

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



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo

Línea de Investigación:

Cirugía

Autor:

Mendocilla Díaz, Natalia Mariceth

Jurado Evaluador:

Presidente: Moreno Lázaro, Alberto De La Rosa

Secretario: Caballero Alvarado, José Antonio

Vocal: Bustamante Cabrejo, Alexander David

Asesor:

Espinoza Llerena, Roberto José Manuel

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2137-8005>

Trujillo – Perú

2024

Fecha de sustentación: 17/04/2024

Colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

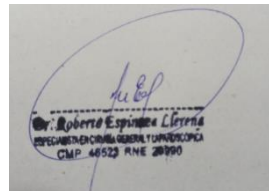
9% INDICE DE SIMILITUD	9% FUENTES DE INTERNET	0% PUBLICACIONES	6% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%

Excluir citas Apagado
Excluir bibliografía Apagado

Excluir coincidencias < 3%



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

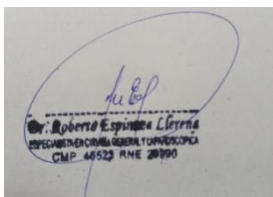
Yo, Espinoza Llerena Roberto José Manuel, docente del Programa de Estudio de Pregrado de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada “Colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo”, del autor Mendocilla Díaz Natalia Mariceth, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 9 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el día 18 de abril del 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte de la tesis “Colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo” y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Ciudad y fecha: Trujillo, 18 de abril del 2024

ASESOR

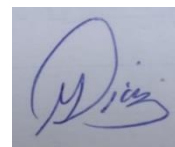
Dr. Espinoza Llerena Roberto José M.
DNI: 41433382
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0697-0852>
FIRMA:



Dr. Roberto Espinoza Llerena
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
C.M.P. 46523 R.N.E. 28990

AUTOR

Mendocilla Díaz Natalia Mariceth
DNI: 45598983
FIRMA:



DEDICATORIA

A ustedes que merecen todo mi amor y respeto...

Les dedico este trabajo que fue forjado a base de mucho esfuerzo, sacrificio y dedicación, se los dedico a ustedes, mi familia, que son mi motivo y la fuerza que necesito cada día para cumplir mis objetivos, porque cuando más necesité de ustedes, siempre estuvieron allí presentes en cada momento para levantarme, sin ustedes nada de este esfuerzo hubiera valido tanto como lo vale ahora.

Se los dedico porque me demostraron que unidos somos los mejores, somos un equipo que resalta los valores como la perseverancia, responsabilidad y la humildad, valores que llevaré siempre conmigo a donde quiera que esté. Me enseñaron que, si permanecemos todos unidos, cualquier cosa u objetivo se puede lograr por más difícil que sea el camino.

Les dedico este trabajo y cada logro que llegue a alcanzar.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, a su hijo Jesucristo y a su madre la Virgen María, por la voluntad y fuerza tanto intelectual, moral como también espiritual que me dieron en todo momento de esta larga travesía en mi carrera profesional, sin ellos nada de lo conseguido hasta ahora hubiera sido posible. Gracias por permitirme llegar hasta aquí.

A mi madre hermosa que siempre estuvo ahí conmigo ayudándome en cada paso que daba, dándome aliento y fuerzas, cuidándome como solo ella puede hacerlo, gracias por enseñarme a tener un gran corazón como tú lo tienes. Gracias por todo el sacrificio que hiciste para poder lograr el objetivo, que Dios me brinde las fuerzas y el tiempo para recompensártelo.

A mi esposo que siempre confió en mí y estuvo a mi lado en cada momento, gracias por el apoyo incondicional y por reconfortarme en mis peores momentos, por siempre darme ánimos y ayudarme a levantar cada vez que caía, tus palabras y tus acciones demuestran día a día el buen hombre que eres. Gracias por estar aquí conmigo.

A mis hijos Dayiro y Anahí, gracias por ser el motor en mi vida, la fuerza que me impulsa a seguir adelante, cada paso que doy lo hago pensando en ustedes. Gracias por los maravillosos días que me regalan, los amo mucho.

A mi hermana Anabell y mi cuñado Jhon, gracias por ser ese apoyo incondicional en todas las circunstancias de mi vida. Gracias por siempre estar para mí y por demostrarme que cuento con ustedes. Gracias por alegrarse con cada uno de mis triunfos y reconfortarme en mis fracasos. Gracias por ser como son.

A mi amada mamá Julia, gracias por cuidarme y guiarme desde el cielo, aún tengo presente en mis días tus consejos, tus palabras, tu infinito amor hacia nosotros. Gracias por haber sido mi segunda madre.

Y por último y no menos importante gracias a mí, porque a pesar de lo largo que fue el camino, no permití que mis sueños se apagaran, ¿fue difícil? Claro que lo fue; pero valió cada segundo.

ÍNDICE

CONTENIDO

CARÁTULA.....	1
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
MARCO TEÓRICO.....	14
MATERIAL Y MÉTODO.....	16
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS.....	32

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existen diferencias en los resultados intra y postoperatorios entre la colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Material y métodos: El estudio fue analítico, de cohortes que incluyó a 196 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, que siguió criterios de selección divididos según la intervención temprana o tardía, se calculó el chi cuadrado y el estadígrafo riesgo relativo.

