

**DOI:** 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.204-213

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1835>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 204-213







## Colecistitis aguda tratamiento por laparoscopia y cuidados de enfermería post quirúrgicos

Acute cholecystitis treatment by laparoscopy and post-surgical nursing care

Tratamiento de colecistite aguda por laparoscopia e cuidados de enfermería pós-cirúrgicos

**Efrain Gabriel Suárez Concha<sup>1</sup>; Katty Magdalena Barahona Ochoa<sup>2</sup>; Jeannette Rosmery Zari Tuapante<sup>3</sup>; Jefferson Geovany Castañeda Fuentes<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 11/07/2022 **ACEPTADO:** 03/09/2022 **PUBLICADO:** 01/10/2022

1. Médico; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; efragabrielsuarez88@gmail.com; andres.barragan@unl.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-1249-017X>
2. Médica; Investigadora Independiente; Cañar, Ecuador; kattybna@gmail.com; jessica.llerena@unl.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0002-8973-1429>
3. Médica; Investigadora Independiente; Cuenca, Ecuador; jeane.zarit@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3743-406X>
4. Magister en Gerencia Hospitalaria y Administración de Hospitales; Investigador Independiente; Quevedo, Ecuador; Jeff64@hotmail.es;  <https://orcid.org/0000-0003-2597-6686>

### CORRESPONDENCIA

Efrain Gabriel Suárez Concha  
efragabrielsuarez88@gmail.com

Quito, Ecuador

## RESUMEN

Mucho de los ingresos hospitalarios en el área de urgencias están asociados con la colecistitis aguda calculosa (CAC) siendo la complicación más frecuente de la colelitiasis. El abordaje por excelencia es la colecistectomía laparoscópica el cual debe realizarse dentro de las primeras 72h, debido a que la cirugía temprana se asocia con mejores resultados. Sin embargo, hoy en día existen muchos aspectos de la enfermedad que siguen siendo motivo de debate como por ejemplo cuándo sospechar de cálculos en el conducto biliar común asociados y cómo tratarlos cuando se encuentran. Los agentes antimicrobianos están indicados para pacientes de alto riesgo y especialmente en presencia de necrosis de la vesícula biliar. El uso de antibióticos de amplio espectro y en algunos casos con antifúngicos se relaciona con un mejor pronóstico. Además, los equipos quirúrgicos expertos recomiendan una estrategia emergente de no convertir en abierta, una colecistectomía laparoscópica difícil y realizar una colecistectomía subtotal. Adicionalmente, en algunos casos, el uso de la colecistostomía percutánea se recomienda como tratamiento alternativo de emergencia para la colecistitis aguda en pacientes con comorbilidades graves.

**Palabras clave:** Colecistitis, Colelitiasis, Cálculos Biliares, Colecistectomía, Laparoscopia.

## ABSTRACT

Many of the hospital admissions in the emergency area are associated with acute calculous cholecystitis (CAC), being the most frequent complication of cholelithiasis. The approach par excellence is laparoscopic cholecystectomy, which must be performed within the first 72 hours, because early surgery is associated with better results. However, today there are many aspects of the disease that remain a matter of debate such as when to suspect associated common bile duct stones and how to treat them when they are found. Antimicrobial agents are indicated for high-risk patients and especially in the presence of gallbladder necrosis. The use of broad-spectrum antibiotics and in some cases with antifungals is related to a better prognosis. In addition, expert surgical teams recommend an emergent strategy of not converting to open, difficult laparoscopic cholecystectomy, and performing subtotal cholecystectomy. Additionally, in some cases, the use of percutaneous cholecystostomy is recommended as an alternative emergency treatment for acute cholecystitis in patients with severe comorbidities.

