



Aplicación de Protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria en Colecistectomía Abierta: Experiencia en un Hospital Venezolano

Implementation of an Ambulatory Major Surgery Protocol in Open Cholecystectomy: Experience in a Venezuelan Hospital

Edduin Eduardo Gómez Espinola¹  , César Elionet Germán Castro²  ,
Hector Julio Tejada Alejo³  , Walezka Margarita Morillo Gonzalez⁴  ,
Francisco Ariel Grullón Martínez⁵  

¹ Cirujano General y Laparoscópico, Investigador Independiente, Caracas, Venezuela

² Cirujano General y Laparoscópico, Investigador Independiente, Guayaquil, Ecuador

³ Cirujano General y Laparoscópico, Investigador Independiente, Rio de Janeiro, Brasil

⁴ Cirujano General y Cardiovascular, Investigador Independiente, Caracas, Venezuela

⁵ Cirujano General y Laparoscópico, Investigador Independiente, La Vega, Republica Dominicana

Recibido: 2025-05-01 / Aceptado: 2025-06-02 / Publicado: 2025-07-01

RESUMEN

La colecistectomía es un procedimiento quirúrgico de alta prevalencia. En el contexto de recursos limitados, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en colecistectomía abierta representa una alternativa viable, aunque con escasa evidencia en Venezuela. Este estudio descriptivo, cuantitativo y de campo evaluó la aplicación de un protocolo de CMA en colecistectomía abierta en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González, Caracas, entre enero y junio de 2024. La muestra censal incluyó 50 historias médicas de pacientes, predominantemente mujeres (74%) y con edades entre 50 y 70 años (62%), procedentes de zonas cercanas (95%). Se aplicaron criterios estrictos de selección preoperatoria conformados por perfil hepático/colestásico normales, Murphy ecográfico negativo, ausencia de crisis aguda reciente. Ningún paciente presentó complicaciones transoperatorias que requirieran drenajes o transfusiones, y mostraron una evolución postoperatoria inmediata satisfactoria (deambulación precoz y tolerancia a la vía oral). La mayoría (66%) tuvo un egreso institucional entre 6 y 12 horas. Los resultados sugieren que la CMA en colecistectomía abierta es factible y segura en pacientes seleccionados, ofreciendo beneficios en la recuperación temprana y eficiencia de recursos, incluso en entornos con limitaciones tecnológicas.

Palabras clave: cirugía mayor ambulatoria, colecistectomía abierta, protocolo quirúrgico, litiasis vesicular, Venezuela.

ABSTRACT

Cholecystectomy is a highly prevalent surgical procedure. In contexts of limited resources, major ambulatory surgery (MAS) for open cholecystectomy represents a viable alternative, though with scarce evidence in Venezuela. This descriptive, quantitative, field study evaluated the application of a MAS protocol in open cholecystectomy at Dr. Ricardo Baquero González Hospital, Caracas, between January and June 2024. The census sample included 50 patient medical records, predominantly women (74%) aged 50-70 years (62%), residing in nearby areas (95%). Strict preoperative selection criteria were applied (normal hepatic/cholestatic profile, absent sonographic Murphy's sign, no recent acute crisis). All patients had no intraoperative complications requiring drains or transfusions, and showed satisfactory immediate postoperative evolution (early ambulation and oral intake tolerance). The majority (66%) were discharged between 6 and 12 hours. Results suggest that MAS in open cholecystectomy is feasible and safe in selected patients, offering benefits in early recovery and resource efficiency, even in technologically limited settings.

keywords: ambulatory major surgery, open cholecystectomy, surgical protocol, gallstones, Venezuela

