



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Colecistectomía subtotal laparoscópica fenestrada versus
reconstituida en pacientes intervenidos en el Hospital San Juan
Bautista de Huaral, 2020-2024

Fenestrated versus reconstituted laparoscopic subtotal
cholecystectomy in patients undergoing at the San Juan Bautista
Hospital in Huaral, 2020-2024

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

AUTORA

DIANA KATERINE HERNANDEZ CISNEROS

ASESOR

JORGE LUIS CONTRERAS CARRILLO

LIMA – PERÚ
2025

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

ev.turnitin.com/app/carta/es/?lang=es&o=2701367916&ro=103&s=1&u=1151562268

turnitin

1 de 316: DIANA KATERINE HERNANDEZ CISNEROS
Colecistectomía subtotal laparoscópica fenestrada versus ...

Similitud 20% Marcas de alerta

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA | Facultad de MEDICINA

Colecistectomía subtotal laparoscópica fenestrada versus reconstituida en pacientes intervenidos en el Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2020-2024

Fenestrated versus reconstituted laparoscopic subtotal cholecystectomy in patients undergoing at the San Juan Bautista Hospital in Huaral, 2020-2024

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

AUTORA
DIANA KATERINE HERNANDEZ CISNEROS

ASESOR
JORGE LUIS CONTRERAS CARRILLO

LIMA – PERÚ
2025

Página 1 de 12 2473 palabras 163%

Informe estándar
Informe en inglés no disponible Más información

20% Similitud estándar

Fuentes
Mostrar las fuentes solapadas

- 1 Internet hdl.handle.net 9%
22 bloques de texto 217 palabra que coinciden
- 2 Internet repositorio.upch.edu.pe 5%
9 bloques de texto 123 palabra que coinciden
- 3 Internet repositorio.unjfsc.edu.pe 2%
5 bloques de texto 45 palabra que coinciden
- 4 Trabajos del estudiante Universidad Científica del Sur 1%
2 bloques de texto 28 palabra coincide

Mostrar escritorio

2. RESUMEN

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento altamente aceptado en la actualidad, pero presenta dos variantes importantes y aún se conoce poco sobre que técnica proporcionaría mejores resultados. **Objetivo:** Comparar los resultados postoperatorios adversos de la colecistectomía subtotal laparoscópica fenestrada versus reconstituida en pacientes intervenidos en el Hospital “San Juan Bautista” de Huaral, 2020-2024. **Metodología:** Estudio observacional, analítico de cohorte retrospectivo, cuya población y muestra estará conformada por 120 pacientes. La técnica será documental y el instrumento una ficha de recolección de datos. El análisis estadístico será mediante la prueba Chi cuadrado en las variables categóricas y la T de Student o U de Mann-Whitney en las variables numéricas, con un nivel de significancia del 5%.

Palabras clave: Colecistectomía Laparoscópica, Colecistectomía Celioscópica (DeCS)

3. INTRODUCCIÓN

La colecistectomía subtotal es una técnica quirúrgica de rescate realizada cuando la extracción de la vesícula biliar se complica (1). En Estados Unidos, alrededor de 20 millones de personas padecen de cálculos biliares. De ese total, cada año se llevan a cabo cerca de 300 000 colecistectomías laparoscópicas (CL) para tratar esta condición (2). Sin embargo, este procedimiento no está exento de complicaciones. La incidencia de complicaciones asociados a CL varía entre el 6,8% y el 7,7% y se ha reportado hasta

un 5% de complicaciones mayores (3). Pese a ser un procedimiento bastante común, en Perú no se cuentan con registros nacionales de su prevalencia e incidencia.

Cuando una CL presenta complicaciones debido a una mala una identificación de las áreas anatómicas involucrada o un riesgo de daño se opta por realizar una colecistectomía subtotal (CS) como última alternativa (3). La CSL es un procedimiento quirúrgico ampliamente aceptado, en el cual se realiza la disección únicamente en la zona de la vesícula biliar, este procedimiento fue clasificado por Strasberg et al., en el 2016 como CSL fenestrante y reconstituyente (4,5). A diferencia de la colecistectomía convencional, se ha señalado que la CSL de ambos tipos puede prolongar la hospitalización y aumentar el riesgo de infecciones en la zona quirúrgica o de fuga biliar y en consecuencia hacer necesaria la realización de procedimiento adicionales, además, la inflamación persistente en los remanentes de la vesícula biliar podría llevar a algunos pacientes a requerir una colecistectomía definitiva, lo que conlleva sus propios retos quirúrgicos (6). Los datos que compararan ambos métodos de CSL son escasos, y no existe un consenso claro sobre cuál de estas técnicas ofrece mejores resultados en términos de seguridad y eficacia.

