



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Complicaciones posoperatorias en colecistectomía por colecistitis complicada en el Hospital General Monte Sinaí periodo 2022 – 2024

AUTORAS:

Semblantes Pizarro Ericka Lissett
Granda Jacome Leslie Mabel

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO GENERAL**

TUTOR:

Dr. Molina Saltos Luis Fernando

Guayaquil, Ecuador

1 de Mayo del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico general**.

TUTOR

f.

Dr. Luis Fernando Molina Saltos

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martinez, MGS

Guayaquil, 1 de mayo del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Semblantes Pizarro Ericka Lissett y Granda Jácome Leslie Mabel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Complicaciones posoperatorias en colecistectomía por colecistitis complicada en el Hospital General Monte Sinaí periodo 2022 – 2024** previo a la obtención del título de **Médico general**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026

LAS AUTORAS



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**ERICKA LISSETT
SEMBLANTES PIZARRO**



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**LESLIE MABEL GRANDA
JACOME**

Ericka Lissett Semblantes Pizarro

Leslie Mabel Granda Jácome



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Semblantes Pizarro Ericka Lissett y Granda Jácome Leslie Mabel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Complicaciones posoperatorias en colecistectomía por colecistitis complicada en el Hospital General Monte Sinaí periodo 2022 – 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del 2026

LAS AUTORAS



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**ERICKA LISSETT
SEMBLANTES PIZARRO**



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**LESLIE MABEL GRANDA
JACOME**

Ericka Lissett Semblantes Pizarro

Leslie Mabel Granda Jácome

REPORTE DE COMPILATION



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Tesis Complicaciones posoperatorias en colecistectomía por colecistitis complicada en el Hospital General Monte Sinai periodo 2022 - 2024

ID : 55d0ae14ffdb95e02e1562ccd64f9b31d5dc2d30

0%

Textos
sospechosos

Nombre del fichero : Tesis Complicaciones posoperatorias en colecistectomía por colecistitis complicada en el Hospital General Monte Sinai periodo 2022 - 2024.txt

Tamaño del archivo original : 4,46 MB

Número de palabras : 9259

Número de caracteres : 64132

Depositante : Luis Fernando Molina Saltos

Fecha de depósito : 16 de abril de 2026

Tipo de carga : Interface

fecha de fin de análisis : 16 de abril de 2026

DR. LUIS FERNANDO MOLINA SALTOS

FIRMA DEL TUTOR



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS, MGS
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. AYON GENKUONG ANDRES MAURICIO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios por brindarme la fortaleza, sabiduría y perseverancia necesarias para culminar esta etapa tan importante de mi formación profesional.

A mis padres, José Manuel Semblantes Cagua y María Cecilia Pizarro Bermeo, por su amor incondicional, apoyo constante, sacrificio y confianza en cada paso de mi camino. Gracias por ser mi mayor ejemplo de esfuerzo y dedicación y a mis hermanos, José Armando Semblantes Pizarro y Edith Lisbeth Semblantes Pizarro, por su compañía, cariño, apoyo y motivación a lo largo de este proceso.

A mi amiga Ivon que conocí en la universidad, gracias por tu apoyo, cariño y compañía incondicional durante esta etapa de formación, hiciste de este camino una experiencia inolvidable.

También quiero agradecer a una persona muy especial que llegó a mi vida, Steeven gracias por tu amor, apoyo, confianza y por creer firmemente en mis capacidades. Tu compañía y motivación han sido fundamentales en este proceso.

ERICKA LISEETT SEMBLANTES PIZARRO

Agradezco principalmente a Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y por brindarme salud, sabiduría y perseverancia para culminar esta importante etapa de mi vida.

A mis padres, Néstor Granda y Luz María Jácome, por su amor incondicional, sus sacrificios, su esfuerzo incansable y por creer siempre en mí. Gracias por ser el pilar fundamental de mis sueños, por priorizar mi educación y enseñarme con su ejemplo el valor de la constancia, la humildad y la superación. Este logro también les pertenece, porque sin ustedes nada de esto hubiese sido posible.

A mis hermanos, por acompañarme en cada paso, por su apoyo constante, sus palabras de aliento y por celebrar mis triunfos como propios. Gracias por ser parte esencial de mi vida y por brindarme siempre su cariño y compañía.

Y por culminar mi agradecimiento a nuestro tutor de tesis por su guía, paciencia y por compartir sus conocimientos conmigo durante todo este proceso de investigación.

LESLIE MABEL GRANDA JACOME

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo de tesis, en primer lugar, a Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y la luz que ha acompañado cada paso de mi camino, permitiéndome alcanzar esta meta tan importante en mi vida.

A mis padres, José Manuel Semblantes Cagua y María Cecilia Pizarro Bermeo, con todo mi amor y gratitud, por ser el motor de mi vida, mi mayor inspiración y el ejemplo más grande de esfuerzo, sacrificio y perseverancia. Gracias por cada una de sus oraciones, por creer en mí, apoyarme incondicionalmente y enseñarme que con dedicación, humildad y constancia todo es posible.

A mi hermano, José Armando Semblantes Pizarro, con un agradecimiento profundamente especial, por haber sido para mí más que un hermano, una figura paterna, un guía y un apoyo incondicional durante una de las etapas más importantes de mi vida. Gracias por el amor, cuidado, protección, consejos y sacrificios que fueron fundamentales para que hoy pudiera alcanzar esta meta. Este logro también te pertenece.

A mi hermana, Edith Lisbeth Semblantes Pizarro, por su amor, apoyo y compañía en cada etapa de este camino, gracias por darme el regalo más hermoso que es mi sobrino, a sido mi fuente de alegría, ternura e inspiración, y el motivo para seguir luchando cada día por mis sueños.

A mis abuelitos maternos y paternos, por su amor, enseñanzas, consejos y por ser parte fundamental de mi vida y formación personal. De manera especial, dedico este logro a la memoria de mi abuelito que partió de este mundo, cuya presencia y amor permanecen siempre en mi corazón. Su recuerdo seguirá siendo una inspiración constante en mi vida. Y a toda mi familia, quienes con su amor, confianza y palabras de aliento han sido parte fundamental en la culminación de este logro académico y personal.

ERICKA LISSETT SEMBLANTES PIZARRO

En primer lugar a Dios por ser mi guía y mi fortaleza en cada momento de este camino. Gracias por darme la salud, la sabiduría y la perseverancia necesaria para superar los obstáculos y permitirme culminar hoy una de las etapas más importantes de mi vida.

A mis padres Néstor Granda y Luz María Jacome sin ustedes, nada de esto hubiese sido posible, gracias por su amor incondicional, por sus sacrificios silenciosos y por creer en mí incluso cuando yo mismo dudaba. Este título es tan suyo como mío, pues son los arquitectos de mis sueños y el motor que me impulsa a ser mejor cada día y sí a ustedes, que son mi principio y mi fin, les dedico este logro con todo mi amor. Gracias por cada sacrificio que hicieron, por trabajar incansablemente para que a mí nunca me faltara nada y por priorizar mi educación por encima de sus propios deseos.

Gracias por enseñarme con su ejemplo que la constancia y la humildad son las llaves del éxito. En los días de mayor presión, recordar su esfuerzo era lo que me daba la fuerza necesaria para seguir adelante. Sus palabras de aliento fueron mi medicina y su fe en mí, mi mayor inspiración. Este título no es solo un papel con mi nombre, es el testimonio de su entrega, de su paciencia y de todo el amor que han invertido en mi formación. Gracias por ser mis pilares y mi lugar seguro en el mundo.

A mis hermanos a cada uno de ellos por estar en cada paso que doy, brindándome su apoyo constante, sus palabras de aliento y su compañía. Gracias por ser mis confidentes y por celebrar mis logros como si fueran propios; su presencia en mi vida es el regalo más grande.

LESLIE MABEL GRANDA JACOME

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VII
DEDICATORIA	IX
RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	6
JUSTIFICACIÓN	6
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
ANTECEDENTES	8
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
Colecistitis aguda	9
Etiología de la CA	9
Factores de riesgo para CA	10
Gravedad de la CA de acuerdo con las guías de Tokio.....	11
Colecistitis complicada	12
Colecistitis gangrenosa	12

Empiema vesicular	13
Perforación de la vesícula.....	14
Complicaciones relacionadas con la CA.....	15
Diagnóstico y evaluación.....	16
Tratamiento de la colecistitis complicada	16
Colecistectomía subtotal en colecistitis complicada	17
Colecistectomía laparoscópica	17
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	18
CAPÍTULO III.....	20
METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN.....	20
METODOLOGÍA	20
MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	21
POBLACION Y MUESTRA.....	21
Población.....	21
Muestra	22
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO IV	36
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sexo de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.....	23
Tabla 2. Edad de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.....	24
Tabla 3. Antecedentes de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.....	25
Tabla 4. Manifestaciones clínicas presentadas por los pacientes con colecistitis aguda complicada.....	26
Tabla 5. Tipo de colecistitis complicada en los pacientes colecistectomizados.	27
Tabla 6. Tiempo quirúrgico de la colecistectomía en los pacientes con colecistitis complicada.	28
Tabla 7. Abordaje quirúrgico de la colecistectomía en los pacientes con colecistitis complicada.	29
Tabla 8. Estancia hospitalaria de los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.	30
Tabla 9. Complicaciones postoperatorias de los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.	31
Tabla 10. Tabla cruzada entre las complicaciones postoperatorias y el abordaje quirúrgico realizado en los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.	32

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1. Sexo de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.....	23
Gráfico 2. Edad de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.....	24
Gráfico 3. Antecedentes de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.....	25
Gráfico 4. Manifestaciones clínicas presentadas por los pacientes con colecistitis aguda complicada.....	26
Gráfico 5. Tipo de colecistitis complicada en los pacientes colecistectomizados.....	27
Gráfico 6. Tiempo quirúrgico de la colecistectomía en los pacientes con colecistitis complicada.	28
Gráfico 7. Abordaje quirúrgico de la colecistectomía en los pacientes con colecistitis complicada.	29
Gráfico 8. Estancia hospitalaria de los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.	30
Gráfico 9. Complicaciones postoperatorias de los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.	31
Gráfico 10. Tabla cruzada entre las complicaciones postoperatorias y el abordaje quirúrgico realizado en los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.	32

RESUMEN

Introducción: La colecistitis complicada representa una forma avanzada de inflamación de la vesícula asociada con mayor riesgo de complicaciones posoperatorias, prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de la morbimortalidad. **Objetivo:** Determinar las complicaciones posoperatorias en colecistectomía por colecistitis complicada en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022–2024. **Metodología:** Fue un estudio de enfoque cuantitativo, con tipo y diseño descriptivo, retrospectivo, transversal y correlacional, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes sometidos a colecistectomía por colecistitis complicada. **Resultados:** Predominó el sexo femenino (59,6%) y el grupo etario de 30 a 49 años (48,6%). El antecedente más frecuente fue el sobrepeso u obesidad (58,9%). La manifestación clínica principal fue el dolor en hipocondrio derecho (100%) y el tipo de colecistitis complicada más frecuente fue el empiema vesicular (61%). Predominó el tiempo quirúrgico mayor a 120 minutos (72%), el abordaje laparoscópico (54%) y la estancia hospitalaria de 4 a 7 días (45,2%). Las complicaciones posoperatorias más frecuentes fueron dolor a nivel de herida (89%), infección del sitio quirúrgico (44,5%) y fuga o lesión biliar o colangitis (28,8%). **Conclusiones:** Las complicaciones posoperatorias en colecistectomía por colecistitis complicada fueron frecuentes y se relacionaron con el abordaje quirúrgico empleado, con mayor presencia de complicaciones infecciosas en la cirugía abierta y mayor frecuencia de fuga o lesión biliar o colangitis en la laparoscópica.

