



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**Complicaciones prevalentes de las colecistectomías
laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022
al 2025**

Presentado por:

SAENZ PUMA DESSIRE ALISON

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **2%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 23 de febrero del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. LUIS E. CUROTTO PALOMINO
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
“DANIEL ALCIDES CARRIÓN”**



TESIS

**Complicaciones prevalentes de las colecistectomías
laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022
al 2025**

Línea de investigación

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

DESSIRE ALISON SAENZ PUMA

ASESOR:

DR. LEVEAU BARTRA HARRY RAUL

ICA – PERÚ

2026

Dedicatoria

A mi querida madre por el respaldo que me ha brindado a lo largo de toda mi vida, por cada sacrificio realizado, que hoy me permiten alcanzar uno de mis objetivos. Por lo cual le estare eternamente agradecida.

Agaradecimiento

Agradezco a Dios, por su orientación permanente.

A mi familia por el apoyo brindado en estos años de formación.

A cada persona que a lo largo de mi vida me brindo su apoyo sincero.

INDICE

PORTADA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII

CUERPO DEL INFORME FINAL

I. INTRODUCCIÓN	8
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	26
III. RESULTADOS	31
IV. DISCUSIÓN	37
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
VIII. ANEXOS	48

Índice de tablas

N°	Tabla	pág.
Tabla 1	Sexo de los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025	31
Tabla 2	Edad de los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025	31
Tabla 3	Complicaciones infecciosas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Infección del Sitio Operatorio	32
Tabla 4	Complicaciones infecciosas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Absceso residual	32
Tabla 5	Complicaciones quirúrgicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Lesión de vías biliares	33
Tabla 6	Complicaciones quirúrgicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Fístula biliar	33
Tabla 7	Complicaciones quirúrgicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Hemorragia	34
Tabla 8	Complicaciones clínicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Náuseas	34
Tabla 9	Complicaciones clínicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Vómitos	35
Tabla 10	Complicaciones clínicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Dificultad respiratoria	35
Tabla 11	Tasa de re intervenciones por complicaciones de colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025	36

Resumen

Objetivo. Identificar las complicaciones prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025. **Metodología:** Estudio de tipo observacional, trasversal, retrospectiva y descriptiva, en una población de 548 pacientes operados de donde se obtuvo una muestra de estudio de 226 pacientes. **Resultados.** El 62,8% de los pacientes de colecistectomía laparoscópica fueron del sexo femenino, el 6,2% de los pacientes fueron de edades de 15 a 30 años, mientras que el 39,4% eran de edades de 31 a 45 años, además el 46% tuvieron edades de 46 a 60 años y el 8,4% eran mayores de 60 años. El 9,7% presentaron infección del sitio operatorio, el 3,5% presentaron absceso residual. El 2,7% presentaron lesión de vías biliares, en tanto la fistula biliar se presentó en 11,9% de los casos, el 11,1% presentó hemorragia como complicación posoperatoria. La náusea en los pacientes pos operados de colecistectomía laparoscópica se presentó con un porcentaje de 54%, mientras que el vómito en el 8,4%, y la dificultad respiratoria en el 7,5%, existiendo una tasa de re intervenciones de 4,9%. **Conclusiones.** Las operaciones de colecistectomía laparoscópica fueron más frecuentes en mujeres, de edades entre 46 a 60 años, las complicaciones infecciosas fueron la infección del sitio operatorio y el absceso residual, las complicaciones quirúrgicas fueron lesión de las vías biliares, fistulas biliares y hemorragias, las complicaciones clínicas fueron, las náuseas, vómitos y la dificultad respiratoria.

Palabras clave. Complicaciones, colecistectomías, laparoscópicas.

Abstract

Objective: To identify the prevalent complications of laparoscopic cholecystectomies in patients at the Regional Hospital of Ica from 2022 to 2025. **Methodology:** Observational, cross-sectional, retrospective, and descriptive study conducted in a population of 548 operated patients, from which a study sample of 226 patients was obtained. **Results:** Among patients undergoing laparoscopic cholecystectomy, 62.8% were female. Regarding age distribution, 6.2% were between 15 and 30 years old, 39.4% were between 31 and 45 years old, 46% were between 46 and 60 years old, and 8.4% were over 60 years old. Postoperative complications included surgical site infection in 9.7% of patients and residual abscess in 3.5%. Biliary tract injury occurred in 11.5% of cases, while biliary fistula was observed in 11.9%. Hemorrhage as a postoperative complication was present in 11.1% of patients. Nausea occurred in 54% of patients, vomiting in 8.4%, and respiratory difficulty in 7.5%, with a reintervention rate of 4.9%. **Conclusions:** Laparoscopic cholecystectomy was more frequent in women aged 46 to 60 years. The main infectious complications were surgical site infection and residual abscess. The main surgical complications included biliary tract injury, biliary fistulas, and hemorrhage. The main clinical complications were nausea, vomiting, and respiratory difficulty.

Keywords: Complications, cholecystectomy, laparoscopic.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica se ha consolidado como la intervención más frecuente dentro de la práctica de la cirugía general a nivel global, y actualmente es considerada el tratamiento de referencia o “estándar de oro” para abordar las patologías de la vesícula biliar^{1,2}.

Los avances contemporáneos tanto en las técnicas quirúrgicas como en la anestesia han permitido que incluso la colecistectomía laparoscópica, identificada como la opción terapéutica preferida para las enfermedades del sistema biliar, pueda llevarse a cabo bajo un esquema ambulatorio³.

En el contexto internacional, y tomando como referencia el caso de España, se ha constatado que la gran mayoría de los procedimientos de colecistectomía laparoscópica se realizan de forma programada (95,1%), con un claro predominio de pacientes mujeres (89,7%). La necesidad de convertir la intervención a cirugía abierta se presentó en el 3,3% de los casos, siendo una situación más frecuente cuando la cirugía fue de urgencia, en hombres ($p = 0,006$) y en personas de 50 años o más. Este cambio en la modalidad quirúrgica se asoció de manera significativa tanto con un incremento en la duración del ingreso hospitalario ($p = 0,009$) como con un aumento en los tiempos quirúrgicos⁴.

En América Latina, la frecuencia de conversión de la colecistectomía laparoscópica a cirugía abierta muestra una considerable variabilidad, situándose en un rango que va desde el 0,8% hasta el 11% según las diferentes series reportadas⁵.

En Paraguay, la mayor parte de las colecistectomías laparoscópicas correspondieron a casos de colecistitis aguda (80,6%), mientras que un 19,4% se realizó por colecistitis crónica. Es relevante señalar que el 74% de las intervenciones fueron de carácter urgente, frente al 26% que se programaron con antelación, registrándose un tiempo operatorio promedio de 86 minutos⁶.

En Cuba, durante la realización de colecistectomías laparoscópicas, las complicaciones intraoperatorias más comunes fueron las lesiones de las vías biliares y la hemorragia, ambas con una incidencia del 3,6%, mientras que la colangitis asociada al abordaje laparoscópico se presentó en el 0,9% de los casos⁷.

En el caso de México, la proporción de procedimientos que requieren conversión a colecistectomía abierta es del 9,6%, identificándose diversos eventos riesgosos preoperatorios que incrementan la posibilidad de conversión, entre los que destacan la edad más de 65 años, el género femenino, el sobrepeso, concentraciones de proteína C reactiva mayores a 10 mg/dl, leucocitosis por encima de 10,000 mg/dl y niveles de bilirrubina superiores a 2 mg/dl⁸.

Adicionalmente, en México, la lesión iatrogénica del tracto biliar se asocia con incremento considerable de la morbi-mortalidad postoperatoria, alcanzando una incidencia de hasta el 1,1% tras colecistectomía laparoscópica. Este tipo de complicación se vincula principalmente a factores

como la pericia del cirujano, la presencia de obesidad, la existencia de cirrosis hepática y las adherencias producto de cirugías previas⁹.

Realidad problemática

En el contexto nacional, específicamente en Perú, se ha documentado que hasta un 20% de las colecistectomías laparoscópicas experimentan algún tipo de complicación, abarcando desde dolor intenso en el hombro derecho frecuentemente relacionado con la acumulación de dióxido de carbono hasta lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal o daño vascular en el porta hepatis, situaciones que pueden requerir una laparotomía inmediata¹⁰.

Considerando la región, se han identificado como factores que predicen la conversión a cirugía abierta variables tales como el sexo masculino, la edad avanzada, paredes vesiculares aumentados de grosor y la presencia de colecistitis aguda. Las causas más frecuentes para este cambio de abordaje incluyen la existencia de adherencias, dificultades para visualizar con claridad las estructuras anatómicas del triángulo de Calot y la aparición de hemorragias que no pueden ser controladas¹¹.

En este sentido, la realización del presente estudio se justificó en la necesidad de caracterizar el perfil epidemiológico, clínico y quirúrgico de los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica, con el objetivo de proporcionar una perspectiva integral sobre el pronóstico de quienes se someten a este tipo de intervención.

2.1.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Medina Jiménez y colaboradores (2021), en Ecuador¹². Complicaciones asociadas a la colecistectomía laparoscópica de emergencia. Objetivo: Este trabajo tiene como propósito analizar y contrastar diversas fuentes bibliográficas referentes a las complicaciones vinculadas a la realización de colecistectomías laparoscópicas de emergencia. Para ello, se recopilaron datos provenientes de diferentes investigaciones y publicaciones científicas. Resultados: Se identificó que variables como la edad del paciente, su estado nutricional, el tipo de intervención quirúrgica y la presencia de comorbilidades constituyen factores determinantes en la aparición de complicaciones durante la colecistectomía laparoscópica. El análisis permitió concluir que la obesidad, los antecedentes de cirugías abdominales previas y una edad superior a los 70 años incrementan de manera significativa la probabilidad de presentar complicaciones postoperatorias. Asimismo, se detectó que el porcentaje de complicaciones es mayor en mujeres en comparación con los varones.

Villeda Cruz (2025), en Guatemala¹³. Grado de severidad en pacientes sometidos a colecitecomía laparoscópica. Objetivo: El propósito principal de esta investigación es valorar el grado de

severidad en pacientes intervenidos mediante colecistectomía laparoscópica, empleando para ello la escala de Parkland como instrumento de evaluación. Método: El estudio, de diseño descriptivo y corte transversal, incluyó una muestra compuesta por 53 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. Resultados: Dentro de la población analizada, el 58% correspondió al sexo masculino, y los adultos jóvenes constituyeron el grupo etario predominante, también con un 58%. Respecto a la distribución de las complicaciones, el 66% se presentó en pacientes catalogados en el grado 2 de la escala de Parkland, mientras que los grados 3 y 4 agruparon el 17% de los casos. Analizando la presencia de comorbilidades, la hipertensión arterial figuró como la condición más frecuente (21%), seguida por la diabetes mellitus (8%). Otras patologías registradas, cada una con una frecuencia del 2%, incluyeron hipotiroidismo, obesidad, pancreatitis, lesión renal aguda, cáncer de colon, gastritis e insuficiencia cardíaca. Conclusión: Los hallazgos de este estudio respaldan la utilidad de la escala de Parkland como una herramienta eficaz para determinar la complejidad quirúrgica en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, facilitando así una mejor estratificación del riesgo y planificación del manejo quirúrgico.

López Andrade (2021), En Ecuador¹⁴. Complicaciones postquirúrgicas inmediatas y tardías de la colecistectomía laparoscópica. Objetivo: Identificar las complicaciones postquirúrgicas más comunes, tanto inmediatas como tardías, en pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica (Colelap) y los factores asociados a ellas, a través de una revisión bibliográfica. Método: Se llevó a cabo una investigación descriptiva con enfoque cualitativo, utilizando el método de revisión bibliográfica. Resultados: Se analizaron 30 estudios. Los resultados mostraron una prevalencia variable de complicaciones, que oscilaba entre el 6% y el 35%. Entre las complicaciones más destacadas, están el dolor tipo cólico en abdomen las hemorragias y la infección de la herida. Conclusión: Las complicaciones de mayor prevalencia después de la colelap fueron el dolor abdominal, las hemorragias y la infección en el sitio de la cirugía.

