

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

**Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: una
revisión de la literatura actual**

Outpatient laparoscopic cholecystectomy: a review of the current
literature

Beatriz González Bogantes

bgonzalezbogantes@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-8002-2098>
Investigador Independiente
Alajuela – Costa Rica

Ruth Cohen Abitbol

ruthcohenabitbol@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-4752-0707>
Investigador Independiente
San José – Costa Rica

Yuliana Rodríguez Sáenz

yulirodrisaenz@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-1907-4486>
Investigador Independiente
Heredia – Costa Rica

Natalia Ruiz Rojas

Sofirojo120@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-5002-2117>
Investigador Independiente
Puntarenas – Costa Rica

Sebastián Calderón Madriz

sebas2001calderon@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-4373-5639>
Investigador Independiente
Heredia – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4300>

Artículo recibido: 10 de junio de 2025

Aceptado para publicación: 06 de agosto
de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4300>

Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: una revisión de la literatura actual

Outpatient laparoscopic cholecystectomy: a review of the current literature

Beatriz González Bogantes¹

bgonzalezbogantes@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-8002-2098>

Investigador Independiente

Alajuela – Costa Rica

Yuliana Rodríguez Sáenz

yulirodrisaenz@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-1907-4486>

Investigador Independiente

Heredia – Costa Rica

Natalia Ruiz Rojas

Sofirojo120@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-5002-2117>

Investigador Independiente

Puntarenas – Costa Rica

Sebastián Calderón Madriz

sebas2001calderon@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-4373-5639>

Investigador Independiente

Heredia – Costa Rica

Ruth Cohen Abitbol

ruthcohenabitbol@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-4752-0707>

Investigador Independiente

San José – Costa Rica

Artículo recibido: 10 de junio de 2025. Aceptado para publicación: 06 de agosto de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La coleditiasis es una de las patologías quirúrgicas más comunes en países occidentales, afectando con mayor frecuencia a mujeres y personas mayores de 50 años. La colecistectomía laparoscópica ha sido reconocida como el tratamiento quirúrgico de elección para esta condición y en los últimos años ha evolucionado hacia una modalidad ambulatoria gracias a avances técnicos y anestésicos que permiten una recuperación más rápida y segura. El objetivo de esta investigación fue analizar la evidencia actual sobre la viabilidad, seguridad y eficacia de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria, así como identificar los criterios de inclusión, factores facilitadores y principales barreras para su implementación. Para ello, se realizó una revisión narrativa de la literatura publicada entre 2015 y 2025 consultando bases de datos como PubMed, Google Académico, Science Direct, Dynamed, EBSCO y UpToDate, utilizando términos clave en inglés y español relacionados con cirugía biliar ambulatoria. Los hallazgos indican que esta técnica es segura y eficaz en pacientes adecuadamente seleccionados, con bajas tasas de complicaciones y reingresos hospitalarios. Aspectos como la

¹ Autora de correspondencia.

aplicación de protocolos anestésicos tipo “fast track”, la educación prequirúrgica intensiva y el manejo multimodal del dolor contribuyen significativamente al éxito del procedimiento. Las principales causas de ingreso no previsto incluyen dolor postoperatorio severo, náuseas, vómitos y algunas complicaciones quirúrgicas. Se concluye que, en cuanto se realice una adecuada evaluación pre y post operatoria, la colecistectomía laparoscópica ambulatoria representa una alternativa clínica segura, con ventajas económicas y logísticas para el sistema de salud y los pacientes.

