

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**Efectividad de colecistectomía laparoscópica inmediata versus tardía en
colecistitis aguda en hospitales de Piura 2018-2020**

Área de Investigación:

Cáncer y otras enfermedades no transmisibles

Autor:

Hidalgo Rufino, Brandy Joel

Jurado evaluador:

Presidente: González Hidalgo, Juan Diego

Secretario: Luna Pintado, Einer Carlos

Vocal: Chicoma Huamán, Carlos Raúl

Asesor:

Zavala García, Jorge Alonso

Código Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-2768-7053>

Piura – Perú

2024

Fecha de sustentación: 24/01/2024

EFFECTIVIDAD DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA INMEDIATA VERSUS TARDIA EN COLECISTITIS AGUDA EN HOSPITALES DE PIURA 2018-2020

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS



Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 3%



Declaración de originalidad

Yo, **Zavala García, Jorge Alonso**, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada **“Efectividad de colecistectomía laparoscópica inmediata versus tardía en colecistitis aguda en hospitales de Piura 2018 – 2020”**, autor **Brandy Joel Hidalgo Rufino**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 18 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el miércoles 31 de enero de 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Piura, 31 de enero de 2024

ASESOR

Zavala García, Jorge Alonso

DNI: 46641463

FIRMA:



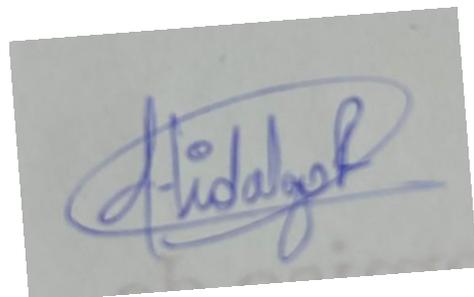
Dr. Jorge Zavala García
CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCOPÍA
CNP 71092 - T. 051

AUTOR

Hidalgo Rufino, Brandy Joel

DNI: 71052346

FIRMA:



DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios, por haberme ayudado a concluir satisfactoriamente mi carrera universitaria, a mis padres Lucia y Eduardo por todo su esfuerzo, apoyo, consejos que me brindaron desde el inicio de esta aventura, y por haberme forjado en el hombre que soy en la actualidad, a mis hermanos Alberto, Eduardo de quien son grandes personas, médicos y mi ejemplo a seguir. Bryan mi hermano gemelo que junto a mi primo Manuel que nunca me dejaron solo, y siempre están en los momentos más importantes de mi vida

Mis amigos de siempre, Valeria S, Evelyn, Jesús, Anghela y Majo, por su paciencia, por las ganas de seguir adelante, por todas las amanecidas juntos y su buen humor.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecer a Dios y a nuestra madre virgen maría, por haberme guiado durante toda mi vida, a mis padres por todo su invaluable esfuerzo, y por siempre haber confiado en mí, a pesar de no siempre tener resultados satisfactorios.

Le agradezco a mis hermanos, por inculcarme valores como el respeto, la amabilidad y empatía

Agradezco por haberme acompañado en este largo y apasionado camino

A mi universidad, por haberme brindado los recursos necesarios para desarrollar lo que tanto me apasiona de mi carrera

A todos mis maestros por haberme brindado sus enseñanzas, en especial a mi asesor quien ha estado apoyándome en estos meses llenos de investigación científica.

A mi persona especial, por brindarme su apoyo, su compañía, sus consejos y ser un lugar de paz después de muchas tormentas.

Y, por último, agradecerme por nunca rendirme, por siempre ser perseverante, y levantarme en cada fracaso, y ahora poder decir, ¡Si se pudo Brandy!

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la efectividad de la colecistectomía laparoscópica inmediata versus tardía en colecistitis aguda en hospitales de la ciudad de Piura entre los años 2018 a 2020.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio con diseño observacional, analítico y comparativo a todos los pacientes operados con colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda del área del centro quirúrgico, de los Hospitales Santa Rosa, Jorge Reátegui Delgado y José Cayetano Heredia mediante el uso de la plataforma Excel para la recolección de datos y su asociación con una significancia de $p < 0,05$ para las variables correspondientes; con un registro de los datos que estarán consignados en las correspondientes hojas de recolección utilizando el paquete estadístico SPSS V:23.

RESULTADOS: para cada tipo de procedimiento un total de 75 registros válidos; en colecistectomía inmediata se obtuvo edad media de 51.24^a versus los 52.01^a con procedimiento de manera tardía. En colecistectomía inmediata se identificó que 42 pacientes fueron intervenidos en un rango operatorio de 1 a 3 horas siendo el 28% del total general evaluado. Las intervenciones de tipo tardía se asociaron la presencia de una estancia hospitalaria superior a 3 días lo cual generó una asociación estadística significativa con un valor $p: 0.05$, Rpa: 2.13.

CONCLUSION: El proceso de colecistectomía tardía se asocia a una menor eficacia versus una colecistectomía inmediata.

PALABRAS CLAVES: Colecistectomía Laparoscópica inmediata, Colecistectomía Laparoscópica Tardía, Complicaciones postoperatorias

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis in hospitals in the city of Piura between the years 2018 to 2020.

MATERIAL AND METHOD: Study with an observational, analytical and comparative design of all patients operated on with laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the surgical center area, at the Santa Rosa, Jorge Reategui Delgado and José Cayetano Heredia Hospitals through the use of the Excel platform to data collection and its association with a significance of $p < 0.05$ for the corresponding variables; with a record of the data that will be recorded in the corresponding collection sheets using the SPSS V:23 statistical package.

RESULTS: For each type of procedure, a total of 75 valid records were obtained. In immediate cholecystectomy, a mean age of 51.24 years was recorded, compared to 52.01 years for the delayed procedure. In early cholecystectomy, it was identified that 42 patients underwent surgery within an operative range of 1 to 3 hours, constituting 28% of the overall evaluated total. Late interventions were associated with a hospital stay exceeding 3 days, leading to a statistically significant association with a p-value of 0.05, Odds Ratio: 2.13.

CONCLUSION: The process of immediate cholecystectomy is associated with lower efficacy versus delayed cholecystectomy.

KEYWORDS: Early Laparoscopic Cholecystectomy, Delayed Laparoscopic Cholecystectomy, Postoperative complications.