Resultados: No se hallaron diferencias significativas respecto al promedio de edad ni a las frecuencias de género, diabetes y leucocitosis entre los pacientes con exposición a la colecistectomía temprana o tardía ($p > 0.05$), las complicaciones postoperatorias tuvieron una frecuencia significativa menor en el grupo expuestos a colecistectomía temprana respecto a la tardía ($p < 0.05$), la frecuencia de estancia hospitalaria prolongada fue significativamente menor en el grupo expuestos a colecistectomía temprana respecto a la tardía ($p < 0.05$), la frecuencia de conversión a cirugía abierta fue significativamente menor en el grupo expuestos a colecistectomía temprana respecto a la tardía ($p < 0.05$).

Conclusión: existen diferencias en los resultados intra y postoperatorios entre la colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Palabras claves: *resultados intra y postoperatorios, colecistectomía laparoscópica tardía, colecistectomía laparoscópica temprana.*

ABSTRACT

Objective: To determine if there are differences in intra- and postoperative results between late laparoscopic cholecystectomy compared to early laparoscopic cholecystectomy in patients at the Regional Teaching Hospital of Trujillo.

Material and methods: The study was analytical, cohort that included 196 patients with a diagnosis of acute cholecystitis, which followed selection criteria divided according to early or late intervention, the chi square and the relative risk statistic were calculated.

Results: No significant differences were found regarding the average age or the frequencies of gender, diabetes, leukocytosis, hypercholesterolemia and anemia between patients exposed to early or late cholecystectomy ($p>0.05$), postoperative complications had a significant frequency lower in the group exposed to early cholecystectomy compared to late cholecystectomy ($p<0.05$), the frequency of prolonged hospital stay was significantly lower in the group exposed to early cholecystectomy compared to late cholecystectomy ($p<0.05$), the frequency of conversion to surgery open was significantly lower in the group exposed to early cholecystectomy compared to the late one ($p<0.05$).

Conclusion: there are differences in intra- and postoperative results between late laparoscopic cholecystectomy compared to early laparoscopic cholecystectomy in patients at the Regional Teaching Hospital of Trujillo.

Keywords: *intra- and postoperative results, late laparoscopic cholecystectomy, early laparoscopic cholecystectomy.*

I. INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda es una enfermedad aguda más frecuente en cirugía hepatobiliar y una de las enfermedades más comunes en el tracto digestivo en cirugía en general; con el envejecimiento, la incidencia aumenta del 4% en la tercera década al 27% en la séptima década de la vida (1). Se cree que al menos el 20% de la población humana tiene colelitiasis, pero en los países más desarrollados del mundo este porcentaje es mayor. Se estima que hay unos 20 millones de personas en los Estados Unidos que sufren de colelitiasis en donde anualmente se realizan unas 500 000 colecistectomías. El 50% de las litiasis biliares son asintomáticas y se detectan de forma accidental; después del primer episodio de colecistitis aguda, el riesgo anual de cálculos biliares y sus complicaciones pueden aumentar hasta un 30% (2).

Esta enfermedad es mucho más común en áreas donde la dieta es rica en grasas y alta en calorías, ello propicia a que la incidencia de la enfermedad aumenta con la edad, las mujeres en edad fértil tienen más probabilidades de sufrir que los hombres (1.5-3.0 : 1) (3). Existen varios factores que, en mayor o menor medida, están presentes actuando a nivel genético, correlacionándose con las características individuales del paciente (4) (5).

La colecistitis aguda es una de las enfermedades agudas más significativas en el mundo occidental, y puede estar asociado solo con dolor leve y náuseas o convertirse en una enfermedad grave y potencialmente mortal debido a sus complicaciones (6). La colecistitis aguda es causada principalmente por cálculos biliares, mientras que la colestasis se asocia principalmente con súper infección con bacterias, en general especies de enterobacterias, enterococos, bacteroides y estreptococos anaerobios (7).

La principal complicación de la colecistitis aguda es la perforación de la vesícula biliar, que ocurre cuando la inflamación se extiende a través de la pared de la vesícula biliar, causando una fuga de los contenidos en la cavidad abdominal.

Esto puede causar una grave infección abdominal que puede ser potencialmente mortal si no se trata adecuadamente.

Otras complicaciones incluyen la formación de abscesos en la vesícula biliar, colecistitis crónica (infección que se desarrolla lentamente), colangitis aguda (inflamación de los conductos biliares) y pancreatitis (inflamación del páncreas). Si la inflamación de la vesícula biliar no se trata adecuadamente, puede provocar complicaciones graves.

La colecistitis aguda comúnmente se trata con la cirugía para extirpar la vesícula biliar. Esta cirugía se realiza para evitar complicaciones graves como la perforación de la vesícula biliar. La cirugía también se recomienda para los pacientes con diagnóstico de cálculos biliares para reducir el riesgo de recurrencia de la colecistitis aguda (8) .

El manejo de los pacientes con cálculos biliares se ha revolucionado durante la última década con la introducción y evolución de la colecistectomía laparoscópica, esta técnica fue realizada por primera vez por Philippe Mouret en Lyon, Francia en 1987 y fue desarrollado y difundido entre todos los cirujanos generales a nivel mundial (9). La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el estándar de oro en el tratamiento de colelitiasis sintomática (10).