Palabras clave: colecistectomía, laparoscopia, ambulatoria

Abstract

Cholelithiasis is one of the most common surgical pathologies in Western countries, particularly affecting women over the age of 50. Laparoscopic cholecystectomy, considered the surgical treatment of choice, has evolved in recent years into an outpatient procedure due to advances in surgical and anesthetic techniques, allowing for faster and safer recovery. The objective of this study was to analyze current evidence on the feasibility, safety, and effectiveness of outpatient laparoscopic cholecystectomy, as well as to identify inclusion criteria, facilitating factors, and main barriers to its implementation. A narrative literature review was conducted, covering publications from 2015 to 2025 and using databases such as PubMed, Google Scholar, Science Direct, Dynamed, EBSCO, and UpToDate, with search terms in both English and Spanish related to outpatient biliary surgery. The findings indicate that this technique is safe and effective in appropriately selected patients, with low rates of complications and hospital readmissions. Factors such as the use of fast-track anesthetic protocols, intensive preoperative education, and multimodal pain management significantly contribute to the procedure's success. The main causes of unplanned admissions include severe postoperative pain, nausea, vomiting, and certain surgical complications. It is concluded that, when appropriate pre- and postoperative evaluation protocols are followed, outpatient laparoscopic cholecystectomy represents a safe clinical alternative with economic and logistical advantages for both the healthcare system and patients.

Keywords: cholecystectomy, laparoscopic, ambulatory

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: González Bogantes, B., Rodríguez Sáenz, Y., Ruiz Rojas, N., Calderón Madriz, S., & Cohen Abitbol, R. (2025). Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: una revisión de la literatura actual. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (4), 652 – 660.
<https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4300>

INTRODUCCIÓN

La patología de la vesícula y vía biliar es un trastorno muy frecuente en la mayor parte de los países occidentales. La formación de cálculos biliares se incrementa después de los 50 años de edad. La prevalencia es mayor en mujeres que en varones en todas las edades. La colelitiasis es la presencia de cálculos en la vesícula biliar (A. García et al., 2016). El tratamiento quirúrgico de la colelitiasis consistía en un procedimiento que requería que el paciente estuviera en condición de hospitalización para ser llevado a cabo (Subirana Magdaleno et al., 2018).

En los últimos años con los avances en la técnica quirúrgica y anestésica, se han logrado tiempos quirúrgicos más cortos, menos complicaciones durante y después de la cirugía, así como la prevención de náuseas y vómitos. Esta rápida recuperación y los excelentes resultados quirúrgicos de la colecistectomía laparoscópica han permitido a una estancia hospitalaria cada vez más corta, mayor productividad y desocupación de camas, menores costos por hospitalización, siendo su realización de forma ambulatoria la que en los últimos años ha ganado popularidad, por lo cual ahora es ampliamente practicada (Díaz et al., 2020). La colecistectomía bajo esta técnica revolucionó la manera en que se trata esta patología, siendo considerado actualmente el gold standard dado el menor riesgo de enfermedad nosocomial (Bonilla et al., 2016), rápida inserción laboral, atenuación del dolor y cicatrices más pequeñas (Subirana Magdaleno et al., 2018). La cirugía mayor bajo el régimen ambulatorio involucra un conjunto procedimientos o intervenciones quirúrgicas en donde independientemente del tipo de anestesia utilizada, el paciente podrá ser dado de alta a su domicilio el mismo día de la intervención, tras un corto periodo de recuperación, donde la vigilancia estricta y repetida son la clave para determinar el momento en que sea seguro retornar a su hogar (Pastor Romero et al., 2023).

Distintos estudios respaldan se realización, como el realizado en el complejo hospitalario Santa Casa, Porto Alegre, Brasil 2013-2015, acerca de un análisis retrospectivo de 200 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica que demostró que solamente 11% de los pacientes requirieron ingreso y no completaron el protocolo ambulatorio y sólo 1,7% volvieron a urgencias antes de la cita de revisión de 15 días. Es relevante destacar también la ventaja económica de la cirugía ambulatoria demostrada en este estudio; con una reducción de costo del 35% (Teixeira et al., 2016).

Dado el crecimiento sostenido en la implementación de modelos quirúrgicos ambulatorios y los beneficios que estos ofrecen en términos de reducción de costos, disminución del riesgo de infecciones nosocomiales y pronta reincorporación del paciente a su entorno, se hace necesario un análisis detallado del procedimiento de colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo analizar la evidencia disponible sobre la viabilidad, seguridad y eficacia de esta técnica, así como identificar los criterios de inclusión, los factores que favorecen su aplicación y las principales barreras que pueden limitar su implementación.