PRESENTACIÓN

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento la Tesis Titulada “EFECTIVIDAD DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA INMEDIATA VERSUS TARDIA EN COLECISTIS AGUDA EN HOSPITALES DE PIURA 2018 – 2020” ”, un estudio observacional, analítico, retrospectivo de tipo cohorte, que tiene el objetivo de determinar la efectividad de la colecistectomía laparoscópica de tipo inmediata versus tardía en pacientes con colecistitis aguda con la intención de contribuir a la evidencia científica indispensable en el manejo quirúrgico de colecistitis aguda

Por lo tanto, someto la presente Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
PRESENTACIÓN.....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	10
II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	12
III. HIPÓTESIS	12
IV. OBJETIVOS.....	12
4.1 OBJETIVO GENERAL:	12
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	13
V. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
5.1. DISEÑO DE ESTUDIO:.....	13
5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	14
5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	14
5.4. MUESTRA:.....	14
5.5. VARIABLES:	15
5.6. DEFINICIONES OPERACIONALES:	15
5.7. PROCEDIMIENTO:.....	16
5.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:	17
VI. RESULTADOS.....	19
VII. DISCUSIÓN.....	23
VIII. CONCLUSIONES	28
IX. RECOMENDACIONES.....	29
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
XI. ANEXOS.....	36

1. Introducción:

El dolor agudo focalizado en hipocondrio derecho es un síntoma frecuente en el contexto urgencia médica de tipo quirúrgica, así como ocasionalmente en pacientes graves hospitalizados por otras causas. Uno de los principales diagnósticos a descartar es la colecistitis aguda (CA), la cual debe ser manejada de manera urgente, por sus probables complicaciones y potencial de mortalidad. (1) La presencia de colelitiasis es la principal causa desencadenante en el 90 – 95% de la colecistitis aguda. Se estima que aproximadamente el 10 – 20% de la población tiene litiasis vesicular y que un tercio podrá desarrollar colecistitis a lo largo de la vida. (2) La litiasis impacta en el cuello de la vesícula o en el conducto cístico, produciendo una distensión vesicular e inflamación inicialmente estéril secundaria. De hecho, tanto el enclavamiento de la litiasis como la distensión vesicular son los dos signos más precoces evaluables. (3)

La Colecistitis Aguda es la complicación más común de la colelitiasis, representa del 6 al 11% de los cuadros de abdomen agudo en adultos, con una probabilidad de ser operado de urgencia del 6-8%. La colecistitis aguda es una inflamación de la vesícula biliar que ocurre en la mayoría de las veces por una obstrucción del conducto cístico en presencia de una bilis supersaturada de colesterol. (4) (5) La inflamación al inicio es estéril en la mayoría de los casos, sin embargo, la infección bacteriana ocurre como un evento secundario. Aproximadamente el 50% de los pacientes tiene cultivos de bilis positivos por E. coli y de la familia de las Enterobacterias y anaerobios. (6) En los casos más severos (5% a 18%) el proceso inflamatorio puede causar isquemia, necrosis y la perforación de la vesícula biliar. Cuando parte de la infección bacteriana secundaria está constituida por microorganismos que forman gas, puede reconocerse en la pared de la vesícula biliar en radiografías y Tac de abdomen en una entidad que se denomina vesícula biliar enfisematosa. (7)

Según las Guías de Tokyo (TG18) 2018, el diagnóstico de CA se utilizan los siguientes criterios: A) Signos locales de inflamación (Signo de Murphy, RUQ masa/dolor/sensibilidad), B) Signos sistémicos de inflamación (Fiebre, PCR elevada, recuento de leucocitos elevados) Y C) Hallazgos de imágenes (Hallazgos de imágenes característicos de

colecistitis aguda). Sospecha de diagnóstico: un elemento en A + un elemento en B y Diagnóstico definitivo: un elemento en A + un elemento en B + C. (8)

De acuerdo con los criterios de diagnóstico TG18 para la colecistitis aguda, se requieren hallazgos de diagnóstico por imagen para un diagnóstico definitivo, y el método recomendado de diagnóstico por imagen es la ecografía. Imágenes típicas de ultrasonido de colecistitis aguda son fluido pericolecístico el cual se demuestra visualizado al lado izquierdo de la vesícula biliar. (9) También se observan cálculos biliares y barro en la vesícula biliar, un colgajo intraluminal visto en una colecistitis gangrenosa se demuestra una línea ecogénica. Los hallazgos de imagen generalmente aceptados de la colecistitis aguda son engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (≥ 4 mm), agrandamiento de la vesícula biliar (eje largo ≥ 8 cm, eje corto ≥ 4 cm), cálculos biliares o restos retenidos, acumulación de líquido alrededor de la vesícula biliar y sombras lineales en el tejido adiposo alrededor de la vesícula biliar. (10)

El tratamiento de elección en la CA es la colecistectomía laparoscópica (CL), dado el menor dolor postoperatorio, la estancia hospitalaria más corta y, por ende, el menor costo en comparación con el abordaje abierto. Una desventaja de la CL frente a la cirugía abierta es el mayor riesgo de lesión de la vía biliar; de hecho, evitar una lesión iatrogénica es la principal razón para convertir la CL a cirugía abierta. (11) (12)

Arslan Onuk ZA ET al en un estudio realizado en Turquía señala: Respecto al plazo para proponer una colecistectomía en una CA, varios metaanálisis han demostrado la superioridad de la colecistectomía inmediata (en las primeras 72 horas) respecto a la colecistectomía tardía. (13).

Zaman T y Aamir J Señalan que sus respectivos estudios que, la colecistectomía inmediata no aumenta la tasa de complicaciones postoperatorias o de conversión en laparotomía y permite disminuir los costes del tratamiento global esto mediante datos recolectados tanto en países como Estados Unidos y Reino Unido respectivamente(14) (15).

Yegros-Ortiz C con relación a los datos previamente presentados; fueron confirmados en un estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico en el que la colecistectomía se realizó en las primeras 24 horas al ingreso del paciente al nosocomio, el cual fue realizado en territorio brasilero (16).

En la actualidad, las recomendaciones de las sociedades científicas aconsejan una colecistectomía inmediata en las primeras 72 horas; según lo descrito por Ángel M y colaboradores dentro de la región de Colombia (17)

Borzellino G y colaboradores en un estudio a nivel de Latinoamérica el cual incluye Estados Unidos mencionó que a pesar que la colecistectomía se practica durante la hospitalización inicial, el tiempo promedio de realización de esta parece ser muy prolongado, aumentando costos, riesgo de infección intrahospitalaria y morbimortalidad (18).

Recientemente se han publicado artículos a favor de la realización de la colecistectomía temprana (48 h) en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve, enfocado en las complicaciones, readmisión a 30 días y días de estancia hospitalaria, con proyección a la realización de un ensayo clínico estas evidencias generadas por Borzellino G y Walayat S. (19) (20)

1.1 Enunciado del problema:

¿Existe diferencia en la efectividad entre la colecistectomía laparoscópica inmediata versus la tardía en colecistitis aguda en el Hospitales de la ciudad de Piura entre el 2018 a 2020?

1.2 Objetivos:

GENERAL:

- Determinar la efectividad de la colecistectomía laparoscópica Inmediata versus tardía en colecistitis aguda en hospitales de la ciudad de Piura entre los años 2018 a 2020.

ESPECÍFICOS:

- Determinar las características como son la distribución por edad, sexo y sede hospitalaria de los pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica inmediata versus tardía.
- Conocer el tiempo operatorio según rangos entre colecistectomía laparoscópica inmediata versus tardía determinado por el tiempo consignado en el reporte operatorio del paciente.
- Identificar el tiempo de estancia hospitalaria y complicaciones presentes de los pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica inmediata versus tardía.

1.3 Hipótesis:

H₀: No existe diferencia en la efectividad entre la colecistectomía laparoscópica inmediata versus la tardía en colecistitis aguda en Hospitales de Piura entre 2018 a 2020

H₁: Existe diferencia en la efectividad entre la colecistectomía laparoscópica inmediata versus la tardía en colecistitis aguda en Hospitales de Piura entre 2018 a 2020

2 Material y método:

2.1 Diseño de estudio: Estudio con diseño observacional, analítico y comparativo en los pacientes operados con colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda del área del centro quirúrgico, de los Hospitales Santa Rosa, Jorge Reategui Delgado y José Cayetano Heredia mediante el uso de la plataforma Excel para la recolección de datos y su asociación con una significancia de $p < 0,05$ para las variables correspondientes.