**Keywords:** Cholecystitis, Cholelithiasis, Gallstones, Cholecystectomy, Laparoscopy.

## RESUMO

Many of the hospital admissions in the emergency area are associated with acute calculous cholecystitis (CAC), being the most frequent complication of cholelithiasis. The approach par excellence is laparoscopic cholecystectomy, which must be performed within the first 72 hours, because early surgery is associated with better results. However, today there are many aspects of the disease that remain a matter of debate such as when to suspect associated common bile duct stones and how to treat them when they are found. Antimicrobial agents are indicated for high-risk patients and especially in the presence of gallbladder necrosis. The use of broad-spectrum antibiotics and in some cases with antifungals is related to a better prognosis. In addition, expert surgical teams recommend an emergent strategy of not converting to open, difficult laparoscopic cholecystectomy, and performing subtotal cholecystectomy. Additionally, in some cases, the use of percutaneous cholecystostomy is recommended as an alternative emergency treatment for acute cholecystitis in patients with severe comorbidities.

**Palavras-chave:** Cholecystitis, Cholelithiasis, Gallstones, Cholecystectomy, Laparoscopy.

## Introducción

La CAC es causada por un proceso inflamatorio/infeccioso que involucra la pared de la vesícula biliar, en muchos casos debido a un cálculo biliar impactado en el infundíbulo o en el conducto cístico. “La producción continua de mucina del epitelio y la distensión de la vesícula biliar, “resulta en déficits de perfusión micro y macro circulatoria” (Gaitán & Martínez, 2014 ).

Los eventos posteriores son edema de la serosa, desprendimiento de la mucosa, congestión venosa y linfática, isquemia y necrosis con peritonitis regional o difusa. La inflamación aguda puede complicarse con una infección bacteriana secundaria, del conducto biliar, a través del sistema linfático portal o vascular. Los microorganismos presentes en el tracto gastrointestinal son los patógenos más comunes (Clara, Rodríguez, & Saul, 2018).

La colecistitis aguda calculosa (CAC) “representa la segunda fuente de infección intraabdominal complicada (18,5 %), según el estudio de puntuación de infecciones intraabdominales complicadas de la Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia” (Clara, Rodríguez, & Saul, 2018). Los cálculos biliares son la principal etiología y están presentes en el 6,5% de los hombres y el 10,5% de las mujeres.

El riesgo de complicaciones, como CAC, pancreatitis por cálculos biliares y coledocolitiasis, es del 1% al 4% por año. Además, “se reconoce que los pacientes con colecistolitiasis sintomática desarrollarán ACC con mayor frecuencia que sus contrapartes asintomáticos; por lo tanto, eleva efectivamente el riesgo de complicaciones a cinco veces más (es decir, 20%)” (Gaitán & Martínez, 2014 ).

La CAC es la complicación más común del colecistola litiasis representa del 14% al 30% de las colecistectomías realizadas en muchos países. La enfer-

medad se puede diagnosticar en cualquier nivel de gravedad, incluida la inflamación de la pared, la complicación local y la disfunción orgánica sistémica. Además, los grados complicados de la enfermedad aumentan con la edad, con un pico entre los 70 y los 75 años (Riall, Zhang, & Townsend, 2010).

El objetivo de la siguiente revisión bibliográfica, es brindar una práctica y revisión exhaustiva de los aspectos más importantes de la CAC y sus complicaciones. Adicionalmente, se busca resaltar la evidencia actual y los cuidados post quirúrgicos de abordaje de la enfermedad en aras de mejorar los resultados en los pacientes.

## Metodología

Esta investigación está dirigida al estudio del tema “Colecistitis aguda tratamiento por laparoscopia y cuidados de enfermería post quirúrgicos”. Para realizarlo se usó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, cuyo contenido sea actual, publicados en revistas de ciencia, disponibles en Google Académico, lo más ajustadas al propósito del escrito, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser estudiadas al final, en la bibliografía.

## Resultados

### Diagnóstico clínico

No existe un marcador único capaz de indicar definitivamente el diagnóstico de CAC con alta precisión. Los aspectos clave para el diagnóstico son los signos de inflamación del lado superior izquierdo (dolor y sensibilidad) y el signo de Murphy positivo, así como los indicadores clínicos y bioquímicos de la respuesta inflamatoria sistémica. Estos datos