METODOLOGÍA

Para el presente artículo se realizó un revisión bibliográfica de literatura publicada en PubMed, Google Académico, Dynamed, EBSCO, Science Direct, UptoDate, comprendido entre los años 2015-2025. Se utilizaron palabras de búsqueda tanto en inglés como español tales como "patología biliar", "colecistectomía laparoscópica", "laparoscopia ambulatoria", "colecistectomía ambulatoria", day-case surgery.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Historia

Los primeros datos relacionados con la cirugía ambulatoria remontan a 1910, donde el cirujano James Nicoll del Hospital Royal Glasgow publicó más de 8.000 casos de cirugías ambulatorias en 10 años, bajo el argumento de que los pacientes pasaban demasiado tiempo en cama y esto se evidenciaba en gastos hospitalarios altos y dificultad para la reincorporación a la cotidianidad (Pastor Romero et al., 2023). Muhe, en Alemania, fue el precursor de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria (Bueno Lledó et al., 2016). Reddick y Olsen, en 1990, informaron de la primera serie de 83 pacientes a los cuales se les practicó colecistectomía laparoscópica, logrando alcanzar un 45% de ambulatorización (Jiménez Fuertes & Costa Navarro, 2015); el objetivo era demostrar que el protocolo era factible y desarrollar una pauta a seguir con el objetivo de mejorar la calidad de asistencia (Bonilla et al., 2016). Para 1990 en Estados Unidos, el 10% de las colecistectomías se realizan por vía laparoscópica y ya para 1992, había alcanzado el 90% (García et al., 2017). Parte de los beneficios que se mencionaban en programas de cirugía laparoscópica ambulatoria eran menor interrupción de la vida cotidiana del paciente sin deterioro en la atención médica, mayor flexibilidad para agendar el procedimiento quirúrgico, disminución del riesgo de infección nosocomial y menor alteración de la actividad familiar (Bonilla et al., 2016).

Colecistectomía laparoscópica ambulatoria

La colecistectomía laparoscópica se considera el tratamiento quirúrgico de elección para las enfermedades biliares, incluyendo la colelitiasis sintomática, la colecistitis aguda, la coledocolitiasis, la pancreatitis biliar, la discinesia biliar, los pólipos vesiculares grandes y la vesícula biliar en porcelana. Este procedimiento se contraindica en caso de intolerancia a la anestesia general, peritonitis con compromiso hemodinámico y coagulopatía refractaria, ahora contraindicaciones relativas, como cirugía abdominal previa, cirrosis y colangitis, pueden variar según la experiencia del cirujano (Soper et al., 2025). Propiamente, la cirugía ambulatoria, es definida como aquella que por no haber generado invalidez, afectación o modificación de los parámetros de las funciones vitales del paciente (García et al., 2017), este puede ser dado de alta 12 horas después del acto quirúrgico. Sin reingreso hospitalario y sin complicaciones postoperatorias a los 30 días (Mendoza-Vélez et al., 2022).

Criterios de inclusión para colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CMA)

En relación al desarrollo de un esquema de cirugía ambulatoria, este tiene como punto clave el correcto tamizaje de los pacientes candidatos, mediante el uso de criterios de inclusión, ya que una selección que no se realice de manera adecuada implica un aumento en el número de ingresos no previstos, lo que traduce a que no se podrá llevar a cabo el programa ambulatorio (Pastor Romero et al., 2023). Para evitar esto, la selección de los pacientes es vital, por lo que serán candidatos óptimos para formar parte de un proceso ambulatorio aquellos usuarios que tengan indicación de colecistectomía por colelitiasis sintomática o complicada (colecistitis aguda, pancreatitis aguda, coledocolitiasis) y ausencia de contraindicación para CMA por motivos médicos, como la valoración preanestésica ASA I y II o ASA III estable, o sociales con un paciente capaz de comprender autocuidados, que vive acompañado de familiares responsables, que residan cerca, y con comodidades adecuadas en su domicilio (Soler-Dorda et al., 2016). Asimismo, es relevante que se encuentren en un grupo etario mayor de 18 años y menor a los 65 años, ausencia de complicaciones anestésicas en intervenciones previas (Jiménez Fuertes & Costa Navarro, 2015), sin antecedente de cirugía abdominal mayor, y que su intervención sea inferior a 90 minutos (Pastor Romero et al., 2023).