2.2 Población, muestra y muestreo:

2.2.1 **Población:** Pacientes operados de colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda de los Hospitales Santa Rosa, Jorge Reategui Delgado y José Cayetano Heredia de Piura entre el 01 de enero de 2018 a 01 de enero de 2020 y que cumplan los criterios de inclusión.

2.2.2 Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años de edad.
- Pacientes con diagnóstico clínico de colecistitis aguda.
- Pacientes operados de colecistectomía laparoscópica de manera electiva o de emergencia.
- Pacientes con confirmación intraoperatoria de colecistitis aguda, la cual fue descrita dentro del informe operatorio por el cirujano encargado correspondiente

2.2.3 Criterios de exclusión:

- Pacientes con patología de la vía biliar y pancreática asociadas o previas.
- Paciente cuyas historias clínicas no cumplan con lo requerido para la recolección de datos.
- Mujeres gestantes a partir del 2do trimestre por proceso de riesgo en cuanto a la presentación de patrón colestatico preliminar.

2.3 Muestra y muestreo:

2.3.1 Unidad de análisis:

Pacientes operados de colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda de los Hospitales Santa Rosa, Jorge Reategui Delgado y José Cayetano Heredia de Piura entre el 01 de enero de 2018 a 01 de enero de 2020 que cumplan con los criterios de selección.

2.3.2 Unidad de muestreo:

Historias clínicas de los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda de los Hospitales Santa Rosa, Jorge Reategui Delgado y José Cayetano Heredia de Piura entre el 01 de enero de 2018 a 01 de enero de 2020

2.3.3 Tamaño muestral:

Pacientes operados de colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda de los Hospitales Santa Rosa, Jorge Reategui Delgado y José Cayetano Heredia de Piura entre el 01 de enero de 2018 a 01 de enero de 2020 que cumplan con los criterios de inclusión, por lo se utilizara la siguiente fórmula.

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

Donde:

n = tamaño de la muestra

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno de estudio

(1 – p)

Z = nivel de confianza

N = tamaño de la población

d = nivel de precisión absoluta

- Teniendo que N=55, Z=95, p=5, calculando el resultado es:

$$n = 49$$

Dando ante ello un total de 49 registros por hospital siendo un redondeo final de 150 participantes en las tres sedes seleccionadas.

2.3.4 Muestreo:

2.3.5 Operación de variables:

Variable	Tipo/Escala	Indicadores	Índices
Independiente			
Colecistectomía Laparoscópica	Cualitativa/ Nominal	Historia Clínica	< 72 horas > 72 horas
Dependiente			
Efectividad			
Tiempo Operatorio	Cuantitativa/ Razón	Informe Operatorio	< 60 minutos 60 – 90 minutos > 90 minutos
Estancia Hospitalaria post operatoria	Cuantitativa/ Razón	Historia Clínica	< 72 horas > 72 horas
Complicaciones	Cualitativa/ Nominal	Historia Clínica	SI NO
Conversión	Cualitativa/ Nominal	Historia Clínica	SI NO

2.4 Procedimientos y Técnicas

2.4.1 Procedimientos

Se inició en primera instancia solicitando la Autorización de las instituciones correspondientes como la revisión del presente proyecto de investigación por parte del comité de ética de la Universidad Privada Antenor Orrego; seguido se presentó el presente proyecto en mención para su revisión y aprobación por el Comité Evaluador de Investigación con una posterior ejecución del presente proyecto, concluida esta fase y continuando los pasos previo a su ejecución se procedió en contar con un valor de significancia para el estudio con un $p < 0.05$. Conseguidos los permisos se realizó el proceso de ejecución mediante la recolección de datos pertinentes, utilizando plataformas de tipo virtual de los datos previamente identificados en

la ficha de datos correspondiente, la cual se encontró especialmente diseñada para el estudio, el proceso empleado que se utilizó fue mediante método de tipo comparativo, enrolándose de este modo a todos aquellos pacientes; en donde todo aquel registro que cumpla tanto los criterios de inclusión y exclusión fueron seleccionados y se digitó la información en una base de Microsoft Excel para su análisis previo al proceso de doble digitación para un correcto filtrado.

2.4.2 Instrumentos de recolección de datos

Ficha de recolección de datos:

Para el presente estudio se ha considerado la elaboración de una ficha de datos la cual consta con tres secciones previamente diseñadas, en una primera sección en la cual se cuenta con los datos generales de los pacientes seleccionados como son edad y sexo; posteriormente una segunda sección para el tiempo de efectivización de cirugía; finalmente una última sección para determinar el tiempo operatorio, tipo de colecistectomía, estancia post operatoria, conversión y complicaciones. Todos estos datos serán vaciados directamente a una hoja de cálculos codificada para su posterior tabulación.

2.5 Plan de análisis de los datos

El registro de los datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V: 23.

Los cuadros fueron presentados en cuadros de entrada simple y de doble, conteniendo los valores absolutos y relativos, así como en gráficos de relevancia y se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Para determinar la diferencia de tiempo operatorio entre las dos técnicas se ha utilizado la prueba de comparación de medias utilizando t – student y para las complicaciones se utilizó chi cuadrado, ambas pruebas con nivel de significancia menor al 5% ($p < 0.05$).

2.6 Aspectos éticos

Se respetaron en todo momento la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos, además se remitieron informes a las unidades y departamentos competentes previa a su sustentación, así como de los Hospitales Santa Rosa, Jorge Reategui Delgado y José Cayetano Heredia de Piura y de la Universidad Privada Antenor Orrego tomando. Por ser un estudio retrospectivo en donde solo se recogieron los datos clínicos de las historias clínicas, no requiere de firma de consentimiento informado, pero si se tomaron en cuenta la declaración de Helsinki II y la ley general de salud.

2.7 Presupuesto: El presente trabajo fue realizado con recursos económicos brindados por el autor principal del mismo.

AUTOFINANCIADO: 2800 SOLES

2.8 Limitaciones

Se ha considerado como principal limitante la recopilación de datos los cuales, al ser de manera indirecta con la población, debemos obtener el consentimiento de las sedes hospitalarias seleccionadas para que nos puedan brindar la información de los pacientes.

Del mismo modo podríamos identificar posibles sesgos en cuanto a los datos recolectados si es que no estuvieran adecuadamente recolectados previamente en las historias clínicas.