Con la finalidad de comprender la problemática se detallarán los siguientes antecedentes. Yildirim et al. (7) notificaron que el 26,1% de pacientes con patología biliar recibieron CSL fenestrante y el 79,9% reconstituyente. Entre ellos, la CSL reconstituyente evidenció un mayor número de complicaciones postoperatorias (14 vs 7), en particular fístula (3 vs 2), hernia incisional (2 vs 0), neumonía más embolia pulmonar (1 vs 0), accidente cerebrovascular (1 vs 0), infección de la herida operatoria (5 vs 3) e infección de la herida operatoria más embolia pulmonar (1 vs 0). No obstante,

la CSL fenestrante reportó una tasa de mortalidad superior (25% vs 2.9%); por ello, las características intraoperatorias y experiencia del cirujano son los que deben determinar la mejor opción quirúrgica. Por su parte, Lucocq et al. (8) revelaron que la CSL presenta una mayor tasa de intervención postoperatoria (28,7% vs 2,3% $p<0,001$) y readmisión (29,9% vs 6,6% $p<0,001$) que la cirugía laparoscópica total, quizás porque evidencia una frecuencia superior de complicaciones intraoperatorias (11,5% vs 1,3% $p<0,001$) y postoperatorias (45,9% vs 5,3% $p<0,001$), específicamente de fuga biliar (28,7% (n=25) vs 0,5% (n=13) $p<0,001$). En el 83,9% de pacientes sometidos a CSL el muñón vesicular se dejó abierto (fenestrado) y solo en el 5,7% se cerró (reconstitución), lo que podría explicar la tasa significativa de fuga biliar y de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica postoperatoria. En tal contexto, se puede concluir que la CSL fenestrante incrementó el riesgo de complicaciones intraoperatorias (OR=5,64; $p<0,001$), complicaciones postoperatorias (OR=9,44; $p<0,001$), intervención postoperatoria (OR=10,72; $p<0,001$) y readmisión (OR=4,65 $p<0,001$), en comparación de la cirugía laparoscópica total. Hernández et al. (9) se enfocaron únicamente en la CSL reconstituida, observando fistula biliar en el 33,4% de los casos (n=6), infección del sitio quirúrgico en el 5,5% (n=1) y coledocolitiasis residual en el 5,5% (n=1), con una estancia hospitalaria media de 2,4 días. Sin embargo, el número de problemas médicos postoperatorios no fue significativo, lo que posiciona al procedimiento como seguro, factible y reproducible.

Para una mejor comprensión del tema, se detalla que la cirugía laparoscópica de vesícula biliar es una técnica mínimamente invasiva que permite su extracción a través de pequeñas incisiones abdominales, se recomienda para tratar diversas afecciones,

como la colecistitis, discinesia, la pancreatitis de origen biliar, entre otras (2). La inflamación de la vesícula puede causar fibrosis y adherencias que dificultan la disección e identificación anatómica, y en casos graves, imposibilitan la visión crítica de seguridad (VCS), elevando el riesgo de lesiones y complicaciones postoperatorias (4). Por lo que, si durante una CL la VCS es inalcanzable o existe un alto riesgo de lesión, se opta por una CSL como alternativa para evitar complicaciones (3). En el año 2016, Strasberg et al. (5), clasificaron la CSL en dos tipos: fenestrante y reconstituyente, dependiendo de si el remanente de la vesícula biliar se deja abierto o cerrado. En la técnica fenestrante, el conducto cístico puede cerrarse con sutura o dejarse abierto, mientras que en ambas variantes la porción de la vesícula adherida al hígado puede preservarse o researse. La técnica reconstituyente busca cerrar el remanente vesicular, pero esto puede propiciar la formación de nuevos cálculos en el tejido residual, incrementando el riesgo de recurrencia de la enfermedad biliar (10). Se ha identificado que la CSL ayuda a disminuir el riesgo de lesiones en el conducto biliar y reduce la necesidad de convertir a cirugía abierta, pero aumenta el riesgo de fugas biliares y la presencia de cálculos retenidos, lo que puede requerir intervenciones adicionales (11).