RESUMIO

A colecistectomía es un procedimiento quirúrgico de alta prevalencia. No contexto de recursos limitados, a cirugía de grande porte ambulatorial (CGA) na colecistectomía abierta representa una alternativa viável, embora com escassa evidência na Venezuela. Este estudio descriptivo, quantitativo e de campo avaliou a aplicação de um protocolo de CGA em colecistectomía abierta no Hospital Dr. Ricardo Baquero González, em Caracas, entre janeiro e junho de 2024. A amostra censitária incluiu 50 prontuários de pacientes, predominantemente mulheres (74%) e com idades entre 50 e 70 anos (62%), oriundas de zonas próximas (95%). Foram aplicados critérios rigorosos de seleção pré-operatória, compostos por perfil hepático/colestático normal, sinal de Murphy ultrassonográfico negativo e ausência de crises agudas recentes. Nenhum paciente apresentou complicações transoperatórias que exigissem drenagens ou transfusões, e todos apresentaram evolução pós-operatória imediata satisfatória (deambulação precoce e tolerância à via oral). A maioria (66%) teve alta hospitalar entre 6 e 12 horas. Os resultados sugerem que a CGA em colecistectomía abierta é viável e segura em pacientes selecionados, oferecendo benefícios na recuperação precoce e na eficiência de recursos, mesmo em contextos com limitações tecnológicas.

palabras-chave: cirugía de grande porte ambulatorial, colecistectomía abierta, protocolo quirúrgico, colelitíase, Venezuela

Forma sugerida de citar (APA):

Gómez Espinola, E. E., Germán Castro, C. E., Tejada Alejo, H. J., Morillo Gonzalez, W. M., & Grullon Martinez, F. A. (2025). Aplicación de Protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria en Colecistectomía Abierta: Experiencia en un Hospital Venezolano. *Revista Científica Multidisciplinaria SAGA*, 2(3), 146-153. <https://doi.org/10.63415/saga.v2i3.153>



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes a nivel mundial, con una prevalencia creciente (Molina Fábrega, 2020). Tradicionalmente, la cirugía mayor, incluida la colecistectomía abierta, ha requerido hospitalización prolongada. Sin embargo, la cirugía mayor ambulatoria (CMA), definida como la realización de procedimientos quirúrgicos electivos con admisión, cirugía y alta del paciente el mismo día, ha revolucionado la práctica médica global (Martínez Ramon, 2009). Sus orígenes se remontan a principios del siglo XX con pioneros como James Nicoll, y su aprobación formal en 1985 por el Royal College of Surgeons of England validó su seguridad y eficacia en pacientes adecuadamente seleccionados. La CMA optimiza recursos hospitalarios, reduce costos, minimiza complicaciones nosocomiales y favorece una recuperación más cómoda en el entorno familiar del paciente (Martínez Ramon, 2009).

Si bien la colecistectomía laparoscópica es actualmente el procedimiento de elección para la litiasis vesicular sintomática y es ampliamente adoptada bajo protocolos de CMA (Mendoza Vélez, 2022; Lezana Pérez,

2009), la realidad de muchos centros hospitalarios, particularmente en regiones con limitaciones tecnológicas como Venezuela, dicta la continuidad de la colecistectomía abierta como una opción viable y a menudo necesaria (Valls, 2019). A pesar de su vigencia, existen escasos registros y protocolos específicos para la aplicación de CMA en colecistectomía abierta, lo que representa una importante brecha de conocimiento y práctica.

En el Hospital Dr. Ricardo Baquero González de Caracas, el cierre de los quirófanos institucionales desde marzo de 2022 ha impulsado la búsqueda de alternativas para saldar la deuda quirúrgica y mantener la formación de los residentes de cirugía general. En este contexto, la implementación de un protocolo de CMA para colecistectomía abierta ha surgido como una necesidad imperante.

Este estudio tiene como objetivo describir la aplicación de un protocolo de cirugía mayor ambulatoria en colecistectomía abierta en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González durante el período de enero a junio de 2024, proponiendo un formato para su ejecución y demostrando su factibilidad. Los hallazgos de esta investigación buscan contribuir al acervo de conocimiento sobre la CMA en

colecistectomía abierta en entornos con recursos limitados y ofrecer una guía práctica para la optimización de los servicios quirúrgicos.