3. RESULTADOS

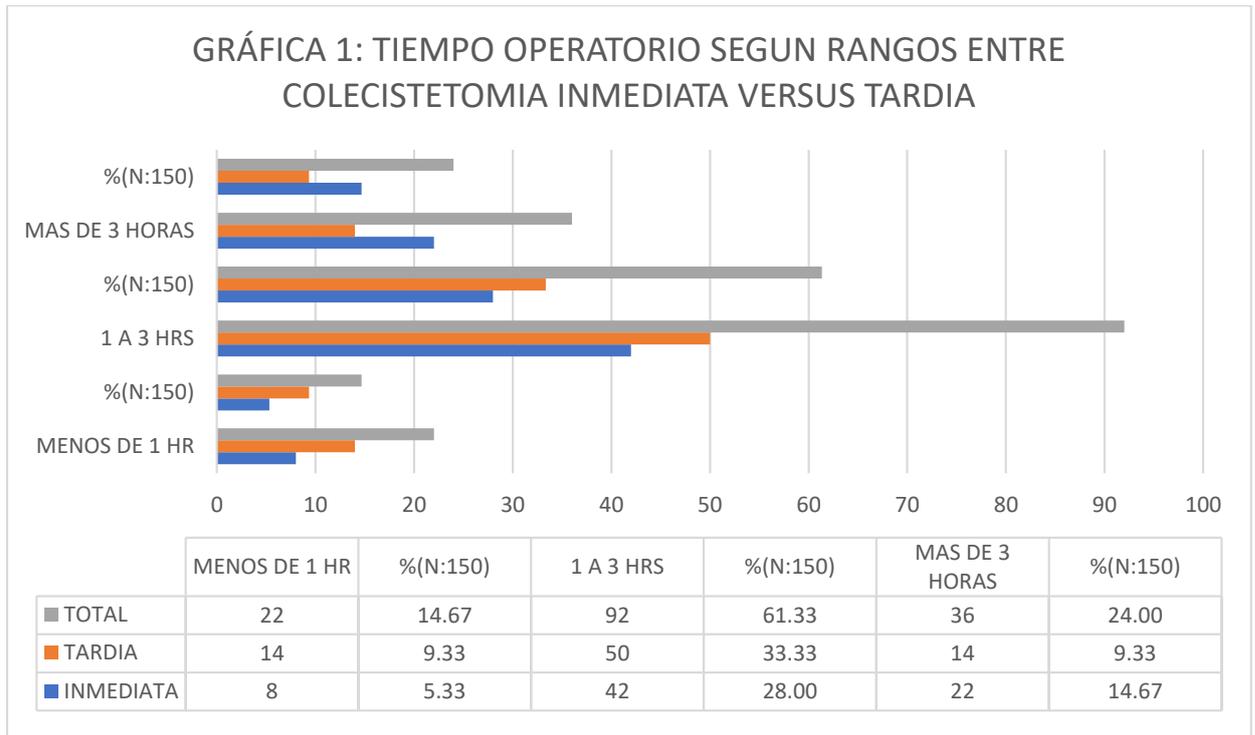
TABLA 1: CARACTERISTICAS GENERALES EN CUANTO LA DISTRIBUCIÓN POR EDAD, SEXO Y SEDE HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR COLECISTECTOMIA INMEDIATA VERSUS TARDIA.

VARIABLE	INMEDIATA					TARDIA				
	NUMERO	%(N:75)	%(N:150)	PROMEDIO	D..E	NUMERO	%(N:75)	%(N:150)	PROMEDIO	D..E
EDAD										
18 A 30 AÑOS	13	17.33	8.67	27.65	1.21	12	16.00	8.00	26.53	1.13
31 A 45 AÑOS	17	22.67	11.33	43.78	1.03	18	24.00	12.00	45.76	1.05
46 A 60 AÑOS	39	52.00	26.00	57.14	2.04	40	53.33	26.67	56.35	2.14
61 AÑOS A MÁS	6	8.00	4.00	65.35	0.75	5	6.67	3.33	67.11	0.53
TOTAL	75	100.00	50.00	51.24	2.14	75	100.00	50.00	52.01	2.31
SEXO										
Masculino	50	66.67	33.33			49	65.33	32.67		
Femenino	25	33.33	16.67			26	34.67	17.33		
SEDE										
CAYETANO HEREDIA	25	33.33	16.67			25	33.33	16.67		
JORGE REATEGUI	25	33.33	16.67			25	33.33	16.67		
SANTA ROSA	25	33.33	16.67			25	33.33	16.67		

FUENTE: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

Se identificaron un total de 75 registros válidos para cada tipo de procedimiento. En el caso de la colecistectomía inmediata, la edad promedio fue de 51.24 años, en contraste con los 52.01 años para aquellos pacientes que se sometieron al procedimiento de manera tardía. Se registraron 50 participantes de sexo masculino en los casos de intervención inmediata, en comparación con los 49 encontrados en los casos de intervención tardía. Por último, las sedes participantes se estratificaron y distribuyeron de manera homogénea para cada tipo de procedimiento, generando un total de 25 registros por sede.

GRÁFICA 1: TIEMPO OPERATORIO SEGUN RANGOS ENTRE COLECISTETOMIA INMEDIATA VERSUS TARDIA.



FUENTE: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

En lo que respecta a los tiempos y rangos operatorios encontrados, observamos que los procedimientos con una duración de 1 a 3 horas fueron los más frecuentes, con un total de 92 registros en conjunto tanto de tipo Inmediata como Tardía. En cuanto a la colecistectomía de tipo inmediata, se identificó que 42 pacientes fueron intervenidos dentro de un rango operatorio de 1 a 3 horas siendo el 28% dentro del total general evaluado.

TABLA 2: TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y COMPLICACIONES PRESENTES DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR COLECISTECTOMIA INMEDIATA VERSUS TARDIA.

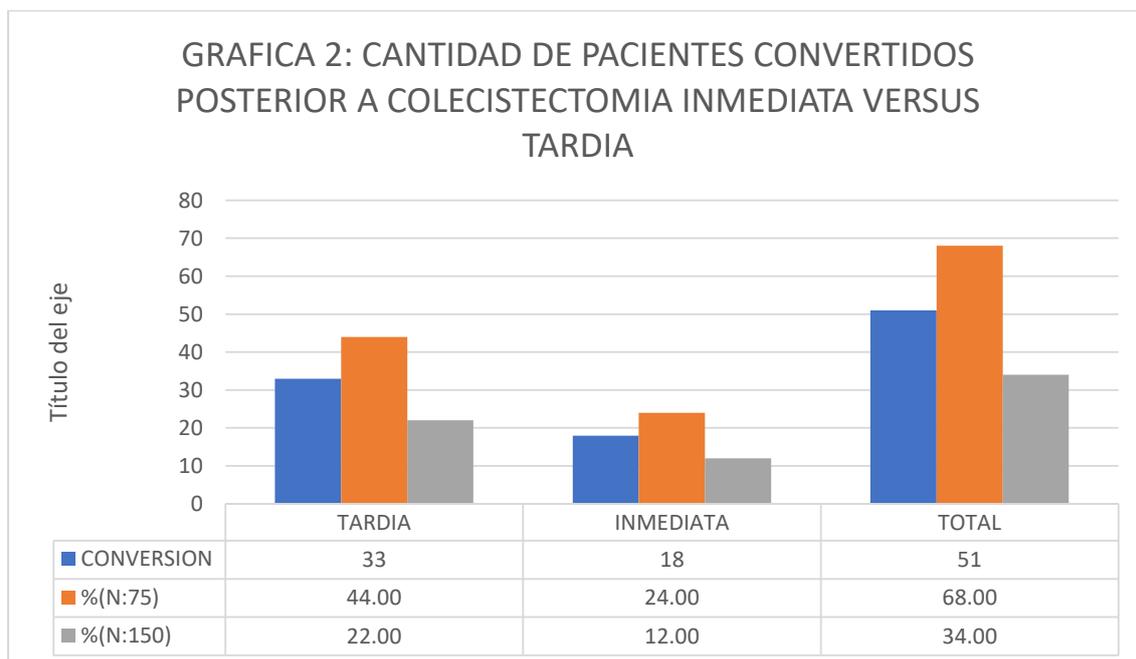
VARIABLE	TARDIA			INMEDIATA		
	NUMERO	%(N:75)	PROMEDIO	NUMERO	%(N:75)	PROMEDIO
ESTANCIA HOSPITALARIA						
1 DIA	21	28.00	1	25	33.33	1
2 A 3 DIAS	23	30.67	2.45	37	49.33	2.34
MAS DE 3 DIAS	31	41.33	4.12	13	17.33	3.12
TOTAL	75	100.00	3.76	75	100.00	2.15
COMPLICACIONES						
NINGUNA	5	6.67		21	28.00	
CEROMA	34	45.33		37	49.33	
COLOCACION DE DREN	21	28.00		13	17.33	
ESTENOSIS	15	20.00		4	5.33	
TOTAL	75	100.00		75	100.00	