Aspectos que benefician a la ambulatorización de la colecistectomía laparoscópica

La realización de una colecistectomía laparoscópica ambulatoria es un procedimiento que no solo amerita manejo por parte del personal médico y hospitalario, sino explicación al paciente y acompañamiento, dado esto, la educación prequirúrgica es vital. Se realizó estudio prospectivo, a doble ciego aleatorizado, en el Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, (grupo A: educación preoperatoria intensificada, y grupo B: control), entre abril 2014 y mayo 2016, con 62 pacientes, los cuales se abordaban en consulta externa, se brindaba información sobre la intervención quirúrgica, se les realizó un test para evaluar función física y social, estado emocional, salud mental, salud general, vitalidad. Los pacientes fueron vistos dos semanas después por el cirujano y enfermera especializada, para evacuar dudas con respecto a tipo de cirugía, complicaciones, curación de heridas, dieta. Los resultados fueron una elevada ambulatorización (92%) y satisfacción la cual se podría explicar por la educación preoperatoria. Por otra parte, la cirugía sin ingreso hospitalario brindó comodidad y ventajas a los familiares. Cabe destacar, que el hecho de que la colecistectomía laparoscópica sea una cirugía usual, beneficia que los pacientes lleguen a la consulta informados, con una percepción favorable acerca del procedimiento (Subirana Magdaleno et al., 2018).

Propiamente durante la cirugía, la técnica anestésica “fast track” implementa un método en el que se busca utilizar fármacos que brinden una rápida recuperación postanestésica, además de una fácil reversión de la sedación, como por ejemplo el sevoflurano; también viene siendo relevante en la anestesia multimodal balanceada el mínimo uso de analgesia con opiáceos, la ketamina es un opción viable para analgesias cortas. El uso de propofol para la inducción anestésica, la evitación del óxido nítrico, y el uso de corticosteroides son otras medidas paralelas (Teixeira et al., 2016). Además de esto, administrar anestésicos locales en el pre y perioperatorio, contribuye a disminuir el dolor postoperatorio, lo que da como resultado menor dosis de analgesia, y pronta recuperación. Por su parte, la terapia antiemética, especialmente el uso de ondansetrón y granisetron tienen resultados efectivos para disminuir las náuseas y vómitos (Bueno Lledó et al., 2016). Propiamente, la evaluación postoperatoria deberá abarcar parámetros que ratifiquen una recuperación exitosa para seguir con el alta y el reposo domiciliario. Esta se deberá realizar a las 6 horas posteriores y entre los aspectos a tomar en cuenta, se encuentran la estabilidad hemodinámica, analgesia adecuada con buen nivel de conciencia, capacidad para deambular y la tolerancia a la vía oral (Pastor Romero et al., 2023).

Aspectos que complican la ambulatorización de la colecistectomía laparoscópica

La colecistectomía laparoscópica, es considerada un procedimiento de baja morbilidad, sin embargo, no se exenta de que especialmente en régimen ambulatorio ocurran complicaciones o factores que impidan la ambulatorización. Como parte de los elementos que podrían influir en que no se puede ambulatorizar esta la edad avanzada, cirugía abdominal previa, existencia de colecistitis aguda o enfermedad grave activa, adherencias intraoperatorias, vesícula palpable, ASA III/IV, leucocitosis, aumento de GOT, GGT, GPT. Ahora, con respecto a las complicaciones propias en relación al acto quirúrgico, para una comprensión más amplia se puede dividir en complicaciones menores y mayores. Dentro de las complicaciones menores se encuentran retención urinaria, fiebre postoperatoria, también algunos pacientes sin referir motivo aparente prefieren permanecer ingresados al menos 24 horas pese a haber aceptado la ambulatorización en la información preoperatoria, esto se traduce en ingresos no esperados y una reestructuración (García et al., 2017).