METODOLOGÍA

El presente estudio se suscribe bajo un paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo. Es un diseño de investigación de campo, no experimental y de carácter transversal o transeccional. Se considera de campo porque la información fue recopilada directamente de las historias médicas de los pacientes en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González. Es no experimental, ya que las variables no fueron manipuladas deliberadamente, observándose los fenómenos tal como se presentaron en su contexto natural. Es transversal porque el estudio se realizó en un único momento temporal, abarcando el período de enero a junio de 2024. Además, por su finalidad de caracterizar y medir las variables de forma independiente, se considera un estudio descriptivo.

Participantes

La población a estudio consistió en 50 historias médicas de pacientes intervenidos por el Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Ricardo Baquero González, Caracas, entre enero y junio de 2024. Dado el número total de casos accesibles en el período de estudio, se consideró una muestra censal, abarcando a toda la población de interés.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes con diagnóstico de Patología Biliar Benigna (Litiasis vesicular, Pólipo Vesicular).
- Pacientes electivos.
- Pacientes intervenidos por el Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Ricardo Baquero González.
- Pacientes sometidos a Colecistectomía Abierta.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes con complicaciones transoperatorias.
- Pacientes con Colecistitis Aguda.
- Pacientes sometidos a Colecistectomía Laparoscópica.

Las consideraciones éticas fueron garantizadas mediante la revisión de historias clínicas, asegurando la confidencialidad de los datos y el cumplimiento de los principios éticos en investigación en salud. El estudio contó con el aval institucional, reflejado en la propuesta de un formato de reporte con consentimiento informado.

Procedimiento de muestreo

Como se mencionó, dada la accesibilidad y el número total de historias médicas que cumplían con los criterios de inclusión en el período de estudio (N=50), se optó por un muestreo censal o poblacional, lo que implica que la totalidad de la población definida fue objeto de estudio, sin necesidad de aplicar técnicas de muestreo inferencial.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos principal fue la revisión documental de las historias médicas de los pacientes. Esta técnica permitió la recopilación de información relevante directamente de los registros clínicos. Complementariamente, se diseñó un instrumento tipo cuestionario dicotómico denominado "CMA" (Cirugía Mayor Ambulatoria) para la recolección estandarizada de la información pertinente de cada historia médica.

El instrumento constó de dos partes principales:

- **Parte I:** Datos Sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, lugar de residencia).
- **Parte II:** Colecistectomía Mayor Ambulatoria (condiciones preoperatorias, criterios de selección, transoperatorio, postoperatorio).

La validez de contenido del instrumento fue determinada mediante juicio de expertos, que incluyó un especialista en metodología y dos (2) especialistas en el tema de cirugía, quienes

evaluaron la correspondencia de los ítems con los indicadores, dimensiones y variables. La confiabilidad del instrumento fue calculada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, utilizando la fórmula para ítems dicotómicos, lo que aseguró la consistencia interna de las mediciones.

Diseño de la investigación y análisis de datos

El diseño de la investigación fue descriptivo-transversal, enfocado en caracterizar las variables en un momento específico. Una vez recopilados los datos de las 50 historias médicas mediante el cuestionario CMA, se procedió a su codificación y tabulación. El análisis de los

resultados se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando cuadros de frecuencia absoluta y porcentual. Se utilizaron representaciones gráficas de tipo barras para ilustrar los hallazgos, facilitando la comprensión y el entendimiento de los datos. El análisis fue de tipo vertical, confrontando los resultados con el 100% de la muestra.

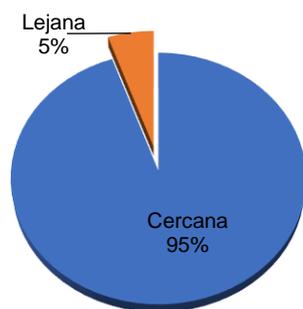
RESULTADOS

Los resultados se presentan en función de las características sociodemográficas de los pacientes, sus condiciones preoperatorias, el transoperatorio y la evolución postoperatoria inmediata.

Características Sociodemográficas

Figura 1

Procedencia



La figura 1 muestra que, el 95% de los pacientes (44 de 50) eran de procedencia cercana al hospital, mientras que el 5% (6 pacientes) eran de procedencia lejana.

Figura 2

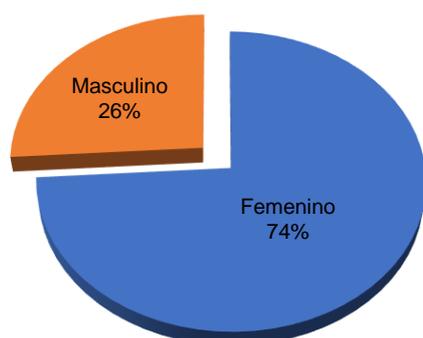
Edades



En la figura 2 se observa que la mayoría de los pacientes (62%, n=31) se encontraban en el rango de 50 a 70 años. Le siguió el grupo de 30 a 50 años con un 30% (n=15), y en menor proporción los menores de 30 años (6%, n=3) y mayores de 70 años (2%, n=1).

Figura 3

Sexo



El 74% (n=37) de los pacientes fueron del sexo femenino, y el 26% (n=13) del sexo masculino, lo que corrobora el predominio de la patología biliar en mujeres (Figura 3).

Condiciones Preoperatorias:

Todos los pacientes (100%) presentaron un perfil hepático y colestásico normal.

El 94% (n=47) de los pacientes tenían paredes vesiculares normales ecográficamente,

mientras que el 6% (n=3) presentaban paredes engrosadas, correspondientes a patologías crónicas sin indicadores agudos.

El 100% de los pacientes presentó Murphy ecográfico negativo, un indicador de colecistitis aguda (Tabla 1).

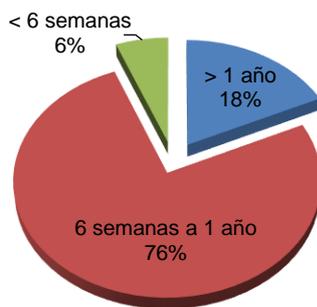
Tabla 1

Condiciones Preoperatorias

Condiciones preoperatorias	Total	%
Perfil hepático y colestásico:	Normal: 50	100 %
Pared Vesicular:	Normal 47	94%
	Engrosado 3	6 %
Murphy ecográfico	Ausente: 50	100%

Figura 4

Última crisis dolorosa biliar



En cuanto a la última crisis dolorosa biliar, el 76% (n=38) la experimentó entre 6 semanas y 1 año previo a la cirugía. El 18% (n=9) la tuvo hace más de 1 año, y solo el 6% (n=3) en las últimas 6 semanas (Figura 4).

Transoperatorio:

Ninguno de los 50 pacientes requirió el uso de drenajes o transfusiones durante el acto quirúrgico (100% en ambos indicadores) (Tabla 2).

Tabla 2

Condiciones transoperatorio

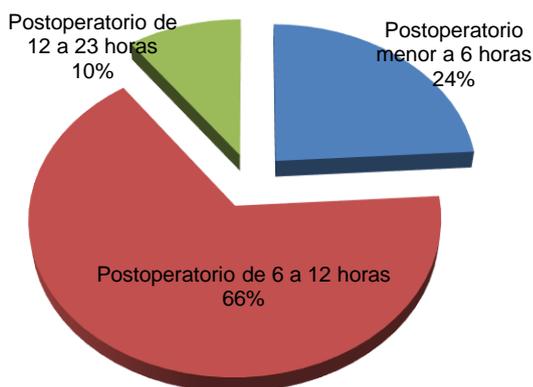
Complicaciones	Total	%
No ameritaron uso de Dren	50	100%
No requirieron tranfusiones	50	100%

Postoperatorio y Egreso Institucional:

El 100% de los pacientes inició la deambulaci3n precoz asistida antes de las 4 horas, e iniciaron una dieta temprana con buena tolerancia a la v3a oral (Figura 5).

Figura 5
Postoperatorio



Figura 6*Egreso institucional*

Respecto al egreso institucional, el 66% (n=33) de los pacientes fue dado de alta entre 6 y 12 horas postoperatorias. Un 24% (n=12) egresó en menos de 6 horas, y solo un 10% (n=5) entre 12 y 23 horas (Figura 6).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran la factibilidad y seguridad de la aplicación de un protocolo de cirugía mayor ambulatoria en colecistectomía abierta en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González, incluso en un contexto de limitaciones de infraestructura y tecnología avanzada.