FUENTE: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

En lo que respecta al período de estancia hospitalaria, se observa que en el proceso de colecistectomía de tipo tardía, 31 de los registros indican una estancia hospitalaria de más de 3 días, mientras que en el caso de los procedimientos inmediatos, 37 de ellos reflejaron estancias de 2 a 3 días. En cuanto a las complicaciones más frecuentes en los pacientes sometidos a procedimientos inmediatos, se detectó la presencia de ceromas en 37 de estos, en comparación con 34 casos en la colecistectomía de tipo tardía.

La presencia de colocación de dren fue 21 para los casos de colecistectomía tardía frente a 13 en colecistectomía inmediata. Además se observa que en el procedimiento de colecistectomía tardía hubo estenosis 15 casos frente a 4 casos del colecistectomía inmediata; esto dentro de lo encontrado dentro del reporte de la propia historia clínica del paciente evaluado y en donde en futuros estudios es posible ampliar la especificación del tipo de estenosis como una covariable a seguir.

GRAFICA 2: CANTIDAD DE PACIENTES CONVERTIDOS POSTERIOR A COLECISTECTOMIA INMEDIATA VERSUS TARDIA



FUENTE: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

En el caso de los procedimientos que requirieron la conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta, observamos que en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica de tipo tardía se registraron 33 casos de conversión, mientras que en el grupo de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica de tipo inmediata, solo se encontraron 18 casos de conversión. En total, entre ambos grupos evaluados, se contabilizaron 51 casos de conversión, lo que representa el 34% del total de los participantes evaluados (N: 150).

TABLA 3: ESTADISTICA DE ASOCIACION PARA TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y COMPLICACIONES PRESENTES DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR COLECISTECTOMIA INMEDIATA VERSUS TARDIA.

VARIABLE	TARDIA			INMEDIATA		
	p<0.05	Rpa	IC 95%	p<0.05	Rpa	IC 95%
EDAD	0.064		N.T	0.36		N.T
ESTANCIA HOSPITALARIA ¹	0.05	2.13	1.76-3.01	0.75		N.T
COMPLICACIONES ²	0.04	3.12	1.88-3.54	0.064		N.T
SEXO	0.654		N.T	0.747		N.T

FUENTE: Elaboración propia, ficha de recolección de datos. 1: Ajustado a tiempo superior a 3 días; 2: Ajustado a proceso de conversión y colocación de drenaje. En el análisis multivariado realizado para evaluar la eficacia en términos de una estancia hospitalaria que supera los 3 días y la presencia de complicaciones, se observó una asociación significativa en las intervenciones de tipo tardío. Se encontró una relación con una estancia hospitalaria superior a 3 días (p: 0.05, Rpa: 2.13, IC: 1.76 - 3.01) y la presencia de complicaciones, como la conversión a cirugía abierta y la necesidad de drenaje posterior (p: 0.04, Rpa: 3.12, IC: 1.88 - 3.54), respectivamente.

4. DISCUSION

Iniciando la sección de discusión sobre los hallazgos encontrados, de los cuales podemos identificar que según el número de registros; se encontraron 75 registros válidos para cada tipo de procedimiento siendo un tamaño de muestra considerable y puede proporcionar una base sólida para el análisis de efectividad de los dos enfoques quirúrgicos en pacientes con colecistitis aguda. Un tamaño de muestra adecuado es esencial para obtener resultados confiables y representativos (28). En cuanto a la edad; el promedio entre los pacientes sometidos a colecistectomía inmediata fue de 51.24 años, mientras que en los pacientes con procedimiento tardío en 52.01 años (29). Se debe considerar a futuro si esta diferencia es estadísticamente significativa y si tiene alguna relevancia clínica en términos de la elección del momento de la cirugía lo cual a futuro servirá para la toma de decisiones en beneficio del paciente (28,30).

La proporción de pacientes de sexo masculino y femenino en los dos grupos es similar. Esto puede ser importante ya que la colecistitis aguda afecta con mayor frecuencia a mujeres, pero estos hallazgos sugieren que tanto hombres como mujeres se sometieron a ambos tipos de procedimientos; siendo discrepante a lo encontrado a la literatura y posiblemente debido al tipo de dieta según distribución geográfica (31). Estratificación y distribución de sedes: La estratificación y distribución homogénea de las sedes participantes para cada tipo de procedimiento es un enfoque sólido desde el punto de vista metodológico. Esto ayuda a controlar posibles sesgos relacionados con las diferencias en la atención médica y la población en diferentes lugares (32).

En la literatura, la elección entre la colecistectomía laparoscópica inmediata y tardía en pacientes con colecistitis aguda ha sido objeto de debate (32,33). La cirugía laparoscópica inmediata se ha asociado con una recuperación más rápida, menos estancias hospitalarias y menos complicaciones en algunos estudios (34,35). Es importante destacar que los resultados clínicos y la elección del momento de la cirugía pueden variar según las características de los pacientes, la gravedad de la colecistitis y otros factores clínicos. Por lo tanto, es esencial analizar estos hallazgos en el contexto de la literatura disponible y considerar las implicaciones clínicas específicas para el grupo de pacientes en estudio (36).

Sobre el tiempo de duración de la cirugía en colecistectomía tardía: Los resultados indican que la mayoría de los procedimientos de colecistectomía de tipo tardía tuvieron una duración de 1 a 3 horas, con un total de 50 registros de dentro de los 92 registros contabilizados para este grupo. Esta duración es consistente con lo que se espera en la cirugía laparoscópica de vesícula biliar (37). Es importante destacar que la cirugía de vesícula biliar tiende a ser relativamente rápida y segura cuando se realiza mediante abordaje laparoscópico (38).

Duración de la cirugía en colecistectomía inmediata: En el caso de la colecistectomía de tipo inmediata, se observa que 42 pacientes fueron intervenidos dentro de un rango operatorio de 1 a 3 horas. Esto indica que

también es factible realizar procedimientos de colecistectomía de forma inmediata con tiempos de cirugía similares a los de tipo tardío (39).

La literatura sobre la elección del momento de la colecistectomía en casos de colecistitis aguda sugiere que la cirugía laparoscópica inmediata puede ser segura y eficaz en pacientes seleccionados (40). La cirugía laparoscópica es conocida por su tiempo quirúrgico reducido y una recuperación más rápida en comparación con la cirugía abierta. Sin embargo, la elección del momento de la cirugía también depende de la gravedad de la colecistitis y de las comorbilidades del paciente (41).