En ese marco, esta investigación es de gran importancia, ya que permite comparar a ambas técnicas, facilitando la selección del procedimiento según el caso de cada paciente y reduciendo el riesgo de complicaciones graves que puedan poner en peligro su vida. Por esa razón, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los resultados postoperatorios adversos de la colecistectomía subtotal laparoscópica

fenestrada versus reconstituida en pacientes intervenidos en el Hospital “San Juan Bautista” de Huaral, 2020-2024?

4. OBJETIVOS

Objetivo general:

Comparar los resultados postoperatorios adversos de la colecistectomía subtotal laparoscópica fenestrada versus reconstituida en pacientes intervenidos en el Hospital “San Juan Bautista” de Huaral, 2020-2024.

Objetivos específicos:

- Comparar las complicaciones postoperatorias de la colecistectomía subtotal laparoscópica fenestrada versus reconstituida en pacientes intervenidos en el Hospital “San Juan Bautista” de Huaral, 2020-2024.
- Comparar la necesidad de reintervención de la colecistectomía subtotal laparoscópica fenestrada versus reconstituida en pacientes intervenidos en el Hospital “San Juan Bautista” de Huaral, 2020-2024.
- Comparar la tasa de readmisión de la colecistectomía subtotal laparoscópica fenestrada versus reconstituida en pacientes intervenidos en el Hospital “San Juan Bautista” de Huaral, 2020-2024.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

a) Diseño del estudio: Observacional, analítico de cohorte retrospectiva.

b) Población: La población estará conformada por pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica subtotal en el Hospital “San Juan Bautista” de Huaral durante el periodo enero de 2020 a diciembre de 2024. Según lo observado en la práctica hospitalaria, al mes se realizan 2 intervenciones, para el periodo de estudio se espera contar con 120 pacientes.

Criterio de selección

Criterios de inclusión:

Cohorte I: Pacientes ≥ 18 años, de ambos sexos, sometidos a colecistectomía subtotal laparoscópica *fenestrada* y con historias clínicas completas, legibles y ubicables.

Cohorte II: Pacientes ≥ 18 años, de ambos sexos, sometidos a colecistectomía subtotal laparoscópica *reconstituida*, y pacientes con historias clínicas completas, legibles y ubicables.

Criterios de exclusión: Pacientes con resultado histopatológico de cáncer de vesícula biliar, referidos de otra institución de salud, con enfermedad alitiásica, que requirieron conversión a cirugía abierta.

c) Muestra: Debido a la accesibilidad de la población, se considerará a su totalidad como muestra, a lo cual se denomina como censo poblacional.

d) Definición operacional de variables

Variable Independiente

Tipo de intervención: Técnica utilizada para realizar la colecistectomía subtotal laparoscópica. Este dato será extraído de la historia clínica.

Variable Dependiente

Complicaciones postoperatorias: Desenlaces adversos registrados inmediatamente después de la intervención quirúrgica o en los 30 días siguientes. Se evaluará la presencia de hemorragia, infección del sitio quirúrgico, infección intrabdominal (absceso o sepsis), lesión de la vía biliar, fuga biliar, cálculos retenidos, mortalidad, entre otras complicaciones (4,12).

Necesidad de reintervención: Paciente que requirió de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, drenaje percutáneo, tratamiento quirúrgico por una complicación postoperatoria y/o colecistectomía completa dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica (4,12).

Readmisión: Paciente que fue internado nuevamente en el hospital por alguna complicación relacionada a la CSL, dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica (4,12).

e) Procedimientos y técnicas:

Procedimientos

- Se solicitará la aprobación del proyecto a la Universidad Peruana Cayetano Heredia y al Hospital “San Juan Bautista” de Huaral, a este último se ingresará por mesa de partes una solicitud de ingreso a sus instalaciones.
- La documentación correspondiente será socializada con el jefe de estadística del nosocomio, quien realizará la búsqueda de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica.
- Se contactará con el jefe de área de archivo, para coordinar las fechas y horas de recolección de datos.

- Cabe precisar que al ser un estudio de cohorte la recopilación de los datos se hará hasta los 30 días postoperatorios.
- La recolección de datos se llevará a cabo en un lapso de 2 meses (agosto-septiembre del 2025).
- Se ha creado una ficha de recolección exclusiva para el estudio en base a la evidencia científica revisada.