La mayoría de los pacientes atendidos (74% mujeres, 62% entre 50 y 70 años) y la alta proporción de casos de procedencia cercana (95%) son consistentes con la epidemiología de la litiasis vesicular, predominantemente femenina y en rangos de edad medios a avanzados. La proximidad geográfica de los pacientes facilitó el seguimiento postoperatorio y la adherencia al protocolo ambulatorio.

Un hallazgo crucial fue la rigurosa selección preoperatoria. El 100% de los pacientes con perfiles hepáticos y colestásicos normales, Murphy ecográfico negativo y una mínima proporción con engrosamiento crónico de la pared vesicular sin indicadores agudos, refuerza la importancia de los criterios de elegibilidad estrictos. Esto concuerda con las recomendaciones de Valera Sánchez (2023) y Lezana Pérez (2009), quienes enfatizan que la selección adecuada del paciente es la piedra angular del éxito en la CMA, independientemente de la técnica quirúrgica (laparoscópica o abierta). La baja incidencia de crisis dolorosas recientes (solo 6% en las últimas 6 semanas) también subraya la atención a la cronicidad de la patología biliar para la indicación ambulatoria.

La ausencia de complicaciones transoperatorias significativas (no uso de drenajes ni transfusiones) en el 100% de los casos es un indicador positivo de la seguridad del procedimiento bajo el protocolo aplicado. Este hallazgo, aunque no permite una comparación directa con la cirugía laparoscópica en la que se ha demostrado una morbilidad transoperatoria en algunas series (Molina Fábrega, 2020), sí resalta que la técnica abierta, cuando es realizada por cirujanos experimentados y en pacientes seleccionados, puede mantener un perfil de seguridad favorable. Estepa et al. (2015) también concluyeron que la colecistectomía abierta convencional sigue siendo una opción favorable con mínimas complicaciones ante la ausencia de tecnología avanzada.

La evolución postoperatoria inmediata satisfactoria (100% deambulación precoz y tolerancia a la vía oral) fue determinante para el egreso temprano. Estos resultados son consistentes con los principios de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS, por sus siglas en inglés), que buscan una movilización y alimentación tempranas para acelerar la recuperación y reducir la estancia hospitalaria (Matos Adames, 2020; Bankey, 2022). El hecho de que el 66% de los pacientes fueran dados de alta entre 6 y 12 horas postoperatorias, y un 24% incluso antes de las 6 horas, subraya la efectividad del protocolo de CMA en este contexto. Este período es comparable con las estancias hospitalarias de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria, lo que demuestra la viabilidad de la técnica abierta bajo criterios ambulatorios.

Este estudio es relevante al abordar una brecha en la literatura, ya que, como se destaca, existen pocos registros específicos de colecistectomía abierta bajo régimen de CMA. Los resultados validan la posición de Valls (2019) y Estepa et al. (2015) quienes afirman que las cirugías abiertas siguen siendo una alternativa eficaz y necesaria en situaciones de crisis o ausencia de tecnología laparoscópica.

Limitaciones de este estudio incluyen su carácter descriptivo, que no permite establecer relaciones causales, y el tamaño de la muestra, aunque censal para el período, es limitado en comparación con estudios multicéntricos. La dependencia de la revisión de historias clínicas también puede implicar sesgos de registro.

Futuras líneas de investigación podrían incluir estudios comparativos de colecistectomía abierta vs. laparoscópica en CMA en entornos similares, así como la evaluación a largo plazo de las complicaciones y la satisfacción del paciente en este tipo de abordaje. La implementación de un formato estandarizado para el reporte, como el propuesto, podría facilitar futuras investigaciones y la recopilación de datos más robustos.