La duración de la cirugía, dentro del rango de 1 a 3 horas, en ambos grupos es un hallazgo relevante, ya que sugiere que ambas opciones quirúrgicas pueden ser ejecutadas con eficiencia (32,35). Sin embargo, otros factores, como las tasas de conversión a cirugía abierta, la estancia hospitalaria y las complicaciones, son también importantes para evaluar la efectividad de los procedimientos. Por lo tanto, es necesario analizar estos aspectos en el contexto del estudio y considerar la evidencia actual disponible en la literatura para tomar decisiones clínicas fundamentadas (42).

Sobre el Período de estancia hospitalaria: Los resultados muestran que en el proceso de colecistectomía de tipo tardía, 31 de los registros indican una estancia hospitalaria de más de 3 días. Mientras tanto, en el caso de los procedimientos inmediatos, 37 de ellos reflejaron estancias de 2 a 3 días (43).

La literatura disponible sugiere que la elección del momento de la colecistectomía (inmediata o tardía) en pacientes con colecistitis aguda puede influir en la duración de la estancia hospitalaria (44). La colecistectomía laparoscópica inmediata se ha asociado en algunos estudios con una menor duración de la estancia hospitalaria en comparación con la colecistectomía tardía, lo que podría deberse a una recuperación más rápida y menos complicaciones postoperatorias (45). Sin embargo, este hallazgo puede variar según la gravedad de la colecistitis y otros factores clínicos. Complicaciones más frecuentes: En el grupo de procedimientos inmediatos, se detectó la presencia de ceromas en 37 de los casos, mientras que en la colecistectomía de tipo tardía, se registraron 34 casos de ceromas (46)

La aparición de ceromas es una complicación conocida en la cirugía laparoscópica. Los ceromas son acumulaciones de líquido bajo la piel en el sitio

de la incisión quirúrgica. La literatura muestra que los ceromas suelen ser una complicación menor y pueden resolverse con drenaje o manejo conservador (47). La diferencia de tres casos entre los grupos no parece ser clínicamente significativa y puede deberse a variaciones en la técnica quirúrgica o factores individuales del paciente. En general, los resultados del estudio son consistentes con algunos de los hallazgos previos en la literatura, pero es importante recordar que la elección del momento de la colecistectomía debe basarse en una evaluación integral de la situación clínica de cada paciente, considerando la gravedad de la colecistitis y otros factores (48). Además, se debe realizar un análisis estadístico adecuado para determinar si las diferencias observadas son estadísticamente significativas. Estos resultados pueden ayudar a guiar la toma de decisiones clínicas, pero deben ser interpretados en el contexto de la evidencia científica actual (41).

En cuanto a la conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta: La conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta es un evento importante en la cirugía de vesícula biliar, ya que generalmente se intenta realizar la colecistectomía de forma laparoscópica debido a sus beneficios en términos de recuperación y menor invasión (33). Sin embargo, en algunos casos, la conversión a cirugía abierta es necesaria debido a dificultades técnicas, complicaciones o problemas anatómicos que no se pueden abordar de manera segura mediante laparoscopia. La diferencia entre colecistectomía inmediata y tardía: Los resultados muestran que en el grupo de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica de tipo tardía, se registraron 33 casos de conversión (42). En contraste, en el grupo de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica de tipo inmediata, solo se encontraron 18 casos de conversión. Este hallazgo sugiere que la conversión a cirugía abierta fue más frecuente en el grupo de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica de tipo tardía. Es importante analizar los factores que contribuyeron a esta diferencia en las tasas de conversión y si esta diferencia es estadísticamente significativa (43).

Implicaciones clínicas: La conversión a cirugía abierta se asocia a menudo con una estancia hospitalaria más larga, un mayor riesgo de complicaciones y una recuperación más lenta. Por lo tanto, es relevante considerar las implicaciones

clínicas de esta mayor tasa de conversión en el grupo de colecistectomía laparoscópica de tipo tardía (44).

En la literatura médica, se ha debatido ampliamente sobre el momento adecuado para realizar la colecistectomía en pacientes con colecistitis aguda. La decisión de realizar la colecistectomía inmediatamente después del diagnóstico o de manera tardía depende de varios factores, como la gravedad de la inflamación, la estabilidad del paciente y las condiciones anatómicas (45). Los resultados de este estudio sugieren que la colecistectomía laparoscópica inmediata puede estar asociada con una menor tasa de conversión a cirugía abierta en comparación con la colecistectomía laparoscópica de tipo tardía. Sin embargo, es importante destacar que otros factores, como la gravedad de la colecistitis y las comorbilidades del paciente, también deben ser considerados al tomar decisiones clínicas (46). Además, es esencial realizar un análisis estadístico adecuado para determinar la significación de estas diferencias en tasas de conversión.

Sobre la duración de la estancia hospitalaria: El análisis multivariado revela una asociación significativa entre las intervenciones de tipo tardío y una estancia hospitalaria superior a 3 días (47). El valor de p ($p: 0.05$) sugiere que esta asociación es estadísticamente significativa. El riesgo relativo ajustado (Rpa) de 2.13 con un intervalo de confianza (IC) de 1.76 a 3.01 indica que los pacientes sometidos a colecistectomía de tipo tardío tienen más del doble de probabilidades de experimentar una estancia hospitalaria superior a 3 días en comparación con los pacientes sometidos a colecistectomía de tipo inmediato (48).

La literatura existente respalda la idea de que la colecistectomía laparoscópica inmediata en pacientes con colecistitis aguda puede estar asociada con una estancia hospitalaria más corta en comparación con la colecistectomía tardía. Esto se debe a la menor inflamación y complicaciones en las primeras etapas de la colecistitis aguda, lo que permite una recuperación más rápida (49).

Presencia de complicaciones: Además, el análisis multivariado también muestra una relación significativa entre las intervenciones de tipo tardío y la presencia de complicaciones, como la conversión a cirugía abierta y la necesidad de drenaje posterior (50). El valor de p ($p: 0.04$) sugiere que esta asociación también es

estadísticamente significativa. El riesgo relativo ajustado (Rpa) de 3.12 con un intervalo de confianza (IC) de 1.88 a 3.54 indica que los pacientes sometidos a colecistectomía de tipo tardío tienen más de tres veces más probabilidades de experimentar complicaciones en comparación con los pacientes de tipo inmediato (51).

Estos hallazgos son consistentes con la literatura, que sugiere que la colecistectomía laparoscópica inmediata tiende a estar asociada con menos complicaciones en comparación con la colecistectomía tardía. Sin embargo, la elección del momento de la cirugía también depende de la gravedad de la colecistitis y de las comorbilidades del paciente, y se debe considerar cuidadosamente en cada caso (52).

En resumen, los resultados del análisis multivariado respaldan la idea de que la colecistectomía laparoscópica inmediata puede estar asociada con una estancia hospitalaria más corta y menos complicaciones en comparación con la colecistectomía de tipo tardío en pacientes con colecistitis aguda. Estos hallazgos pueden ser valiosos para guiar la toma de decisiones clínicas y mejorar la atención a los pacientes con esta condición. Sin embargo, es importante recordar que cada paciente es único y debe ser evaluado individualmente para determinar la mejor estrategia de tratamiento.