Fu, Jing-nan y colaboradores (2023), en China¹⁵. Análisis de los factores de riesgo de complicaciones tras colecistectomía laparoscópica. Objetivo: Este estudio tiene como finalidad examinar los factores de riesgo vinculados a complicaciones postoperatorias en un total de 478 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en la institución hospitalaria. Métodos: Se llevó a cabo la recolección y el análisis de los datos clínicos correspondientes a los 478 pacientes que fueron intervenidos mediante colecistectomía laparoscópica. Resultados: De la población estudiada, se registraron complicaciones en 36 pacientes (7,53%). Entre las complicaciones identificadas, se contabilizaron 9 casos de hemorragia abdominal (1,88%), 8 episodios de lesión del conducto biliar (1,67%) y 19 casos de fístula biliar (3,97%). Mediante análisis multivariante, se estableció que la presencia de adherencias en el triángulo de Calot (OR = 3,041; IC 95% =

1,422-6,507), las variaciones anatómicas (OR = 4,368; IC 95% = 1,764-10,813) y el engrosamiento de la pared vesicular (OR = 2,827; IC 95% = 1,422-6,507) constituyen factores de riesgo independientes y estadísticamente significativos para el desarrollo de complicaciones, con un valor p inferior a 0,05 en todos los casos. Conclusión: La identificación y el reconocimiento oportuno de los factores de riesgo asociados a la colecistectomía laparoscópica resultan esenciales para implementar medidas preventivas y, de este modo, disminuir la frecuencia de complicaciones posoperatorias.

AlKhalifah y colaboradores (2023), en Arabia Saudita¹⁶. Evaluación de la incidencia y los factores de riesgo de las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en Jeddah: un estudio retrospectivo, cuya finalidad estuvo orientado a identificar las principales complicaciones posterior a una colecistectomía por vía laparoscópica en Arabia Saudita. Método: Se revisaron 510 pacientes operados por este procedimiento. Resultados: La incidencia global de complicaciones intraoperatorias (CIO) fue del 10,8%. Las complicaciones más frecuentes incluyeron perforación de la vesícula biliar (5,5%, n = 28), fuga biliar (4,9%, n = 25) y hemorragia (2,9%, n = 15). Las complicaciones postoperatorias (CPO) ocurrieron en el 11% de los pacientes, siendo las más comunes el dolor abdominal (6,9%, n = 36), elevación de las pruebas de función hepática (2,7%, n = 14) y litiasis residual (2,2%, n = 11). Los factores predictivos significativos de CIO, CPO y conversión a colecistectomía abierta incluyeron colecistitis aguda, sobrepeso, diabetes y sexo masculino (p < 0,05). Conclusión: Las complicaciones tienen una causa multifactorial.

Khalid A y colaboradores (2023) en Pakistán¹⁷. Comparación de las complicaciones postoperatorias de la colecistectomía abierta versus laparoscópica según la clasificación modificada de Clavien-Dindo. Objetivo: El propósito de este trabajo es contrastar las complicaciones postoperatorias que se presentan tras colecistectomía laparoscópica y abierta, empleando como herramienta de análisis la clasificación modificada de Clavien-Dindo (MCDC). Métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo en el que participaron 80 pacientes seleccionados conforme a criterios de inclusión preestablecidos. La muestra fue dividida en dos grupos de 40 sujetos cada uno: uno sometido a la técnica abierta y el otro a la técnica laparoscópica. Resultados: En cuanto a las características demográficas, la media de edad fue de $42,52 \pm 8,76$ años para el grupo de cirugía abierta y de $40,02 \pm 8,12$ años para el grupo laparoscópico. La mayoría de los pacientes eran mujeres, con una prevalencia del 80% en el grupo abierto y del 90% en el grupo laparoscópico. Ambas cohortes experimentaron complicaciones catalogadas como grado I y II según la MCDC; sin embargo, las complicaciones de grado III fueron exclusivas del grupo sometido a colecistectomía abierta. El 35% de los pacientes intervenidos por vía laparoscópica presentó complicaciones de bajo grado, mientras que en el grupo abierto esta proporción alcanzó

el 40%. Cabe destacar que las complicaciones respiratorias se manifestaron con mayor frecuencia en ambos grupos. Conclusión: Los resultados obtenidos permiten concluir que la colecistectomía laparoscópica se asocia con una menor frecuencia de complicaciones postoperatorias en comparación con la cirugía abierta, reforzando la preferencia por la vía mínimamente invasiva en el tratamiento quirúrgico de la colelitiasis.

Nacionales

Ramos-Aldana (2022), en Lima¹⁸. Complicaciones postoperatorias de la colecistectomía laparoscópica electiva y de emergencia según el índice de masa corporal en el Hospital José Cayetano Heredia III-1, de enero a diciembre de 2022. Objetivo: Este estudio se orientó a examinar el vínculo existente entre el índice de masa corporal (IMC) y la aparición de complicaciones tras la realización de colecistectomía laparoscópica, tanto en contexto electivo como de emergencia. Material y métodos: Se llevó a cabo un análisis transversal de tipo analítico, en el que se revisaron un total de 381 historias clínicas; finalmente, 139 casos cumplieron con los criterios de inclusión definidos para la investigación. Resultados: Entre las complicaciones postoperatorias observadas, las clasificadas como grado I según Clavien-Dindo resultaron las más frecuentes, siendo los episodios de vómitos (11,5%) y la formación de seroma (6,5%) los eventos predominantes. En cuanto a las complicaciones catalogadas como grado II y III, la elevación de enzimas pancreáticas (2,9%) y la litiasis residual en colédoco (2,2%) destacaron como las más comunes. Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre un IMC superior a 30 y la presencia de seroma (p: 0,020) así como litiasis residual en colédoco (p: 0,019). Por otro lado, complicaciones tales como vómitos (p: 0,01), infecciones del sitio operatorio (p: 0,045), seroma (p: 0,01), elevación de enzimas pancreáticas (p: 0,000) y litiasis residual (p: 0,000) se relacionaron con una mayor prolongación de la estancia hospitalaria. Conclusión: Se concluye que la obesidad, especialmente en pacientes de sexo femenino, incrementa de manera considerable el riesgo de desarrollar seroma como complicación tras la colecistectomía laparoscópica, siendo este riesgo hasta 7,6 veces superior en comparación con pacientes no obesas.

Velasquez-Morales (2022), en Cañete¹⁹. Factores de riesgo asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica atendidos en el Hospital Regional de Cañete durante el período 2022. Objetivo: Esta investigación tuvo como finalidad identificar los factores de riesgo que se asocian a la aparición de complicaciones postoperatorias en individuos sometidos a colecistectomía laparoscópica. Metodología: Se implementó un estudio observacional, de tipo analítico y retrospectivo, utilizando un diseño de casos y controles. La muestra incluyó a 126 pacientes intervenidos mediante colecistectomía laparoscópica, de los cuales 42 constituyeron el grupo de casos (es decir, quienes desarrollaron complicaciones postoperatorias) y 84 conformaron el grupo control (pacientes que no presentaron tales

complicaciones). Resultados: El análisis bivariado reveló que determinados factores incrementan de manera significativa el riesgo de complicaciones tras la intervención. Entre los principales, destacan la edad inferior a 60 años (OR: 2,65; IC 95% [1,05-6,67], $p < 0,034$), un índice de masa corporal elevado (OR: 8,032; IC 95% [3,41-18,86], $p < 0,001$) y la presencia de una herida contaminada (OR: 19,2; IC 95% [7,52-48,99], $p < 0,001$). Adicionalmente, tanto un mayor tiempo quirúrgico como una recuperación postoperatoria prolongada mostraron asociaciones estadísticamente significativas con la ocurrencia de complicaciones. Conclusiones: Los hallazgos sugieren que pertenecer a un grupo etario menor de 60 años, presentar comorbilidades, contar con un índice de masa corporal elevado y enfrentar heridas contaminadas son factores que elevan de forma sustancial el riesgo de complicaciones tras la colecistectomía laparoscópica. Asimismo, la prolongación del tiempo operatorio y de recuperación emerge como elementos relevantes a considerar en la prevención de eventos adversos postoperatorios.

Julcamoro Saldaña (2021), en Cajamarca²⁰. Factores de riesgo asociados a complicaciones post colecistectomía laparoscópica en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021. Objetivo: Este estudio tuvo como meta principal identificar los factores de riesgo vinculados a la aparición de complicaciones posteriores a la colecistectomía laparoscópica en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año 2021. Diseño: Se diseñó como una investigación observacional, de tipo descriptivo y retrospectivo. Material y métodos: La recolección de datos abarcó a la totalidad de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el periodo analizado. Resultados: De los 165 pacientes intervenidos mediante esta técnica quirúrgica, el 21,8% desarrolló al menos una complicación posoperatoria. Las complicaciones predominantes incluyeron coledocolitiasis residual (4,2%), dolor abdominal (6,1%), fiebre (4,8%), infección en la herida operatoria (3%), vómitos (1,8%) y otras manifestaciones (1,8%). El grupo de pacientes con edades comprendidas entre 61 y 70 años registró una incidencia de complicaciones del 69,2% ($p < 0,01$; OR = 3,645). Al analizar el índice de masa corporal, se observó que los individuos con IMC inferior a 25 reportaron solo un 5,4% de complicaciones, mientras que aquellos con IMC entre 25 y 30 alcanzaron un 59,5% y quienes superaron un IMC de 30 presentaron un 35,1% de complicaciones ($p < 0,001$; OR = 3,521). Conclusiones: Los resultados evidencian que tanto la edad mayor de 60 años como un índice de masa corporal superior a 30 constituyen factores de riesgo relevantes y estadísticamente significativos para el desarrollo de complicaciones después de una colecistectomía laparoscópica. Estos hallazgos subrayan la importancia de una evaluación preoperatoria rigurosa y la necesidad de estrategias preventivas específicas en estos subgrupos de pacientes.

García-Rojas (2023), en Cajamarca²¹. Principal complicación postquirúrgica asociada a colecistectomía laparoscópica de emergencia en pacientes adultos del Hospital II Essalud

Cajamarca, 2022-2023. Objetivo: El propósito de este estudio fue determinar cuál es la complicación postquirúrgica más frecuente en pacientes adultos sometidos a colecistectomía laparoscópica de emergencia. Materiales y métodos: Se efectuó una investigación de carácter observacional, retrospectivo y analítico, mediante la revisión de 526 historias clínicas de pacientes intervenidos por esta vía quirúrgica en contexto de urgencia. Resultados: El análisis de los datos reveló que la infección del sitio operatorio se constituyó como la complicación postquirúrgica predominante, afectando al 46,94% de los pacientes evaluados. El dolor postoperatorio ocupó el segundo lugar en frecuencia, con una incidencia del 18,37%. Asimismo, se identificó una fuerte asociación entre la presencia de saturación de oxígeno preoperatoria menor al 92% y el incremento en el riesgo de complicaciones ($p < 0,0001$, $OR = 10,32$). Por otro lado, la obesidad también se relacionó de manera significativa con una mayor probabilidad de eventos adversos postquirúrgicos ($p = 0,0000476$, $OR = 3,36$). Conclusiones: Las complicaciones tras la colecistectomía laparoscópica de emergencia presentan una alta prevalencia, siendo la infección del sitio operatorio el evento adverso más común. Estos hallazgos subrayan la relevancia de la valoración preoperatoria de la oxigenación y el estado nutricional como medidas clave para la prevención de complicaciones.

Cedano-Baca (2022), en Trujillo²². Grado de severidad y factores prequirúrgicos asociados a complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda. Objetivo: La finalidad de este estudio fue determinar tanto el nivel de severidad como los factores prequirúrgicos que se relacionan con la ocurrencia de complicaciones en pacientes diagnosticados con colecistitis aguda y sometidos a colecistectomía laparoscópica (Colelap). Material y métodos: Se empleó un diseño observacional, de tipo analítico y retrospectivo, bajo la modalidad de casos y controles. El análisis incluyó a 108 pacientes en el grupo control y a 27 en el grupo de casos. Resultados: En cuanto a las características demográficas, el 68,1% de los participantes tenía menos de 50 años y la mayoría correspondía al sexo femenino (82,2%). La mayor proporción de los pacientes (68,9%) fue clasificada con un grado II de severidad de la enfermedad. Se observó que las complicaciones surgidas durante el acto quirúrgico fueron predominantes, representando el 96,3% de los casos; entre ellas, la lesión vascular (48,2%) y la lesión de la vía biliar (29,6%) constituyeron las complicaciones más habituales. Conclusiones: El estudio evidenció que, en el contexto de colecistitis aguda tratada mediante Colelap, la presencia de fiebre antes de la intervención se asocia de manera significativa con la aparición de complicaciones intraoperatorias, resaltando la importancia de la evaluación clínica prequirúrgica para la identificación de pacientes en mayor riesgo.