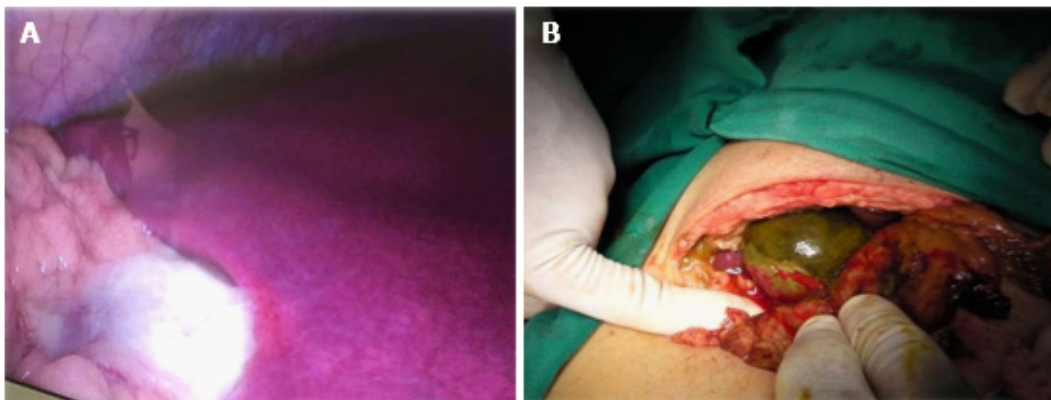
deben ser respaldados hoy en día con imágenes positivas como la ecografía abdominal (AUS).

– **Gravedad de la colecistitis aguda**

Las Guías de Tokio (TG-13) son prácticas y acordes con los aspectos fisiopatológicos implicados en la progresión de la inflamación de la pared de la vesícula biliar a complicaciones regionales y sistémicas. Por lo tanto,

El grado I representa una enfermedad leve con solo inflamación de la pared. El grado II se asocia con signo local de complicaciones como masa palpable, líquido pericolecístico; inicio de los síntomas > 72 h; datos de laboratorio que muestran leucocitosis > 18000/mm<sup>3</sup> y nivel elevado de proteína C reactiva. Finalmente, el grado III se asocia a disfunción de órganos: Cardiovascular (hipotensión refractaria a la reanimación volémica a 30 mL/kg por hora), disminución de la conciencia, insuficiencia respiratoria (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>: < 300), oliguria (creatinina: > 2,0 mg/dL ), PTT/INR > 1,5 y recuento de plaquetas inferior a 100.000/mm<sup>3</sup> (Ramos & Mendoza, 2018).

Los autores Yacoub, Petrosyan, & Sehgal, (2010) “han desarrollado cinco parámetros parapuntúe y estratifique a los pacientes con riesgo de CAC gangrenosa” (Figura 1). Con edad > 45 años, frecuencia cardíaca > 90/min y grosor vesicular > 4,5 mm (1 punto por cada parámetro), leucocitos > 13000 mm<sup>3</sup> (1,5 puntos) y sexo masculino (2 puntos). Entre sus pacientes con CAC, el 13 % recibió de 0 a 2 puntos (probabilidad baja), el 33 % recibió de 2 a 4,5 puntos (probabilidad intermedia) y el 87 % recibió > 4,5 puntos (probabilidad alta). “Los autores concluyeron que esta lista de verificación rápida al lado de la cama podría programar a los pacientes para una colecistectomía de emergencia” (Yacoub, Petrosyan, & Sehgal, 2010).



**Figura 1.** Colecistitis aguda complicada. Abordaje laparoscópico (A). Abordaje laparotómico (B).

**Fuente:** (Yacoub, Petrosyan, & Sehgal, 2010).

Actualmente, la Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia (WSES) según sus siglas en inglés, está en proceso de validar una nueva puntuación de gravedad de colecistitis aguda.

Tiene en cuenta el estado clínico del paciente, la intervención quirúrgica previa y las adherencias intraabdominales, el grado de sepsis y la inflamación regional, mientras el papel destaca la puntuación de gravedad quirúrgica inicial durante la colecistectomía laparoscópica para ayudar a estandarizar el informe de los resultados de una de las cirugías realizadas con más frecuencia en todo el mundo; la puntuación también evalúa la gravedad de la enfermedad en el período perioperatorio y no exclusivamente en el período preoperatorio (Ramos & Mendoza, 2018).

#### – Diagnóstico por imágenes

La radiografía planar no es tan efectiva en el contexto del diagnóstico de cálculos biliares, ya que son radiolúcidos en la mayoría de los casos (80%-85%). En cambio, "AUS es la imagen de primera línea solicitada en casos sugestivos de CAC" (Alvarez, Rico, Carrero, & Castro, 2021).

