mayoría de las ocasiones, como consecuencia de obstrucción de la vía biliar por cálculos los cuales obstruyen el flujo de la bilis y dicha estasis biliar predispone al desarrollo de infecciones. La obstrucción del conducto biliar da como resultado la acumulación de bilis con efectos locales y sistémicos e impide la absorción adecuada de lípidos y vitaminas liposolubles. Los episodios de inflamación intermitentes y crónicos secundarios a estasis biliar producen fibrosis en las triadas porta y en última instancia, daño hepático, cirrosis biliar secundaria e insuficiencia hepática. (8)(9)

El tratamiento antibiótico puede ser guiado de acuerdo a la propuesta de las guías de Tokio 2013, ya revisadas y validadas en 2018, sin embargo, siempre se debe tomar en cuenta los patrones locales de prevalencia y resistencia.

El factor desencadenante de la colangitis es un aumento en la presión de la luz de colédoco, (cuya presión intraluminal normal del colédoco oscila entre 7 a 14 cmH<sub>2</sub>O) secundaria a un proceso obstructivo intrínseco o extrínseco a la vía biliar que condiciona la colonización por flora bacteriana patógena.

Cuando se habla de etiología de la colangitis, partiendo del conocimiento previo de que la obstrucción en cualquier nivel de la vía biliar es el primer mecanismo fisiopatológico implicado en el desarrollo del proceso infeccioso, es necesario diferenciar las causas de obstrucción biliar: secundaria a causas benignas o malignas, intrínsecas o extrínsecas a la vía biliar. Considerando que las causas por malignidad hacen referencia a procesos tumorales. (10)

La principal causa de obstrucción en la vía biliar es de etiología benigna e intrínseca: coledocolitiasis. Ésta es responsable del 30 al 70% de los casos. Del 10 al 15% de los pacientes con litiasis vesicular desarrollan coledocolitiasis aproximadamente y sólo el 1% de ésta, presentan colangitis.

El drenaje endoscópico de la vía biliar, es el procedimiento de primera elección en la colangitis aguda. Los otros métodos como el drenaje transparieto hepático y el drenaje mediante cirugía abierta están indicados cuando el drenaje biliar endoscópico (DBE) es frustrado o está contraindicado. El drenaje biliar endoscópico ofrece ventajas importantes, como la evaluación de la anatomía de la vía biliar y la identificación de otra patología simultánea (estenosis biliares o quistes de colédoco) con posibilidad de toma de cultivos. (11)

El tratamiento endoscópico incluye terapias de drenaje como; esfinterostomía, colocación de una prótesis o un catéter nasobiliar para continuar con el drenaje. Siendo la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) el sistema de elección, sobre todo en pacientes en estado muy crítico o con coagulopatías importantes. Las complicaciones ocurren entre un 5 y un 10% de los casos, siendo las más usuales; pancreatitis, hemorragia, impactación de las litiasis y perforación. En los centros con experiencia, se pueden obtener más de un 90% de éxito terapéutico para la desobstrucción del árbol biliar, en especial si éste se encuentra dilatado. Por otro lado el manejo quirúrgico está indicado cuando la colangiografía retrógrada endoscópica, drenaje transparieto hepático u otro tipo de drenaje no es efectivo o está contraindicada. (12)(16)

González González y cols en el 2014. Hicieron un estudio descriptivo, prospectivo teniendo como población a 30 pacientes tratados en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras con la finalidad de estudiar el manejo del drenaje transparieto hepático de urgencia en pacientes con colangitis aguda e ictericia obstructiva, encontrando que el drenaje transparieto hepático fue el procedimiento definitivo en un 73.3% de los pacientes y el 26.6% restante, fue temporal. En este estudio no se reportaron complicaciones y no hubo fallecidos asociados al procedimiento. Por último concluyen que el drenaje percutáneo de la vía biliar es un procedimiento seguro, útil y tiene pocas complicaciones en el tratamiento de la colangitis además puede ser realizado por un cirujano entrenado. (13)