CONCLUSIONES

La aplicación de un protocolo de cirugía mayor ambulatoria en colecistectomía abierta en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González demostró ser una alternativa factible y segura para el manejo de la litiasis vesicular en pacientes electivos. La rigurosa selección preoperatoria, la ausencia de complicaciones transoperatorias y una evolución postoperatoria inmediata satisfactoria permitieron el egreso temprano de la mayoría de los pacientes. Este enfoque no solo optimiza los recursos hospitalarios y reduce los costos, sino que también favorece la recuperación del paciente en su entorno familiar, contribuyendo a la operatividad quirúrgica en contextos de limitaciones tecnológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almora Carbonell, C. (2012). *Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular*. Revista Médica Cubana.
- Ary, D., Jacobs, L. C., & Razavieh, A. (1997). *Introducción a la investigación pedagógica*. McGraw-Hill.
- Bankey, P. (2022). *Guía para lograr una mejor y más rápida recuperación después de una colecistectomía*. Centro Médico de la Universidad de Rochester.
- Bonilla Chavés, G. (2022). Enfermedades de la vesícula y vías biliares: Actualidad. *Revista Ciencia y Salud. UCIMED*.
- Estepa, J., Santana, T., & Estepa, J. (2015). Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. *Medisur, 13*(1). <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2922>
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación* (4.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista, P. (2012). *Metodología de la investigación* (5.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la investigación holística*. Editores.
- Lam, R. (2021). Gallbladder disorders: A comprehensive review. *Disease-a-Month, 67*(11). Yale University.
- Lezana Pérez, M. (2009). Colecistectomía laparoscópica en régimen de cirugía mayor ambulatoria en un hospital comarcal: Resultados iniciales de una serie de 110 casos. *Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Cabueñes*, Gijón, Asturias, España.
- Martínez Ramón, C. (2009). Cirugía mayor ambulatoria: Concepto y evolución. *Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid*.
- Matos Adames, A. (2022). El impacto de los protocolos ERAS – ACERTO en la respuesta a la cirugía y la evolución postoperatoria. *Asociación Panameña de Nutrición Clínica y Metabolismo*.
- Mendoza Vélez, M. (2022). Use of enhanced recovery after surgery protocol in laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholelithiasis. *División de Cirugía General y Endoscópica, Hospital General Dr. Manuel Gea González*, Ciudad de México, México.
- Molina Fábrega, R. (2020). Estudio por imagen de las complicaciones postcolecistectomía: Descripción de las técnicas quirúrgicas,

- diagnóstico, manejo, y potenciales errores diagnósticos. *Sociedad Española de Radiología Médica*.
- Palella, S., & Martins, F. (2006). *Metodología de la investigación cuantitativa* (2.ª ed.). FEDUPEL.
- Ramos Muñoz, F. (2022). Control postoperatorio tras el alta en cirugía mayor ambulatoria. *Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital Civil Regional Universitario de Málaga*.
- Sabino, C. (2004). *El proceso de investigación*. Panamericana.
- Soriano, M., Bauer, R., & Turco, A. (2011). *Elaboración de trabajos científicos*. Eudeba.
- Torres Maldonado, X. (2022). Patología biliar. En *Revista Ecuatoriana de Medicina de Urgencias* (Cap. 36, Tomo II).
- Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. (2010). *Manual de trabajo de grado, especializaciones, maestría y tesis doctorales*. Autor Sypal.
- Valera Sánchez, Z. (2023). Patología biliar en cirugía mayor ambulatoria. *Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospital Universitario Virgen Macarena*.
- Valls Puig, J. (2020). Cirugías abiertas de vesícula y vías biliares: Una alternativa en tiempos de crisis. *Revista de Academia Biomédica Digital de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela*.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.



DERECHOS DE AUTOR

Gómez Espinola, E. E., Germán Castro, C. E., Tejada Alejo, H. J., Morillo Gonzalez, W. M., & Grullon Martinez, F. A. (2025)



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0, que permite su uso sin restricciones, su distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que no se haga con fines comerciales y el trabajo original sea fielmente citado.



El texto final, datos, expresiones, opiniones y apreciaciones contenidas en esta publicación es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la revista.