Permite un diagnóstico de cabecera fácil y práctico debido a sus hallazgos convincentes como: cálculos biliares, distensión de la luz, engrosamiento de la pared en tres fases (Figura 2), ecografía de Murphy, líquido perivisceral e hiperemia en Doppler color. Sin embargo, no siempre todas las señales están presentes al mismo tiempo y el engrosamiento de la pared de la vesícula biliar se puede observar en otras enfermedades sistémicas, como la insuficiencia hepática, renal y cardíaca, probablemente debido a la hipertensión portal (Acosta, Armas, & R, 2019).

La tomografía computarizada (TC) es útil para el diagnóstico de formas complicadas de CAC (colecistitis enfisematosa y gangrenosa), además tiene valor en el diagnóstico diferencial con otras enfermedades intraabdominales, especialmente en pacientes obe-

sos o cuando la distensión gaseosa limita el uso del AUS. Adicionalmente, "la colangiografía por TC (cuando no hay ictericia) en el diagnóstico de cálculos del conducto biliar común (CBDS, por sus siglas en inglés) se emplea menos, con una sensibilidad informada del 50 % al 90 %" (Chavez, Castillo, & Serrato, 2014).

En este sentido, se tiene que la colescintigrafía es un método excelente para el diagnóstico de CAC, pero está limitado a algunos centros. Utiliza el principio de que los radiofármacos (ácido diisopropiliminodiacético) deben llenar el contenido de la vesícula biliar en media hora. Por lo tanto, si no se contrasta la vesícula biliar, pocas horas después, el diagnóstico de CAC es altamente probable, por existir obstrucción del cístico.

#### – Evaluación de los cálculos del conducto biliar (CCBC).

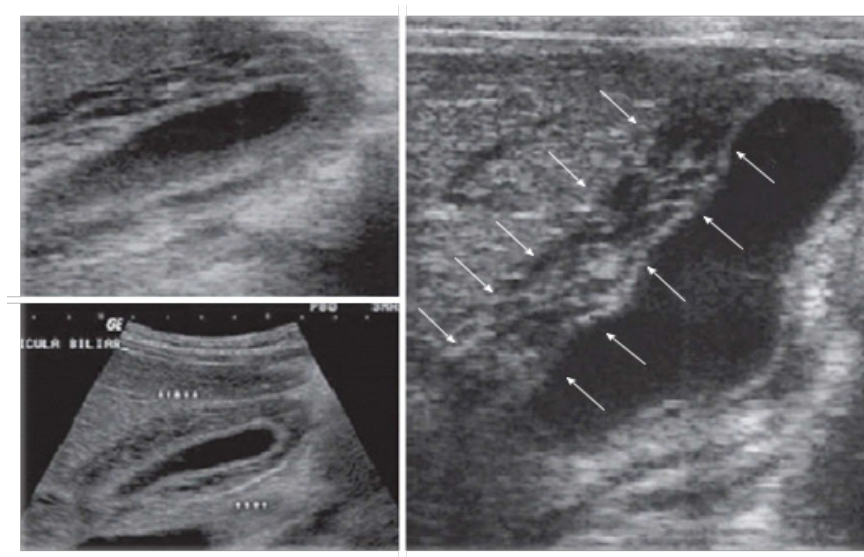
La presencia de CCBC asociado debe estratificarse en todos los casos de colecistectomía en baja, moderada y baja alto riesgo. "La Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, ha confirmado recientemente que la presencia de coledocolitiasis en los criterios de EUA y/o bilirrubina > 4 mg/Dl + CBD dilatado tenía mayor especificidad (más del 50%) para el diagnóstico de CCBC" (He, Tan, Wu, & Dai, 2017).

De hecho, las enzimas podrían verse afectadas por la vesícula biliar debido a inflamación secundaria a la lesión hepatocelular transitoria aguda, e incluso su uso por sí solo es de valor limitado. "A los pacientes con riesgo moderado de coledocolitiasis se les debe realizar una colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) o una ecografía endoscópica (USE) en el preoperatorio" (He, Tan, Wu, & Dai, 2017).