La colecistectomía laparoscópica temprana, realizada dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas, ofrece ventajas en comparación con la colecistectomía laparoscópica tardía, que se realiza de 6 a 12 semanas después. Los beneficios de la intervención temprana incluyen mejoras tanto médicas como socioeconómicas, tales como una menor duración de la estancia hospitalaria y posiblemente una reducción en las complicaciones posoperatorias y las tasas de conversión a cirugía abierta. Los metanálisis de estudios clínicos aleatorios sugieren que este enfoque debe ser preferido (11) (12)

El riesgo de desarrollar episodios posteriores de colecistitis aguda es mayor que el riesgo de sufrir un primer episodio, en este sentido existe controversia

en relación a si la colecistectomía laparoscópica debe ser realizada inmediatamente o después de administrar tratamiento analgésico y antibiótico para permitir que la condición aguda disminuya de intensidad (13).

En años anteriores, la colecistitis aguda se considerada como una contraindicación relativa para la colecistectomía laparoscópica debido a los cambios inflamatorios que deterioran la calidad del tejido y dificultan la visualización precisa de las estructuras anatómicas, los avances han ido acompañados de mejoras en el rendimiento quirúrgico, la laparoscopia se ha convertido en el tratamiento de primera línea de la colecistitis crónica con colelitiasis, y con el tiempo las indicaciones se amplían y actualmente la inflamación aguda de la vesícula biliar también se resuelve por laparoscopia (14). La morbimortalidad reportada en pacientes de alto riesgo con colecistitis aguda sigue siendo alta, una pregunta que queda sin resolver es si existe un período de tiempo óptimo cuando hacer efectiva la indicación de colecistectomía laparoscópica (15).

Goran J, et al (Arabia, 2020); realizaron un estudio con el objetivo de evaluar si la colecistectomía laparoscópica temprana o tardía es el método de elección para tratar la colecistitis aguda; en un diseño de cohortes en una muestra de 84 pacientes; los pacientes fueron agrupados en un grupo designado para colecistectomía laparoscópica dentro de las 72 horas posteriores a la admisión (42 pacientes) y otro grupo designado para tratamiento conservador inicial seguido de un intervalo diferido de 6 a 12 semanas hasta la cirugía (42 pacientes); se encontró que los pacientes del grupo temprano tuvieron tiempos de hospitalización más cortos (un promedio de 2,8 días y 5,6 días en el grupo tardío de pacientes), un menor porcentaje de conversiones (4,8% en el precoz y 16,7 en el tardío) ($p < 0.05$); concluyendo que la intervención temprana se asocia a una mejor evolución (16).

Rahul C, et al (India, 2018); realizaron un estudio con el objetivo de comparar el resultado y complicaciones posoperatorias de la colecistectomía laparoscópica temprana versus tardía en la colecistitis aguda; en un diseño de

cohortes en una muestra de cincuenta pacientes de 18 a 64 años con colecistitis aguda ingresados para colecistectomía laparoscópica; se dividieron en dos grupos, temprano (menos de 72 horas) y tardío (más de 72 horas hasta 6 semanas), los pacientes fueron seguidos durante tres meses después de la cirugía. La conversión a colecistectomía abierta ($p = 0,007$) y las complicaciones postoperatorias ($p = 0,032$) fueron significativamente menores en el grupo de colecistectomía laparoscópica temprana en comparación con colecistectomía laparoscópica tardía. La media de días de estancia hospitalaria (4,9 vs 7,4 con $p = 0,001$) y media de días de reincorporación a la actividad plena (12,6 vs 16,3 días con $p = 0,001$) fue significativamente menor en el grupo de cirugía laparoscópica temprana en comparación con la cirugía laparoscópica tardía. La frecuencia de complicación en el grupo de colecistectomía temprana fue de 3% mientras que en el grupo de colecistectomía tardía fue de 25%; La frecuencia de conversión de técnica en el grupo de colecistectomía temprana fue de 0% mientras que en el grupo de colecistectomía tardía fue de 25%; concluyendo que la intervención temprana se asocia a una mejor evolución (17).

Qi S, et al (China, 2023); realizaron un estudio con el objetivo de comparar el efecto de la colecistectomía laparoscópica temprana o retrasada en los resultados postoperatorios, por medio de una revisión sistemática en 3 bases de datos PubMed, EMBASE y la Biblioteca Cochrane; en un total de 7 estudios, incluidos 5 estudios controlados aleatorios y 2 estudios retrospectivos, involucraron una muestra total de 711 pacientes, la tasa de conversión fue menor para colecistectomía temprana (RR 0,38; IC 95%: 0,19 a 0,74; $p = 0,005$); la colecistectomía temprana resultó en menos complicaciones (RR 0,48, IC 95% 0,29 a 0,79, $p = 0,004$); concluyendo que la intervención temprana se asocia a mejores resultados (18).