5, CONCLUSIONES:

- a) El proceso de colecistectomía tardía se asocia a una menor eficacia versus una colecistectomía inmediata, esto mediante la aparición de significancias para estancia hospitalaria superior a 3 días $p:0.05$, Rpa: 2.13 y IC: 1.76 – 3.01 y presencia de complicaciones como el proceso de conversión a cirugía abierta así como presencia de drenaje posterior $p:0.04$, Rpa: 3.12 y IC: 1.88 – 3.54.
- b) La media en cuanto a la edad para proceso de colecistectomía inmediata fue de 51.24^a mientras que para colecistectomía tardía fue de 52.01^a.
- c) Entre el 28 a 33.33% según el grupo seleccionado de los participantes su tiempo operatorio fue entre 1 a 3 horas.
- d) Se encontró mayor presencia estancia hospitalaria en más de 3 días en pacientes con colecistectomía tardía con un 41.33% versus un 17.33% en aquellos con colecistectomía inmediata.

5. RECOMENDACIONES

- a) Generar mayores estudios a futuro para generar de este modo una mayor cantidad de evidencia posible en beneficio del paciente.
- b) Informar al personal asistencial sobre las repercusiones o consecuencias según el tipo de procedimiento elegido para así minimizar riesgos en el paciente.

Referencias bibliográficas:

1. Cardozo-Arias Hernando Raúl, Verdecchia-Insfran Cynthia Patricia, Caballero Alejandro, Fretes Amanda, Portillo Gloria, Roa Gustavo. Complicaciones de la Colectomía Videolaparoscópica en Cirugías electivas Hospital Militar Central de las FFAA Servicio de Cirugía General. Periodo Enero 2019 a Junio del 2020. Cir. parag. [Internet]. 2020 Dic [citado 2021 Oct 14] ; 44(3): 18-21. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202020000300018&lng=es.
2. Yegros-Ortiz Carlos Darío, Velázquez-Caballero Victor Antonio, Ferreira-Bogado Miguel, Montiel-Alfonso Miguel Angel. Complicaciones de las colecistectomías videolaparoscópicas en adultos en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional - Itauguá. Cir. parag. [Internet]. 2021 Aug [cited 2021 Oct 14] ; 45(2): 29-34. Available from: http://scielopy.upao.elogim.com/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202021000200029&lng=en.
3. Roesch-Dietlen F, Pérez-Morales AG, Martínez-Fernández S, Díaz-Roesch F, Gómez-Delgado JA, Remes-Troche JM. Seguridad de la colecistectomía subtotal laparoscópica en colecistitis aguda. Experiencia en el sureste de México. Rev Gastroenterol Méx (Engl Ed). 2019;84(4):461–6.
4. Hegazy T., Soliman S. Early versus interval laparoscopic cholecystectomy for treatment of noncomplicated acute calculous cholecystitis. Egypt J Surg. 2018;37(4):543-548.
5. Gad EH, Ayoup E, Kamel Y, Zakareya T, Abbasy M, Nada A, et al. Surgical management of laparoscopic cholecystectomy (LC) related major bile duct injuries; predictors of short-and long-term outcomes in a tertiary Egyptian center- a retrospective cohort study. Ann Med Surg (Lond). 2018;36:219–30.
6. Battal M, Yazici P, Bostanci O, Karatepe O. Early surgical repair of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy: The sooner the better. Surg J. 2019;5(4):e154–8.
7. Arafa A., Khairy M., Amin M. Emergency versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Egypt J Surg. 2019; 38 (2):171–179.
8. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):55–72.
9. Ramos Loza C., Mendoza Lopez Videla J., Ponce Morales J. APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 14] ; 24(1): 19-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004&lng=es.
10. Yegros Ortiz Carlos Darío, Feltes Villalba Soel Carlos, Duarte Dahyana Beatriz, Fretes Oviedo Natalia Elizabeth. Aplicación de criterios de Tokio

- para el diagnóstico de colecistitis aguda en el Departamento de Urgencia Adultos del Hospital Nacional, Itauguá. *Rev. Nac. (Itauguá)* [Internet]. 2021 Jun [citado 2021 Oct 14]; 13(1): 31-40. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-81742021000100031&lng=es.
11. Claros N., Pinilla R., Feraudy I., Chambi C. Colecistectomía laparoscópica precoz vs. tardía en pacientes con colecistitis aguda. *Cuad. - Hosp. Clín.* [Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 14]; 58(2): 07-13. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762017000200002&lng=es.
 12. Jebakumar JS, Priya SS. Comparison of surgical outcomes in early and delayed cholecystectomy - in a tertiary care hospital. *J. Evolution Med. Dent. Sci.* 2020;9(31):2228-2232.
 13. Arslan Onuk ZA, Gündüz UR, Koç Ü, Kızılateş E, Gömceli İ, Akbaş SH, et al. Same-admission laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: the importance of 72 hours and oxidative stress markers. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2019;25(5):440–6.
 14. Claros-Beltrán N, Pinilla L. R, Rojas R. D, Vega C. A. Efectividad de la profilaxis antibiótica en pacientes con colecistitis aguda sometidos a colecistectomía laparoscópica. *Cuad. - Hosp. Clín.* [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 14]; 59(Especial): 15-21. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762018000300003&lng=es.
 15. Aamir J., Zaman T., Gull A. Comparison of Average Cost Between Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy In Acute Cholecystitis. *Indo Am. J. P. Sci.* 2019; 06[01]
 16. Yegros-Ortiz C., Acosta-López K., Montiel-Alfonso M., Ferreira-Bogado M. Manejo videolaparoscópico de la coledocolitiasis en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional - Itauguá. *Cir. parag.* [Internet]. 2021 Aug [cited 2021 Oct 14]; 45(2): 25-28. Available from: http://scielopy.upao.elogim.com/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202021000200025&lng=en.
 17. Ángel M., Díaz C., Aristizabal F., Turizo A., Molina I., Velásquez M., Isaza E., Ocampo M. Controversias En El Manejo De La Colecistitis Aguda tardía. *Rev Colomb Cir* 2019, 34, 364-371.
 18. Borzellino G, Khuri S, Pisano M, Mansour S, Allievi N, Ansaloni L, et al. Timing of early laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis revised: Protocol of a systematic review and meta-analysis of results. *World J Emerg Surg.* 2020;15(1):1.
 19. Borzellino G, Khuri S, Pisano M, Mansour S, Allievi N, Ansaloni L, et al. Timing of early laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *World J Emerg Surg.* 2021;16(1):16.
 20. Walayat S, Baig M, Puli SR. Early vs late cholecystectomy in mild gall stone pancreatitis: An updated meta-analysis and review of literature. *World J Clin Cases.* 2021;9(13):3038–47.