Olazábal García Enrique y cols en Cuba. durante el 2011, realizaron un estudio para observar las complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en urgencias digestivas. Dicho estudio fue descriptivo, retrospectivo y de corte transversal en 114 pacientes que se les hizo CPRE de

urgencia en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La indicación más común para CPRE fue la ictericia obstructiva 37 % seguido de colangitis aguda 24 % y por último pancreatitis 8 %. Las complicaciones más comunes no estuvieron relacionadas al procedimiento, como fue la hipertensión arterial 27 % , depresión respiratoria 8 % y hemorragia 2 % . El conocimiento de las enfermedades asociadas con la presentación inicial del paciente antes de la CPRE y su manejo es importante para prevenir complicaciones durante el procedimiento. (14)

Kurbanuyazov Z y Saidmuradov K en este año realizaron un estudio para observar la eficacia de un nuevo tratamiento quirúrgico en colangitis purulenta con 124 pacientes con coledocolitiasis complicada con colangitis purulenta, el total de pacientes fue dividido en 2 grupos, a uno se le realizó procedimientos mínimamente invasivos y cirugía convencional según lo requieran y al otro grupo se añadió además lavado de la vía biliar con solución de hipoclorito de sodio al 0.06% para prevenir complicaciones como la formación de abscesos colangigénicos y sepsis. En dicho estudio encontraron que en el grupo de control, 32.1 % tuvo alguna complicación; entre las complicaciones descritas se observó: abscesos hepáticos colangiogénicos, pancreatitis post operatoria, peritonitis , sangrado de la papila duodenal, fuga biliar, falla hepato-renal y falla cardiovascular. En cambio en el grupo sometido a lavado de la vía biliar se encontró un 22.05 % de complicaciones. En conclusión obtuvieron menos complicaciones post operatorias en el grupo que se le realizó lavado de la vía biliar con dicha solución.(16)

Sipiviy V y cols en el 2016 estudiaron las complicaciones del tratamiento quirúrgico de 184 pacientes con ictericia obstructiva por coledocolitiasis. Se diagnosticó colangitis aguda en 33.7 % según los criterios de Tokio. Para el análisis y clasificación de las complicaciones se utilizó la escala de Clavien – Dindo. Las complicaciones después de la cirugía ocurrieron en 19.3 % , 1 falleció , 2 pacientes hicieron hemorragia digestiva después de papilotomía, en uno de ellos se solucionó con abordaje abierto, 3 pacientes con pancreatitis, 2 pacientes hicieron hematoma e infección de sitio operatorio, otros dos necesitaron laparotomía para ligadura adicional del conducto cístico y por último 3 pacientes hicieron complicaciones cardiovasculares y respiratorias. Los autores concluyen que el tratamiento quirúrgico de la colangitis debe ser realizada por departamento de cirujanos expertos para evitar complicaciones post quirúrgicas. (17)

Bondarenko V y cols en el 2015 estudiaron a 92 pacientes con coledocolitiasis complicada con colangitis, estos fueron divididos en un grupo de 40 y otro de 52 pacientes el primero fue sometido a tratamiento tradicional que consistía en

coledocotomía, colangiografía intraoperatoria, colocación de drenaje externo del colédoco, colecistectomía, drenaje subhepático y la permeabilización de la vía biliar se resolvió de manera endoscópica. En el segundo grupo se realizó el mismo tratamiento, además se agregó un tiempo de espera más corto (1 a 2 días) y se lavó la vía biliar con antibióticos y solución salina. Las complicaciones postoperatorias en el tratamiento quirúrgico tradicional fueron: insuficiencia hepática, microabscesos hepáticos, sepsis, úlcera gástrica con sangrado, peritonitis, pancreatitis postoperatoria, insuficiencia cardiovascular, trombosis de las extremidades inferiores, neumonía llegando a un total de un 35.0%. En el segundo grupo encontraron las siguientes complicaciones: insuficiencia hepática, sangrado de la papila duodenal, pancreatitis postoperatoria, peritonitis secundaria, accidente cerebrovascular, tromboflebitis de extremidades inferiores y neumonía obteniendo un 21,2%. Los autores llegaron a la conclusión que el lavado de la vía biliar con mezcla de medicamentos disminuye complicaciones postoperatorias como los abscesos intrahepáticos y sepsis. (18)

El Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, es un centro de referencia nacional de la patología biliar, por lo que contamos con un alto número de pacientes con CA. Así también tenemos numerosas herramientas para el manejo de la misma, sin embargo, desde la publicación de las guías de Tokio no se ha evaluado el impacto de dicha patología en la práctica clínica en la unidad.

La importancia del presente estudio radica en detectar indicios tempranos de las complicaciones postquirúrgicas en colangitis aguda porque es una entidad con alto índice de mortalidad y con una variedad de etiologías de distinta naturaleza. En la última década se ha logrado disminuir su índice de mortalidad derivado de la implementación de criterios estandarizados para la identificación temprana y el reconocimiento de la importancia de clasificar a la colangitis aguda por grados para marcar la ruta terapéutica más adecuada.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **4.1 Objetivo General**

Determinar las complicaciones postoperatorias inmediatas en el manejo de colangitis por coledocolitiasis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2019.

##### **4.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la frecuencia de complicaciones inmediatas en pacientes operados con diagnóstico de colangitis por coledocolitiasis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza

- Determinar la mortalidad inmediata (en los primeros 7 días ) en pacientes postoperados por colangitis aguda por coledocolitiasis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza
- Determinar las complicaciones post operatorias inmediatas relacionado con la técnica quirúrgica en pacientes con diagnostico de colangitis por coledocolitiasis

## 5. MATERIAL Y MÉTODO

### a) Diseño del estudio:

De acuerdo al momento que ocurre el registro de los datos el estudio es retrospectivo y con respecto al nivel de profundidad del conocimiento es descriptivo-observacional analítico.

### b) Población:

La población del estudio consideró a los 396 pacientes que se sometieron al manejo quirúrgico de colangitis aguda en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza que cumplan los criterios de inclusión.

### c) Muestra:

Se utilizó un muestreo aleatorio simple, utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde,

- N = tamaño de la población: 396 pacientes
- Z = nivel de confianza, al 95%, 1.96
- P = proporción esperada: 0.5
- Q = probabilidad de fracaso: 0.5
- D = precisión: 3%

El tamaño muestral es de 131 pacientes

### Criterios de Inclusión

- Pacientes que mayores de 18 años de ambos sexos
- Pacientes que ingresan al Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 1 de enero al 31 de diciembre del 2019 con diagnostico de colangitis por coledocolitiasis
- Pacientes con manejo quirúrgico de cualquier grado de colangitis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza dentro de las primeras 48 horas

### Criterios de Exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas.
- Pacientes con diagnóstico de colangitis no asociado a coledocolitiasis

**d) Definición operacional de variables:**

<b>Variables</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Registro</b>
<b>Variable Independiente</b> Colangitis	Infección del tracto biliar	A Clínicos B Respuesta inflamatoria sistémica C Ultrasonido compatible con colangitis	Nominal	Historia Clínica – Ficha de Recolección de Datos
<b>Variable Dependiente</b> Procedimiento quirúrgico.	Realización de la exploración quirúrgica de vía biliar	Colocación de Dren Kher Cierre primario de vía biliar	Nominal	Historia Clínica – Ficha de Recolección de Datos
<b>Variable Dependiente</b> <b>Coledocolitiasis</b>	Presencia de cálculos en la vía biliar común	- Si - No	Nominal	Historia clínica – ficha de recolección de datos
<b>Variable Dependiente</b> Complicación inmediata.	Situaciones de riesgo a consecuencia del procedimiento quirúrgico que ocurre entre los primeros 7 días después del procedimiento quirúrgico	Hemoperitoneo. Sangre presente en la cavidad abdominal Pancreatitis. Amilasa o lipasa elevada 3 veces su valor normal asociada a dolor abdominal	Nominal	Historia Clínica – Ficha de Recolección de Datos

		Absceso Hepático. Acumulación de pus en uno o varios segmentos hepáticos Fuga biliar. Salida de bilis de forma inadvertida de la vía biliar principal Hematoma hepático. Colección de sangre contenida en uno o varios segmentos hepáticos.		
<b>Covariable</b> <b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	30 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años Más de 60 años	Nominal	Historia Clínica – Ficha de Recolección de Datos

**e) Procedimientos y técnicas**

Los datos serán obtenidos de la revisión de historias clínicas y reportes operatorios del archivo del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se seleccionarán aquellas historias en las que los pacientes tengan diagnóstico de colangitis secundaria a coledocolitiasis que hayan sido manejados quirúrgicamente a las 48 horas de su ingreso. Los pacientes serán evaluados a través de los Criterios diagnósticos de colangitis, Tokio 2018.

Se buscará además complicaciones post operatorias inmediatas entre las cuales tenemos las más comunes:

Pancreatitis, hemoperitoneo, absceso hepático, hematoma hepático, infección de sitio operatorio. También se obtendrá información sobre la mortalidad inmediata (dentro de los primeros 7 días) de dichos pacientes.

La revisión y el análisis de datos obtenidos de las historias clínicas serán transcritos a una ficha de recolección de datos por el investigador

Se procederá a tabular los datos, ya luego hacer el análisis estadístico del mismo.

Se utilizará una ficha de recolección de datos diseñado y elaborado por el investigador a partir de los objetivos y operacionalización de variables.

**f) Aspectos éticos del estudio:**

La identidad del paciente se protege y se identifica con el número de historia clínica. Los datos personales como el nombre o el documento de identidad no se registran para salvaguardar la privacidad.

En este estudio, no es necesario utilizar el consentimiento informado porque solo se utilizarán los datos de los registros médicos en las historias clínicas.

Este estudio será sometido a la revisión del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El investigador manifiesta que no tiene vinculación financiera ni comercial con ninguna empresa relacionada con los temas mencionados en este estudio.

**g) Plan de análisis:**

La información que se obtendrá se insertará en una tabla en el programa Microsoft Excel 2019. Se creará una base de datos en SPSS versión 24 con la que se realizará el análisis descriptivo, que incluye gráficos y tablas. Para las variables cuantitativas se utilizan las medidas de tendencia central para los porcentajes y frecuencias de las variables cualitativas con un análisis univariado de cada variable. Un valor de  $p < 0,05$  se considera estadísticamente significativo.

## **6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Kimura Y, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences*. 2013;20(1):8-23.
2. Tsuyuguchi T, Sugiyama H, Sakai Y, Nishikawa T, Yokosuka O, Mayumi T, et al. Prognostic factors of acute cholangitis in cases managed using the Tokyo Almirante B, Pigrau C. *Colangitis aguda*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(SUPPL. 2):18–24.
3. Scott TMB. *Acute Cholangitis: Background, Pathophysiology, Etiology*. Medscape. 2017

4. Kimura Y, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):8–23.
5. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gabata T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J. Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):17–30.
6. Guidelines. *Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences.* 2012;19(5):557-65.
7. Kiriya S, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Pitt HA, et al. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis in revised Tokyo Guidelines. *Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences.* 2012;19(5):548-56.
8. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, Rodvold KA, Goldstein EJ, Baron EJ, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America.* 2010;50(2):64-133.
9. Gomi H, Solomkin JS, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Yoshida M, et al. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of hepatobiliary- pancreatic sciences.* 2013;20(1):60-70.
10. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):3–16.
11. Ely R, et al. The Emergency Medicine-Focused Review of Cholangitis. *J Emerg Med.* 2018 Jan;54(1):64-72.
12. Castro J. Microbiología de la colangitis aguda en un centro hospitalario de tercer nivel en México. 2011. UNAM
13. González González, José Luis; Menéndez Núñez, Joaquín. Primeras experiencias con drenaje biliar percutáneo de urgencia en la colangitis aguda, Cuba. 2014.
14. Olazábal García, Enrique. Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en las urgencias digestivas. Cuba, 2011.
15. Mukai, S. et al, Indications and techniques of biliary drainage for acute cholangitis in updated Tokyo Guidelines 2018. *J Hepatobiliary Pancreat Sci,* 2017;24: 537-549.
16. Kurbanuyazov Z y Saidmuradov K, efficacy of New surgical Treatment por purulent cholangitis, *American Jurnal of Medicine and Medical Sciences,* vol. 10 N°. 1, 2020, pp. 1-4
17. Sipliviy, VA. et al, Surgical tratament of acute cholangitis in choledocholithiasis, *Klin Khir,* 2016; Jan;(1):34-7. Russian.
18. Bondarenko V.A et al, Feature of surgical treatment patienrs with choledocholithiasis cholangitis complicated. *Electronic scientific journal:*

Modern problems in science and education, 2015; 5(1) Available in:  
<http://www.science-education.ru/ru/article?;d=21876>

## 7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### Presupuesto: Autofinanciado

Recursos	Costo Unitario en soles	Cantidad	Total
<b>PERSONAL</b>			
Investigador	Ad Honorem		Ad Honorem
Asesor de la Investigación	Ad Honorem		Ad Honorem
<b>BIENES</b>			
Lapiceros	1	10	10.00
Papel	25 x paquete de 1000 hojas	2 paquetes	60.00
USB	30.00	2	60.00
<b>SERVICIOS</b>			
Asesoramiento	200.00	5	1000.00
Digitado e Impresión	0.10	1000	100.00
Horas de Internet	1	60 horas	60.00
Empastados	5	2	10.00
Movilidad y viáticos	30 x día	4	120.00
Otros			
<b>TOTAL</b>			<b>S/. 1420.00</b>

## Cronograma

Actividades	2021			
	1 Mes	2 Mes	3 Mes	4 Mes
Arqueo bibliográfico				
Elaboración del Marco Teórico				
Recolección de Datos				
Procesamiento de Datos				
Análisis de los Datos				
Revisión y corrección del borrador				
Presentación y publicación del informe				

## 1. ANEXOS

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS “Complicaciones postoperatorias inmediatas en el manejo de colangitis por coledocolitiasis Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2019”

#### I. DATOS GENERALES:

##### Edad:

- 18 a 30 años. ( )  
30 a 40 años ( )  
41 a 50 años ( )  
51 a 60 años ( )  
Más de 60 años ( )

#### II. DATOS ESPECIFICOS

##### I. Datos clínicos.

##### Criterios diagnósticos de colangitis aguda de acuerdo al Consenso de Tokio de 2018

##### *A) Inflamación sistémica.*

- ( ) A1- Fiebre y/o escalofríos.  
( ) A2- Evidencia de respuesta inflamatoria por laboratorios (leucocitosis o leucopenia, aumento de proteína C reactiva > 1mg/dL)

##### *B) Colestasis.*

- ( ) B1- Ictericia.  
( ) B2- Pruebas de funcionamiento hepático anormales (BT > 2 mg/dL, FA, ALT, AST y GGT 1.5 STD por encima del límite superior normal.

##### *C) Imagen.*

- ( ) C1- Dilatación de la vía biliar.  
( ) C2- Evidencia de etiología (estenosis, lito, stent, etc

**Colangitis:**

**Si** ( )

**No** ( )

**Coledocolitiasis:**

**Si.** ( )

**No** ( )

**Drenaje quirúrgico**

**Si** ( )

**No** ( )

**Tipo de complicaciones**

Hemoperitoneo. ( )

Fuga biliar. ( )

Abscesos hepáticos. ( )

Hematoma Hepático. ( )

Pancreatitis. ( )

Otras ( )

**Mortalidad**

**Si.** ( )

**No** ( )