Zahid M, et al (Arabia, 2020); realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los resultados de la terapia temprana frente a la tardía en pacientes con colecistectomía para la colecistitis aguda del paciente; en un estudio prospectivo aleatorizado en 70 pacientes con colecistitis aguda fueron

aleatorizados prospectivamente a una cirugía laparoscópica temprana (n=35) o un grupo de colecistectomía laparoscópica diferida (n=35). Se reclutaron un total de 70 pacientes, 35 pacientes en cada grupo. No existieron diferencias significativas en las tasas de conversión (temprana, 8,57% vs tardía, 5,71%) y complicaciones postoperatorias (temprana, 25% vs tardía, 20%). A el costo de un mayor tiempo de operación (temprana, 81 minutos vs tardía, 78 minutos) y pérdida de sangre (temprana, 180,33ml vs tardía, 108,00 ml), la colecistectomía laparoscópica temprana acortó significativamente la estancia hospitalaria total (temprana, 1,5 días vs. retrasado, 7,95 días); concluyendo que la intervención temprana se asocia a mejores resultados (19).

Suttinee S, et al (Reino Unido, 2020); realizaron un estudio con el objetivo de comparar las tasas de complicaciones (lesión del conducto biliar, infección del sitio quirúrgico y colección intraabdominal) y tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica temprana versus tardía para el manejo de la colecistitis aguda. En un diseño de cohortes en 170 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda en 76 pacientes en el grupo de CP temprana y 94 pacientes en el grupo de CP tardía. No ese evidencio diferencia significativa entre CL precoz y CL tardía en cuanto a lesión de vía biliar (1,3% vs 1,1%, p = 0,88), infección del sitio quirúrgico (3,9% vs 1,1%, p = 0,326), colección intraabdominal (2,6% vs 0%, p = 0,198), tiempo operatorio (92 minutos vs 86 minutos, p = 0,318) y tasa de conversión (14,5% vs 5,3%, p = 0,63). La duración media de la estancia hospitalaria postoperatoria fue más prolongada en el grupo de CL tardía (6 días frente a 3 días). días, p = 0,001); concluyendo que la colecistectomía temprana se asocia a mejores resultados (20).

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Enunciado del Problema

¿Existen diferencias en los resultados intra y postoperatorios entre la colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo?

2.2 Objetivos

Objetivos generales:

Determinar si existen diferencias en los resultados intra y postoperatorios entre la colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo

Objetivos específicos:

Comparar la frecuencia de complicaciones intra y postoperatorias entre pacientes expuestos a colecistectomía temprana o tardía.

Comparar la frecuencia de estancia hospitalaria prolongada entre pacientes expuestos a colecistectomía temprana o tardía.

Comparar la frecuencia de conversión de técnica entre pacientes expuestos a colecistectomía temprana o tardía.

2.3 Justificación:

La colecistectomía laparoscópica es una intervención quirúrgica realizada con frecuencia en los servicios de cirugía, por considerarse en la actualidad el manejo operatorio de primera línea en pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, sin embargo a la fecha existen reportes diversos en relación con los beneficios de este procedimiento en función del tiempo en que son aplicados desde el inicio de los síntomas, en este sentido interesa realizar la comparación entre los resultados intra y postoperatorios tales como complicaciones, necesidad de conversión de técnica y estancia hospitalaria prolongada entre grupos de pacientes expuestos a cirugía laparoscópica en forma temprana o tardía, para aclarar la indicación respecto al momento más oportuno para aplicar esta estrategia terapéutica, en vista de que no existen estudios similares en nuestra realidad poblacional es que nos proponemos llevar a cabo la presente investigación.

2.4 Hipótesis:

Hipótesis alterna (Ha):

Existen diferencias en los resultados intra y postoperatorios entre la colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo

Hipótesis nula (Ho):

No existen diferencias en los resultados intra y postoperatorios entre la colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño de estudio:

Observacional, analítico, retrospectivo de cohortes.