21. de'Angelis N, Catena F, Memeo R, Coccolini F, Martínez-Pérez A, Romeo OM, et al. 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. *World J Emerg Surg.* 2021;16(1):30.
- 22.- Google. Google Docs. 2021. [Internet]. [Citado 27 de febrero 2021]. Disponible en: <https://docs.google.com/document/u/0/>
- 23.- Leon Gordis. Epidemiología, Tercera edición. Baltimore, Maryland: El Sevier. 1996. [Citado 27 de febrero 2021] Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=BNt2XqFGILIC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- 24.-Abajo Francisco J. de. La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente?. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2001 Oct [Citado 27 de febrero 2021] ; 75(5): 407-420. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000500002&lng=es.
- 25.-Colegio Médico del Perú. Comité de Ética y Deontología. [Internet]. [Citado 27 de febrero 2021]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/comite-de-vigilancia-etica-y-deontologica/>
26. Rojas-Seminario L. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PRECOZ Y RETARDADA EN COLECISTITIS AGUDA HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA. [Tesis de Grado]. Internet]. 2018 Oct [Citado 27 de febrero 2021]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/1312/Rojas_lf.pdf;jsessionid=D81257F5A8FB5F61849D474BD7CE0ABF?sequence=1
28. 4.Roulin D, Saadi A, Di Mare L, Demartines N, Hlakis N.Colecistectomía temprana versus tardía para la colecistitis aguda ¿Son las 72 horas todavía la regla?. *Annals of Surgery.* [Internet]. 2019. [citado el 16 de Oct. de 2023]; 264(5): pp.717-722. Disponible en: http://journals.lww.com/annalsurgery/Abstract/2016/11000/Early_Versus_Delayed_Cholecystectomy_for_Acute.6.aspx
29. Wu X, Tian X, Lium M, Wu L, Zhao L.Meta-análisis comparativo de colecistectomía laparoscópica temprana versus tardía para la colecistitis

- aguda. *The British Journal of Surgery*. [Internet]. 2018. [citado el 16 de Oct. de 2023]; 102(11): pp.1302-1313. Disponible en: https://www.epistemonikos.org/es/documents/8ae64505c4a7743550d87426c0c0b724bfe14ad8?doc_lang=en
30. Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis [Internet]. México DF, México: Instituto Mexicano del Seguro Social [citado el 12 de Oct. De 2023]. Disponible en: <http://www.cenetecdifusion.com/CMGPC/IMSS-237-09/ER.pdf>
31. Gurusamy K, Koti R, Fusai G, Davidson B. Colectomía laparoscópica temprana versus tardía para los cólicos biliares no complicados. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2019. [citado el 03 de Oct. de 2023]; 10(6). Disponible en: https://www.epistemonikos.org/es/documents/e0369060f7bd0d71a4cb25ec3d848180a72fdff6?doc_lang=en
32. Kossovich MA, Khrustaleva MV, Godzhello EA, Mayorova YB, Leontyeva MS. Optimal dates of surgery for acute calculous cholecystitis. [Article in Russian] *Khirurgiia (Mosk)* 2020; 56– 60.
33. Lunevicius R. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: a classification, which encompasses the variants, technical modalities, and extent of resection of the gallbladder. *Ann R Coll Surg Engl* 2020; 102:315–7.
34. Sarda D, Garg P. Retrospective analysis of complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a hospital based study. *J Adv Med Dent Scie Res*. 2018; 6:40-42
35. Harry A. Reporting of complications after laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *HPB* 2018; 20 786–794.
36. Lunevicius R. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: a classification, which encompasses the variants, technical modalities, and extent of resection of the gallbladder. *Ann R Coll Surg Engl* 2020; 102:315–7.
37. Lyu Y, Cheng Y, Wang B, Zhao S, Chen L. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: an up-to-date metaanalysis of randomized controlled trials. *Surg Endosc*. 2021; 32 (12):4728–41.
38. Amreek F. Retrospective Analysis of Complications Associated with Laparoscopic Cholecystectomy for Symptomatic Gallstones. *Cureus* 2019; 11(7): 5152.

39. Angarita F, Acuña S, Jiménez C, Garay J, Gómez D, Domínguez C. Colecistitis calculosa aguda. *Revista Colombiana de Cirugía* [Internet]. 2019, Sep. [citado el 07 de Oct. de 2023];51(3): pp.301-319. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/download/16005/12811>.
40. Sarda D, Garg P. Retrospective analysis of complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a hospital based study. *J Adv Med Dent Scie Res*. 2018; 6:40-42
41. Al Masri S, Shaib Y, Edelbi M, et al: Predicting conversion from laparoscopic to open cholecystectomy: a single institution retrospective study. *World J Surg*. 2018, 42:2373-2382.
42. Motta G, Uscanga M. Puntos clínicos de Murphy, Mc Burney y Giordano: Valor actual y su correlación con la ultrasonografía. *Anales de la Radiología de México* [Internet]. 2018, Feb. [citado el 02 de Oct. De 2023]; 2(1): pp. 409-416. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2002/arm022d.pdf>
43. Stinton LM, Shaffer E a. Epidemiology of gallbladder disease: Cholelithiasis and cancer. *Gut Liver*. 2019;6(2):172–87.
44. Lamberts MP, Lugtenberg M, Rovers MM, Roukema AJ, Drenth JPH, Westert GP, et al. Persistent and de novo symptoms after cholecystectomy: A systematic review of cholecystectomy effectiveness. *Surg. Endosc. Other Interv. Tech*. 2018;27:709–18.
45. Kum C, Eypasch E, Lefering R, Paul A, Neugebauer E, Troidl H. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is it really safe? *World J Surg*. 2003;20:43–9.
46. Brazzelli M, Cruickshank M, Kilonzo M, Ahmed I, Stewart F, McNamee P, et al. Systematic review of the clinical and cost effectiveness of cholecystectomy versus observation/conservative management for uncomplicated symptomatic gallstones or cholecystitis. *Surg. Endosc*. 2019;29:637–47.
47. Organization for Economic Co-operation and Development. Health Care Utilisation: Surgical procedures (shortlist) [Internet]. 2010 [Accedido 26-10-2023]. Disponible en: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30167>

48. Organization for Economic Co-operation and Development. Health Care Utilisation: Surgical procedures (shortlist) [Internet]. 2019 [Accedido 26-10-2023]. Disponible en: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30167>
49. Organization for Economic Co-operation and Development. Health Care Utilisation: Surgical procedures (shortlist) [Internet]. 2019 [Accedido 26-10-2023]. Disponible en: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30167>
50. UK Department of Health. Reference costs 2011-19 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213060/2011-12-reference-costs-publication.pdf
51. Kossovich MA, Khrustaleva MV, Godzhello EA, Mayorova YB, Leontyeva MS. Optimal dates of surgery for acute calculous cholecystitis. [Article in Russian] *Khirurgiia (Mosk)* 2020; 56– 60.
52. Sarda D, Garg P. Retrospective analysis of complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a hospital based study. *J Adv Med Dent Scie Res.* 2018; 6:40-42

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

EFFECTIVIDAD DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA INMEDIATA VERSUS TARDIA EN COLECISTITIS AGUDA EN HOSPITALES DE PIURA 2018-2020.

1.- GENERALIDADES

EDAD: _____AÑOS CUMPLIDOS

SEXO: () M () F

SEDE: () HJCH. () HJRD. () HSR

2.- CARACTERISTICAS PROCESO QUIRURGICO

TIPO DE CIRUGIA: () INMEDIATA. () TARDIA

TIEMPO DE CIRUGIA:
() MENOS DE UNA HORA () 1 A 3 HORAS () MAS DE 3 HORAS

ESTANCIA HOSPITALARIA
() 1 DIA () 2 A 3 DIAS () MAS DE 3 DIAS

COMPLICACIONES PRESENTADAS
() NINGUNA () CEROMA () COLOCACION DREN () ESTENOSIS

CONVERSION:
() SI () NO