El uso de la colangiografía intraoperatoria (COI) y/o la ecografía laparoscópica también son alternativas eficaces para disminuir la incidencia de la falta de CCBC durante la colecistectomía. Por lo tanto, el uso de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica



(CPRE) debe reservarse para los pacientes que están estratificados en los grupos de alto riesgo.



**Figura 2.** Ecografía transabdominal en colecistitis aguda.

**Fuente:** (He, Tan, Wu, & Dai, 2017).

– **Abordaje de los cálculos del conducto biliar común asociados**

Los pacientes con CAC y CCBC sintomáticos detectados durante los estudios preoperatorios y/o intraoperatorios deben ser candidatos para someterse a la extracción de CCBC. La elección del tratamiento depende del nivel de experiencia quirúrgica, el equipo y la disponibilidad de instalaciones multidisciplinarias en cada hospital.

Las opciones incluyen, “colecistectomía abierta (CA) con exploración abierta del conducto biliar común; colecistectomía laparoscópica (CL) con extracción laparoscópica del conducto biliar común (ELCBC); y CL con extracción endoscópica de cálculos (ESE) realizada antes, durante o después de la operación” (Alvarez, Rico, Carrero, & Castro, 2021).

El procedimiento, ya sea a través del conducto transquístico (más del 50 % de éxito), o a través de la coledocotomía (considerado el grupo más difícil) es seguro y efectivo para realizar en unidades habilitadas para este

tipo de intervención. Por lo tanto, ELCBC es un enfoque seguro y efectivo para manejar la opción CCBC, se ha demostrado que acorta la estadía hospitalaria y debe recomendarse como un posible procedimiento de rescate después de casos de falla de ESE o vía coledocotomía (considerado el grupo más difícil) es segura y efectiva de realizar en unidades habilitadas para este tipo de intervención.



**Figura 3.** Colecistectomía laparoscópica mostrando la visión crítica de la seguridad. 1: conducto hepático común; 2: conducto cístico; 3: Arteria cística.

**Fuente:** (Alvarez, Rico, Carrero, & Castro, 2021).

### – Vía laparoscópica o abierta

La laparoscopia tiene ventajas significativas sobre la cirugía abierta en el manejo de pacientes sépticos. “La respuesta inmune y los niveles producidos por las citocinas, que se asocian con la severidad de la respuesta inflamatoria sistémica, son menores e influyen en los resultados clínicos” (Alvarez, Rico, Carrero, & Castro, 2021).

Revisiones sistemáticas y metanálisis recientes del WSES concluyeron que, en el contexto de la CAC, la morbilidad, la mortalidad y la estancia hospitalaria postoperatorias se redujeron significativamente después de la CL, al igual que la incidencia de neumonía e infección de la herida.

La hemorragia grave, las tasas de fuga de bilis y/o los tiempos operatorios no fueron significativamente diferentes entre los pacientes sometidos a OC y CL. “El grupo de expertos concluyó que la colecistectomía en ACC debe ser manejada preferentemente por laparoscopia en primera instancia” (Sugrue & Ansaloni, 2015). Aunque otras modalidades de tratamiento relevantes incluyen “la minicolecistectomía, la colecistectomía por puerto reducido, la colecistectomía por puerto único y la colecistectomía robótica, se determinó que no son prácticas ni rentables en casos graves de CAC” (Gurusamy, Samraj, Gluud, & Wilson, 2010).

La colecistectomía laparoscópica retrógrada (RLC, por sus siglas en inglés) o la colecistectomía laparoscópica de “fundus first”, un procedimiento que a veces utiliza un retractor hepático, tiene un papel en los casos en los que la técnica estándar (es decir, tracción fúndica cefálica y disección anterógrada) no proporciona una buena exposición. También está en marcha otra estrategia emergente que evita la necesidad de convertir a la apertura de una CL difícil y realizar una colecistectomía subtotal (CLS).

Cada vez hay más pruebas sobre la viabilidad y seguridad de este procedimiento, que emplea una estrategia de

“retirada calculada no es derrota. Los procedimientos CLS se denominan tipos de “fenestración” y “reconstitución” y son una buena alternativa en casos difíciles. La colecistectomía subtotal laparoscópica tiene sus ventajas, pero puede requerir habilidades laparoscópicas avanzadas (Strasberg, Pucci, Brunt, & Deziel, 2016).

Un enfoque alternativo dirigido a prevenir la lesión del conducto biliar, es la colecistectomía parcial laparoscópica (PCL). Una revisión sistemática reciente concluyó que, “cuando se encuentra una vesícula biliar difícil durante la CL, la LPC es una alternativa segura a la conversión y cierre de la vesícula biliar” (Riall, Zhang, & Townsend, 2010).

### – Cuidados para los pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica

El estudio constante de las técnicas que se emplean en los procesos postoperatorios es obligatorio para el personal de salud, ya que, ayuda al paciente a ser consiente y colaborar luego de cualquier intervención quirúrgica. Dentro de este contexto entra el personal de enfermería quien se convierte en una pieza clave en el cuidado de pacientes que han sido intervenidos por colecistectomía laparoscópica.

La significativa participación de la enfermera en las estrategias de salud innovadora se incrementa para cubrir las necesidades del paciente que experimenta el adecuado cumplimiento del procedimiento quirúrgico, buscando la excelencia en el cuidado.

Aunque diferentes procedimientos quirúrgicos requieren cuidado de enfermería específico y especializado, los principios de la atención postoperatoria siguen siendo la misma. Los pacientes necesitan ser monitoreado de cerca después de la operación por laparoscopia. Inicialmente el paciente es transferido al área de recuperación por un periodo de monitoreo. Los pacientes deberían quedarse ahí por alrededor de una hora o hasta que su condición sea estable.

La enfermera al cuidado de estos pacientes, necesita monitorear signos vitales, dolor, el nivel de náuseas postoperatorias y vómitos (NVPO), sitios de heridas y, si hay uno en su lugar, el drenaje de la herida. NVPO es común después de laparoscópica colecistectomía por gas peritoneal insuflación y manipulación del intestino y la vía biliar (Gajewski & Szczeklik, 2017).

Las orientaciones para el alta hospitalaria hacen posible entender la importancia del cuidado de Enfermería prescrito por la enfermera tratante, entre ellos los siguientes: “informar sobre la nutrición adecuada, limitando los movimientos que incluyen ejercicios de fuerza, cuidados de la herida quirúrgica, formación sobre limpieza durante el baño y vestido” (Clara, Rodríguez, & Saul, 2018).

Los autores Cassenote & Ventura, (2018) exponen ciertos criterios que se presentan a continuación:

1. Debe tomar los calmantes prescritos durante los 2-3 primeros días, sobre todo, para ir disminuyéndolo según dolor. No tome aspirina para evitar sangrado.
2. La presencia de gases es habitual; le producirán dolor irradiado hacia el hombro derecho, la mejor manera de disminuirlos es la incorporación y deambulación; evite alimentos flatulentos (coles, legumbres).
3. El lavado de la herida será a diario con agua y jabón neutro secándose bien con una toalla limpia, nunca restregándose sino dándose golpecitos, la aplicación de antiséptico (como Betadine) será optativo, tape la herida con una gasa y debe dejarla al aire a los 2 o 3 días.
4. En caso de que se vaya de alta con drenaje debe tener cuidado de no darse tirones. Puede ducharse y mojarse el orificio de entrada del drenaje en la piel y tapándose como anteriormente descrito, señale diariamente el nivel del líquido que haya salido (poniendo la fecha) hasta que vaya a la consulta.

5. La dieta que debe seguir es blanda y sin grasas durante 2 meses aproximadamente, después irá introduciendo todos los alimentos poco a poco. En ocasiones los alimentos ácidos, tales como la naranja, piña etc., pueden ocasionarle molestias usted mismo se irá dando cuenta de la tolerancia a los alimentos.

6. Evite los sobreesfuerzos físicos en 4-6 semanas (coger peso, correr). El reposo relativo (cama-sillón y deambulación suave) debe guardarse solo los 2 ó 3 primeros días.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, los cuidados llevados a cabo por el personal de enfermería en conjunto con el paciente y todo el equipo de salud involucrado hacen posible que el paciente se sienta en confianza y tenga una recuperación temprana. El proceso incluye el desarrollo de habilidades sensibles como “mirar, escuchar, toque terapéutico, conversación, prestar atención a las dudas y responder con atención e interés con el paciente” (Cassenote & Ventura, 2018).

#### – **Tratamiento antimicrobiano**

El papel de los antibióticos terapéuticos en la CAC es controvertido, pero parece adecuado en el tratamiento no quirúrgico, que debe reservarse para pacientes con enfermedad leve. “El uso de antibióticos profilácticos preoperatorios no es adecuado para pacientes de bajo riesgo sometidos a CL. El objetivo principal de iniciar antibióticos en casos de CAC manejados quirúrgicamente es prevenir complicaciones infecciosas perioperatorias” (Van Dijk, Reuver, & Tasma, 2016).

Los patógenos más importantes en CAC se originan en la flora autóctona del paciente e incluyen “Enterobacteriaceae: E. coli y Klebsiella sp, Streptococcus sp y anaerobios como el grupo Bacteroides fragilis” (Clara, Rodríguez, & Saul, 2018). En estos casos, los antimicrobianos de actividad de espectro más estrecho dirigidos a los patógenos mencionados anteriormente son la mejor opción.



Sin embargo, en pacientes con infecciones por Enterobacteriaceae productoras de ESBL, los agentes contra las bacterias productoras de ESBL deben estar justificados.

#### – **Complicaciones**

La fuga de bilis de un conducto de Luschka es más común que una verdadera lesión del conducto biliar y ocurre “en 0,1% a 0,5% de los pacientes después de una colecistectomía. Otras complicaciones incluyen peritonitis (0,2%), hemorragia e infección del sitio quirúrgico, incluidos espacios y órganos” (Acosta, Armas, & R, 2019).

Las tasas de complicaciones quirúrgicas son comparables entre los abordajes laparoscópico y laparotómico. Además, “hay menos preocupación por la contaminación y menores tasas de infección de la herida cuando se extrae la vesícula biliar en una bolsa de recuperación durante la colecistectomía laparoscópica” (Gaitán & Martínez, 2014 ).

Una revisión sistemática reciente evaluó los factores asociados vinculados a la conversión de LC a OC. Los resultados mostraron que los pacientes masculinos, edad 60-65 años, vesícula biliar esclerótica o espesor de la pared (4-5 mm) y colecistitis aguda, fueron factores de riesgo significativos para la conversión (Sugrue & Ansaloni, 2015)

#### – **Cuándo realizar colecistostomía**

La colecistostomía percutánea (CP) es una alternativa a la colecistectomía de emergencia en casos complicados de pacientes de alto riesgo, sin embargo, aún no existen evidencias que respalden esta afirmación. Gurusamy, Rossi, & Davidson, (2013) en una revisión sistemática de la base de datos Cochrane incluyeron dos ensayos con 156 participantes.

El primer ensayo comparó PC seguido de ELC versus DLC (70 participantes). Los resultados mostraron que la tasa de mortalidad, morbilidad y conversión fue la misma entre los dos grupos. El segundo ensayo (86

participantes) comparó CP versus tratamiento conservador (86 participantes).

Una vez más, el resultado del estudio no mostró diferencias en los mismos parámetros. En tal sentido se tiene que ha sido difícil establecer el papel del drenaje vesicular percutáneo debido a las diferentes definiciones existentes para el paciente de alto riesgo.

### **Conclusión**

En el desarrollo de la investigación se observó una revisión práctica y completa del CAC. Esta infección intraabdominal común puede presentar complicaciones graves debido a su evolución natural y requiere tratamiento quirúrgico. Los cirujanos deben tener en cuenta algunos conceptos básicos que les permitan tomar decisiones correctas sobre la estrategia quirúrgica ideal, incluido el tiempo.

El diagnóstico clínico debe basarse en criterios estrictos y se debe estratificar al paciente según el grado y la posibilidad de complicaciones locales y sistémicas. La laparoscopia es el primer abordaje sugerido para la colecistectomía y garantiza ventajas significativas sobre la cirugía abierta.