La técnica de recolección será documental y el instrumento una ficha de recolección, el cual tendrá la siguiente estructura:

1. Datos generales: En esta sección se registrará información sobre la edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), clasificación ASA, indicación para la colecistectomía (colecistitis sintomática, colecistitis aguda, colecistectomía preventiva, otras), tiempo quirúrgico (minutos) y estancia hospitalaria (días/prolongada (si, no)).
2. Tipo de intervención: En esta sección se definirán a las cohortes en estudio según el tipo de intervención realizada.

Fenestrada: con esta técnica la parte remanente de la vesícula biliar queda abierta. El conducto cístico puede ser cerrado con una sutura en bolsa de tabaco (10).

Reconstituida: el remanente de la vesícula biliar se cierra con suturas o grapas y reconstituye una vesícula biliar remanente (10).
3. Complicaciones postoperatorias: En esta sección se determinará la presencia o ausencia de desenlaces adversos, dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica. A continuación, se describen cada uno de ellos:

- Hemorragia: sangrado interno (causantes: clips, ligaduras deslizadas sobre la arteria cística o del lecho hepático) o externo (zona de los puertos) dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica. Esta complicación se atribuye a lesiones no detectadas durante la operación y el paciente suele presentar dolor persistente, taquicardia, hipotensión, disminución de la hemoglobina u obnubilación (13).
- Infección del sitio quirúrgico: invasión y multiplicación de gérmenes en la herida operatoria dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica (14).
- Infección intraabdominal: formación de un absceso o emersión de sepsis dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica (12).
- Lesión de la vía biliar: menoscabos a nivel del conducto biliar, con o sin fuga en el conducto cístico dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica (12).
- Fuga biliar: drenaje persistente de bilis o colección de líquido intraabdominal con apariencia de bilis (postdrenaje percutáneo) dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica (12).
- Cálculos retenidos: remanente vesicular sintomático, caracterizado por la presencia de dolor en el cuadrante superior derecho o ictericia, o pacientes diagnosticados con colelitiasis, colecistitis, colangitis o pancreatitis por cálculos biliares (10).
- Mortalidad: Deceso del paciente dentro de los los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica (4,12).

Cabe señalar, que se podrá seleccionar más de una opción en este apartado.

4. Necesidad de reintervención: En esta sección se determinará si el paciente requirió o no la ejecución de un nuevo procedimiento dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica, en específico de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica postoperatoria, drenaje percutáneo, tratamiento quirúrgico por una complicación postoperatoria y/o colecistectomía completa. Cabe señalar, que se podrá seleccionar más de una opción en este apartado.
5. Readmisión: En esta sección se determinará si el paciente fue internado nuevamente en el nosocomio por alguna complicación relacionada a la CSL, dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica.

f) Aspectos éticos del estudio

Se solicitará la aprobación del proyecto al Comité de Ética para la Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y al Hospital “San Juan Bautista” de Huaral. Debido al carácter retrospectivo del estudio no será necesario de mantener contacto directo con los pacientes, por lo cual no aplica un consentimiento informado. Sin embargo, la investigadora garantizará la confidencialidad de los datos a recopilar, utilizando códigos de registro. Todos los documentos, registros y valoraciones serán empleados exclusivamente para su análisis y estos no serán divulgados. Además, la investigadora no registrará nombres ni apellidos, en su lugar proporcionará un número de ficha a cada paciente. Al finalizar el estudio la información será descartada.

g) Plan de análisis

Posterior al recojo de datos se elaborará una base en el programa SPSS vs 26, luego se ingresará cada ficha recolectada de manera ordenada y con ayuda de la operacionalización, matriz de categorías y objetivos se realizará el control de calidad de las variables.

Para en el análisis descriptivo de las variables numéricas se evaluará con el promedio y la desviación estándar. Mientras que en las variables categóricas se expresará con las frecuencias en conteos y porcentajes.

Para el análisis inferencial se evaluará la prueba chi cuadrado en las variables categóricas como los eventos adversos, necesidad de reintervención y mortalidad. En cambio, para comparar el tiempo quirúrgico se evaluará la normalidad con ayuda de la prueba Kolmogorov Smirnov, si los datos son simétricos la prueba a utilizar será la T de Student, en cambio si los datos son asimétricos se utilizará la U de Mann-Whitney. Para cada prueba se evaluará con un nivel de significancia del 5% y será un valor de p inferior al 5% significativo.