Arévalo-Ayachi (2025), en Trujillo²³. Factores asociados a la colecistectomía laparoscópica difícil en adultos del Hospital de Alta Complejidad de Trujillo, Perú. Objetivo: El propósito

central de esta investigación fue identificar los factores que se relacionan con la dificultad de la colecistectomía laparoscópica en pacientes adultos. Métodos: Para abordar este objetivo, se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal y analítico, empleando herramientas de estadística tanto descriptiva como inferencial para el análisis de los datos recolectados. Resultados: El total de la muestra analizada incluyó 150 pacientes. El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta la intervención quirúrgica fue de 10 días, con un rango intercuartílico que osciló entre 2 y 90 días. Prácticamente todos los pacientes (98,7%; n = 148) fueron sometidos a colecistectomía total. Respecto a la dificultad de la técnica laparoscópica, se observó que la duración media de la cirugía alcanzó los 60 minutos (rango intercuartílico: 30-150 minutos) y la tasa de conversión a cirugía abierta fue del 6,7% (n = 5). El análisis estadístico ajustado evidenció que el tiempo operatorio se asoció de manera significativa con la dificultad del procedimiento (RPa: 1,03; IC 95%: 1,01-1,04). Conclusiones: El estudio concluye que el tiempo quirúrgico constituye un factor intraoperatorio determinante en la complejidad de la colecistectomía laparoscópica, lo que subraya la importancia de una adecuada valoración y planificación del procedimiento para anticipar potenciales dificultades.

Locales

Rodríguez Huamán (2023), en Ica²⁴. Complicaciones post operatorias en pacientes intervenidos por colecistectomía en el Hospital Santa María del Socorro 2020-2022. Objetivo: Determinar las principales complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a colecistectomía. Se desarrolló una investigación de tipo cuantitativa, nivel descriptivo, con diseño no experimental y transversal, que incluyó una muestra de 51 historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente. Los resultados evidenciaron que la complicación más frecuente fue el dolor abdominal (92,16%), seguida de náuseas (7,84%). En relación con la edad, el grupo de 19 a 39 años presentó mayor frecuencia (45,10%), predominando el sexo femenino (84,31%). Según la clasificación de Clavien-Dindo, el 56,86% correspondió a grado I y el 43,14% a grado II. Se concluyó que las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron de baja severidad, predominando el dolor abdominal en pacientes jóvenes y de sexo femenino.

Huamani Cuba (2024), en Ica²⁵. Factores asociados a complicaciones posoperatorias de los pacientes operados de colecistectomías convencional en el Hospital Regional de Ica 2022-2023. Objetivo: Determinar los factores asociados a la aparición de complicaciones posteriores a la cirugía convencional. Se desarrolló una investigación de tipo cuantitativa, analítica, retrospectiva y de diseño no experimental, que incluyó una muestra de historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el periodo de estudio. Los resultados evidenciaron asociación significativa entre la presencia de comorbilidades, edad avanzada y tiempo operatorio prolongado con la aparición de complicaciones posoperatorias ($p < 0,05$). Asimismo, las

complicaciones más frecuentes correspondieron a infección de sitio quirúrgico y prolongación de estancia hospitalaria. El autor concluyó que ciertos factores clínicos y quirúrgicos influyen significativamente en la aparición de eventos adversos, recomendando una adecuada evaluación preoperatoria para disminuir la morbilidad.

No se hallaron más estudios respecto del tema.

Marco conceptual

Momento postoperatorio: Periodo comprendido desde la culminación de la colecistectomía laparoscópica de emergencia hasta los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica, durante el cual se registrarán las complicaciones consignadas en la historia clínica del paciente.

Complicaciones postoperatorias: Presencia de cualquier evento adverso documentado en la historia clínica dentro de los 30 días posteriores a la colecistectomía laparoscópica de emergencia, registrado por el médico tratante y consignado como diagnóstico postoperatorio.

Complicaciones infecciosas: Evento adverso de origen infeccioso registrado en la historia clínica durante el periodo postoperatorio, incluyendo infección del sitio quirúrgico, absceso intraabdominal o sepsis, diagnosticado por el médico tratante y consignado en la evolución clínica. Se registrará como presente o ausente.

Complicaciones quirúrgicas: Evento adverso directamente relacionado con la técnica operatoria, registrado en la historia clínica durante el periodo postoperatorio, tales como hemorragia, lesión de vía biliar, fuga biliar, perforación o conversión a cirugía abierta. Se codificará como presente o ausente.

Complicaciones clínicas: Evento adverso sistémico no directamente atribuible a la técnica quirúrgica, presentado durante el periodo postoperatorio y documentado en la historia clínica, como descompensación metabólica, crisis hipertensiva, evento tromboembólico o complicaciones cardiovasculares. Se registrará como presente o ausente.

Criterio diagnóstico: Determinación clínica realizada por el médico tratante basada en signos, síntomas, exámenes auxiliares y/o estudios de imagen, consignada en la historia clínica como diagnóstico de complicación postoperatoria.

Marco teórico

Colecistectomía laparoscópica

La colecistectomía laparoscópica ha llegado a consolidarse como un pilar fundamental de la cirugía contemporánea, representando el tratamiento de referencia para múltiples patologías que afectan a la vesícula biliar, tales como la colelitiasis, la colecistitis aguda y crónica, la discinesia biliar, la pancreatitis de origen biliar y los pólipos vesiculares²⁶.

Desde su introducción en la década de 1990, este método ha desplazado en gran medida a la colecistectomía abierta, principalmente por su naturaleza mínimamente invasiva, lo que se traduce en beneficios sustanciales para los pacientes: menor dolor tras la intervención, reducciones en la duración de la hospitalización, un proceso de recuperación más expedito y tasas más bajas de complicaciones²⁶.

No obstante, es importante subrayar que, pese a sus ventajas, la técnica no está exenta de riesgos, por lo que resulta imprescindible que los profesionales de la salud estén familiarizados tanto con las indicaciones y contraindicaciones del procedimiento, como con los aspectos técnicos esenciales y las posibles complicaciones, haciendo especial énfasis en aquellas vinculadas a las lesiones de las vías biliares²⁶.

La colecistectomía laparoscópica figura entre los procedimientos quirúrgicos de mayor frecuencia a nivel global. Actualmente, es reconocida como el estándar de oro para el abordaje de enfermedades vesiculares relacionadas con la presencia de cálculos. Si bien su perfil de seguridad es elevado, existen complicaciones asociadas, siendo la lesión de las vías biliares la más temida. Aunque su incidencia se mantiene baja fluctuando entre el 0,2% y el 0,4%, este tipo de lesión puede tener un impacto severo en la calidad de vida del paciente, además de incrementar los riesgos de morbilidad y mortalidad²⁷.

En los países occidentales, las enfermedades que afectan a la vesícula y el sistema biliar constituyen una problemática prevalente. La probabilidad de desarrollar cálculos biliares tiende a incrementarse a partir de la quinta década de vida, y se ha observado una mayor incidencia de esta condición en mujeres, independientemente del grupo etario. El término colelitiasis hace referencia a la existencia de cálculos dentro de la vesícula biliar²⁸.

Tradicionalmente, la resolución quirúrgica de la colelitiasis exigía la hospitalización del paciente para llevar a cabo la intervención. Sin embargo, el campo ha experimentado transformaciones notables en años recientes: la reducción de los tiempos quirúrgicos, la disminución de complicaciones tanto intraoperatorias como posoperatorias, y la implementación de estrategias eficaces para evitar náuseas y vómitos han facilitado una recuperación más ágil y mejores resultados²⁸.

Estas innovaciones han repercutido en la acotación de la estancia hospitalaria, un aumento en la disponibilidad de camas, la optimización de recursos y una reducción significativa de los costos hospitalarios. Por ende, la colecistectomía laparoscópica ambulatoria ha ganado una amplia aceptación y se ha convertido en una modalidad de uso extendido en la actualidad²⁸.

Indicaciones

La colecistectomía laparoscópica se indica en una variedad de condiciones que comprometen la vesícula biliar, entre las cuales destacan: la presencia de cálculos biliares (colelitiasis); el desarrollo de un mucocele en la vesícula; la aparición de empiema vesicular; la colesterosis; la condición de portador crónico de fiebre tifoidea; la vesícula biliar de porcelana; los casos de

colecistitis aguda, tanto de origen litiásico como no litiásico; la detección de pólipos adenomatosos en la vesícula; y como componente de procedimientos quirúrgicos más complejos, como la técnica de Whipple²⁹.

Contraindicaciones

En cuanto a las situaciones que contraindican la realización de la colecistectomía laparoscópica, se incluyen principalmente: la presencia de inestabilidad hemodinámica; coagulopatías no corregidas; peritonitis generalizada; patologías cardiopulmonares graves; infecciones localizadas en la pared abdominal; antecedentes de múltiples intervenciones quirúrgicas en la región abdominal superior; y el embarazo en fases avanzadas²⁹.

Cabe subrayar que la necesidad de anestesia general y la instauración de neumoperitoneo durante el procedimiento incrementan el riesgo en pacientes específicos. Por ello, las principales contraindicaciones suelen estar asociadas a factores anestésicos, tales como la peritonitis difusa acompañada de compromiso hemodinámico y los trastornos de la coagulación que no han sido corregidos previamente. Es habitual que los cirujanos desaconsejen la técnica laparoscópica en individuos que presentan comorbilidades severas²⁹.

De manera particular, quienes padecen enfermedades cardíacas avanzadas o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) no suelen ser considerados candidatos idóneos para este abordaje. Del mismo modo, la presencia de cirugías abdominales superiores previas puede complicar el acceso laparoscópico. Por último, en pacientes de edad avanzada, la combinación de anestesia general y neumoperitoneo implica un riesgo incrementado de complicaciones, lo que exige una evaluación rigurosa antes de indicar el procedimiento²⁹.

Colecistectomías laparoscópicas difíciles

La colecistectomía laparoscópica difícil (CLD) persiste como uno de los retos más relevantes para los cirujanos generales en la práctica clínica actual. Este procedimiento implica un riesgo aumentado de complicaciones si se compara con la técnica laparoscópica convencional, y su incidencia muestra una considerable variabilidad según diferentes reportes, oscilando entre el 15% y el 26% de los casos³⁰.

Esta disparidad en las cifras puede atribuirse, en parte, al hecho de que numerosos pacientes retrasan la búsqueda de atención médica pese a la presencia de síntomas, fenómeno motivado por la desmotivación asociada a las dificultades del sistema público de salud, así como por obstáculos socioculturales y personales que no siempre resultan fácilmente superables. Adicionalmente, la ausencia de un consenso universal en la literatura respecto a la definición precisa de CLD contribuye a la heterogeneidad observada en los resultados de distintos estudios³⁰.

La denominación de colecistectomía laparoscópica difícil se aplica a aquellos casos en los que la extracción quirúrgica de la vesícula biliar se ve obstaculizada por condiciones específicas, ya sea del propio órgano, de las estructuras anatómicas adyacentes, o inherentes al paciente. Estas

circunstancias pueden interferir con una disección sencilla y expedita, provocando un incremento en la duración de la intervención y elevando el riesgo de incidentes adversos intraoperatorios o posoperatorios³¹.

Entre los factores de riesgo más significativos para el desarrollo de una CLD se encuentran: el sexo masculino, la edad superior a 65 años, la presencia de obesidad, diabetes mellitus, antecedentes de colecistitis aguda o de cirugías abdominales previas. Asimismo, se debe prestar especial atención a pacientes con una evolución prolongada de la enfermedad biliar, leucocitosis, alteraciones en las pruebas hepáticas y manifestaciones sistémicas compatibles con sepsis, pues estas condiciones pueden aumentar la complejidad técnica del procedimiento y el riesgo asociado³¹.

Otras condiciones de salud coexistentes, tales como la cirrosis hepática y la hipertensión arterial, también figuran entre los factores relevantes a considerar al evaluar la dificultad potencial de una colecistectomía laparoscópica. Asimismo, ciertos hallazgos identificados en la ecografía preoperatoria como el engrosamiento de la pared vesicular, la presencia de líquido perivesicular, la existencia de una vesícula calcificada o escleroatrófica, la presencia de cálculos de gran tamaño o impactados en el cuello vesicular, y la dilatación de la vía biliar representan señales de alerta que pueden anticipar una intervención técnicamente exigente³¹.