En casos seleccionados, la colecistostomía percutánea puede usarse como una maniobra para salvar vidas. Además, se debe tener presente la posibilidad de coledocolitiasis y considerar sus alternativas terapéuticas. Finalmente, reconocer los principios básicos que guían el uso de antimicrobianos con fines profilácticos y terapéuticos.

### **Bibliografía**

- Acosta, S., Armas, B., & R, R. (2019). Diagnóstico ultrasonográfico de colecistitis aguda. *Revista Médica Electrónica de Ciego de Avila*, 25(2). Recuperado el 04 de Oct de 2022, de <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1016/1598>
- Alvarez, F., Rico, J., Carrero, S., & Castro, F. (2021). Coledocolitiasis y exploración laparoscópica de la vía biliar. Un estudio de cohorte. *Revista Colombiana de Cirugía*, 36(2). doi:<https://doi.org/10.30944/20117582.558>

- Cassenote, L., & Ventura, J. (2018). The impact of recreational care activity in the immediate postoperative period. *Rev Fun Care Online*, 10(4), 936-940. Recuperado el 05 de Oct de 2022, de <https://revistamedica.com/cuidados-enfermeria-colecistectomia/>
- Chavez, N., Castillo, J., & Serrato, A. (2014). Utilidad de las unidades Hounsfield en la predicción de la composición química de los cálculos urinarios. *Anales de Radiología México*, 13, 1-5. Recuperado el 04 de Oct de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2014/arm141h.pdf>
- Clara, L., Rodríguez, V., & Saul, P. (2018). Infecciones intraabdominales. Puesta al día y recomendaciones de la sociedad Argentina de infectología. 78(6). Recuperado el 03 de Oct de 2022, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802018000800006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802018000800006)
- Gaitán, J., & Martínez, V. (2014). Enfermedad litiásica biliar, experiencia en una clínica de cuarto nivel, 2005-2011. *Revista Colombiana*, 29, 188-96. Recuperado el 03 de Oct de 2022, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v29n3/v29n3a3.pdf>
- Gajewski, P., & Szczeklik, A. (2017). Diseases of the gallbladder and bile ducts. *Practical Medicine*.
- Gurusamy, K., Rossi, M., & Davidson, B. (2013). Percutaneous cholecystectomy for high-risk surgical patients with acute calculous cholecystitis. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Gurusamy, K., Samraj, K., Gluud, C., & Wilson, E. (2010). Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg*, 141-150.
- He, H., Tan, C., Wu, J., & Dai, N. (2017). Accuracy of ASGE high-risk criteria in evaluation of patients with suspected common bile duct stones. *Gastrointest Endosc*.
- Ramos, C., & Mendoza, J. (2018). APLICACIÓN DE LA GUÍA DE TOKIO EN COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. *Revista Médica La Paz*, 24(1). Recuperado el 04 de Oct de 2022, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582018000100004](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582018000100004)
- Riall, T., Zhang, D., & Townsend, C. (2010). Failure to perform cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients is associated with increased morbidity, mortality, and cost. *J Am Coll Surg*, 668-677.
- Strasberg, S., Pucci, M., Brunt, L., & Deziel, D. (2016). Subtotal Cholecystectomy-"Fenestrating" vs "Reconstituting" Subtypes and the Prevention of Bile Duct Injury: Definition of the Optimal Procedure in Difficult Operative Conditions. *J Am Coll Surg*, 89-96.
- Sugrue, M., & Ansaloni, L. (2015). Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*, 196-204.
- Van Dijk, A., Reuver, R., & Tasma, N. (2016). Systematic review of antibiotic treatment for acute calculous cholecystitis. *Br J Surg*, 797-811.
- Yacoub, W., Petrosyan, M., & Sehgal, I. (2010). Prediction of patients with acute cholecystitis requiring emergent cholecystectomy: a simple score. *Gastroenterol Res Pract*.

**CITAR ESTE ARTICULO:**

Suárez Concha, E. G., Barahona Ochoa, K. M., Zari Tuapante, J. R., & Casañeda Fuentes, J. G. (2022). Colecistitis aguda tratamiento por laparoscopia y cuidados de enfermería post quirúrgicos. *RECIMUNDO*, 6(4), 204-213. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.204-213](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.204-213)