Además, se añadirán tablas simples y de doble entrada (tablas de contingencia) para dar respuesta a cada objetivo planteado en el estudio.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez-Giraldo C, Torres-Cuellar A, Van-Londoño I. State of the art in subtotal cholecystectomy: An overview. *Front Surg.* 2023; 21(1): 1-2.
2. Hassler K, Collins J, Philip K, Jones M. *Laparoscopic Cholecystectomy Treasure Island (FL): StatPearls;* 2025.
3. Ravendran K, Elmoraly A, Thomas C, Job M, Khanom S, Kam C. Fenestrating Versus Reconstituting Subtotal Cholecystectomy: Systematic Review and MetaAnalysis on Bile Leak, Bile Duct Injury, and Outcomes. *Cureus.* 2024; 16(10): 1-11.

4. Loh A, Chean C, Durkin D, Bhatt A, Athwal T. Short and long term outcomes of laparoscopic fenestrating or reconstituting subtotal cholecystectomy versus laparoscopic total cholecystectomy in the management of acute cholecystitis. *HPB*. 2022; 24(5): 691-9.
5. Strasberg S, Pucci M, Brunt L, Deziel D. Subtotal Cholecystectomy- "Fenestrating" vs "Reconstituting" Subtypes and the Prevention of Bile Duct Injury: Definition of the Optimal Procedure in Difficult Operative Conditions. *J Am Coll Surg*. 2016 ; 222(1): 89-96.
6. Hajibandeh S, Hajibandeh S, Parente A, Barlett D, Athwal T, Sutcliffe R. Meta-analysis of fenestrating versus reconstituting subtotal cholecystectomy in the management of difficult gallbladder. *HPB*. 2024; 26(1): 8-20.
7. Yildirim A, Zeren S, Ekici M, Yaylak F, Algin M, Arik O. Comparison of Fenestrating and Reconstituting Subtotal Cholecystectomy Techniques in Difficult Cholecystectomy. *Cureus*. 2022; 14(2): 1-8.
8. Lucocq J, Hamilton D, Scollay J. Subtotal Cholecystectomy Results in High Peri-operative Morbidity and Its Risk-Profile Should be Emphasised During Consent. *World J Surg*. 2022; 46(1): 2955–62.
9. Hernández J, Rivera G, Ramírez E, Ávila R, Insensé M. Colectomía subtotal como opción de manejo para colectomía difícil. *Cir. gen*. 2022; 43(2): 1-7.
10. Koo J, Chan Y, Shelat V. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: comparison of reconstituting and fenestrating techniques. *Surgical Endoscopy*. 2020; 1(1): 1-11.
11. Toro A, Teodoro M, Khan M, Schembari E, Di Saverio S, Catena F, et al. Subtotal cholecystectomy for difficult acute cholecystitis: how to finalize safely by laparoscopy—a systematic review. *World Journal of Emergency Surgery*. 2021; 16(45): 1-10.
12. Van Dijk A, Donkervoort S, Lameris W, De Vries E, Eijsbouts A, Vrouenraets B, et al. Short- and Long-Term Outcomes after a Reconstituting and Fenestrating Subtotal Cholecystectomy. *Journal of the American College of Surgeons*. 2017; 225(3): 371-9.
13. Kaushik R. Bleeding complications in laparoscopic cholecystectomy: Incidence, mechanisms, prevention and management. *J Minim Access Surg*. 2010; (3): 59–65.
14. Berríos-Torres S, Umscheid C, Bratzler D, Stone C, Kelz R, Reinke C, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg*. 2017; 152(8): 784-91.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

Recursos	Materiales	Cantidad	Costo/unidad	Costo total
BIENES	Papel bond A4	1 millar	S/. 25.00	S/. 25.00
	Fólderes	4 unidades	S/. 0.90	S/. 3.60
	Lapiceros	1 caja	S/. 12.00	S/. 12.00
	Archivador	3 archivadores	S/. 10.00	S/. 30.00
	Tablero	2 unidades	S/. 8.00	S/. 16.00
	Mascarillas	1 caja	S/. 55.00	S/. 55.00
	Otros bienes	-	-	S/. 150.00
SERVICIOS	Movilidad local	-	-	S/. 280.00
	Telefonía celular	-	-	S/. 120.00
	Fotocopias e Impresiones	-	-	S/. 300.00
HONORARIOS DEL PERSONAL	Recolector de datos	-	S/. 300.00	S/. 300.00
			TOTAL	S/. 1,291.60