P	NR	G1	O ₁
		G2	O ₁

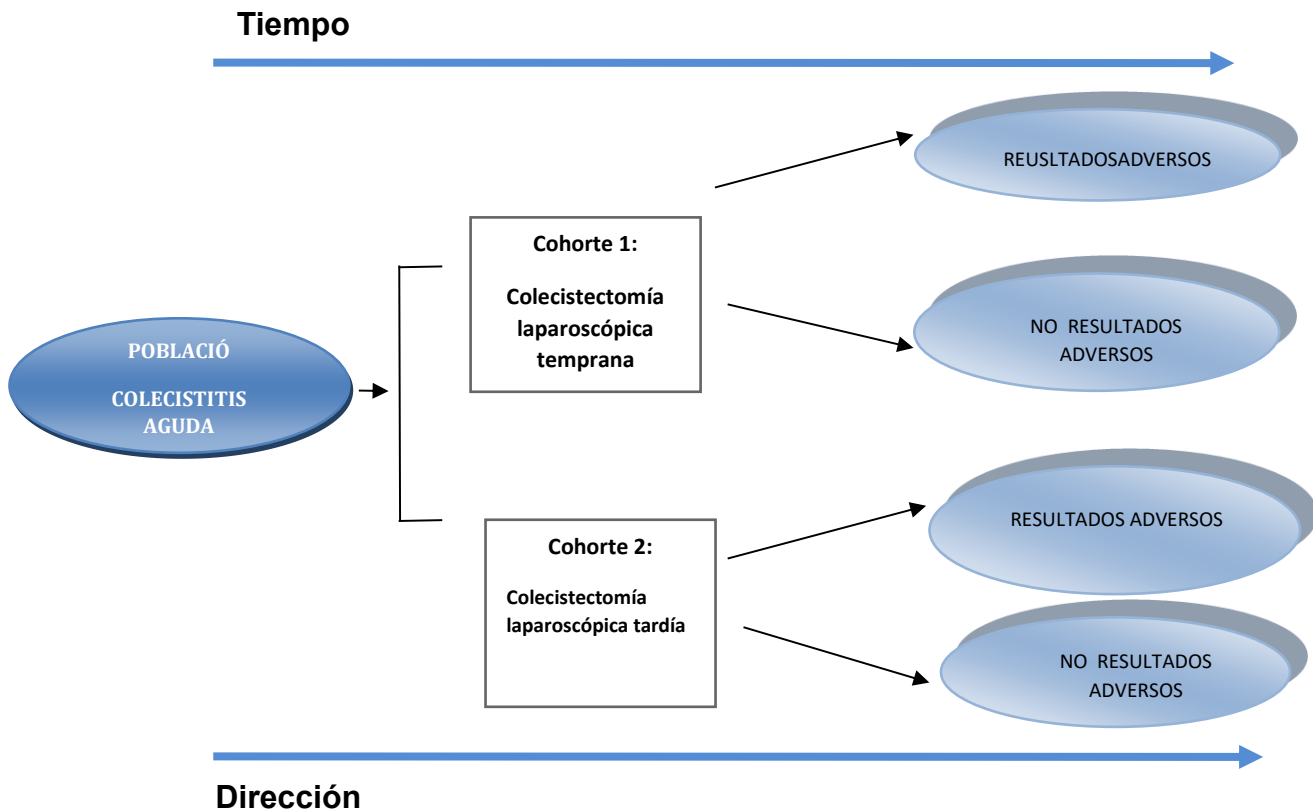
P: Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda

G1: Colecistectomía laparoscópica temprana

G2: Colecistectomía laparoscópica tardía

O₁: resultados intra y postoperatorios

ESQUEMA DEL DISEÑO



3.2 Población, muestra y muestreo:

Población:

Población diana o Universo:

Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda (verificado en el sistema informático por el código CIE 10 correspondiente); que se atendieron en el Servicio de Cirugía General del “Hospital Regional Docente de Trujillo” durante el periodo 2016 – 2022.

Población de estudio:

Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda que se atendieron en el Servicio de Cirugía General del “Hospital Regional Docente de Trujillo” durante el periodo 2016 – 2022; que cumplan los criterios de selección.

Muestra:

Unidad de análisis:

Historias clínicas de los pacientes.

Unidad de muestreo:

Historias clínicas de los pacientes que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección:

➤ Criterios de Inclusión (cohorte 1):

- Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda
- Pacientes expuestos a colecistectomía laparoscópica temprana
- Pacientes mayores de 15 años
- Pacientes de ambos sexos

➤ Criterios de Inclusión (cohorte 2):

- Pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda
- Pacientes expuestos a colecistectomía laparoscópica tardía

- Pacientes mayores de 15 años
- Pacientes de ambos sexos

➤ **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con ascitis
- Pacientes con colecistitis aguda grado III
- Pacientes con obesidad mórbida
- Pacientes con neoplasia de vías biliares
- Pacientes con historias clínicas completas

Tamaño muestral:

Se utilizó la siguiente formula (21) :

$$n = \frac{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}{(p_1 - p_2)^2} * (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$$

Dónde:

p_1 = Proporción del grupo expuesto que desarrollaron resultados adversos

P^2 = Proporción del grupo no expuesto que desarrollaron resultados adversos

n = Número de casos

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ para $\alpha = 0.05$

$Z_{\beta} = 0,84$ para $\beta = 0.20$

$P_1 = 0.03$

$P_2 = 0.25$

Rahul C, et al (India, 2018); encontró que la frecuencia de complicación en el grupo de colecistectomía temprana fue de 3% mientras que en el grupo de colecistectomía tardía fue de 25% (17).

En reemplazo de los valores, se obtiene:

$$n = 98$$

COHORTE 1: (CL temprana) = 98 pacientes

COHORTE 2: (CL tardía) = 98 pacientes.

3.3 Definición operacional de variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
Tiempo de intervención	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	Colecistectomía temprana Colecistectomía tardía
DEPENDIENTE				
Resultados intra y postoperatorios	Cualitativa	Nominal	Complicaciones Estancia hospitalaria prolongada Conversión de técnica	Si – No
INTERVINIENTES				
Edad	Cuantitativa	Discreta	Fecha de nacimiento	Años
Genero	Cualitativa	Nominal	Fenotipo	Masculino - Femenino
Diabetes mellitus	Cualitativa	Nominal	Glucemia	Si – No
Leucocitosis	Cualitativa	Nominal	Hemograma	Si – No

Definiciones operacionales

Resultados intra y postoperatorios: Se incluirán: complicaciones (infección de sitio operatorio, sangrado intraoperatorio); estancia hospitalaria prolongado y conversión a cirugía abierta (17).

Complicaciones: se incluirá a la infección de sitio operatorio y el sangrado intraoperatorio (21).

Estancia hospitalaria prolongada: corresponde a una estancia mayor a 3 días (17).