Palabras Claves: colecistitis complicada, colecistectomía, postoperatoria, laparoscopia.

ABSTRACT

Introduction: Complicated cholecystitis represents an advanced form of gallbladder inflammation associated with a higher risk of postoperative complications, prolonged hospital stay, and increased morbidity and mortality. **Objective:** To determine postoperative complications in cholecystectomy for complicated cholecystitis at Hospital General Monte Sinaí during the 2022–2024 period. **Methodology:** This was a quantitative study with a descriptive, retrospective, cross-sectional, and correlational type and design, based on the review of medical records of patients who underwent cholecystectomy for complicated cholecystitis. **Results:** Female sex predominated (59.6%), as did the 30 to 49 years age group (48.6%). The most frequent antecedent was overweight or obesity (58.9%). The main clinical manifestation was right upper quadrant pain (100%), and the most frequent type of complicated cholecystitis was gallbladder empyema (61%). A surgical time greater than 120 minutes (72%), the laparoscopic approach (54%), and a hospital stay of 4 to 7 days (45.2%) predominated. The most frequent postoperative complications were pain at the wound site (89%), surgical site infection (44.5%), and biliary leak or bile duct injury or cholangitis (28.8%). **Conclusions:** Postoperative complications in cholecystectomy for complicated cholecystitis were frequent and were related to the surgical approach used, with a higher presence of infectious complications in open surgery and a higher frequency of biliary leak or bile duct injury or cholangitis in laparoscopic surgery.

Keywords: complicated cholecystitis, cholecystectomy, postoperative, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda (CA) se define como un proceso inflamatorio súbito que afecta la pared de la vesícula biliar, y suele estar asociada a la obstrucción del conducto cístico o del cuello de la vesícula por cálculos biliares, este proceso inflamatorio desencadena una serie de alteraciones locales y sistémicas que, de no tratarse adecuadamente, pueden poner en riesgo la vida del paciente; aunque la mayoría de los casos se relacionan con los cálculos biliares, en una minoría la enfermedad puede presentarse sin la presencia de cálculos, conocida como colecistitis alitiásica, que suele observarse en pacientes con enfermedades sistémicas (1).

La evolución del proceso inflamatorio en la CA puede desencadenar una serie de complicaciones graves en la vesícula biliar, entre las más frecuentes se encuentran la colecistitis gangrenosa, enfisematosa y hemorrágica, perforación de la vesícula, abscesos pericolecísticos, peritonitis biliar, fístula biliar y el empiema vesicular; la colecistitis gangrenosa es la más común y se caracteriza por necrosis de la pared vesicular; la colecistitis enfisematosa se origina por bacterias productoras de gas; el empiema se asocia con material purulento dentro de la vesícula y, la perforación vesicular conlleva la diseminación de la bilis incrementando la mortalidad (2).

La clasificación de la CA de acuerdo con la severidad es de importancia, ya que orienta en la toma de decisiones respecto al tipo y momento de la intervención quirúrgica; los pacientes con cuadros leves se beneficiarán de una colecistectomía laparoscópica temprana, mientras que los cuadros más graves requieren inicialmente estabilización para una cirugía diferida, cuando el cuadro de CA presenta complicaciones, se denomina “colecistitis complicada”, situación que incrementa el

riesgo de morbimortalidad; por ello es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno para reducir las tasas de complicaciones postoperatorias (3).

El tratamiento de elección para la colecistitis aguda es la colecistectomía, preferiblemente realizada por vía laparoscópica dentro de las primeras 72 horas del inicio de los síntomas; diversos estudios han demostrado que este tratamiento se asocia con una recuperación más rápida, menor tiempo de hospitalización, disminución de complicaciones perioperatorias y menores costos (4). La detección temprana y el manejo adecuado de posibles complicaciones postoperatorias como infecciones, fugas biliares o hemorragias son importantes para un pronóstico favorable, minimizando la morbilidad y mejorando los resultados quirúrgicos (5).

Con base a los datos descritos, es pertinente llevar a cabo la presente investigación en el Hospital General Monte Sinaí (HGMS) a través del cual se determinará la frecuencia de complicaciones posoperatorias derivadas de colecistitis complicada. Este estudio permitirá conocer, además, el comportamiento clínico de la enfermedad dentro de la población atendida en el HGMS, identificando factores de riesgo, evaluando la efectividad de los protocolos quirúrgicos empleados con el fin de mejorar la atención médica y reducir la frecuencia de complicaciones que pueden afectar la recuperación del paciente.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La CA constituye uno de los diagnósticos más frecuentes entre los pacientes que acuden por cuadro de dolor abdominal en las emergencias, se estima que representa entre el 3% y 10% de todos los ingresos hospitalarios por este motivo, esta patología afecta principalmente a adultos mayores, siendo más frecuente en mayores de 50 años, grupo en el cual la incidencia y las complicaciones son superiores. La mortalidad general ronda el 3%, pero este porcentaje incrementa mientras más avanzada sea la edad o por la presencia de comorbilidades; en el caso de la colecistitis alitiásica la mortalidad puede ascender del 15% al 40% (6).

A nivel mundial, se estima que entre el 10% al 15% de la población general presenta cálculos biliares, siendo esta condición un factor predisponente importante para el desarrollo de la CA; sin embargo, la frecuencia varía según la región y las características de la población, entre el 20% al 40% de los pacientes con litiasis van a desarrollar complicaciones con una incidencia anual del 1% al 3%; dentro de estas complicaciones, la CA calculosa es la más frecuente en el 10% - 15% de los casos, y son las mujeres las que presentan mayor predisposición con una incidencia global del 18,8% frente al 9,5% en los hombres (7).

Entre las formas más graves de esta patología se encuentra la colecistitis gangrenosa (CG), que afecta entre el 2% al 30% de los casos, este tipo se asocia con una morbimortalidad elevada que oscila entre el 15% y el 50%; ocurre cuando el proceso inflamatorio progresa a isquemia y necrosis de la pared vesicular, secundaria a obstrucción, que incrementa la presión intraluminal y compromete la vasculatura;

además, la infección bacteriana se asocia en el 50% de los casos; por otra parte, el empiema representa del 2% al 11%, su diagnóstico preoperatorio suele ser complejo incrementando la mortalidad si no se detecta a tiempo (8).

A nivel de Ecuador, las patologías biliares son frecuentes; de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) del año 2023, la colelitiasis se encontraba entre las principales causas de mortalidad en el país con un total de 52339 de casos de fallecimiento relacionados con esta patología; en relación con el sexo, se observó que las mujeres presentan mayor predisposición, donde fue la primera causa de muerte en ellas con 37039 casos, mientras que en los hombres fue la segunda causa con 15300 fallecidos, estos datos reflejan la alta carga de enfermedad asociada a las complicaciones (9).

Las complicaciones poscolecistectomía se dividen varios grupos como son las lesiones del sistema biliar, derivadas de cálculos residuales, eventos vasculares, colecciones posoperatorias y otras complicaciones (5). Entre las más frecuentes se encuentran la infección de la herida quirúrgica, fugas biliares, dolor persistente, colecciones intraabdominales, shock séptico, y en algunos casos, hemorragias o trombosis, la aparición de estas complicaciones puede comprometer la recuperación del paciente, prolongar la estancia hospitalaria y los costos en salud; por ellos, el diagnóstico temprano e intervención oportuna (10).

A pesar de los diversos estudios realizados sobre las complicaciones posoperatorias de la colecistectomía, la mayoría no profundiza de forma específica en las complicaciones que se presentan en el contexto de una colecistitis complicada,

donde las condiciones son más severas. Este vacío permitió plantearse el presente tema y la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las complicaciones posoperatorias en pacientes sometidos a colecistectomía por colecistitis complicada atendidos en el Hospital General Monte Sinaí durante el periodo 2022 – 2024?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Determinar las complicaciones posoperatorias en colecistectomía por colecistitis complicada en el Hospital General Monte Sinaí periodo 2022 - 2024.

Objetivos específicos

- Caracterizar el perfil demográfico de los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada atendidos en el HGMS.
- Describir las características clínicas de los pacientes con complicaciones postcolecistectomía por colecistitis.
- Comparar las complicaciones posoperatorias según el abordaje quirúrgico en los pacientes con colecistitis complicada de pacientes atendidos en el HGMS.

JUSTIFICACIÓN

Las complicaciones posteriores a colecistectomía como la infección del sitio quirúrgico, fugas biliares, colecciones intraabdominales, lesiones de la vía biliar, hemorragias, íleo paralítico, neumonía, tromboembolismo venoso o dolor persistente, representan un desafío para los servicios de salud incrementando la morbilidad, el tiempo de hospitalización, la necesidad de reintervención y los costos en salud. Además, el uso de antibióticos de forma prolongada e indiscriminada contribuye al

riesgo de desarrollo de bacterias multirresistente, por lo que, analizar estas complicaciones en el HGMS permitirá conocer la magnitud del problema.

Este estudio es relevante para conocer el perfil clínico y quirúrgico de los pacientes con colecistitis complicada, así como los factores que se asocian a la aparición de estas complicaciones posoperatorias, es fundamental para establecer medidas de prevención y mejorar la atención postoperatoria. Este estudio aporta evidencia útil para mejorar la intervención quirúrgica de la colecistitis complicada y disminuir los eventos adversos asociados. Su relevancia práctica permitirá implementar estrategias para disminuir la tasa de reingreso hospitalario y mortalidad, además, contribuirá al uso de forma adecuada de antibióticos y otros recursos hospitalarios.