CRONOGRAMA

N.º	ACTIVIDADES	2025							
		Abr	May	Jun	Jul	Agos -Sep	Oct	Nov	Dic
1	Revisión bibliográfica	X							
2	Elaboración del proyecto	X	X						
3	Revisión del proyecto			X					
4	Aprobación de la unidad de posgrado y comité de ética de la UPCH			X	X				
5	Preparación del material de trabajo				X				
6	Selección de la muestra					X			
7	Recolección de datos					X			
8	Verificación de información						X		
9	Evaluación de la ejecución						X		
10	Tabulación de datos							X	
11	Codificación y preparación de datos para análisis							X	
12	Análisis e interpretación							X	
13	Redacción informe final							X	X
14	Impresión y presentación del informe final								X

8. ANEXOS

Anexo 1. Ficha de recolección de datos

“Colecistectomía subtotal laparoscópica fenestrada versus reconstituida en pacientes intervenidos en el Hospital “San Juan Bautista” de Huaral, 2020-2024”

Fecha: / /

Número de ficha: _____

Datos generales	
Edad _____ años.	
Sexo	Femenino () Masculino ()
IMC: _____ kg/m ²	<18,5 kg/m ² () 18,5-24,9 kg/m ² () 25-29,9 kg/m ² () >30 kg/m ² ()
Clasificación ASA: _____	1-2 () 3-4 ()
Indicación de colecistectomía	Colelitiasis sintomática () Colecistitis aguda () Colecistectomía preventiva () Otra: _____.
Tiempo quirúrgico: _____ minutos. Hora de inicio: _____. Hora de culminación: _____.	
Estancia hospitalaria: _____ días. Prolongada (> 8 días): Si () No ()	
Tipo de intervención	
Fenestrada () Reconstituida ()	Fecha de intervención: ____ / ____ / ____

Complicaciones postoperatorias			
Evaluados hasta los 30 días postoperatorios			
Ninguna	()		
Hemorragia	Si ()	No ()	Fecha del evento ___ / ___ / ____
Infección del sitio quirúrgico	Si ()	No ()	Fecha del evento ___ / ___ / ____
Infección intraabdominal	Si ()	No ()	Fecha del evento ___ / ___ / ____
Lesión de la vía biliar	Si ()	No ()	Fecha del evento ___ / ___ / ____
Fuga biliar	Si ()	No ()	Fecha del evento ___ / ___ / ____
Cálculos retenidos	Si ()	No ()	Fecha del evento ___ / ___ / ____
Mortalidad	Si ()	No ()	Fecha del evento ___ / ___ / ____
Otras: _____.			
Necesidad de reintervención			
Evaluado hasta los 30 días postoperatorios			
Si ()	Fecha de reintervención:		
No ()	___ / ___ / ____		
Tipo de reintervención:	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica postoperatoria	()	
	Drenaje percutáneo	()	
	Tratamiento quirúrgico por una complicación postoperatoria	()	
	Colecistectomía completa	()	
Readmisión			
Evaluado hasta los 30 días postoperatorios			
Si ()	Fecha de readmisión:		
No ()	___ / ___ / ____		

Anexo 2. Operacionalización de variables

Variables		Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Dependiente	Complicaciones postoperatorias	Desenlaces adversos registrados inmediatamente después de la intervención quirúrgica o en los 30 días siguientes (4,12). Esta información será extraída de la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Ninguna Hemorragia Infección del sitio quirúrgico Infección intraabdominal Lesión de la vía biliar Fuga biliar Cálculos retenidos Mortalidad Otras complicaciones
	Necesidad de reintervención	Paciente que requirió de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, drenaje percutáneo, tratamiento quirúrgico por una complicación postoperatoria y/o colecistectomía completa dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica (4,12). Esta información será extraída de la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Si No

	Readmisión	Paciente que fue internado nuevamente en el hospital por alguna complicación relacionada a la colecistectomía subtotal laparoscópica, dentro de los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica (4,12). Esta información será extraída de la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Si No
Independiente	Tipo de intervención	Técnica utilizada para realizar la colecistectomía subtotal laparoscópica. Este dato será extraído de la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Fenestrada Reconstituida