Conversión de técnica: necesidad de cambiar de una técnica laparoscópica a una técnica convencional o abierta (17).

Colecistectomía temprana: Aquella intervención practicada en los primeros 3 días desde el inicio de síntomas (19).

Colecistectomía tardía: Aquella intervención practicada después de 3 días desde el inicio de síntomas (19).

3.4 Procedimientos y técnicas

Ingresaron al estudio los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda (verificado en el sistema informático por el código CIE 10 correspondiente); atendidos en el Servicio de Cirugía General del “Hospital Regional Docente de Trujillo” durante el periodo 2016 – 2022, hasta el alta hospitalaria; se solicitó un permiso y consentimiento al director de dicho hospital.

Se acudió a la oficina de datos estadísticos para seleccionar la cantidad de historias clínicas de interés, y luego al archivo a fin de revisarlas en físico; considerándose el tiempo de inicio de los síntomas hasta el momento del alta hospitalaria a fin de identificar a los pacientes de cada grupo.

Recolección de data necesaria para la identificación de los resultados intra y postoperatorios; asimismo, se registró la información correspondiente a las variables que intervienen (Ver Anexo 1).

3.5 Plan de análisis: Empleo del programa estadístico SPSS V 26.0.

Estadística Descriptiva:

Cálculo de las frecuencia relativas y absolutas para variables cualitativas y los promedios para variables cuantitativas.

Estadística Analítica:

Se realizó el cálculo de la prueba chi cuadrado, se consideró significancia un valor del azar menor a 5%.

Estadígrafo:

Se consiguió el riesgo relativo y se calculó el intervalo de confianza al 95% gracias al análisis multivariado a través de la regresión logística.

3.6 Aspectos éticos:

El comité de Ética de la Universidad nos dio su aprobación, asimismo se mantuvieron los datos de confidencialidad según lo aprobado en la declaración de Helsinki I (22), y Ley General de Salud (23)

3.7 Limitaciones:

Por tratarse de un estudio retrospectivo, la limitante fue al momento de realizar la precisión de ciertas variables respecto de algunos pacientes, ya que sus historias clínicas no tenían una elaboración precisa.

IV.- RESULTADOS

Tabla N° 01: Características de pacientes con colecistitis aguda atendidos en el Servicio de Cirugía General del “Hospital Regional Docente de Trujillo” durante el periodo 2016 – 2022:

Variables intervinientes	Colecistectomía temprana (n=98)	Colecistectomía tardía (n=98)	RR (IC 95%)	Valor p
Edad:	44.2 +/- 8.6	43.3 +/- 9.4	NA	0.34
Sexo:				
Femenino	58 (59%)	53 (54%)	RR : 1.1	0.68
Masculino	40 (41%)	45 (46%)	(IC 95% 0.7 – 1.6)	
Diabetes:				
Si	13 (13%)	10 (10%)	RR 1.3	0.74
No	85 (87%)	88 (90%)	(IC 95% 0. – 1.8)	
Leucocitosis:				
Si	27 (28%)	22 (22%)	RR 1.2	0.67
No	71 (72%)	76 (78%)	(IC 95% 0.8 – 1.8)	

FUENTE: Hospital Regional Docente de Trujillo- Fichas de recolección: 2016 - 2022.

Tabla N° 02: Resultados intra y postoperatorios en colecistectomía laparoscópica temprana versus tardía en pacientes con colecistitis aguda del Hospital Regional Docente de Trujillo periodo 2016 – 2022:

Resultados intra y postoperatorios	Colecistectomía temprana (n=98)	Colecistectomía tardía (n=98)	RR (IC 95%)	Valor p
Complicaciones:				
Si	5 (5%)	16 (16%)	RR : 0.31	0.011
No	93 (95%)	82 (84%)	(IC 95% 0.1 – 0.8)	
Estancia hospitalaria prolongada:				
Si	3 (3%)	12 (12%)	RR 0.25	0.015
No	95 (97%)	86 (88%)	(IC 95% 0.1 – 0.7)	
Conversión de técnica:				
Si	4 (4%)	14 (14%)	RR 0.28	0.013
No	94 (96%)	84 (86%)	(IC 95% 0.1 – 0.8)	

FUENTE: Hospital Regional Docente de Trujillo- Fichas de recolección: 2016 - 2022.

V. DISCUSIÓN

En años anteriores, la colecistitis aguda era considerada como una contraindicación relativa para la colecistectomía laparoscópica debido a los cambios inflamatorios que deterioran la calidad del tejido y dificultan la visualización precisa de las estructuras anatómicas (14).

La colecistectomía laparoscópica temprana por lo general se realiza cuando la inflamación local persiste y plantea preocupaciones sobre el aumento en el riesgo de las complicaciones intraoperatorias¹³. Alternativamente, la colecistectomía laparoscópica tardía es aquella que se practica de forma retrasada cuando se resuelve la inflamación aguda^{14,15}.