Los principales beneficiarios del estudio son los pacientes con colecistitis complicada debido a que se logrará una recuperación sin complicaciones lo que repercutirá en el ámbito laboral, económico y familiar, debido que disminuirá el ausentismo laboral, los gastos en salud y la calidad de vida de los pacientes. Para esto también, se debe fortalecer la educación en los pacientes para un mejor autocuidado. Esta investigación contribuirá en los conocimientos médicos y científicos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

López U, Santos G & Sánchez C en su artículo titulado “Complicaciones de Colectomía Laparoscópica” de tipo revisión bibliográfica, describieron dentro de sus resultados que a pesar de que la colectomía laparoscópica se considera como el tratamiento de elección no se encuentra exento de complicaciones como son las infecciones de la herida y el seroma entre las más frecuentes y leves, seguido de aquellas consideradas moderadas como la hemorragia postquirúrgica y la fístula biliar; y entre las complicaciones severas, se encuentra la lesión de vías biliares con una alta tasa de morbimortalidad (11).

Rajput D, et al en su investigación titulada “Clinical spectrum and management outcome in gallbladder perforation-a sinister entity: Retrospective study from Sub-Himalayan region of India” obtuvieron entre sus resultados que el fracaso del tratamiento conservador llevó a laparotomía diferida y de emergencia, en algunos casos requirieron colectomía posterior a laparoscopia diagnóstica durante el mismo ingreso hospitalario por presentar fístulas colecistoentéricas, además el espectro de presentación clínica varía desde dolor leve y vómitos hasta peritonitis generalizada (12).

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Colecistitis aguda

La CA es una afección común, pero potencialmente mortal, que consiste en la inflamación de la vesícula biliar, generalmente debido a la obstrucción del conducto cístico por cálculos biliares, también puede ocurrir por el vaciamiento deficiente de la vesícula por colestasis o alguna patología aguda subyacente. La colecistitis puede presentarse con o sin cálculos y se clasifica como aguda o crónica; la forma aguda suele presentar signos y síntomas bien definidos; sin embargo, la superposición de otras condiciones, como la úlcera péptica, el síndrome del intestino irritable, enfermedades cardíacas y la pancreatitis pueden dificultar el diagnóstico (13,14).

Etiología de la CA

La obstrucción del conducto cístico es la principal causa de CA, que suele provocar estasis biliar e inflamación. Normalmente, la bilis que se produce en el hígado fluye por el conducto hepático entra en la vesícula biliar a través del conducto cístico y continúa por el conducto colédoco hasta el intestino a través de la ampolla de Váter; después de la ingesta de alimentos, especialmente ricas en grasas, la colecistoquinina (CCK) estimula la contracción de la vesícula biliar; como respuesta, la vesícula libera bilis a través del conducto cístico hacia el duodeno, donde la bilis facilita la emulsificación de las grasas para su absorción eficaz (15).

Además de almacenar la bilis, la vesícula biliar también la concentra, por lo que cuando hay una alteración de la homeostasis puede haber precipitación y formación de cálculos. Entre los factores que contribuyen a esta alteración se incluyen la estasis

biliar, la sobresaturación hepática de colesterol y lípidos y la nucleación de cristales de colesterol. Cuando un cálculo biliar obstruye el conducto cístico, puede producirse un cólico biliar, que suele manifestarse con dolor o molestias en el cuadrante superior derecho o el epigastrio, aproximadamente el 95% de las personas diagnosticadas con CA presentan cálculos biliares (16).

Factores de riesgo para CA

Algunos factores de riesgo para la CA por cálculos biliares incluyen:

- El sexo femenino.
- El embarazo
- La obesidad
- Dieta rica en grasas o baja en fibra
- Pérdida rápida de peso rápida
- Edad avanzada.

Por otra parte, los factores de riesgo para la colecistitis alitiásica son:

- Enfermedades graves como el dengue con signos de alarma
- Diabetes mellitus
- Sexo masculino
- Infección por VIH
- Enfermedad cardiovascular aterosclerótica
- Nutrición parenteral (17).

Gravedad de la CA de acuerdo con las guías de Tokio

Las guías de Tokio han clasificado la gravedad de la colecistitis en tres grados, que se caracterizan en (18):

Severidad	Criterios	Manejo
Grado 1 (leve)	Colecistitis aguda sin disfunción orgánica.	Colecistectomía temprana
Grado 2 (moderada)	Se caracteriza por elevación del recuento de glóbulos blancos, presencia de una masa palpable y dolorosa en el hipocondrio derecho, duración de los síntomas mayor a 72 horas y una inflamación local marcada, como en los casos de colecistitis gangrenosa o enfisematosa.	Colecistectomía temprana
Grado 3 (grave)	Se asocia con disfunción de uno o más órganos, ya sea cardiovascular (hipotensión), respiratoria (taquipnea), neurológica (alteración del estado de consciencia), renal (oliguria), hepática o hematológica.	Colecistectomía percutánea seguida de colecistectomía diferida.

Obtenido de: Narrative Review on Complicated Cholecystitis: An Update on Management.

Colecistitis complicada

La CA complicada se presenta cuando los pacientes sufren complicaciones graves derivadas de la colecistitis, como la rotura de la vesícula biliar (17). A continuación, se describen las presentaciones de la colecistitis complicada:

Colecistitis gangrenosa

Esta es una complicación grave de la colecistitis aguda que ocurre debido a una insuficiencia vascular que conduce a la gangrena de la vesícula biliar, se presenta en el 2% hasta el 18% de los pacientes con colecistitis aguda y está asociada con una mortalidad del 15% hasta el 50%; esta condición se observa con mayor frecuencia en pacientes con comorbilidades como diabetes mellitus y en personas de edad avanzada (19).

La colecistitis gangrenosa se diagnostica mediante una combinación de parámetros clínicos, de laboratorio y de imagen, como la ecografía abdominal o tomografía computarizada. Los pacientes de sexo masculino son más propensos a desarrollar esta complicación, y la presencia de leucocitosis junto con valores de proteína C reactiva superiores a 100 suelen ser sugestivos de este cuadro (20).

Entre los métodos de imagen que pueden ayudar en el diagnóstico de la colecistitis gangrenosa se encuentra la ecografía abdominal, que puede demostrar membranas mucosas desprendidas, abultamientos o masas focales de la pared, ulceraciones y disrupción de la pared vesicular; por su parte, la tomografía computarizada también puede utilizarse en algunos casos, donde se observa realce mural irregular o ausente,

abscesos pericolecísticos y falta de captación de contraste en la pared de la vesícula biliar (21).

La mortalidad de la colecistitis gangrenosa aumenta en pacientes que presentan comorbilidades preexistentes, como enfermedad coronaria, niveles elevados de bilirrubina sérica y la presencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS); asimismo, la demora en acudir al hospital y el retraso en el inicio del tratamiento incrementan de manera significativa el riesgo de fallecimiento asociado a esta complicación. El tratamiento de la colecistitis gangrenosa aguda consiste en realizar una colecistectomía de manera inmediata (18).

Empiema vesicular

El empiema de la vesícula biliar representa otra complicación grave de la colecistitis aguda, caracterizada por una sobreinfección y supuración de la bilis que se encuentra dentro de la vesícula como consecuencia de la obstrucción del conducto cístico; en estos casos, la luz vesicular se llena de pus y material mucopurulento, constituyendo una de las formas más severas de la enfermedad presente en aproximadamente el 10 – 15% de los casos (22).

El diagnóstico del empiema vesicular se confirma principalmente mediante la ecografía abdominal, la cual permite evidenciar engrosamiento y distensión de la pared de la vesícula biliar, presencia de líquido pericolecístico y material ecogénico en el interior de la vesícula; por otro lado, los hallazgos en la tomografía computarizada suelen ser similares a los de una colecistitis aguda no complicada, lo que puede dificultar el diagnóstico (23,24).

El tratamiento del empiema vesicular requiere reanimación con líquidos, antibióticos intravenosos y la realización de una colecistectomía lo más pronto posible, idealmente dentro de las primeras 72 horas del ingreso hospitalario, con el fin de prevenir complicaciones graves como sepsis o falla multiorgánica; en la actualidad se prefiere la colecistectomía laparoscópica debido a su carácter menos invasivo, menor morbimortalidad y reducción del tiempo de hospitalización; sin embargo, el índice de conversión a cirugía abierta puede ser algo más elevado debido a la distensión vesicular, inflamación del triángulo de Calot y la presencia de adherencias (25).

Perforación de la vesícula

Esta es una complicación poco frecuente de la colecistitis aguda, con una tasa de mortalidad que varía entre el 12% y el 42%. La perforación de la vesícula biliar se ha clasificado en tres tipos según Neimeier: el tipo 1 corresponde a una perforación hacia la cavidad peritoneal libre (peritonitis biliar libre); el tipo 2 es una perforación subaguda con formación de absceso localizado (el más frecuente), y el tipo 3 implica la perforación crónica con la formación de una fístula entre la vesícula biliar y las vísceras adyacentes (18). Ocurre como secuela de la CA en su mayoría calculosa, excepto en los casos de trauma o iatrogenia e infecciones (26).

Dado el alto riesgo de mortalidad es fundamental realizar un diagnóstico y tratamiento tempranos para prevenir complicaciones graves, el uso empírico de antibióticos y la monitorización en una unidad de cuidados intermedios o intensivos (UCI) son medidas importantes (27). La perforación de la vesícula se presenta en el 2% y el 12% de los pacientes con CA, los factores de riesgo incluyen el retraso en el

diagnóstico o en la búsqueda de atención médica mayor a 72 horas, el sexo masculino, las infecciones, las neoplasias, el trauma, los medicamentos como corticoides, la diabetes mellitus, la cardiopatía aterosclerótica y la edad superior a 60 años, los pacientes con formas severas de inflamación también tienen mayor probabilidad de desarrollar esta complicación (28).

El tratamiento consiste en la realización de una colecistectomía, siendo la colecistectomía laparoscópica la más utilizada por su carácter mínimamente invasivo, su recuperación rápida y sus menores complicaciones postoperatorias. La colecistectomía de emergencia está indicada en las perforaciones tipo 1 y 3, mientras que la perforación tipo 2 puede manejarse mediante colecistectomía percutánea (29).

Complicaciones relacionadas con la CA

Las complicaciones de la CA y los tratamientos asociados incluyen:

- Absceso intraabdominal.
- Perforación de la vesícula biliar.
- Fístulas colecistoentéricas.
- Biloma.
- Lesión del conducto biliar.
- Lesión hepática.
- Lesión intestinal.
- Infección o shock séptico.
- Cálculos impactados.
- Hemorragia (16).