Además, se debe contemplar la influencia de condiciones como hepatomegalia, variantes anatómicas, fístulas colecisto-intestinales y cáncer vesicular. No menos importante, la disponibilidad de recursos, equipos apropiados y personal debidamente entrenado constituye un pilar fundamental para el éxito operatorio³¹.

Diversos elementos críticos pueden facilitar la identificación anticipada de una colecistectomía difícil. Entre ellos destaca la insuficiente experiencia del cirujano y la presencia de alteraciones clínicas que distorsionan la anatomía biliovascular, lo cual complica la disección adecuada del triángulo hepatocístico. Esta dificultad puede impedir la obtención de una visualización segura del área crítica, incrementando así el riesgo de lesiones iatrogénicas y elevando la incidencia de complicaciones intraoperatorias³².

Cuando factores anatómicos, inflamación avanzada, adherencias extensas u otros desafíos impiden realizar una colecistectomía total de manera segura, se ha propuesto la colecistectomía subtotal como una alternativa terapéutica. Dentro de esta categoría, técnicas como la variante fenestrada y la reconstructiva han sido consideradas recursos válidos para afrontar estos escenarios complejos³².

Sin embargo, la efectividad de estas estrategias depende en gran medida tanto del nivel de destreza del cirujano como de una cuidadosa selección de casos, debiendo evaluarse minuciosamente la relación entre los riesgos y los posibles beneficios para cada paciente antes de optar por esta vía³².

clasificación de colecistitis aguda, según la guía de Tokio 2013:

Durante la evolución de la colecistitis aguda, se reconocen varias fases con manifestaciones histopatológicas y clínicas diferenciadas. La etapa edematosa, que suele presentarse entre el segundo y cuarto día, se caracteriza por un incremento del líquido intersticial en la pared vesicular, acompañado de dilatación tanto de los capilares como de los vasos linfáticos, resultando en un engrosamiento marcado de la pared³³.

En el periodo comprendido entre el tercer y quinto día puede desarrollarse la variante necrotizante, en la cual la vesícula conserva el edema, pero ya se evidencian zonas de hemorragia y necrosis. Este proceso responde a un aumento de la presión intravesicular, que termina por comprometer el flujo sanguíneo; el análisis histológico revela trombosis y obstrucción de los vasos de la pared vesicular³³.

Posteriormente, alrededor de la primera a segunda semana, puede presentarse la colecistitis supurativa. En esta fase, la pared vesicular experimenta áreas de necrosis y acumulación purulenta; la inflamación es más pronunciada, la vesícula comienza a reducirse de tamaño, su pared se vuelve más fina y el tejido fibroso prolifera³³.

En contraste, la colecistitis crónica surge como consecuencia de episodios inflamatorios repetidos, llevando a la atrofia de la mucosa y a una fibrosis progresiva de la pared del órgano³¹. Clínicamente, los pacientes con colecistitis aguda suelen experimentar dolor abdominal persistente y de gran intensidad, generalmente localizado en el cuadrante superior derecho o el epigastrio, con irradiación frecuente hacia la región escapular derecha o la espalda. Esta sintomatología suele acompañarse de fiebre, náuseas, vómitos y anorexia. Es relevante indagar sobre la ingesta reciente de comidas ricas en grasa, ya que su consumo puede precipitar el inicio del cuadro doloroso³⁴.

La detección oportuna y precisa de la enfermedad resulta fundamental, dado que la progresión hacia isquemia vesicular puede precipitar complicaciones severas como gangrena, empiema o perforación. Aunque los análisis de laboratorio no siempre ofrecen resultados concluyentes, suelen recomendarse exámenes como el hemograma (que frecuentemente revela leucocitosis) y pruebas que evidencian inflamación, tales como la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Asimismo, se valoran alteraciones en parámetros bioquímicos, como los niveles de bilirrubina, transaminasas, fosfatasa alcalina y amilasa³⁴.

En la práctica clínica, la ecografía de la vesícula biliar es la herramienta diagnóstica preferente, mostrando una sensibilidad del 85% y una especificidad del 95%. Para confirmar el diagnóstico, es necesario cumplir al menos dos criterios mayores, o bien, un criterio mayor y dos menores³⁵.

Criterios mayores:

Engrosamiento de la pared vesicular igual o superior a 3,5 mm.

Presencia de líquido pericolecístico o edema subseroso.

Dilatación de la vesícula biliar con longitud mayor a 5 cm.

Identificación de gas intramural o diagnóstico de colecistitis enfisematosa.

Criterios menores:

Presencia de lodo biliar o hidrops vesicular.

Dilatación vesicular de al menos 8 cm de longitud o más de 5 cm de ancho con contenido líquido transparente³⁵.

La tomografía computarizada (TC) ofrece una precisión diagnóstica comparable a la ecografía para la detección de colecistitis aguda. Los criterios radiológicos empleados en la TC coinciden, en gran medida, con los utilizados en el ultrasonido. Sin embargo, es importante señalar la posibilidad de resultados falsamente positivos en la ecografía, especialmente en situaciones que pueden simular el engrosamiento de la pared vesicular, como la presencia de lodo biliar, cálculos no oclusivos, colesterosis, hipoalbuminemia o ascitis³⁶.

Complicaciones postquirúrgicas inmediatas

Complicaciones leves Las complicaciones que no demandan una intervención quirúrgica extensa para su resolución, o que pueden ser abordadas únicamente mediante medidas conservadoras — como la administración de antibióticos, antieméticos, analgésicos, drenaje de heridas o la implementación de fisioterapia— constituyen un grupo particular de eventos adversos postoperatorios. Entre las complicaciones más habituales de esta categoría se encuentran la infección del sitio quirúrgico y la formación de seromas³⁷.

La infección del sitio quirúrgico se define por la proliferación de microorganismos patógenos en el área de la incisión, manifestándose dentro de los primeros 30 días posteriores al acto quirúrgico. Clínicamente, puede evidenciarse mediante fiebre, hinchazón, dolor localizado, secreción purulenta y la obtención de cultivos positivos a partir de la herida. La incidencia reportada de este tipo de infección en cirugías es del 2,3%³⁷.

Por otra parte, el seroma consiste en la acumulación de líquido seroso en los espacios corporales, habitualmente como consecuencia de las incisiones realizadas para la inserción de los trocates abdominales. Suele presentarse entre el séptimo y el décimo día después de la intervención. Su manejo es sencillo y se limita al drenaje de la colección, sin que sea preciso recurrir a terapia antibiótica³⁷.

Complicaciones moderadas Existen complicaciones posquirúrgicas que requieren intervenciones terapéuticas más invasivas o complejas para su resolución, entre las que se incluyen la necesidad de administrar antibióticos por vía intravenosa, la realización de procedimientos quirúrgicos adicionales o la indicación de transfusiones sanguíneas. Entre estas complicaciones, destacan por su frecuencia la hemorragia postoperatoria, la hernia incisional y la aparición de fístulas biliares³⁸.

La hemorragia postquirúrgica representa una de las complicaciones más prevalentes, con tasas que pueden alcanzar hasta un 33%. Sus causas pueden estar relacionadas con el empleo de la

aguja de Veress, lesiones en el lecho hepático tras la extracción vesicular, o daños accidentales durante la intervención, como la afectación de los vasos del epiplón o una ligadura defectuosa de la arteria cística³⁸.

En cuanto a la fístula biliar, se trata de una complicación caracterizada por la salida anómala de bilis desde cualquier segmento del árbol biliar. La etiología más común es la fuga del muñón del conducto cístico, aunque también puede originarse por el drenaje a través del conducto de Luschka, una vía accesoria situada en el lóbulo derecho hepático. Por lo general, los síntomas de la fístula biliar se presentan de manera tardía, manifestándose como dolor en el hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, fiebre y anorexia, lo que contribuye a un incremento significativo de la morbilidad. El abordaje terapéutico más aceptado actualmente consiste en la realización de una colangiografía endoscópica, seguida, si es necesario, de la colocación de una prótesis y/o la realización de una esfinteroplastia³⁸.

Complicaciones severas Se clasifican como complicaciones graves aquellas situaciones que exigen una nueva intervención quirúrgica y, por lo general, conducen a la disfunción de uno o varios órganos³⁹.

La lesión de las vías biliares constituye una de las complicaciones más temidas, siendo frecuentemente resultado de un manejo inadecuado de los clips o de la sección parcial o completa del colédoco. Esta lesión suele originarse cuando se ejerce una tracción excesiva sobre el conducto cístico, lo que puede obstruir el colédoco y facilitar la colocación errónea del clip, terminando en la sección de la vía biliar principal en lugar del conducto cístico. Su prevalencia a nivel mundial oscila entre el 0,3% y el 1,5%³⁹.

Diversos factores incrementan el riesgo de presentar este tipo de lesión, entre los que se incluyen una colecistectomía de elevada dificultad técnica, antecedentes de diabetes mellitus, cirugías abdominales previas, presencia de cirrosis hepática, sangrado intraoperatorio, procedimientos de larga duración y edad superior a 65 años. La ocurrencia de esta complicación puede desencadenar problemas adicionales de gran severidad, tales como colangitis, cirrosis biliar, hipertensión portal e, incluso, el fallecimiento del paciente³⁹.

Otra complicación relevante es la lesión vascular asociada a la vía biliar, siendo la arteria hepática derecha la estructura más susceptible de daño, con una incidencia de hasta el 7% tras la colecistectomía. En contextos donde existe disrupción de la vía biliar, esta incidencia puede elevarse de manera significativa, alcanzando tasas entre el 11% y el 47%. El diagnóstico de este tipo de lesión se establece mediante angiografía, y su abordaje suele requerir una intervención quirúrgica adicional³⁹.

Para reducir la incidencia de estas complicaciones, se han implementado estrategias preventivas como la aplicación sistemática de la visión crítica de seguridad propuesta por Strasberg y el

empleo de colorantes como el verde de indocianina, entre otros métodos innovadores destinados a mejorar la identificación anatómica intraoperatoria³⁹.

Visión Crítica de Strasberg La aplicación de la técnica de visión crítica de seguridad es ampliamente recomendada como una estrategia para disminuir los riesgos inherentes a la colecistectomía laparoscópica, ya que su propósito es ofrecer al cirujano una visualización óptima que permita reconocer con precisión las estructuras anatómicas del árbol biliar, junto con su vascularización y vías de drenaje. Este abordaje se sustenta en tres fundamentos esenciales⁴⁰:

En primer lugar, es indispensable la identificación clara del triángulo hepatocístico, delimitado por el borde inferior del hígado, el conducto cístico y el conducto hepático común. Para alcanzar este objetivo, es imprescindible eliminar por completo los residuos de tejido adiposo y fibroso que pudieran obstaculizar la delimitación de dichos elementos anatómicos⁴⁰.

En segundo lugar, se requiere que aproximadamente el tercio inferior de la vesícula biliar sea cuidadosamente despegado del lecho hepático, lo que corresponde a una separación cercana al 30%. Esta maniobra permite exponer de manera adecuada la denominada placa quística, región que constituye la interfaz entre el hígado y la vesícula, y en la que se localizan la arteria cística y el conducto cístico⁴⁰.

Por último, tanto en la proyección anterior como en la posterior, únicamente deben visualizarse dos estructuras que ingresan a la vesícula biliar: el conducto cístico y la arteria cística. El cumplimiento riguroso de estos criterios busca minimizar la probabilidad de confusiones anatómicas y, por ende, de complicaciones intraoperatorias⁴⁰.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son las complicaciones prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025?

Problemas específicos

¿Cuáles son las complicaciones infecciosas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025?

¿Cuáles son las complicaciones quirúrgicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025?

¿Cuáles son las complicaciones clínicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025?

Justificación e importancia de la investigación

Justificación Práctica. La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección ("estándar de oro") para el tratamiento de la patología litiásica biliar sintomática. A pesar de ser una técnica segura y mínimamente invasiva, no está exenta de complicaciones, siendo las de naturaleza infecciosa una de las principales causas de morbilidad postoperatoria. Estas complicaciones, que van desde la infección del sitio operatorio (ISO) superficial hasta colecciones intraabdominales profundas (abscesos), tienen un impacto práctico directo y significativo en la gestión clínica. Por lo tanto, identificar cuáles son las complicaciones infecciosas más prevalentes en nuestro medio es de una utilidad práctica inmediata. Permitirá a los equipos quirúrgicos enfocar sus estrategias de prevención (profilaxis antibiótica, técnica quirúrgica), estandarizar los protocolos de vigilancia postoperatoria y optimizar el manejo temprano de estas complicaciones, mejorando la eficiencia y la calidad de la atención quirúrgica.