Se estudiaron a 196 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, divididos en 2 grupos; 98 expuestos a colecistectomía laparoscópica temprana y 98 expuestos a colecistectomía tardía en el periodo del 2016 al 2022, al realizar una comparación entre las variables intervinientes como edad, género, diabetes, leucocitosis, no se verifican diferencias significativas entre ellas; estos hallazgos son similares a lo reportado por; Qi S (18), et al en China en el 2023 y Goran J (16), et al en Arabia en el 2020; pues ellos tampoco registraron diferencias respecto de las variables edad y género entre los pacientes con exposición a la colecistectomía laparoscópica temprana o tardía.

Al comparar los resultados intra y postoperatorios entre los tipos de colecistectomía según el momento de intervención; encontrando que la colecistectomía temprana estuvo asociada a una menor frecuencia de complicaciones, menor frecuencia de estancia hospitalaria prolongada y menor frecuencia de conversión de técnica quirúrgica, en relación a la colecistectomía tardía; con riesgos relativos de 0.31; 0.25 y 0.28 respectivamente los cuales fueron significativos; lo hallado se condice a lo expuesto por Qi S, et al en China en el 2023 quienes compararon el efecto de la colecistectomía laparoscópica temprana o retrasada en los resultados postoperatorios, en un total de 7 estudios con un total de 711 pacientes, se encontró que la tasa de conversión

fue menor para colecistectomía temprana (RR 0,38; IC 95%: 0,19 a 0,74; $p = 0,005$); la colecistectomía temprana resulto en menos complicaciones (RR 0,48, IC 95% 0,29 a 0,79, $p = 0,004$) (18).

De igual forma, se verifican hallazgos concordantes a lo expuesto por Suttinee S, et al en Reino Unido en el 2020, los cuales compararon las tasas de complicaciones y tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica temprana frente a la tardía para el manejo de la colecistitis aguda, en 170 pacientes; se observó que la duración media de la estancia hospitalaria postoperatoria fue más prolongada en el grupo de colecistectomía tardía (6 días frente a 3 días). días, $p = 0,001$) (20).

Se logran observar hallazgos similares en el estudio de Goran J, et al en Arabia en el 2020, los mismos que hicieron una observación respecto si la colecistectomía laparoscópica temprana o tardía es el método de elección en el tratamiento de la colecistitis aguda en 84 pacientes, encontrando que los pacientes del grupo temprano tuvieron tiempos de hospitalización más cortos (un promedio de 2,8 días y 5,6 días en el grupo tardío de pacientes), un menor porcentaje de conversiones (4,8% en el precoz y 16,7 en el tardío) ($p < 0.05$) (16). También podemos registrar coincidencia con lo reportado por Rahul C, et al en India en el 2018 quienes compararon el resultado y complicaciones posoperatorias de la colecistectomía laparoscópica temprana frente a la tardía en la colecistitis aguda; en 50 pacientes; encontrando que la conversión a colecistectomía abierta ($p = 0,007$) y las complicaciones postoperatorias ($p = 0,032$) fueron significativamente menores en el grupo de colecistectomía laparoscópica temprana así como la media de días de estancia hospitalaria (4,9 vs 7,4 con $p = 0,001$) (17).

VI. CONCLUSIONES

1.-Se demostró que los resultados intra y postoperatorios en los pacientes expuestos a colecistectomía laparoscópica temprana fue significativamente favorables respecto a la tardía ($p<0.05$).

2.-La frecuencia de complicaciones intra y postoperatorias fue significativamente menor en el grupo expuestos a colecistectomía laparoscópica temprana respecto a la tardía ($p<0.05$).

2.-Se determinó que la frecuencia de estancia hospitalaria prolongada fue significativamente menor en el grupo expuestos a colecistectomía laparoscópica temprana respecto a la tardía ($p<0.05$).

3.-Se determinó que la conversión de técnica tuvo una frecuencia significativamente menor en el grupo expuestos a colecistectomía laparoscópica temprana respecto a la tardía ($p<0.05$).

VII. SUGERENCIAS

- 1.- Es oportuno considerar las tendencias encontradas en nuestro análisis para afinar las guías terapéuticas respecto a la recomendación del momento oportuno para la realización de colecistectomía en esta población de pacientes.
- 2.-Es necesario realizar nuevas investigaciones prospectivas que busquen verificar los hallazgos que se observaron en nuestra muestra y puedan generalizarse al total de la población de pacientes que padecen colecistitis aguda de nuestro entorno.
- 3.-Es conveniente valorar la influencia del tipo de colecistectomía laparoscópica en relación con otros desenlaces clínico quirúrgicos de importancia en los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda de nuestro ámbito hospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Khalid S, Iqbal Z, Bhatti A. Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy For Acute Cholecystitis. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2018; 29(4).
2. Goh J, Tan J, Lim J, Shridhar I, Madhavan K. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: an analysis of early versus delayed cholecystectomy and predictive factors for conversion. *Minerva Chir*. 2018; 75(6).
3. Borzellino G. 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).
4. El-Gendi A, El-Shafei M, Emara D. Emergency versus delayed cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage in grade II acute cholecystitis patients. *J Gastrointest Surg*. 2018; 21(284-293).
5. Okamoto , Suzuki K, Takada T, Strasberg S, Asbun H, Endo I, et al. Tokyo guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2018. ; 25(55-72).
6. Kao , Ball C, Chaudhury P. or Members of the Evidence Based Reviews in Surgery Group. Evidence-based Reviews in Surgery: Early Cholecystectomy for Cholecystitis. *Ann Surg*. 2018; 268(6).
7. Blythe J, Herrmann E, Faust D, et al. Acute cholecystitis: a cohort study in a realworld clinical setting. *Pragmat Obs Res*. 2018; 9(69).
8. Jee S, Jarmin R, Lim K, Raman k. Outcomes of early versus delayed cholecystectomy in patients with mild to moderate acute biliary pancreatitis: A randomized prospective study. *Asian J Surg*. 2018; 41(1).