Diagnóstico y evaluación

El diagnóstico de la CA depende principalmente de la evaluación clínica; sin embargo, los laboratorios, que incluyen un hemograma y perfil metabólico completo, proporcionan un valioso apoyo diagnóstico. En la CA o más graves suelen presentar un recuento elevado de leucocitos y un aumento de las enzimas hepáticas. La presencia de hiperbilirrubinemia aumenta la sospecha de obstrucción del conducto colédoco. No obstante, en casos avanzados de la vesícula, los valores de laboratorio pueden permanecer normales en ocasiones (16).

La tomografía computarizada (TC) suele ser el estudio de imagen inicial, que puede revelar signos como distensión de la vesícula, engrosamiento de la pared, líquido perivesicular, cálculos radiopacos e inflamación circundante. La ecografía abdominal sigue siendo el método de elección, los hallazgos sugestivos incluyen un engrosamiento de la pared de la vesícula >3 mm, edema, líquido perivesicular y la presencia de cálculos (30).

Tratamiento de la colecistitis complicada

El manejo inicial de la CA generalmente incluye la reposición de líquidos intravenosos y la administración de antibióticos de amplio espectro contra bacilos gramnegativos y anaerobios. En pacientes aptos para cirugía, la colecistectomía laparoscópica temprana durante la hospitalización inicial sigue siendo el abordaje de elección. En los casos en que la colecistectomía laparoscópica no es adecuada, la colecistectomía abierta constituye una alternativa quirúrgica (31).

Colecistectomía subtotal en colecistitis complicada

La colecistectomía subtotal es una técnica quirúrgica que se utiliza cuando no es posible realizar una colecistectomía total debido a una inflamación en el triángulo de Calot, que aumenta el riesgo de lesión del conducto biliar común. Este procedimiento se caracteriza por dejar un remanente de la vesícula biliar que puede realizarse mediante técnica abierta o laparoscópica, se procede a aspirar su contenido, retirar la pared anterior y dejar la pared posterior; posteriormente, el muñón vesicular se cierra, y se coloca un drenaje (32).

En casos de inflamación severa, el muñón puede dejarse abierto, aunque aumenta el riesgo de fuga biliar persistente. Las complicaciones más frecuentes son fuga de bilis y formación de abscesos; a pesar de esto, la colecistectomía subtotal laparoscópica es un procedimiento seguro y factible para el manejo de la colecistitis complicada. El uso de instrumentos hemostáticos como el bisturí armónico facilita la disección de la vesícula biliar, y el cierre del muñón puede realizarse mediante un endo loop o con la aplicación de un clip Hem-o-lok (33).

Colecistectomía laparoscópica

Con la introducción de la colecistectomía laparoscópica, se ha evidenciado una transición progresiva del abordaje abierto hacia este método mínimamente invasivo. Entre sus principales ventajas se encuentran su menor agresión quirúrgica, la reducción de la morbilidad y la disminución en el tiempo de hospitalización; sin embargo, existe el riesgo de conversión a cirugía abierta debido a las dificultades que pueden presentarse durante la disección; no obstante, con la experiencia quirúrgica y una técnica más detallada, dicha tasa de conversión tiende a disminuir (18).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<i>Dimensión</i>	<i>Definición</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Categorías</i>	<i>Tipo de variable</i>
Sexo	Condición biológica del paciente según su género.	Sexo del paciente.	Masculino / Femenino	Nominal
Edad del paciente	Años cumplidos al momento de la cirugía.	Edad en años.	<30 años; 30–49 años; ≥50 años	Continua y ordinal
Comorbilidades	Presencia de enfermedades concomitantes que presentaba el paciente al momento del ingreso.	Comorbilidades	Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, obesidad	Nominal politómica
Manifestaciones clínicas	Signos y síntomas presentados por el paciente al momento del ingreso hospitalario por colecistitis complicada.	Manifestaciones clínicas	Dolor en hipocondrio derecho, Fiebre, Náuseas-vómitos, Ictericia, Signo de Murphy, Masa palpable	Nominal politómica
Colecistitis complicada	Tipo de colecistitis complicada que motivó la intervención quirúrgica.	Registro en la historia clínica.	Colecistitis gangrenosa, enfisematosa, empiema vesicular y perforada.	Nominal
Tiempo quirúrgico	Duración total del procedimiento quirúrgico desde la incisión hasta el cierre.	Minutos de duración del procedimiento.	<60 min; 60–120 min; >120 min	Continua y ordinal
Abordaje quirúrgico	Técnica empleada para la realización de la colecistectomía.	Tipo de cirugía practicada.	Laparoscópica / Abierta / Convertida	Nominal
Estancia hospitalaria	Número de días que el paciente permaneció hospitalizado después de la cirugía.	Días de hospitalización postoperatoria.	1 – 3 días; 4 – 7 días; >7 días	Continua y ordinal

**Complicaciones
posoperatorias**

Eventos adversos que ocurren tras la realización de una colecistectomía por colecistitis complicada.	Diagnóstico posoperatorio registrado en la historia clínica.	Infección del sitio quirúrgico, dolor, fuga biliar, absceso intraabdominal, hemorragia, íleo paralítico, sepsis, reintervención	Nominal
--	--	---	---------

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN

METODOLOGÍA

El presente estudio empleó un diseño observacional con un enfoque cuantitativo, debido a que se analizaron datos numéricos obtenidos a partir de las historias clínicas de los pacientes intervenidos quirúrgicamente colecistitis complicadas en el HGMS durante el periodo 2022 – 2024, este enfoque permitió describir la frecuencia y tipos de complicaciones posoperatorias, así como posibles factores asociados a su desarrollo.

Fue un estudio descriptivo, ya que tuvo como objetivo caracterizar a la población atendida en el HGMS, además, fue correlacional porque buscó establecer la relación entre las complicaciones posoperatorias con el tipo de abordaje quirúrgico, lo que podría ayudar a mejorar la práctica quirúrgica y la prevención.

Por otra parte, fue transversal, porque los datos fueron obtenidos en un único momento, sin realizar seguimiento a largo plazo. En adición, se consideró retrospectivo, debido a que la información recolectada fue del historial clínico existente correspondiente al periodo 2022 – 2024.

MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

El proceso de análisis de los datos inició con la recolección de la información de los pacientes, la cual fue obtenida de las bases de datos del HGMS y posteriormente organizada en una hoja de Microsoft Excel. En este documento se clasificaron las variables sociodemográficas, clínicas y postoperatorias. Posteriormente, los datos fueron transferidos al programa IBM SPSS versión 27, con el fin de realizar el análisis estadístico.

Para el análisis descriptivo, se elaboraron tablas de frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes), además de medidas de tendencia central como media y desviación estándar en las variables cuantitativas. Para el análisis inferencial, se usó la prueba de chi-cuadrado. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos que facilitaron la comprensión de la información. Todos los datos fueron tratados bajo estricta confidencialidad, almacenándose en los dispositivos de las autoras y eliminándose al concluir el estudio.

POBLACION Y MUESTRA

Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por colecistitis complicada en el HGMS durante el periodo 2022 - 2024.

Muestra

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico confirmado de colecistitis complicada que fueron sometidos a colecistectomía en el HGMS y que presentaron complicaciones postoperatorias durante su estancia hospitalaria o inmediatamente después de la cirugía.

Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que los casos fueron seleccionados según los criterios de inclusión establecidos.

Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos en el HGMS durante el periodo 2022 - 2024.
- Diagnóstico definitivo de colecistitis complicada confirmada por clínica, imagenológico, durante la cirugía y/o histopatológico.
- Pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica o abierta en el HGMS.
- Historias clínicas completas que permitieron obtener todas las variables de estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes con colecistitis no complicada o sometidos a colecistectomía por otras causas.
- Pacientes que fueron derivados a otra institución antes de la intervención.
- Historias clínicas incompletas para completar las variables.
- Pacientes con complicaciones no relacionadas con la colecistitis.

RESULTADOS

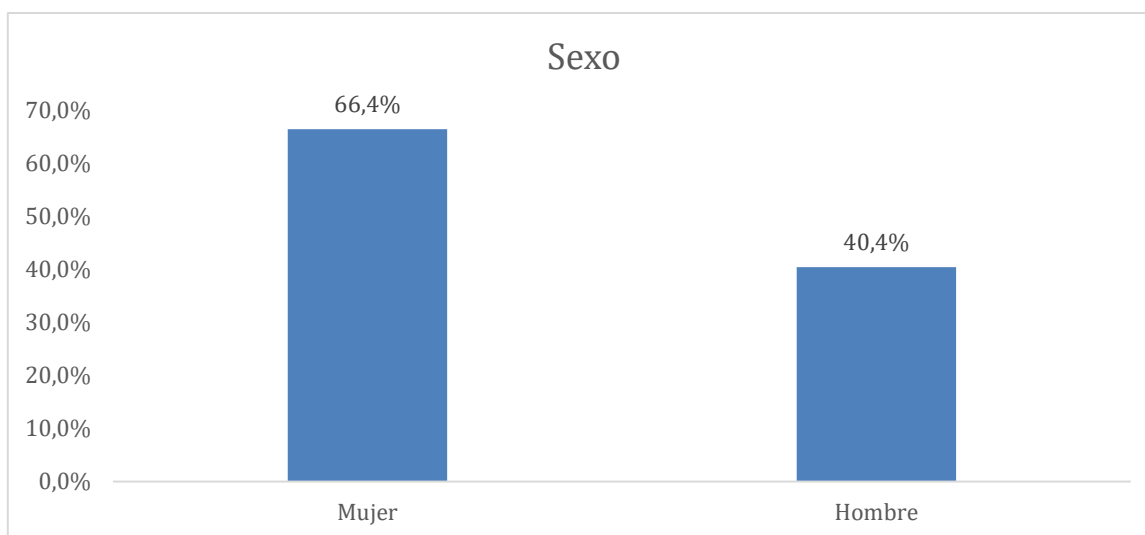
Tabla 1. Sexo de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Mujer	87	59.6%
Hombre	59	40.4%
Total	146	100%

Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Gráfico 1. Sexo de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.



Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Análisis y comentario: En la tabla 1 se evidenció que el sexo femenino fue el más frecuente con el 59,6% (n=87), mientras que el masculino representó el 40,4% (n=59). Las mujeres constituyeron la mayor proporción de pacientes intervenidos por colecistitis aguda complicada, lo cual podría explicarse porque las hormonas, especialmente de los estrógenos influyen sobre la formación de cálculos biliares.

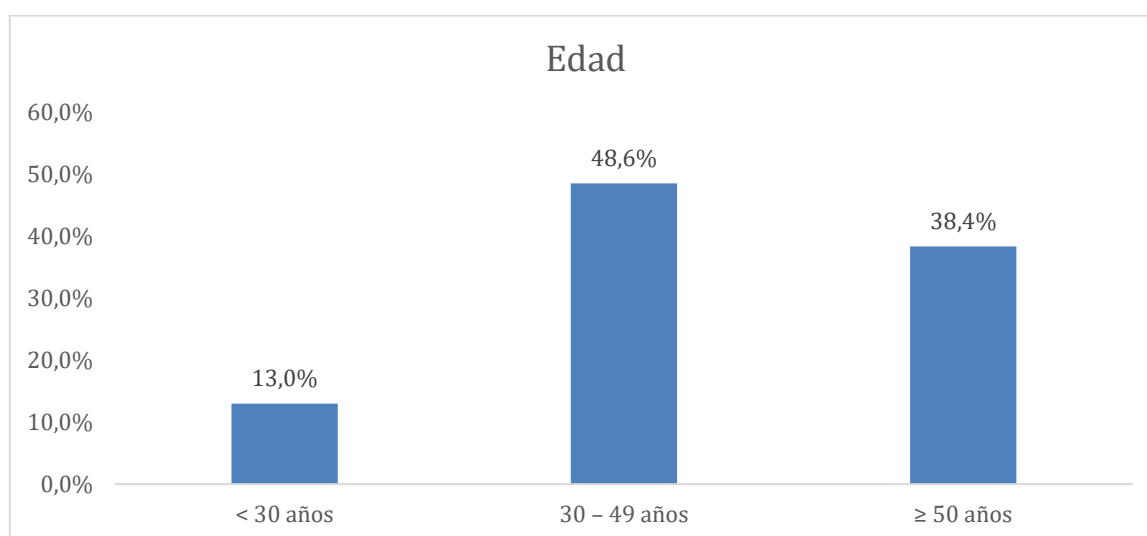
Tabla 2. Edad de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.

Edad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
< 30 años	19	13%
30 – 49 años	71	48.6%
≥ 50 años	56	38.4%
Total	146	100%

Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Gráfico 2. Edad de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.



Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Análisis y comentario: Con respecto a la edad predominó el grupo de 30 a 49 años con el 48,6% (n=71), seguido de los pacientes de 50 años o más con el 38,4% (n=56), mientras que los menores de 30 años correspondieron al 13% (n=19). La mayor parte de los casos se concentró entre los 30 – 49 años, debido a la exposición acumulada a factores de riesgo metabólicos y biliares.

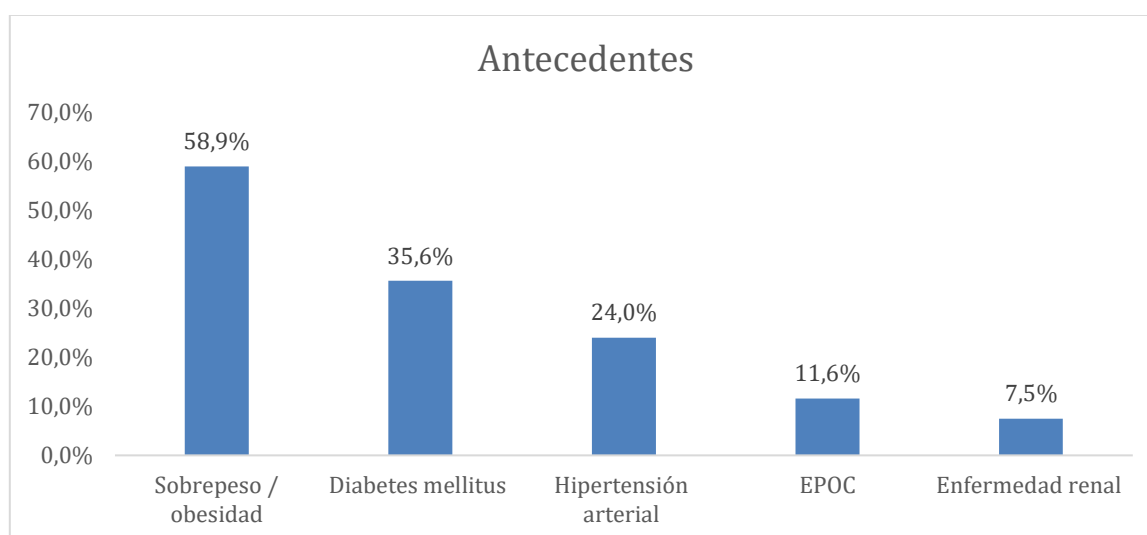
Tabla 3. Antecedentes de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.

Antecedentes	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sobrepeso / obesidad	86	58.9%
Diabetes mellitus	52	35.6%
Hipertensión arterial	35	24%
EPOC	17	11.6%
Enfermedad renal	11	7.5%

Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Gráfico 3. Antecedentes de los pacientes colecistectomizados por colecistitis aguda complicada.



Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Análisis y comentario: En relación con los antecedentes patológicos, el sobrepeso/obesidad fue el más frecuente con el 58,9% (n=86), seguido de diabetes mellitus con el 35,6% (n=52), hipertensión arterial con el 24% (n=35), EPOC con el 11,6% (n=17) y enfermedad renal con el 7,5% (n=11). El exceso de peso constituyó el antecedente más importante que favorece la sobresaturación de colesterol en la bilis y, por tanto, incrementa el riesgo de colelitiasis y colecistitis.

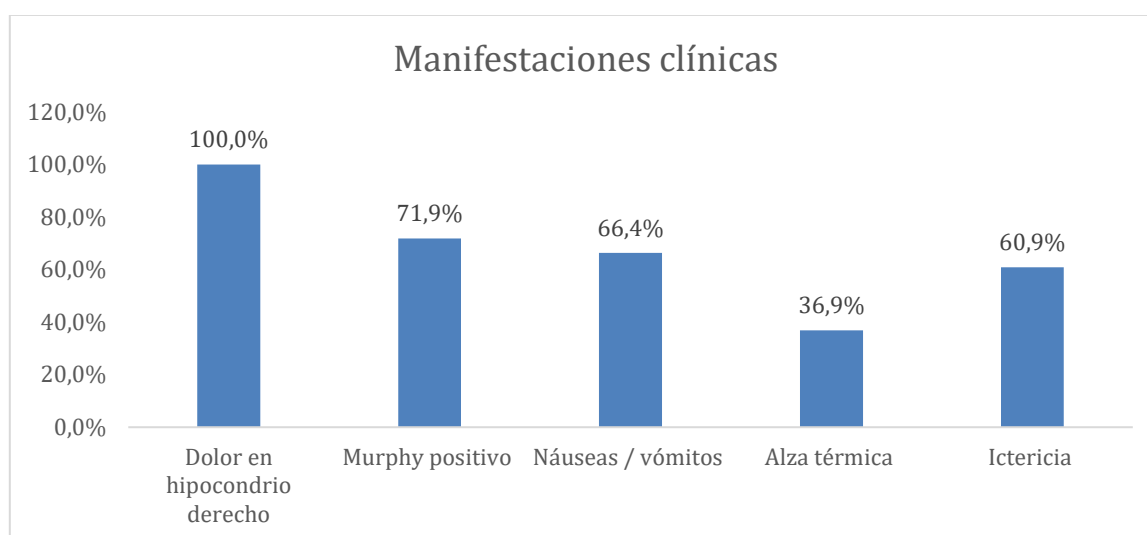
Tabla 4. Manifestaciones clínicas presentadas por los pacientes con colecistitis aguda complicada.

Manifestaciones clínicas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Dolor en hipocondrio derecho	146	100%
Murphy positivo	105	71.9%
Náuseas / vómitos	97	66.4%
Alza térmica	54	36.9%
Ictericia	89	60.9%

Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Gráfico 4. Manifestaciones clínicas presentadas por los pacientes con colecistitis aguda complicada.



Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Análisis y comentario: En cuanto a las manifestaciones clínicas, el dolor en hipocondrio derecho estuvo presente en el 100% (n=146) de los pacientes, seguido de Murphy positivo con el 71,9% (n=105), náuseas/vómitos con el 66,4% (n=97), ictericia con el 60,9% (n=89) y alza térmica con el 36,9% (n=54). El predominio del dolor en hipocondrio derecho constituye el síntoma cardinal de la inflamación vesicular.

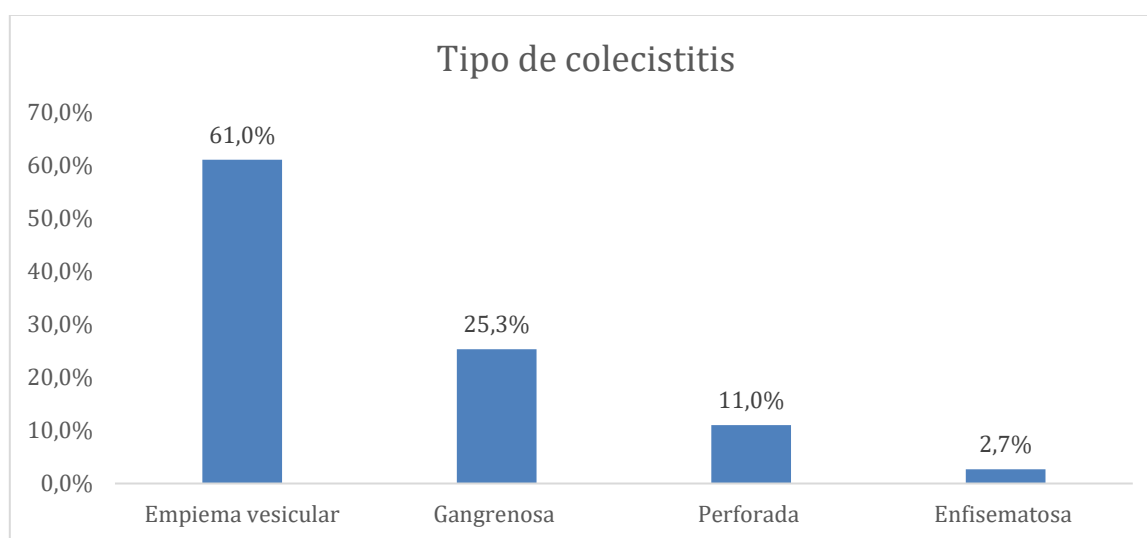
Tabla 5. Tipo de colecistitis complicada en los pacientes colecistectomizados.

Colecistitis complicada	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Empiema vesicular	89	61%
Gangrenosa	37	25.3%
Perforada	16	11%
Enfisematosa	4	2.7%
Total	146	100%

Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Gráfico 5. Tipo de colecistitis complicada en los pacientes colecistectomizados.



Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Análisis y comentario: Respecto al tipo de colecistitis complicada, el empiema vesicular fue el más frecuente con el 61% (n=89), seguido de la colecistitis gangrenosa con el 25,3% (n=37), la perforada con el 11% (n=16) y la enfisematosa con el 2,7% (n=4). La presentación más frecuente como empiema vesicular podría relacionarse con la progresión de la obstrucción biliar hacia sobreinfección y acumulación de material purulento en la vesícula.

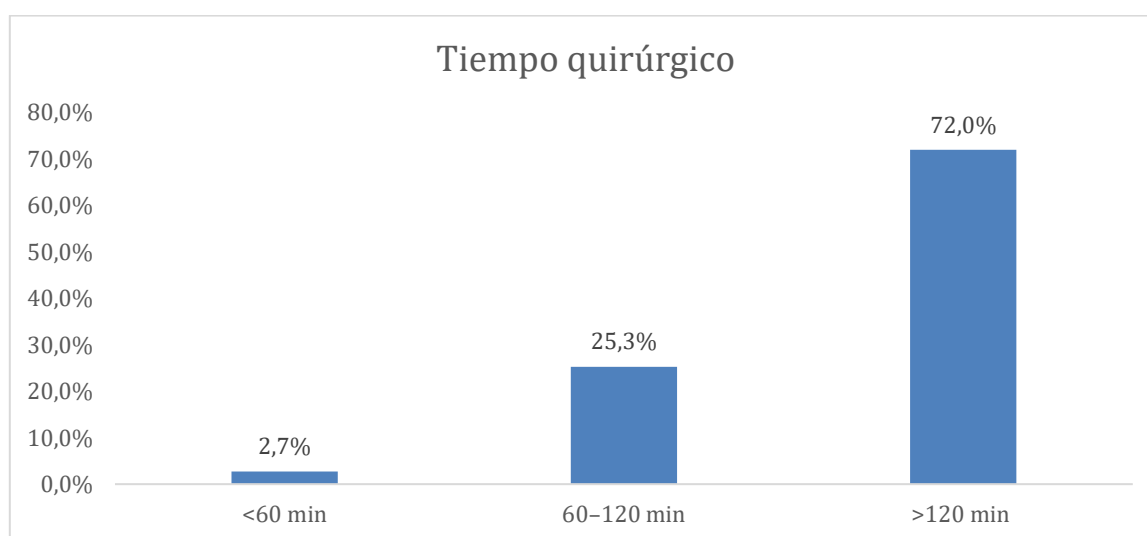
Tabla 6. Tiempo quirúrgico de la colecistectomía en los pacientes con colecistitis complicada.

Tiempo quirúrgico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<60 min	4	2.7%
60–120 min	37	25.3%
>120 min	105	72%
Total	146	100%

Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Gráfico 6. Tiempo quirúrgico de la colecistectomía en los pacientes con colecistitis complicada.



Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Análisis y comentario: En la tabla 6 se observó que el tiempo quirúrgico más frecuente fue mayor a 120 minutos con el 72% (n=105), seguido del intervalo de 60 a 120 minutos con el 25,3% (n=37), mientras que los procedimientos menores a 60 minutos representaron solo el 2,7% (n=4). La mayor duración quirúrgica probablemente se relacionó con la complejidad de estos casos.

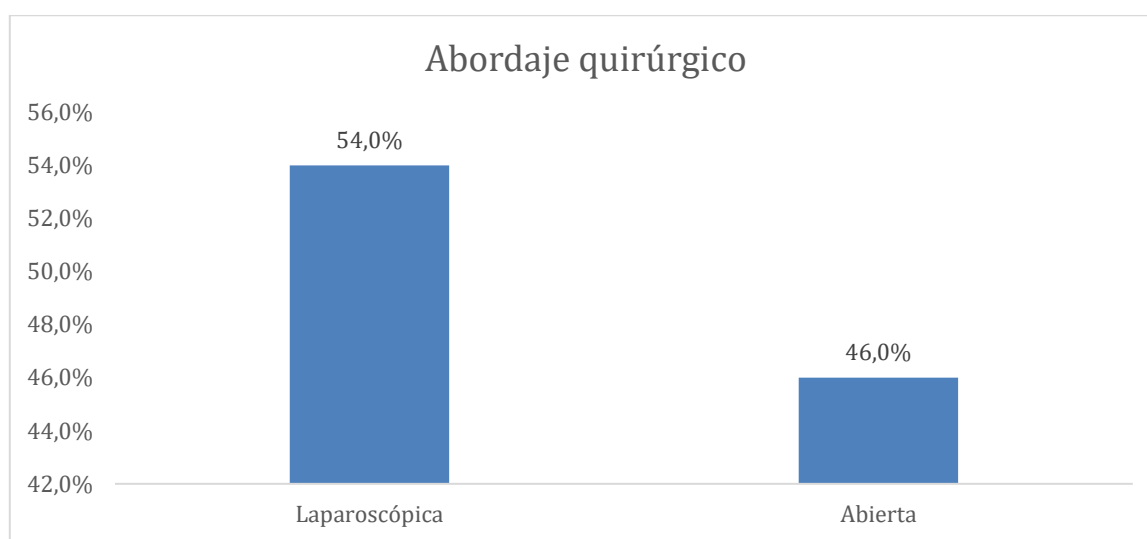
Tabla 7. Abordaje quirúrgico de la colecistectomía en los pacientes con colecistitis complicada.

Abordaje quirúrgico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Laparoscópica	79	54%
Abierta	67	46%
Total	146	100%

Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Gráfico 7. Abordaje quirúrgico de la colecistectomía en los pacientes con colecistitis complicada.



Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Análisis y comentario: En lo referente al abordaje quirúrgico, la colecistectomía laparoscópica fue la más utilizada con el 54% (n=79), mientras que la cirugía abierta representó el 46% (n=67). Predominó el abordaje laparoscópico, lo cual puede explicarse porque constituye la técnica de elección por su menor invasión, recuperación más rápida y menor estancia hospitalaria.

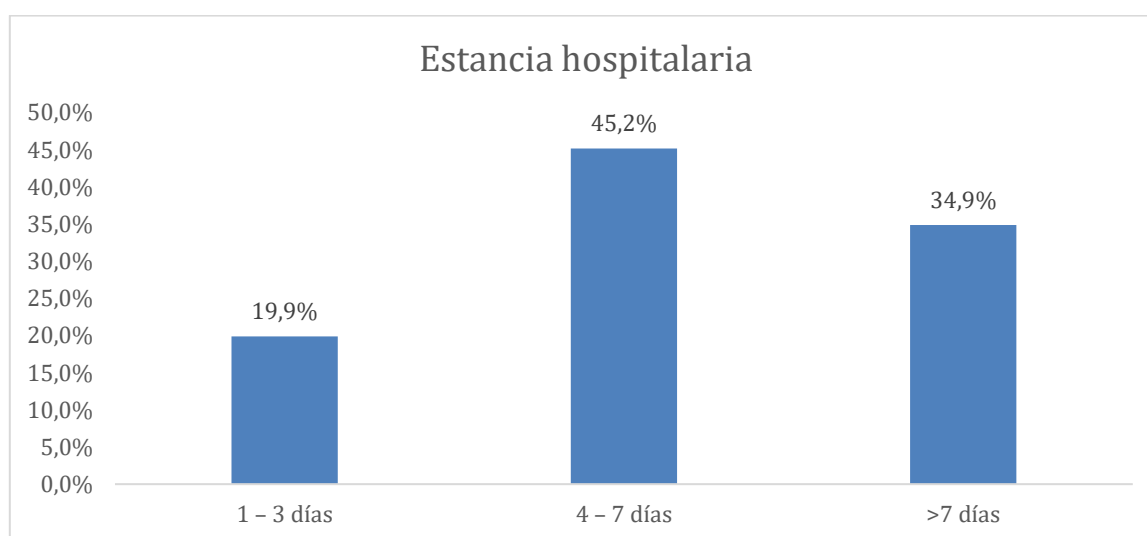
Tabla 8. Estancia hospitalaria de los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.

Estancia hospitalaria	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1 – 3 días	29	19.9%
4 – 7 días	66	45.2%
>7 días	51	34.9%
Total	146	100%

Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Gráfico 8. Estancia hospitalaria de los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.



Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Análisis y comentario: Al analizar la estancia hospitalaria, se encontró que el grupo más frecuente fue el de 4 a 7 días con el 45,2% (n=66), seguido de más de 7 días con el 34,9% (n=51) y, finalmente, de 1 a 3 días con el 19,9% (n=29). El predominio de este tiempo de hospitalización probablemente se debió a la necesidad de vigilancia, antibioticoterapia y control del dolor para evitar posibles complicaciones en pacientes con cuadros inflamatorios más severos.

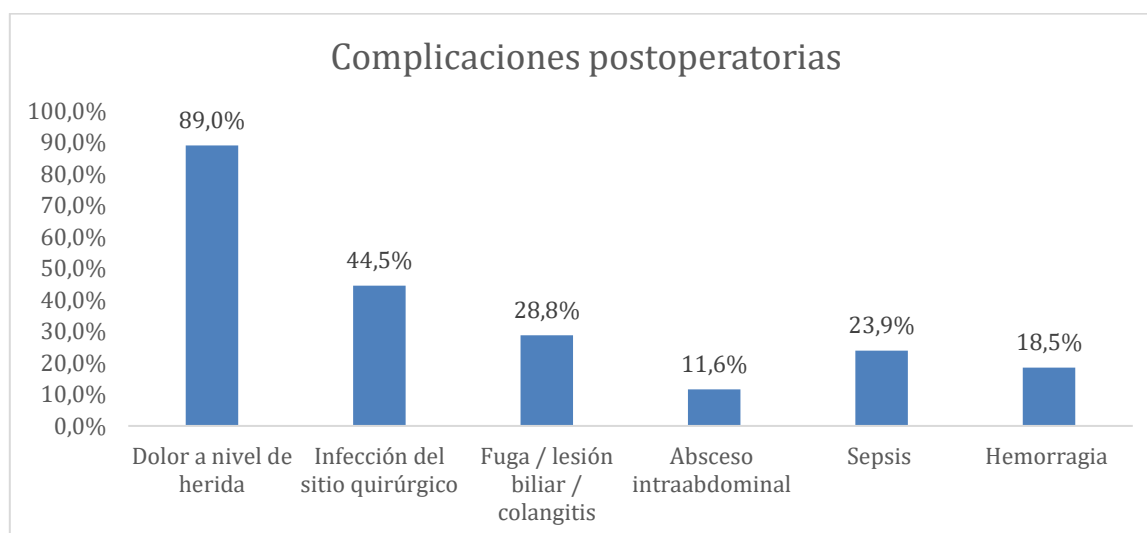
Tabla 9. Complicaciones postoperatorias de los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.

Complicaciones postoperatorias	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Dolor a nivel de herida	130	89%
Infección del sitio quirúrgico	65	44.5%
Fuga / lesión biliar / colangitis	42	28.8%
Absceso intraabdominal	17	11.6%
Sepsis	35	23.9%
Hemorragia	27	18.5%

Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Gráfico 9. Complicaciones postoperatorias de los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.



Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Análisis y comentario: En relación con las complicaciones postoperatorias, el dolor a nivel de herida fue el evento más frecuente con el 89% (n=130), seguido de infección del sitio quirúrgico con el 44,5% (n=65), fuga/lesión biliar/colangitis con el 28,8% (n=42), sepsis con el 23,9% (n=35), hemorragia con el 18,5% (n=27) y absceso intraabdominal con el 11,6% (n=17).

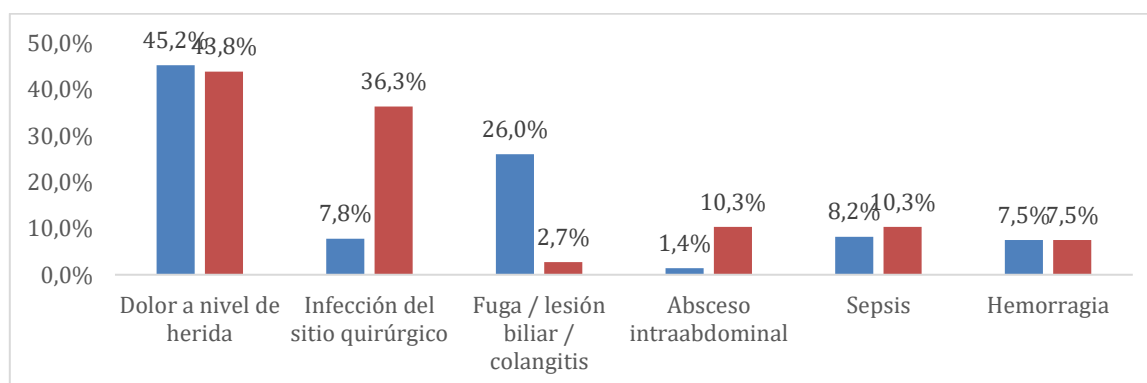
Tabla 10. Tabla cruzada entre las complicaciones postoperatorias y el abordaje quirúrgico realizado en los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.

Complicaciones postoperatorias		Abordaje quirúrgico		Total	Chi cuadrado
		Laparoscópica	Abierta		
Dolor a nivel de herida	Sí	66	64	130 (89%)	p 0.021
	No	13	3	16 (11%)	
Infección del sitio quirúrgico	Sí	12	53	65 (44.5%)	p < 0.001
	No	67	14	81 (55.5%)	
Fuga / lesión biliar / colangitis	Sí	38	4	42 (28.8%)	p < 0.001
	No	41	63	104 (71.2%)	
Absceso intraabdominal	Sí	2	15	17 (11.6%)	p < 0.001
	No	77	52	129 (88.4%)	
Sepsis	Sí	13	22	35 (23.9%)	p 0.021
	No	66	45	111 (76.1%)	
Hemorragia	Sí	12	15	27 (18.5%)	p 0.266
	No	67	52	119 (81.5%)	
Total		79 (54%)	67 (46%)	146 (100%)	

Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Gráfico 10. Tabla cruzada entre las complicaciones postoperatorias y el abordaje quirúrgico realizado en los pacientes colecistectomizados por colecistitis complicada.



Obtenido de: Base de datos e historias clínicas del HGMS

Elaborado por: Semblantes Pizarro Ericka Lissett & Granda Jácome Leslie Mabel

Análisis y comentario: Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el tipo de abordaje y el dolor a nivel de herida ($p=0,021$), la infección del sitio quirúrgico ($p<0,001$), la fuga/lesión biliar/colangitis ($p<0,001$), el absceso intraabdominal ($p<0,001$) y la sepsis ($p=0,021$). En el abordaje abierto fueron más frecuentes la infección del sitio quirúrgico, el absceso intraabdominal y la sepsis, mientras que en el laparoscópico predominó la fuga/lesión biliar/colangitis. Por otra parte, la hemorragia no mostró asociación estadísticamente significativa con el abordaje quirúrgico ($p=0,266$).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizaron 146 pacientes sometidos a colecistectomía por colecistitis complicada en el HGMS durante el periodo 2022–2024. Se evidenció un predominio del sexo femenino y del grupo etario de 30 a 49 años. Estos hallazgos coinciden con Blanco L, et al (Cuba, 2024) (34), con quienes predominó el sexo femenino en ambos abordajes quirúrgicos, con 61,4% en la cirugía convencional y 66,7% en la laparoscópica; sin embargo, en su estudio la edad más frecuente fue superior a 60 años. De forma similar, Rajput et al. (India, 2022) (12) describieron mayor frecuencia en mujeres y una media de edad de 54,15 años.

En cuanto a los antecedentes clínicos, el sobrepeso u obesidad fue la comorbilidad más frecuente con 58,9%. Asimismo, las manifestaciones clínicas predominantes fueron dolor en hipocondrio derecho en 100%, Murphy positivo en 71,9% y náuseas o vómitos en 66,4%. Estos resultados se relacionan con Rajput et al. (India, 2022) (12), quienes encontraron que la diabetes mellitus fue la comorbilidad más frecuente en los pacientes con perforación vesicular y que el dolor abdominal fue la manifestación clínica principal.

Respecto al tipo de colecistitis complicada, el empiema vesicular fue la presentación más frecuente. Rajput et al. (India, 2022) (12) reportaron que, dentro de los casos de perforación vesicular, el subtipo más frecuente fue el tipo 2 de Niemeier con 60%, seguido del tipo 3 con 30% y del tipo 1 con 10%. En los resultados, predominó el empiema probablemente se relacionó con la obstrucción del conducto cístico hacia sobreinfección y acumulación de pus intravesicular, mientras que las formas perforadas y enfisematosas fueron menos frecuentes.

En relación con las variables quirúrgicas, predominó un tiempo operatorio mayor a 120 minutos, un abordaje laparoscópico y una estancia hospitalaria de 4 a 7 días en. Estos resultados son coherentes con López et al (México, 2023) (11) señalaron que la colecistectomía laparoscópica continúa siendo el tratamiento de elección por asociarse a menor tasa de complicaciones, menor estancia hospitalaria y recuperación más rápida frente a la cirugía abierta. Del mismo modo, Kazi et al. (2025) (35) refirieron que la laparoscopia es el estándar actual por su menor morbilidad y menor dolor, aunque la conversión o el abordaje abierto se reservan para procedimientos complejos.

Las complicaciones posoperatorias más frecuentes fueron dolor a nivel de herida e infección del sitio quirúrgico. Estos hallazgos difieren parcialmente de López et al (México, 2023) (11), quienes describieron la infección y el seroma como las complicaciones leves más comunes, mientras que la lesión de la vía biliar fue menos frecuente, pero de mayor morbimortalidad. Por su parte, Blanco et al (Cuba, 2024) (34) encontraron que la hemorragia predominó en el postoperatorio inmediato, mientras que tardíamente la colangitis fue más frecuente en la vía laparoscópica y la infección de la herida quirúrgica en la convencional.

Al comparar las complicaciones según el abordaje quirúrgico, se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el tipo de abordaje y el dolor a nivel de herida, la infección del sitio quirúrgico, la fuga o lesión biliar o colangitis, el absceso intraabdominal y la sepsis; sin embargo, la hemorragia no mostró asociación significativa. Se observó que la infección del sitio quirúrgico, el absceso intraabdominal

y la sepsis fueron más frecuentes en el abordaje abierto, mientras que la fuga o lesión biliar o colangitis predominó en el laparoscópico. Estos resultados son similares con Blanco et al (Cuba, 2024) (34), quienes reportaron mayor infección de la herida quirúrgica en la cirugía convencional y mayor colangitis en la laparoscópica. A su vez, Kazi et al. (2025) (35) indicaron que las lesiones biliares ocurren con mayor frecuencia en la laparoscopia que en la cirugía abierta, y que las fugas biliares se asocian con vesículas severamente inflamadas y con colecistectomías subtotales.

Por último, estos resultados confirmaron que las complicaciones posoperatorias en pacientes con colecistitis complicada no solo dependieron del acto quirúrgico, sino también de la clínica, el grado de inflamación y las comorbilidades asociadas. Por lo que, aunque la vía laparoscópica sigue siendo el abordaje más utilizado, los casos más complejos mantuvieron una carga morbimortalidad, especialmente cuando requirieron cirugía abierta o cuando existió afectación biliar.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se concluyó que el perfil demográfico de los pacientes se caracterizó por un predominio del sexo femenino, del grupo etario entre 30 y 49 años y de antecedentes de sobrepeso u obesidad.
- Las principales características clínicas de los pacientes fueron el dolor en hipocondrio derecho; además, el tipo de colecistitis complicada más frecuente fue el empiema vesicular. Predominó un tiempo quirúrgico mayor de 120 minutos, el abordaje laparoscópico y una estancia hospitalaria de 4 a 7 días en la mayoría de los pacientes.
- Existió asociación estadísticamente significativa entre el abordaje quirúrgico y varias complicaciones posoperatorias, específicamente dolor a nivel de herida, infección del sitio quirúrgico, fuga o lesión biliar o colangitis, absceso intraabdominal y sepsis; mientras que la hemorragia no mostró asociación significativa.
- Las complicaciones posoperatorias en pacientes sometidos a colecistectomía por colecistitis complicada en el HGMS durante el periodo 2022–2024 fueron frecuentes y se presentaron como dolor a nivel de herida y la infección del sitio quirúrgico.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda fortalecer la identificación de pacientes con mayor riesgo quirúrgico como aquellos con sobrepeso u obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cuadros compatibles con colecistitis complicada con el fin de abordarlos de forma adecuada.
- Mejorar la valoración imagenológica en los pacientes con sospecha de colecistitis complicada para disminuir el retraso diagnóstico y evitar la progresión hacia formas severas.
- Reforzar los conocimientos sobre técnicas de cirugía segura durante la colecistectomía con el propósito de reducir fugas biliares, lesiones de la vía biliar y otras complicaciones posoperatorias.
- Fortalecer la vigilancia postoperatoria sobre todo en pacientes sometidos a cirugía abierta o prolongados para detectar de forma precoz la infección del sitio quirúrgico, absceso intraabdominal, sepsis y hemorragia.
- Desarrollar futuras investigaciones analíticas con más variables clínicas, quirúrgicas y de laboratorio que permitan identificar con mayor precisión los factores asociados a complicaciones posoperatorias en pacientes con colecistitis complicada.

REFERENCIAS

1. Mencarini L, Vestito A, Zagari R, Montagnani M. The Diagnosis and Treatment of Acute Cholecystitis: A Comprehensive Narrative Review for a Practical Approach. *J Clin Med*. 2024; 13(9): p. 2695.
2. Maddu K, Phadke S, Hoff C. Complications of cholecystitis: a comprehensive contemporary imaging review. *Emerg Radiol*. 2021; 28(5): p. 1011-1027.
3. Arriba C, Martínez E, Ibáñez L, Ayala G, Borrueal S. Colecistitis aguda complicada: diagnóstico por imagen en la urgencia. *Radiología*. 2025;(201722).
4. Rajcok M, Bak V, Danihel L, Kukucka M, Schnorrer M. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy in treatment of acute cholecystitis. *Bratisl Lek Listy*. 2021; 117(6): p. 328-31.
5. Amir I, Siddiqui A, Thimmappa N, Abdelaziz A, Gaballah A, Davis R, et al. Post-operative complications of cholecystectomy: what the radiologist needs to know. *Abdom Radiol*. 2024; 50: p. 109-130.
6. Gallaher J, Charles A. Acute Cholecystitis: A Review. *JAMA*. 2022; 327(10): p. 965-975.
7. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Cimbanassi S, Boerna D, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World Journal of Emergency Surgery*. 2020; 15(61): p. 26.
8. Mahmood F, Akingboye A, Malam Y, Thakkar M, Jambulingam P. Complicated Acute Cholecystitis: The Role of CReactive Protein and Neutrophil-Lymphocyte Ratio as Predictive Markers of Severity. *Cureus*. 2021; 13(2): p. e13592.
9. INEC. Registro Estadístico Quito: INEC; 2024.

10. Ashiq S, Sasikumar P. A Study of Post-Operative Complications Following Open and Laparoscopic Cholecystectomy and its Management. *Journal of Research in Medical and Dental Science*. 2021; 9(5): p. 175-180.
11. López U, Santos G, Sánchez. Complicaciones de Colectomía Laparoscópica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023; 7(6): p. 3986-3995.
12. Rajput D, Gupta A, Kumar S, Singla T, Srikanth K, Chennatt J. Clinical spectrum and management outcome in gallbladder perforation-a sinister entity: Retrospective study from Sub-Himalayan region of India. *Turk J Surg*. 2022; 38(1): p. 25-35.
13. Fu Y, Pang L, Dai W, Wu S, Kong J. Advances in the Study of Acute Acalculous Cholecystitis: A Comprehensive Review. *Dig Dis*. 2021; 40(4): p. 468-478.
14. Kohga A, Suzuki K, Okumura T, Yamashita K, Isogaki J, Kawabe A, et al. Is postponed laparoscopic cholecystectomy justified for acute cholecystitis appearing early after onset? *Asian J Endosc Surg*. 2019; 12(1): p. 69-73.
15. Ahmed M. Functional, Diagnostic and Therapeutic Aspects of Bile. *Clin Exp Gastroenterol*. 2022; 15: p. 105-120.
16. Jones M, Santos G, Patel P, Orourke M. *Acute Cholecystitis Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.*
17. Walter K. Acute Cholecystitis. *JAMA*. 2022; 327(15): p. 1514.
18. Kumar H. Complicated Cholecystitis: An Update on Management. *Asian Journal of Medicine and Health*. 2024; 22(8): p. 98-105.
19. Shirah B, Shirah H, Saleem M, Chughtai M, Elraghi M, Shams M. Predictive factors for gangrene complication in acute calculous cholecystitis. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2019; 23(3): p. 228-233.

20. Díez J, Martínez R, Estellés N, Peris N, Planells M, Valenzuela M, et al. Can inflammatory biomarkers help in the diagnosis and prognosis of gangrenous acute cholecystitis? A prospective study. *Rev Esp Enferm Dig.* 2021; 113(1): p. 41-44.
21. Oppenheimer D, Rubens D. Sonography of Acute Cholecystitis and Its Mimics. *Radiol Clin North Am.* 2019; 57(3): p. 535-548.
22. Kashyap S, Mathew G, King K. Gallbladder Empyema Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
23. Zainal I, Kew T, Othman H. Retrospective analysis of the sonographic and computed tomographic features of gallbladder empyema. *Emerg Radiol.* 2022; 29(2): p. 281-289.
24. Wee N, Cheong W, Low H. CT and MRI findings of acute calculous cholecystitis and its complications in Singapore: A pictorial review. *Med J Malaysia.* 2021; 76(5): p. 706-713.
25. Zanati H, Nassar A, Zino S, Katbeh T, Jene H, Abdellatif A. Gall Bladder Empyema: Early Cholecystectomy during the Index Admission Improves Outcomes. *JSLs.* 2020; 24(2): p. e2020.0015.
26. Wani A, Iqbal J, Parthar S. A retrospective study of diagnosis and management of gallbladder perforation: 10-year experience from a tertiary health care centre. *Turk J Surg.* 2023; 39(2): p. 102-106.
27. Patel G, Jain A, Kumar R, Singh N, Karim T, Mishra R. Gallbladder Perforation: A Prospective Study of Its Divergent Appearance and Management. *Euroasian J Hepatogastroenterol.* 2019; 9(1): p. 14-19.
28. Lee K, Park S, Park D, Cha H, Choi A, Koh D, et al. Gallbladder perforation in acute acalculous vs. calculous cholecystitis: a retrospective comparative cohort study with 10-year single-center experience. *Int J Surg.* 2024; 110(3): p. 1383-1391.

29. Quiroga A, Alvarez N, Angeles H, Garcia M, Muñoz M, Salinas Y, et al. Localized gallbladder perforation: a systematic review of treatment and prognosis. *HPB (Oxford)*. 2021; 23(11): p. 1639-1646.
30. Joshi G, Crawford K, Hanna T, Herr K, Dahiya N, Menias C. US of Right Upper Quadrant Pain in the Emergency Department: Diagnosing beyond Gallbladder and Biliary Disease. *Radiographics*. 2018; 38(3): p. 766-793.
31. Fugazzola P, Cobiañchi L, Martino M, Tomason M, Mas F. Prediction of morbidity and mortality after early cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: results of the S.P.Ri.M.A.C.C. study. *World J Emerg Surg*. 2023; 18(20): p. 1-12.
32. Azzawi M, Abouelazayem M, Parmar C, Singhal R, Amr B, Martinino A, et al. A systematic review on laparoscopic subtotal cholecystectomy for difficult gallbladders: a lifesaving bailout or an incomplete operation? *Ann R Coll Surg Engl*. 2023; 106(3): p. 205-212.
33. Toro A, Teodoro M, Khan M, Schembari E, Saverio S, Catena F, et al. Subtotal cholecystectomy for difficult acute cholecystitis: how to finalize safely by laparoscopy—a systematic review. *World Journal of Emergency Surgery*. 2021; 16(45): p. 1-10.
34. Blanco R, Matute E, Fajardo R. Complicaciones colecistectomía convencional y laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda. *Revdosdic*. 2024; 7(1): p. e498.
35. Kazi I, Siddiqui M, Thimmappa N, Abdelaziz A, Gaballah A, Davis R, et al. Post-operative complications of cholecystectomy: what the radiologist needs to know. *Abdominal Radiology*. 2025; 50: p. 109-130.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Semblantes Pizarro Ericka Lissett** con C.C: # **0956330633** y **Granda Jacome Leslie Mabel** con C.C: # **2300774417** autoras del trabajo de titulación: **“Complicaciones posoperatorias en Colectomía por Colectitis complicada en el Hospital General Monte Sinaí periodo 2022 – 2024”** previo a la obtención del título de **MEDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **1 de mayo del 2026**

LAS AUTORAS



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**ERICKA LISSETT
SEMBLANTES PIZARRO**



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**LESLIE MABEL GRANDA
JACOME**

Ericka Lissett Semblantes Pizarro

Leslie Mabel Granda Jacome



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	"Complicaciones posoperatorias en Colectomía por Colecistitis complicada en el Hospital General Monte Sinaí periodo 2022 – 2024"		
AUTOR(ES)	-Semblantes Pizarro Ericka Lisset -Granda Jacome Leslie Mabel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Molina Saltos Luis Fernando		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD		
CARRERA:	MEDICINA		
TITULO OBTENIDO:	MEDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	1 de mayo del 2026	No. DE PÁGINAS:	41
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía general, Epidemiología clínica, Patología quirúrgica		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Colecistitis complicada, colecistomía, postoperatoria, laparoscopia.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La colecistitis complicada es una forma avanzada de inflamación de la vesícula biliar que aumenta el riesgo de complicaciones después de la cirugía, prolonga la hospitalización y eleva la morbilidad. Este estudio tuvo como objetivo identificar las complicaciones posoperatorias en pacientes sometidos a colecistomía por colecistitis complicada en el Hospital General Monte Sinaí entre 2022 y 2024. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, transversal y correlacional mediante la revisión de historias clínicas. Los resultados mostraron mayor frecuencia en mujeres y en pacientes de 30 a 49 años, siendo el sobrepeso y la obesidad los antecedentes más comunes. El síntoma principal fue dolor en hipocondrio derecho y el empiema vesicular fue la complicación más frecuente. Predominaron las cirugías con duración mayor a 120 minutos, el abordaje laparoscópico y una estancia hospitalaria de 4 a 7 días. Entre las principales complicaciones posoperatorias destacaron el dolor en la herida quirúrgica, la infección del sitio operatorio y la fuga o lesión biliar. Se concluye que las complicaciones fueron frecuentes y estuvieron relacionadas con el tipo de abordaje quirúrgico utilizado.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593969793968 +593969447989	E-mail: ericka.semblantes@cu.ucsg.edu.ec leslie.granda@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	DR. AYON GENKUONG ANDRES MAURICIO Teléfono: +59397572784 E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			