A su vez, las náuseas y vómitos presentan una incidencia global cercana al 12-52%, y pueden prolongar la estancia hospitalaria hasta en un 56%, con el consiguiente retraso o imposibilidad del alta ambulatoria. Este tiene un componente multifactorial, que puede influir desde padecimientos propios del paciente hasta susceptibilidades propias del individuo. El dolor también es un factor a tomar en cuenta, de un 33-50% de los pacientes sufren severo dolor el mismo día de la cirugía que obliga al uso

de analgesia y es responsable de estancia nocturna en un 24-41% de los pacientes (Bueno Lledó et al., 2016).

Aunado a esto, se cuestiona la seguridad del abordaje ambulatorio argumentando el posible retraso en la detección y en la solución de posibles complicaciones mayores (Bueno Lledó et al., 2016) en el perioperatorio tales como paro cardíaco, infarto de miocardio, lesión de la vía biliar principal, lesión con electrocauterio que puede ocasionar estenosis de la vía biliar, la lesión de vasos de la pared abdominal o grandes vasos, lesión de víscera hueca (Díaz et al., 2020), presencia de un tiempo de neumoperitoneo prolongado, el uso de altas presiones de insuflación perjudica la función cardiopulmonar de forma significativa además, la absorción de CO₂ causa problemas respiratorios y hemodinámicos durante el intraoperatorio (López-Torres López et al., 2021).

Asimismo, se pueden añadir complicaciones postoperatorias tales como pancreatitis, perforación intestinal, íleo, hemorragia y fuga biliar. En el caso del sangrado, puede ocurrir en el perioperatorio o en su defecto suele diagnosticarse en las primeras horas del posoperatorio. Dado esto, el período de mayor riesgo hemorrágico está razonablemente comprendido en las 6-8 horas de observación postoperatoria. Por su parte, las fugas biliares suelen ser sintomáticas cuando sobrepasan las 48 horas y pasan desapercibidas en la mayoría de los pacientes que permanecen internados 24 horas (Bonilla et al., 2016). Uno de los estudios multicéntricos más amplios realizado en USA evaluó a 77.604 colecistectomías laparoscópicas realizadas en 4.292 hospitales, obteniendo muy bajas tasas de complicaciones postoperatorias vitales, las cuales fueron evidenciadas en las primeras 8 horas; pero se enfatiza en la vigilancia estricta y comunicación con el paciente con la finalidad de no pasar desapercibido ningún síntoma postoperatorio que pueda derivar en una complicación mayor. Por tanto, se considera suficiente un periodo de 6-8 horas de observación, debido a que una estancia nocturna no disminuiría la probabilidad de complicaciones vitales (Bueno Lledó et al., 2016).

Criterios de alta hospitalaria

Los criterios para el alta hospitalaria incluyen estabilidad hemodinámica, nivel adecuado de consciencia, capacidad para caminar, dolor abdominal leve o nulo, ausencia de drenajes, buena aceptación de la dieta oral y diuresis espontánea, ausencia de náuseas y vómitos postoperatorios, ausencias de signos peritoneales (López-Torres López et al., 2021). Los pacientes que cumplen los requisitos para el alta deben recibir prescripciones de analgésicos y antiinflamatorios (dipirona, acetaminofén y ketoprofeno). Aunado a esto, es relevante programar una cita de revisión 15 días después de la cirugía (Teixeira et al., 2016).

Cabe mencionar que cada paciente debe recibir un instructivo detallado con indicaciones postoperatorias, explicación de síntomas esperables y signos de alarma que requieren una consulta inmediata en emergencias. Dentro de los signos y síntomas esperables en el posoperatorio se encuentran dolor leve a nivel de las heridas y omalgia, que deben ser manejables con analgésicos vía oral, además de sensación posprandial de plenitud precoz. Ahora, se debe enfatizar en los signos de alarma por los cuales consultar de manera urgente tales como dolor abdominal moderado/intenso, ictericia/coluria, temperatura axilar mayor a 37,5 °C, náuseas/vómitos, rubor, calor y tumefacción, infección de las heridas (Bonilla et al., 2016).

CONCLUSIÓN

La colecistectomía laparoscópica ambulatoria, gracias a los esfuerzos realizados a lo largo de la historia, es una realidad actual, que se puede llevar a cabo de manera programada como tratamiento de elección para la enfermedad biliar (Pastor Romero et al., 2023). La literatura internacional avala la realización de la misma dado que ha demostrado ser un procedimiento eficiente y seguro (Bonilla et al., 2016), siempre y cuando se realice una adecuada estratificación del paciente a beneficiarse.