9. Lucocq j, Scollay j, Patil P. Predicting post-operative length of stay following laparoscopic cholecystectomy: derivation and validation of a pre-operative risk score. *Br J Surg.* 2021; 108(9).
10. Massoumi R, Colleen M, Trevino C, Webb T. Postoperative complications of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a comparison to the ACSNSQIP risk calculator and the Tokyo Guidelines. *World J Surg.* 2018; 41(935-939).
11. Gul R, Dar R, Sheikh R, Salroo N, Matoo A, Wani S. Comparison of early and delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: experience from a single center. *N Am J Med Sci.* 2013; 5(414).
12. Ozkardeş A, Tokaç M, Dumlu E, Bozkur B, Ciftçi A, Yetişir F, et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a prospective, randomized study. *Int Surg.* 2014; 99(56-61).
13. Liu P, Liu C, Wu Y, Zhu J, Zhao W, Li J, et al. mpact of B-Mode-Ultrasound-Guided transhepatic and transperitoneal cholecystostomy tube placement on laparoscopic cholecystectomy. *World J Gastroenterol.* 2020; 26(54).
14. Vaccari S, Lauro A, Cervellera M, et al. Early versus delayed approach in cholecystectomy after admission to an emergency department: a multicentre retrospective stud. *G Chir.* 2018; 39(232-238).
15. Huang S. Comparison of emergency cholecystectomy and delayed cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis: a systematic review and meta-analysis. *Updates Surg* 2021. ; 73(481-494).
16. Goran J. Early vs. Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis - Single Center Experience. *MED ARCH.* 2020; 74(34-37).
17. Rahul C. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a comparative study. *Int Surg J.* 2018; 5(3381-3385).

18. Qi S, Xu J, Yan C, He Y, Chen Y. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A meta-analysis. *Medicine*. 2023; 102(36).
19. Zahid M. Outcome of early laparoscopic cholecystectomy versus delayed laparoscopic cholecystectomy for patients with acute cholecystitis. *Int Surg J*. 2020; 7(4).
20. Suttinee S. Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for the Management of Acute Cholecystitis; A Retrospective Review in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital. *Journal of the Association of General Surgeons of Thailand under the Royal Patronage* 2020. 2020; 1(13-17).
21. García J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en educación médica*. 2013; 2(217-224).
22. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, I. In ; septiembre de 2013; Hong Kong.
23. Peru Cd. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú. julio de 2012..

ANEXOS

ANEXO N°01

Colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Número de historia clínica: _____
1.2. Edad: _____ años: _____
1.3 Genero: _____
1.4 Anemia: _____
1.5 Diabetes mellitus: _____
1.6 Leucocitosis: _____
1.7 Hipercolesterolemia: _____

II: VARIABLE INDEPENDIENTE:

Tiempo de intervención: Colecistectomía temprana () Colecistectomía tardía ()

III: VARIABLE DEPENDIENTE:

Complicaciones: Si () No ()

Conversión de técnica: Si () No ()

Estancia hospitalaria prolongada: Si () No ()

ANEXO N°02

**SOLICITUD DE APROBACIÓN DE
PROYECTO DE TESIS**

Señor Dr.

Director de la Escuela Profesional de Medicina

S.D.:

Natalia Mariceth Mendocilla Díaz; Alumna de la Escuela Profesional de Medicina de esta prestigiosa Universidad, identificado con DNI: 45598983 ID: 000047291 ante Ud. Me presento y expongo:

Que, siendo requisito indispensable para poder optar el Título Profesional de Psicólogo, la sustentación de tesis, recurro a su despacho a fin de que se apruebe el Anteproyecto de Tesis titulado:

Colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo

Por tanto:

Ruego a Usted acceder a mi petición por ser de justicia.

Trujillo 11, de enero del 2023

NATALIA MARICETH MENDOCILLA DÍAZ

ID: 000047291

Teléfono: 971711941

Correo: mariceth_14@hotmail.com

ANEXO N°03

CONSTANCIA DE ASESORIA

Yo Roberto José Manuel Espinoza Llerena, Docente de la Escuela Profesional de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego, hago constar que está asesorando el Proyecto de Investigación Titulado:

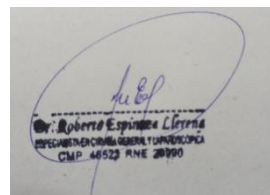
Colecistectomía laparoscópica tardía comparada con colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo

Del alumno: Natalia Mariceth Mendocilla Díaz

Identificada con ID: 000047291

Se expide el presente para los fines convenientes.

Trujillo 11, de enero del 2023



Dr. Roberto Espinoza Llerena
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y UROLOGÍA
C.M.P. 46522 R.N.E. 28990

.....
Dr. Roberto Espinoza Llerena