Justificación Teórica. La literatura científica internacional ha documentado ampliamente la incidencia y el espectro de las complicaciones infecciosas post-colecistectomía laparoscópica. Se conocen los factores de riesgo generales, como la conversión a cirugía abierta, el tiempo operatorio prolongado o la presencia de colecistitis aguda. Sin embargo, existe un vacío de conocimiento en lo que respecta a la epidemiología local. La prevalencia de cada tipo de complicación infecciosa y los perfiles de resistencia bacteriana pueden variar significativamente entre diferentes regiones y hospitales. Este estudio busca llenar esa brecha teórica al generar evidencia local y actualizada.

Justificación Social. Desde la perspectiva del paciente, una complicación infecciosa postoperatoria trasciende el ámbito clínico para convertirse en un evento con un profundo impacto social y personal. Un estudio que caracterice estas complicaciones es socialmente relevante porque sus hallazgos son el primer paso para mejorar la seguridad del paciente, reducir la tasa de estas complicaciones no solo mejora la experiencia individual del paciente, sino que también fortalece la confianza de la comunidad en sus servicios de salud.

Justificación Metodológica. Para responder a la pregunta de investigación sobre cuáles son las complicaciones infecciosas prevalentes y cómo se caracterizan, el diseño metodológico más apropiado y factible es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Porque el objetivo no es intervenir, sino describir la frecuencia y las características de un fenómeno (las infecciones) tal como ocurre en la práctica habitual. Este diseño, por su rigor y sistematicidad, proporcionará una "fotografía epidemiológica" válida y confiable de la situación actual en nuestra institución, sentando una base metodológica sólida para futuros estudios analíticos que busquen identificar factores de riesgo específicos.

Viabilidad.

Existe un número suficiente de pacientes que son operado por colecistectomía laparoscópica lo que hace viable a este estudio desde el punto de vista técnico. Además, el financiamiento estará a

cargo de la investigadora por tratarse de un estudio retrospectivo de bajo costo. Éticamente es viable pues no existe conflicto de intereses en el desarrollo del estudio.

Objetivos

Objetivo general.

Identificar las complicaciones prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025.

Objetivos específicos

Identificar las complicaciones infecciosas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025

Identificar las complicaciones quirúrgicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025

Identificar las complicaciones clínicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025

Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis

No aplica por ser estudio de nivel descriptivo

Variables

Variable dependiente

Colecistectomía laparoscópicas

Variables independientes

Complicaciones infecciosas

- Infección del sitio operatorio
- Absceso residual

Complicaciones quirúrgicas

- Lesión de vías biliares
- Fístulas biliar
- Hemorragia

Complicaciones clínicas

- Nauseas
- Vómitos
- Dificultad respiratoria

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo. Este estudio fue de tipo observacional, debido a que los datos se extrajeron cuando se manifestaron de manera natural, es retrospectiva porque se trabajó con datos secundarios obtenidos en el pasado, es transversal porque los datos se midieron una sola vez, y descriptiva al limitarse a describir un fenómeno en diversas áreas.

Nivel: Descriptivo, al limitarse a describir una realidad.

Enfoque. Cuantitativo

Diseño. Descriptivo

Población. Son pacientes operados por colecistectomía laparoscópica entre los años 2022 al 2025 que son 548 pacientes.

Criterio de inclusión

Historia clínica de pacientes sometidos a colecistectomía por vía laparoscópica en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2022 al 2025.

Historias clínicas completas que contengan registro del acto quirúrgico, evolución postoperatoria y alta hospitalaria.

Historias clínicas que permitan identificar la presencia o ausencia de complicaciones infecciosas (infección del sitio operatorio o absceso residual)

Historias clínicas que permitan identificar la presencia o ausencia de complicaciones quirúrgicas (lesión de vías biliares, fístula biliar o hemorragia)

Historias clínicas que permitan identificar la presencia o ausencia de complicaciones clínicas (náuseas, vómitos o dificultad respiratoria)

Criterio de exclusión

Historias clínicas incompletas o con información insuficiente para identificar complicaciones postoperatorias.

Historias clínicas de pacientes operados de colecistectomía laparoscópica cuya intervención fue convertida a colecistectomía abierta.

Historias clínicas de pacientes fallecidos en el acto quirúrgico por causas no relacionadas a complicaciones quirúrgicas (Infarto agudo al miocardio no relacionado, evento cerebrovascular independiente)

Historias clínicas de pacientes a quien no se le practico colecistostomia por vía laparoscópica

Tamaño de muestra

Fórmula para estimar proporciones con tamaño de población conocida

$$N = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 (N-1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

n	=	Tamaño de muestra
N	=	Población= 548
Z	=	Nivel de confianza (95% = 1.96)
E	=	Error permitido (5%)
p	=	Proporción que incrementa el tamaño de la muestra 0.5
q	=	1-p = 0.5

n = 226 casos

Muestreo.

Se utilizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. Inicialmente se identificó el universo de historias clínicas correspondientes a pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Regional de Ica durante el periodo 2022 al 2025 que cumplieron con los criterios de inclusión. Posteriormente, se elaboró un listado numerado de dichas historias clínicas y se empleó un generador de números aleatorios para seleccionar las unidades muestrales hasta completar el tamaño de muestra calculado.

Marco muestra.

Relación de pacientes operado por colecistectomía laparoscópica

Unidad de muestreo.

Paciente operado de colecistectomía por vía laparoscópica.

Unidad de información.

Historia clínica del paciente operado por colecistectomía laparoscópica

La técnica

Fente de información

La técnica para el recojo de los datos fue el análisis documental, pues se extrajeron las historias clínicas seleccionadas de los pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópicas del Hospital Regional de Ica según los criterios de elegibilidad.

Proceso de recolección de datos

- Se presentó una solicitud al Hospital Regional de Ica para informar sobre la realización del estudio y solicitar el permiso para revisar las historias clínicas.
- Se coordinó con el área de estadística del Hospital Regional de Ica para obtener el listado de historias clínicas que cumplían con los criterios establecidos.
- Se seleccionaron las historias clínicas por medio de un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.
- Se coordinó con el personal de estadística para poder acceder a las historias clínicas seleccionadas.
- Se aplicó la ficha de recolección de datos a cada historia clínica incluida en la muestra, registrando la información necesaria.
- Las fichas completadas fueron guardadas hasta el momento de ingreso y análisis de los datos.

Instrumento.

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos elaborada por el autor, estructurada en función de las variables e indicadores definidos en la matriz de operacionalización del estudio. La ficha incluyó datos clínicos, quirúrgicos y la presencia o ausencia de complicaciones postoperatorias consignadas en la historia clínica.

Para garantizar la validez de contenido, el instrumento fue sometido a juicio de tres expertos en cirugía general, los cuales evaluaron la claridad, pertinencia y coherencia de los ítems respecto a los objetivos del estudio. Las observaciones realizadas fueron incorporadas antes de su aplicación definitiva.

Posteriormente, se realizó una prueba piloto aplicando la ficha a un grupo de historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión, pero que no formaron parte de la muestra final. Esta prueba permitió verificar la comprensión de los ítems.

La confiabilidad del instrumento se comprobó mediante la revisión repetida de las fichas piloto en diferentes momentos, evaluando la estabilidad en el registro de la información. Tras la

validación y ajustes correspondientes, se procedió a la aplicación del instrumento en la muestra definitiva.

Procesamiento de datos.

Los datos recolectados fueron ingresados y procesados en el programa estadístico SPSS versión 29.0. Se realizó la codificación y verificación de la información obtenida a partir de las historias clínicas antes de su análisis.

Se aplicó estadística descriptiva para la presentación de los resultados. Las variables cualitativas (sexo y complicaciones postoperatorias) fueron presentadas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas (edad) fueron descritas mediante medidas de tendencia central como media y mediana, y medidas de dispersión como desviación estándar, según la naturaleza de los datos.

Los resultados fueron presentados en tablas simples para permitir su comprensión, mostrando frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas.

Ética.

Para el desarrollo del estudio se cumplió estrictamente con los principios éticos, establecidos en el Reporte Belmont y en las Normas de Helsinki

Principio de no hacer daño. Este estudio tuvo lugar en las historias clínicas de los pacientes seleccionados, que evita daño directo a los participantes, sin embargo, se tuvo un trato responsable de las historias clínicas.

Principio de beneficencia. Este estudio se desarrolló con fines científicos, en beneficio de la sociedad y sobre todo en aquellos con patologías vesiculares, pues los resultados de la investigación son de utilidad para los cirujanos que mejorarán su calidad de la atención.

Principio de justicia. Cada historia clínica fue identificada con un número correlativo a fin de conservar su anonimato además que fue de utilidad para que el manejo de sus datos sea sin segregaciones y justo para todos.

III. RESULTADOS

3.1. RESULTADOS

Tabla 1. Sexo de los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	84	37,2%
Femenino	142	62,8%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica el 37,2% fueron del sexo masculino y el 62,8% fueron mujeres.

Tabla 2. Edad de los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 30 años	14	6,2%
31 a 45 años	89	39,4%
46 a 60 años	104	46,0%
Mayores de 60 años	19	8,4%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 2 muestra que el 6,2% de los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica fueron de edades de 15 a 30 años, mientras que el 39,4% eran de edades de 31 a 45 años, además el 46% tuvieron edades de 46 a 60 años y el 8,4% eran mayores de 60 años.

Tabla 3. Complicaciones infecciosas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Infección del Sitio Operatorio

Infección del sitio operatorio	Frecuencia	Porcentaje
Presente	22	9,7%
Ausente	204	90,3%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El resultado mostrado en la tabla 1 indica que los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica el 9,7% presentaron infección del sitio operatorio.

Tabla 4. Complicaciones infecciosas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Absceso residual

Absceso residual	Frecuencia	Porcentaje
Presente	8	3,5%
Ausente	218	96,5%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4 muestra que el 3,5% de los pacientes operados por colecistectomía laparoscópica presentaron absceso residual.

Tabla 5. Complicaciones quirúrgicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Lesión de vías biliares

Lesión de vías biliares	Frecuencia	Porcentaje
Presente	6	2,7%
Ausente	220	97,3%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Las lesiones de las vías biliares en particular el conducto hepático se produjo en el 11,5% de los pacientes operados por colecistectomía laparoscópica.

Tabla 6. Complicaciones quirúrgicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Fístula biliar

Fístula biliar	Frecuencia	Porcentaje
Presente	27	11,9%
Ausente	199	88,1%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La fistula biliar en los pacientes operados por colecistectomía laparoscópica se presentó en 11,9% de los casos.

Tabla 7. Complicaciones quirúrgicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Hemorragia

Hemorragia	Frecuencia	Porcentaje
Presente	25	11,1%
Ausente	201	88,9%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 7 demuestra que los pacientes operados por colecistectomía laparoscópica el 11,1% presentaron hemorragia como complicación posoperatoria.

Tabla 8. Complicaciones clínicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Náuseas

Náuseas	Frecuencia	Porcentaje
Presente	122	54,0%
Ausente	104	46,0%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Otra complicación que se encontró con bastante frecuencia son las náuseas en los pacientes pos operados de colecistectomía laparoscópica que se presentó con un porcentaje de 54%.

Tabla 9. Complicaciones clínicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Vómitos

Vómitos	Frecuencia	Porcentaje
Presente	19	8,4%
Ausente	207	91,6%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Los vómitos son también una complicación posoperatoria en los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica pues se presentó en el 8,4% de los casos.

Tabla 10. Complicaciones clínicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025: Dificultad respiratoria

Dificultad respiratoria	Frecuencia	Porcentaje
Presente	17	7,5%
Ausente	209	92,5%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Los pacientes operados de colecistectomía por vía laparoscópica presentaron como complicación dificultad respiratoria el 7,5% de los pacientes.

Tabla 11. Tasa de re intervenciones por complicaciones de colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025

Re intervenciones	Frecuencia	Porcentaje
Si re intervenido	11	4,9%
No re intervenido	215	95,1%
Total	226	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tasa de re intervenciones por complicaciones pos operatorias en los pacientes operados por colecistectomía laparoscópica fue de 4,9%.

IV. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se observó que la mayoría de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica correspondieron al sexo femenino, representando el 62,8% del total, mientras que el 37,2% fueron del sexo masculino. Esta distribución evidencia un predominio femenino en la población intervenida quirúrgicamente por patología vesicular. Este fenómeno ha sido asociado a diversos factores hormonales, particularmente al efecto de los estrógenos, que favorecen la sobresaturación de colesterol en la bilis y la formación de cálculos biliares. Asimismo, condiciones como el embarazo, el uso de anticonceptivos hormonales y ciertos factores metabólicos contribuyen a una mayor prevalencia de colelitiasis en mujeres. El estudio de Ramos¹⁸ encuentra que la obesidad en el sexo femenino, incrementa de manera considerable el riesgo de desarrollar seroma como complicación tras la colecistectomía laparoscópica, siendo este riesgo hasta 7,6 veces superior en comparación con pacientes no obesas.

En relación con la distribución etaria de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, se observó que el grupo de edad predominante fue el de 46 a 60 años, representando el 46% del total de pacientes. Le siguió el grupo de 31 a 45 años con el 39,4%. En menor proporción se encontraron los pacientes mayores de 60 años, con un 8,4%, y el grupo de 15 a 30 años, que representó el 6,2% del total. La mayor frecuencia de colecistectomía laparoscópica en pacientes de entre 46 y 60 años concuerda con la evolución natural de la enfermedad vesicular, la cual suele manifestarse de manera progresiva a lo largo del tiempo. La acumulación de factores de riesgo metabólicos, hormonales y dietéticos favorece la formación de cálculos biliares, lo que explica el

incremento de casos en edades medias y avanzadas. Asimismo, el elevado porcentaje de pacientes entre 31 y 45 años sugiere que la patología vesicular puede presentarse de forma clínica significativa desde edades relativamente tempranas, especialmente en presencia de factores predisponentes como obesidad, dislipidemia, antecedentes familiares y cambios hormonales. Estudio como la de Medina¹² encuentra que una edad superior a los 70 años incrementa de manera significativa la probabilidad de presentar complicaciones posoperatorias coincidiendo con los resultados de la investigación. Del mismo modo Velasquez¹⁹ en Cañete encuentra que el riesgo de desarrollar complicaciones después de una colecistectomía laparoscópica aumenta significativamente en aquellos individuos que presentan ciertas características específicas: tener menos de 60 años de edad, coexistir con enfermedades adicionales (comorbilidades), poseer un índice de masa corporal alto y, asimismo, presentar heridas que se encuentren contaminadas.

En el presente estudio se evidenció que el 9,7% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica presentó infección del sitio operatorio. Este porcentaje representa una complicación postoperatoria relevante, aunque limitada a una minoría de los casos intervenidos. La infección del sitio operatorio en su totalidad en la herida del ombligo es una de las complicaciones más frecuentes asociadas a los procedimientos quirúrgicos, incluso en técnicas mínimamente invasivas como la colecistectomía laparoscópica. El porcentaje observado en este estudio se encuentra dentro de los rangos reportados en la literatura, la aparición de infección en casi una décima parte de los pacientes está relacionada con diversos factores, entre ellos la presencia de colecistitis aguda, la contaminación biliar intraoperatoria, comorbilidades como diabetes mellitus u obesidad, así como factores técnicos y el cumplimiento de las medidas de asepsia y profilaxis antibiótica. López¹⁴ en Ecuador determina como una complicación prevalente a la ISO, del mismo modo Julcamoro²⁰ encuentra una prevalencia de infecciones del sitio operatorio en la colecistectomía laparoscópica de 3% que es un porcentaje menor al encontrado en el estudio que estaría en relación a las condiciones en que los pacientes se operan y a la experiencia del cirujano.

En el presente estudio se identificó que el 3,5% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica presentó absceso residual como complicación postoperatoria. Este hallazgo corresponde a una proporción baja del total de casos intervenidos, lo que sugiere una ocurrencia poco frecuente de esta complicación. El absceso residual constituye una complicación infrecuente pero potencialmente grave tras la colecistectomía laparoscópica. Su aparición suele estar relacionada con factores como la presencia de colecistitis aguda o complicada, perforación vesicular intraoperatoria, derrame biliar, restos de cálculos, o un control inadecuado del foco infeccioso durante el acto quirúrgico. El bajo porcentaje observado en este estudio es consistente con lo descrito en la literatura, donde la incidencia de abscesos residuales es reducida gracias a

las ventajas del abordaje laparoscópico, que permite una mejor visualización del campo quirúrgico, menor trauma tisular y una recuperación más rápida.

En el presente estudio se evidenció que el 11,5% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica presentó lesión de las vías biliares, específicamente del conducto hepático. Este hallazgo representa una complicación quirúrgica de relevancia clínica significativa, dado el impacto que tiene sobre la morbilidad postoperatoria y la evolución a largo plazo del paciente. Las lesiones de las vías biliares constituyen una de las complicaciones más graves asociadas a la colecistectomía laparoscópica, debido a sus potenciales consecuencias como colangitis, estenosis biliar, necesidad de reintervenciones y deterioro de la calidad de vida. El porcentaje observado en este estudio es considerable y pone de manifiesto la importancia de evaluar cuidadosamente los factores asociados a su ocurrencia. Diversos elementos pueden contribuir a la aparición de lesiones del conducto hepático, entre ellos la distorsión de la anatomía biliar secundaria a procesos inflamatorios severos, como la colecistitis aguda o crónica escleroatrófica, la presencia de adherencias, variaciones anatómicas de las vías biliares y dificultades técnicas durante el procedimiento. Asimismo, la experiencia del cirujano y el adecuado reconocimiento del triángulo de Calot juegan un papel fundamental en la prevención de esta complicación³⁷. Al respecto Fu¹⁵ en China encuentra que, dentro del grupo de complicaciones detectadas, se registraron 8 situaciones en las que ocurrió daño al conducto biliar, equivalente al 1,67%, mientras que Cedano²² encuentra una prevalencia de lesiones de vías biliares en las colelap de 29,6% que es un porcentaje bastante alto relacionado con la experiencia del cirujano.

En el presente estudio se observó que la fístula biliar se presentó en el 11,9% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, constituyendo una de las complicaciones postoperatorias identificadas con mayor relevancia clínica dentro de la población evaluada. La fístula biliar es una complicación conocida de la colecistectomía laparoscópica y suele originarse por fuga de bilis a nivel del muñón del conducto cístico, conductos biliares accesorios o, en algunos casos, asociada a lesiones de la vía biliar principal. La frecuencia encontrada en este estudio es elevada y sugiere la presencia de factores de riesgo importantes durante el procedimiento quirúrgico. Asimismo, la experiencia del cirujano y el cumplimiento de los principios de seguridad quirúrgica influyen de manera directa en la prevención de esta complicación³⁶. Al respecto Fu¹⁵ en China encuentra que, se documentaron 19 eventos correspondientes a fístula biliar, cifra que constituye el 3,97% de los casos observados.

En el presente estudio se evidenció que el 11,1% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica presentó hemorragia como complicación posoperatoria. Este hallazgo corresponde a una complicación de importancia clínica, ya que puede influir en la evolución del paciente, la

necesidad de intervenciones adicionales y la prolongación de la estancia hospitalaria. La hemorragia posoperatoria es una complicación potencial de la colecistectomía laparoscópica, generalmente relacionada con sangrado del lecho hepático, vasos císticos o sitios de inserción de los trocares. La frecuencia observada en este estudio es considerable y sugiere la presencia de factores intraoperatorios y del paciente que pueden haber contribuido a su aparición. Entre los factores asociados se incluyen la inflamación intensa de la vesícula biliar, disección dificultosa del triángulo de Calot, coagulopatías, hipertensión arterial no controlada. El estudio de López¹⁴ en el Ecuador también encuentra a la hemorragia como una complicación de los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica, Fu¹⁵ en China encuentra que, dentro del grupo de complicaciones detectadas, se registraron 9 pacientes con hemorragia abdominal, lo que representa un 1,88% del total, incluso Alkhalifah¹⁶ en Arabia Saudita determina que el 2,9% de los pacientes operados de colelap presentaron hemorragia como complicación, que si bien el porcentaje es bajo ello se debería a la experiencia del cirujano.

En el presente estudio se identificó que el 54% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica presentó náuseas en el período posoperatorio, constituyendo una de las complicaciones más frecuentes observadas tras el procedimiento quirúrgico, las náuseas posoperatorias son una complicación común después de procedimientos quirúrgicos, especialmente en cirugías realizadas bajo anestesia general, como la colecistectomía laparoscópica. El alto porcentaje observado en este estudio sugiere una relación directa con factores anestésicos, farmacológicos y propios del procedimiento quirúrgico³⁶.

En el presente estudio se evidenció que el 8,4% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica presentó vómitos como complicación posoperatoria. Este hallazgo indica una frecuencia moderada en comparación con otras manifestaciones gastrointestinales observadas en el período posoperatorio. Los vómitos posoperatorios constituyen una complicación frecuente asociada a procedimientos quirúrgicos realizados bajo anestesia general. En el contexto de la colecistectomía laparoscópica, su aparición puede estar relacionada con múltiples factores, como el uso de agentes anestésicos, analgésicos opioides, la insuflación de dióxido de carbono y la respuesta individual del paciente al estrés quirúrgico. El porcentaje observado en este estudio es menor en comparación con la incidencia de náuseas posoperatorias, lo cual concuerda con lo descrito en la literatura, donde las náuseas suelen presentarse con mayor frecuencia que los vómitos. Sin embargo, la presencia de vómitos reviste importancia clínica, ya que puede retrasar la reanudación de la vía oral, aumentar el riesgo de deshidratación y desequilibrios hidroelectrolíticos, o sangrado en casos severos. Estos resultados son congruentes con lo encontrado por Ramos¹⁸ en la que encuentra que el vómito se presentó en el 11,5%.

En el presente estudio se observó que el 7,5% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica presentó dificultad respiratoria como complicación posoperatoria. Este resultado refleja una complicación de relevancia clínica que, aunque no fue la más frecuente, requiere atención oportuna debido a su potencial impacto en la recuperación del paciente. La dificultad respiratoria en el período posoperatorio de la colecistectomía laparoscópica puede estar asociada a diversos factores, tanto relacionados con el procedimiento quirúrgico como con las condiciones del paciente. Entre los principales factores se incluyen los efectos residuales de la anestesia general, el dolor posoperatorio que limita la expansión torácica, la distensión abdominal secundaria al neumoperitoneo con dióxido de carbono y la elevación del diafragma, lo cual puede afectar la mecánica respiratoria, estos hallazgos subrayan que, si bien la colecistectomía laparoscópica es un procedimiento seguro, la dificultad respiratoria sigue siendo una complicación posible que debe ser reconocida y manejada de manera oportuna para optimizar la recuperación del paciente. García²¹ en Cajamarca determina que, por otro lado, se observó que la saturación de oxígeno preoperatoria inferior al 92% mostró una relación significativa con un aumento en la probabilidad de aparición de complicaciones, respaldada por un valor p menor a 0,0001 y una razón de momios (OR) igual a 10,32.

En el presente estudio se observó que la tasa de reintervenciones por complicaciones posoperatorias en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica fue del 4,9%. Esto indica que un pequeño porcentaje de pacientes requirió un segundo procedimiento quirúrgico para manejar complicaciones surgidas tras la cirugía inicial. La reintervención posoperatoria constituye un indicador importante de morbilidad quirúrgica, ya que refleja la gravedad o la insuficiencia del manejo inicial de las complicaciones. La tasa observada en este estudio, aunque baja, es relevante desde el punto de vista clínico y debe interpretarse en el contexto de los tipos de complicaciones que llevaron a la necesidad de un nuevo procedimiento, tales como hemorragia, fístula biliar, absceso residual o lesión de la vía biliar. Por consiguiente, la investigación realizada por Villeda¹³ propone que la escala de Parkland sea empleada como un instrumento eficiente para establecer el nivel de complejidad quirúrgica en individuos que serán sometidos a colecistectomía laparoscópica, el uso de esta escala permite optimizar tanto la clasificación del riesgo quirúrgico como la organización anticipada de las intervenciones requeridas en el proceso operatorio, lo cual contribuye a una planificación más adecuada del abordaje clínico y terapéutico. Si bien Khalid¹⁷ encuentra una tasa de complicaciones de 35% no todos requirieron re intervención, incluso Arévalo²³ afirma que la duración de la intervención quirúrgica representa un elemento intraoperatorio clave que influye directamente en el grado de complejidad asociado a la colecistectomía laparoscópica, en consecuencia, este hecho resalta la necesidad de realizar una evaluación previa minuciosa y una planificación cuidadosa del acto

operatorio, con el propósito de prever posibles complicaciones o retos técnicos que puedan presentarse durante su ejecución.

V. CONCLUSIÓN

- La mayoría de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica fueron más frecuentes en mujeres (62,8%), de edades entre 46 a 60 años (46,0%).
- Entre las complicaciones infecciosas, la infección del sitio operatorio se presentó en 9,77% y el absceso residual en 3,5%.
- Dentro de las complicaciones quirúrgicas, la lesión de las vías biliares se registró en 2,7%, la fistula biliar en 11,9% y la hemorragia en 11,1%.
- En cuanto a las complicaciones clínicas, las náuseas se presentaron en 54,0%, los vómitos en 8,4% y la dificultad respiratoria en 4,9% de los pacientes.

VI. RECOMENDACIONES

- Fortalecer la formación del personal quirúrgico en técnicas laparoscópicas avanzadas y manejo de complicaciones intraoperatorias y posoperatorias. Sensibilizar al equipo multidisciplinario sobre la importancia del manejo integral del paciente, desde la preparación preoperatoria hasta el seguimiento postoperatorio.
- Implementar protocolos estrictos de asepsia y antisepsia durante la cirugía para reducir la incidencia de infección del sitio operatorio, considerar el uso adecuado y oportuno de antibióticos profilácticos según la guía clínica vigente, del mismo modo mantener un seguimiento postoperatorio cercano para la detección temprana de abscesos residuales y establecer intervenciones oportunas como drenaje o antibioterapia dirigida.
- Reforzar la capacitación del equipo quirúrgico en identificación anatómica precisa de las vías biliares y del triángulo de Calot para disminuir la frecuencia de lesiones del conducto hepático y fístulas biliares, promover la aplicación de técnicas de seguridad quirúrgica, como la visión crítica de seguridad y la conversión a cirugía abierta cuando la anatomía o la inflamación dificulten el abordaje laparoscópico seguro, y garantizar hemostasia adecuada durante el procedimiento para prevenir hemorragias y reducir la necesidad de reintervenciones.

- Implementar estrategias profilácticas para reducir náuseas y vómitos posoperatorios, como el uso preventivo de antieméticos, optimización de la anestesia y manejo analgésico multimodal, monitorear estrechamente la función respiratoria en el postoperatorio inmediato, especialmente en pacientes con factores de riesgo, aplicando medidas como fisioterapia respiratoria, analgesia adecuada y movilización temprana.

VII. Referencias bibliográficas.

- 1.- López U. Santos G. Sánchez C. Complicaciones de Colectomía Laparoscópica 2024. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 7(6), 3986-3995. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8971
- 2.- López Viurquiz U. Complicaciones de Colectomía Laparoscópica. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. Noviembre-Diciembre, 2023, Volumen 7, Número 6 https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7598
- 3.- López I. Complicaciones postquirúrgicas inmediatas y tardías por Colelap. URI: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/15264>
- 4.- Acosta D. Vivenes M. Noval C. Experiencia en colecistectomía laparoscópica y su conversión en el Hospital Ana Francisca Pérez de León II 2024. Boletín Médico De Postgrado, 40(1), 16-21. Recuperado a partir de: <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/4674>
- 5.- Acosta D. Factores predictivos de conversión de colecistectomía laparoscópica. Artículo de revisión. RevVenezCir vol.76 no.2 Caracas dic. 2023 Epub 29-Abr-2024. <https://doi.org/10.48104/rvc.2023.76.2.3>
- 6.- González M. Báez L. Experiencia quirúrgica en la colecistectomía laparoscópica dificultosa 2022. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 6(3), 1950-1958. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2344
- 7.- Blanco Sosa RL, Matute Gómez EM, Fajardo Alcalá R. Complicaciones colecistectomía convencional y laparoscópica en colecistitis aguda. Revdosdic [Internet]. 31 de marzo de 2024

- [citado 30 de octubre de 2025];7(1):e498. Disponible en: <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/498>
- 8.- Medina L. Predictores de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta. *Cir Gen.* 2024;46(3):143-152. doi:10.35366/118725.
 - 9.- Pérez G. et al. Incidencia de lesión de vía biliar en colecistectomía laparoscópica. *Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México*, [S.l.], 2025;13(1), p. 103-110. <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/24028>
 - 10.- Del Castillo Yrigoyen M. Colecistectomía laparoscópica en el Perú. Reporte preliminar de los primeros casos. <file:///Y:/Kingston/Descargas/ojsadm,+1563-6577-1-CE.pdf>
 - 11.- Trancon Y. Factores predictores para colecistectomía laparoscópica difícil en pacientes de 18 a 65 años en el servicio de cirugía general del Hospital Rezola de Cañete en el periodo 2021 al 2022. <https://repositorio.upsjb.edu.pe>
 - 12.- Medina Jiménez Ch. Complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica de emergencia Ecuador 2021. DOI:10.26820/reciamuc/5.(3).agosto.2021.88-95
 - 13.- Villeda Cruz, D. Grado de severidad en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica Guatemala 2025. *Revista Científica Internacional*, 8(1), 1–15. <https://doi.org/10.46734/revcientifica.v8i1.130>
 - 14.- López Andrade, I. Complicaciones postquirúrgicas inmediatas y tardías por Colelap Ecuador 2021. URI: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/15264>
 - 15.- Fu, Jing-nan et al. Análisis de los factores de riesgo de complicaciones tras colecistectomía laparoscópica China 2023. *Heliyon*, Volumen 9, Número 8, e18883. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e18883>
 - 16.- AlKhalifah, Z. Evaluación de la incidencia y los factores de riesgo de las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en Jeddah: un estudio retrospectivo en Arabia Saudita 2023. *Anales de Medicina y Cirugía* 85(6): págs. 2749-2755, junio de 2023. | DOI: 10.1097/MS9.0000000000000720
 - 17.- Khalid A, et al. Comparación de las complicaciones postoperatorias de la colecistectomía abierta versus la laparoscópica según la clasificación de Clavien-Dindo modificada 2023. *Cureus* 15(8): e43642. DOI 10.7759/cureus.43642
 - 18.- Ramos-Aldana, A. Complicaciones postoperatorias de la colecistectomía laparoscópica electiva y de emergencia, según índice de masa corporal en el Hospital José Cayetano Heredia III-1 de enero a diciembre del 2022. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/21771>
 - 19.- Velasquez-Morales A. Factores de riesgo asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes colecistectomizados laparoscópicamente atendidos en el hospital regional de cañete durante el periodo 2022. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/5752>

- 20.- Julcamoro Saldaña J. Factores de riesgo asociados a desarrollar complicaciones post colecistectomía laparoscópica en el Hospital Regional Docente de Cajamarca de 2018-2021. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/5674>
- 21.- García-Rojas CH. Principal complicación postquirúrgica asociada a colecistectomía laparoscópica de emergencia en pacientes adultos del hospital II Essalud Cajamarca, 2022-2023. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/7893>
- 22.- Cedano-Baca, J. Grado de severidad y factores prequirúrgicos asociados a complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda Trujillo 2022. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/9096>
- 23.- Arévalo-Ayachi M. Factores asociados a la colecistectomía laparoscópica difícil en adultos del Hospital de Alta Complejidad de Trujillo, Perú. Rev Peru Cienc Salud [Internet]. 2025 Jan. 17 [cited 2025 Nov. 16];7(1):50-5. <https://revistas.udh.edu.pe/RPCS/article/view/686>
- 24.- Rodríguez Huaman SC. Complicaciones post operatorias en pacientes intervenidos por colecistectomía en el Hospitl Santa María del Socorro 2020-2022. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4766>
- 25.- Huamani Cuba W. Factores asociados a complicaciones posoperatorias de los pacientes operados de colecistectomías convencional en el Hospital Regional de Ica 2022-2023. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/5375>
- 26.- Asad U. Colecistectomía laparoscópica 2025. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448145/>
- 27.- Chama-Naranjo A, Farell RJ, Cuevas VJ. Colecistectomía segura: ¿Qué es y cómo hacerla? ¿Cómo lo hacemos nosotros? Rev Colomb Cir. 2021;36:324-33. <https://doi.org/10.30944/20117582.733>
- 28.- González Bogantes B. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: una revisión de la literatura actual. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay. ISSN en línea: 2789-3855, agosto, 2025, Volumen VI, Número 4 p 652. DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4300>
- 29.- Fabara-Salvador F. Colecistectomía Laparoscópica: Beneficios y retos en el manejo de la colecistitis aguda. RECIAMUC; Editorial Saberes del Conocimiento, 2024. DOI: 10.26820/reciamuc/8.(2).abril.2024.864-881
- 30.- Lauferman L. Factores de riesgo prequirúrgicos para una colecistectomía laparoscópica difícil. Rev Argent Cir 2022;114(1):26-35 - <http://dx.doi.org/10.25132/raac.v114.n1.1647>
- 31.- De Angelis B, Núñez B, Rodríguez E. Colecistectomía Laparoscópica difícil: tratamiento quirúrgico. Rev. Digit Postgrado.2023;12(1):e354.doi:10.37910/RDP.2023.12.1.e354
- 32.- Castro López L. Técnicas de Colecistectomía Laparoscópica Subtotal como Estrategias de Manejo en Colecistectomías Difíciles. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar Noviembre-Diciembre, 2023, Volumen 7, Número 6 https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.9125

- 33.- Yegros Ortiz CD, Feltes Villalba SC, Duarte BD, Fretes Oviedo NE.. Aplicación de criterios de Tokio para el diagnóstico de colecistitis aguda en el Departamento de Urgencia Adultos del Hospital Nacional, Itauguá. *Rev. Nac. (Itauguá)*. 2021;13(1):031-040.
- 34.- Astudillo Coello O. Colecistectomía Laparoscópica (Colelap) en Paciente Femenina con Múltiples Comorbilidades ASA II. Reporte de Caso. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* Julio-Agosto, 2023, Volumen 7, Número 4. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7604.
- 35.- Magallanes Ortiz A. Ecografía en el diagnóstico y tratamiento de colecistitis/colelitiasis. *RECIAMUC; Editorial Saberes del Conocimiento*, 2022. DOI: 10.26820/reciamuc/6.(4).octubre.2022.50-56
- 36.- de Arriba Heras C. Colecistitis aguda complicada: diagnóstico por imagen en la urgencia. *Colecistitis aguda complicada: Diagnóstico por imagen en urgencias. Radiología*. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2025.501722>
- 37.- Kim HJ, Kang SH, Roh YH, Kim MC, Kim KW. Are prophylactic antibiotics necessary in elective laparoscopic cholecystectomy, regardless of patient risk? *Ann Surg Treat Res*. 2017 Aug;93(2):76-81. doi: 10.4174/astr.2017.93.2.76. Epub 2017 Jul 28. PMID: 28835883; PMCID: PMC5566750.
- 38.- Guiab K, Evans T, Brigode W, et al. Complicaciones tras colecistectomía laparoscópica intrahospitalaria: efecto de la experiencia del cirujano, el volumen de procedimientos y otras características del cirujano. *The American Surgeon* TM . 2022;88(8):1798-1804. doi: 10.1177/00031348221084083
- 39.- Escartín A, González M, Muriel P, Cuello E, Pinillos A, Santamaría M, Salvador H, Olsina JJ. Litiásic acute cholecystitis: application of Tokyo Guidelines in severity grading. *Cir Cir*. 2021;89(1):12-21. English. doi: 10.24875/CIRU.19001616. PMID: 33498065.
- 40.- Montalvo-Javé EE, Contreras-Flores EH, Ayala-Moreno EA, Mercado MA. Strasberg's Critical View: Strategy for a Safe Laparoscopic Cholecystectomy. *Euroasian J Hepatogastroenterol*. 2022 Jan-Jun;12(1):40-44. doi: 10.5005/jp-journals-10018-1353. PMID: 35990864; PMCID: PMC9357518.

Anexos

Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
<p>Problema general ¿Cuáles son las complicaciones prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las complicaciones infecciosas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones quirúrgicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones clínicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025?</p>	<p>Objetivo general Identificar las complicaciones prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025.</p> <p>Objetivos específicos Identificar las complicaciones infecciosas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025</p> <p>Identificar las complicaciones quirúrgicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025</p> <p>Identificar las complicaciones clínicas prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025</p>	<p>Hipótesis general No aplica</p>	<p>Variable dependiente Complicaciones postoperatorias</p> <p>Variables independientes Complicaciones infecciosas Infección del sitio operatorio Absceso residual</p> <p>Complicaciones quirúrgicas Lesión de vías biliares Fistulas biliar Hemorragia</p> <p>Complicaciones clínicas Nauseas Vómitos Dificultad respiratoria</p>	<p>Tipo. Descriptiva, observacional, transversal, retrospectiva</p> <p>Nivel. Descriptiva</p> <p>Diseño. Descriptivo</p> <p>Población. Son pacientes operados por colecistectomía laparoscópica entre los años 2022 al 2025 que son 548 pacientes.</p> <p>Muestra 226 casos</p> <p>La técnica: Documental</p> <p>Instrumento: Ficha de datos</p> <p>Procesamiento de datos. Los datos se procesarán en el programa estadístico SPSS v29 a donde se tabularán los datos para mostrar los resultados en tablas descriptivas con porcentajes y cálculo de la media mediana y moda de las variables según su naturaleza, con 95% de confianza.</p>

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Categoría	Instru- mento
Variable dependiente Colecistectomía Laparoscópicas	Evento adverso que ocurre después de un procedimiento quirúrgico y que altera el curso normal de recuperación del paciente, pudiendo ser de origen infeccioso, quirúrgico o clínico.	Se considera complicación postoperatoria a cualquier evento adverso registrado en la historia clínica dentro de los 30 días posteriores a la colecistectomía laparoscópicas, consignado por el médico tratante.	Infección del sitio operatorio, absceso residual, lesión biliar, fístula, hemorragia, náuseas, vómitos, dificultad respiratoria.	Presente Ausente	Ficha de datos
Variables independientes Infección del sitio operatorio	Es una infección que ocurre en la zona de la incisión quirúrgica, como resultado de la introducción de microorganismos patógenos durante o después de la intervención quirúrgica.	Se define como la aparición de signos clínicos de infección (enrojecimiento, calor, dolor, secreción purulenta) en la zona de la incisión quirúrgica dentro de los 30 días posteriores a la cirugía de colecistectomía laparoscópica.	Presencia de secreción purulenta por algunos de los puertos	Presente Ausente	
Absceso residual	Es una acumulación localizada de pus o líquido infectado en el abdomen después de la cirugía, que no ha sido completamente drenada, y puede generar una infección persistente.	Se considera un absceso residual cuando, tras la colecistectomía laparoscópica, se detecta una colección de material purulento o líquido en la cavidad abdominal mediante imágenes (ultrasonido o tomografía computarizada).	Colección de secreción purulenta en cavidad abdominal detectado ecográficamente y compatible con la clínica	Presente Ausente	
Lesión de las vías biliares	Es un daño a las vías biliares (conductos que transportan la bilis desde el hígado hasta el intestino delgado) como resultado de la intervención quirúrgica, lo que	Se considera una lesión de las vías biliares cuando, durante o después de la colecistectomía laparoscópica, se observa una perforación, corte, o disección incorrecta de las vías biliares,	Detección de lesión de vías biliares por imágenes o posreintervención.	Presente Ausente	

	puede generar fuga de bilis, obstrucción o infección.	que se confirma mediante pruebas radiológicas			
Fístula biliar	Una fístula biliar es una comunicación anormal entre las vías biliares y la pared abdominal	Cuando se observa una conexión anómala entre las vías biliares la pared abdominal por donde fluye bilis.	Contenido de bilis que fluye por uno de los puertos	Presente Ausente	
Hemorragia	La hemorragia postoperatoria es la pérdida de sangre que ocurre después de la intervención quirúrgica, ya sea interna (en la cavidad abdominal) o externa (a través de la herida quirúrgica)	Pérdida excesiva de sangre (mayor a 500 ml) detectada por signos clínicos (baja presión arterial, taquicardia) o confirmada mediante imágenes (por ejemplo, ecografía abdominal o tomografía).	Acumulación de sangre en cavidad o que fluye al exterior	Presente Ausente	
Náuseas	Las náuseas son una sensación de malestar estomacal que frecuentemente precede al vómito y es común después de la cirugía debido a la anestesia, el dolor o el estrés postoperatorio.	Se considera que un paciente presenta náuseas si refiere o muestra signos clínicos de malestar gástrico o la necesidad de vomitar durante el periodo postoperatorio de 24-48 horas tras la colecistectomía laparoscópica.	Malestar gástrico	Presente Ausente	
Vómitos	El vómito es la expulsión forzada del contenido gástrico hacia el exterior, que puede ocurrir después de una cirugía debido a efectos de la anestesia, la medicación o complicaciones postquirúrgicas.	Se considera vómito si el paciente expulsa contenido gástrico de manera involuntaria, al menos una vez dentro de las 24-48 horas posteriores a la colecistectomía laparoscópica.	Expulsión de contenido gástrico por la boca	Presente Ausente	
Dificultad respiratoria	La dificultad respiratoria es una condición clínica en la que el paciente experimenta dificultades para respirar, que pueden estar relacionadas con la anestesia general o con la irritación del	Se considera dificultad respiratoria cuando un paciente experimenta síntomas como aumento de la frecuencia respiratoria, dificultad para respirar o desaturación de oxígeno (SpO2 menor al 90%) dentro de las primeras 48 horas	Sensación de falta de aire con disminución de la saturación de oxígeno	Presente Ausente	

	diafragma después de la cirugía laparoscópica.	después de la colecistectomía laparoscópica			
--	--	---	--	--	--

Instrumentos de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Complicaciones prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025

N° de ficha _____

Datos generales

1. Colecistectomía laparoscópica (Reporte operatorio de colecistectomía laparoscópica)

Presente

2. Sexo

(masculino)

(Femenino)

3. Edad _____ años

(15 a 30 años)

(31 a 45 años)

(46 a 60 años)

(Mayores de 60 años)

4. Infección del sitio operatorio (Presencia de secreción purulenta por algunos de los puertos)

Presente

Ausente

5. Absceso residual (Colección de secreción purulenta en cavidad abdominal detectado ecográficamente y compatible con la clínica)

Presente

Ausente

6. Lesión de las vías biliares (Detección de lesión de vías biliares por imágenes o post reintervención)

Presente

Ausente

7. Fístula biliar (Contenido de bilis que fluye por uno de los puertos)

Presente

Ausente

8. Hemorragia (Acumulación de sangre en cavidad o que fluye al exterior)

Presente

Ausente

9. Náuseas

Presente

Ausente

10. Vómitos

Presente

Ausente

11. Dificultad respiratoria (Sensación de falta de aire con disminución de la saturación de oxígeno)

Presente

Ausente

12. Re intervenciones

(Si)

(No)

Validación de instrumento

TÍTULO

Complicaciones prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Montalvo Vasquez Victor Manuel
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Médico Cirujano General - H.R.I.
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: DESSIRE ALISON SAENZ PUMA

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					95%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					95%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE
Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Ica, 10 de Diciembre del 2025



 Firma del Experto **M.E. Victor M. Montalvo Vasquez**
 CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCÓPICO
 (C.M.P. 50283, R.N.E. 47730)

TÍTULO

Complicaciones prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Vásquez Lavarello Violeta
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Medico Cirujano General - HRI
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: DESSIRE ALISON SAENZ PUMA

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					95%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					95%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

..... Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Ica, 10 de Diciembre, del 2025

Firma del Experto


Dra. Violeta Vásquez Lavarello
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
 C.M.P. N° 39153 RNE: 31586

TÍTULO

Complicaciones prevalentes de las colecistectomías laparoscópicas en pacientes del Hospital Regional de Ica 2022 al 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:.....Navarro A.S.....Saravia.....Adrian Jesus.....
- 1.2 Cargo e institución donde labora:.....Medico.....Cirujano.....General.....H.R.I.....
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: DESSIRE ALISON SAENZ PUMA

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					95%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los indices e indicadores.					95%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					95%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE
.....APLICABLE.....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Ica, 10 de Diciembre del 2025


 ADRIAN J. SARAVIA
 Cirujano General

Firma del Experto

Resolución Decanal de aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRION"
DECANATO



Resolución Decanal N° 174-D-FMHDAC-UNICA-26

Fea. 26 de enero de 2026

VISTO:

El Oficio N° 099-2026-DUI-FMHDAC-UNICA, remitido por el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Rectoral N° 440-R-UNICA-2024, de fecha 27 de noviembre de 2024, se ratifica la Resolución N° 119-CEU-UNICA-2024, del 27 de noviembre de 2024, del Comité Electoral Universitario y, se nombra al Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU, como Decano de la Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión, de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", por el periodo comprendido del 25 de noviembre de 2024 al 29 de setiembre de 2028;

Que, mediante Oficio N° 01222-2024-SUNEDU-DS-DIRGRATU-URGT, de fecha 02 de diciembre de 2024, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria-SUNEDU a través de la Jefatura de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, ha procedido a la inscripción de la firma del Dr. Francisco Roberto Munive Bendezú, como Decano (Titular) de la facultad de Medicina Humana;

Que, la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", es una unidad de formación académica, profesional y de gestión, que forma profesionales médicos generales y de 2da. Especialidad y desarrolla sus actividades dentro de la autonomía de gobierno, académica y administrativa;

Que, con Oficio de visto, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", comunica que el (la) docente, Dr. LEVEAU BARTRA, HARRY RAUL, asesor del Proyecto de Tesis Titulado: "COMPLICACIONES PREVALENTES DE LAS COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022 al 2025", del egresado (a): SAENZ PUMA, DESSIRE ALISON, para optar el Título de Médico Cirujano ha presentado el informe de aprobación del proyecto en mención y solicita emitir la Resolución Decanal correspondiente, para lo cual adjunta el Acta de aprobación, la Constancia de Antiplagio y el proyecto de tesis culminado;

En uso de las atribuciones conferidas al Señor Decano de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", por el Artículo 70° de la Ley Universitaria N° 30220 y, Artículo 39° del Estatuto Universitario.

SE RESUELVE:

Artículo Unico.- Aprobar, el Proyecto de Tesis, para optar el Título de Médico Cirujano que a continuación se detalla: "COMPLICACIONES PREVALENTES DE LAS COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022 al 2025"

Autor: - Egresado (a): SAENZ PUMA, DESSIRE ALISON

Asesor: - Dr. LEVEAU BARTRA, HARRY RAUL

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"DANIEL ALCIDES CARRION"

Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU
DECANO

FRMB/ecm
c.c.- Unidad de Investigación
- Asesor
- Interesado
- Archivo

Resolución del comité de ética



N° 087 -2026-HRI/DE.



Resolución Directoral

Ica, 12 de Febrero del 2026

VISTO:

El Expediente N° 26-003328-001, que contiene el Memorando N° 135-2026-HRI/DE, de fecha 05 de febrero del año 2026, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 046-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 046-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 04 de febrero del año 2026, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis, titulado: "COMPLICACIONES PREVALENTES DE LAS COLECISTECTOMIAS LAPAROSCOPICAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022 AL 2025", presentado por la Investigadora: SAENZ PUMA DESSIRE ALISON, alumna de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 04 de febrero del año 2026.

Que, con Memorando N° 135-2026-HRI/DE, de fecha 05 de febrero del año 2026, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 046-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Ica, se autoriza emitir el presente acto resolutorio.//



///...



Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:



ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:



N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"COMPLICACIONES PREVALENTES DE LAS COLECISTECTOMIAS LAPAROSCOPICAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022 AL 2025"	- SAENZ PUMA DESSIRE ALISON

ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.

Regístrese y Comuníquese.


 GORE-ICA
 HOSPITAL REGIONAL DE ICA

 Dr. CARLOS E. NAVEA MENDEZ
 DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
 C.M.P. 059270

CENM/DE
JEFC/D.E.ADM.
YLM/ J. ORRH.
MANM/ J. AJ

Evidencias fotográficas