Sumado a esto, representa un gran beneficio económico al reducir los gastos de estancia e insumos que se requieren en una cirugía mayor tradicional (Pastor Romero et al., 2023). Se debe de tomar en consideración las complicaciones que puedan ocurrir tanto el peri como en el post operatorio, por tanto es crucial la vigilancia estricta del paciente hasta considerar que cumpla los criterios de alta hospitalaria, brindando indicaciones detalladas sobre síntomas y signos de alarma por los cuales consultar.

REFERENCIAS

Bonilla, F., Almada, M., & Canessa, C. (2016). Cirugía del día: colecistectomía laparoscópica. ¿Es factible en nuestro medio? *Revista Médica del Uruguay*, 32(4), 274–280.

Bueno Lledó, J., Granero Castro, P., Gomez I Gavara, I., Ibañez Cirió, J. L., López Andújar, R., & García Granero, E. (2016). *Cirugía Española*, 94(8), 429–441. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.03.012>

Díaz, J. E., Barreto, D. K., & Sarmiento, G. J. (2020). Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: revisión narrativa. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 22(2), 18–25. <https://doi.org/10.47373/rfcs.2020.v22.1458>

García, A., Fariña Rey, L., & Zamora Casal, L. (2016). Patología aguda biliar. *Cadernos de atención primaria*, 22, 29–32.

García, M., Hernandez, R., & Delgado, M. (2017). Factores pronósticos que influyen en el regreso temprano de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria. *Cir mayor ambul*, 131–137.

Jiménez Fuertes, M., & Costa Navarro, D. (2015). Colecistectomía laparoscópica ambulatoria y control del dolor postoperatorio: presentación de una serie de 100 casos. *Cirugía Española*, 93(3), 181–186. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.04.026>

López-Torres López, J., Cifuentes García, B., Fernández Ruipérez, L., Rodeles Criado, A., Alcántara Noalles, M. J., Peiró García, R., & Argente Navarro, P. (2021). Factores con valor predictivo de ingreso en cirugía laparoscópica ambulatoria. *Cirugía Española (English Edition)*, 99(2), 140–146. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.04.023>

Mendoza-Vélez, M. de L. Á., Cárdenas-Lailson, L. E., Barlandas-Quintana, E., & Zubillaga-Mares, A. (2022). Use of enhanced recovery after surgery protocol in laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholelithiasis. *Cirugía y cirujanos*, 90(92). <https://doi.org/10.24875/ciru.21000489>

Pastor Romero, S. A., Villacres Salazar, W. O., Almendariz Carrillo, M. A., & Hoyos Ontaneda, C. E. (2023). Colecistectomía laparoscópica ambulatoria, una realidad actual. *Revista Vive*, 6(16), 104–115. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v6i16.210>

Soler-Dorda, G., San Emeterio Gonzalez, E., & Martón Bedia, P. (2016). Factores asociados a ingreso no previsto tras colecistectomía laparoscópica en régimen de cirugía mayor ambulatoria. *Cirugía española*, 94(2), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.09.018>

Soper N, MD, FACS, Preeti, Malladi. (2025). Laparoscopic cholecystectomy. Uptodate.com. https://www.uptodate.com.bibliotecaucimed.remotexs.co/contents/laparoscopic-cholecystectomy/print?search=colecistectomia&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

Subirana Magdaleno, H., Caro Tarragó, A., Olona Casas, C., Díaz Padillo, A., Franco Chacón, M., Vadillo Bargalló, J., Saludes Serra, J., & Jorba Martín, R. (2018). *Cirugía Española (English Edition)*, 96(2), 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.10.002>

Teixeira, U. F., Goldoni, M. B., Machry, M. C., Ceccon, P. N., Fontes, P. R. O., & Waechter, F. L. (2016). AMBULATORY LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IS SAFE AND COST-EFFECTIVE: a Brazilian single center experience. *Arquivos de Gastroenterologia*, 53(2), 103–107. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032016000200010>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .