



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA GENERAL

“ EFICACIA DEL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA LITIASIS
VESICULAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS ”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR:

DR. GOICOCHEA GAONA CARLOS ENRIQUE

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ALBERTO ESPINOSA MENDOZA.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta esta etapa de mi formación.

A mi familia por su apoyo incondicional.

A mis maestros por todo el apoyo, la paciencia y sus enseñanzas.

ÍNDICE

	PÁGINA:
1.- INTRODUCCIÓN.	1
2.- MATERIAL Y METODOS.	9
3.- RESULTADOS.	12
4.- DISCUSION.	15
5.- CONCLUSIONES.	16
6.- ANEXOS.	18
7.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	21

INTRODUCCION

La sociedad sigue envejeciendo y con suerte proseguirá esta tendencia. Los progresos médicos logrados durante el último siglo han permitido a los miembros de la sociedad vivir más y conservarse sanos durante un tiempo mucho mayor³.

La investigación durante los últimos decenios sobre los riesgos perioperatorios sugieren que, por si misma, la edad avanzada sólo aumenta de manera mínima el riesgo operatorio. Factores de riesgo más importantes son enfermedades crónicas subyacentes (como hipertensión, cardiopatías, aterosclerosis generalizada) que son más preponderantes en los ancianos, representan trastornos patológicos, más que los cambios fisiológicos normales relacionados con el envejecimiento. Por consiguiente las operaciones de urgencia incrementan en gran medida el riesgo operatorio en ancianos, desde un 1% para los casos programados hasta un 45% para los procedimientos de urgencia¹².

El proceso de envejecimiento afecta a todos los sistemas orgánicos con secuelas funcionales variables que pueden tener un impacto negativo en la reacción del anciano al estrés quirúrgico. Por tanto es imperativo que el cirujano comprenda y sepa reconocer los cambios fisiológicos que se producen en los diversos sistemas orgánicos con el envejecimiento¹⁰.

Las enfermedades concomitantes constituyen un factor importante cuando se valora el riesgo de la intervención quirúrgica en el anciano endeble. Como cabe

esperar una enfermedad cardíaca, respiratoria o renal de importancia, incrementa en gran medida el riesgo perioperatorio⁶.

Los ancianos crónicamente enfermos están en mayor peligro de sufrir complicaciones después de las operaciones de urgencia, a causa de retraso en la presentación, diagnóstico e iniciación de la asistencia apropiada, en comparación con sus contrapartes de menor edad. A causa del proceso normal de envejecimiento pueden transformarse con facilidad los sistemas orgánicos de importancia crítica después de la intervención quirúrgica, y el paciente grave no puede luchar contra estas complicaciones con tanta eficacia⁴.

Está empezando a reconocerse el impacto que tienen las intervenciones quirúrgicas laparoscópicas en el tratamiento de ancianos con enfermedades gastrointestinales y es un campo promisorio de investigación¹.

El criterio para la asistencia quirúrgica del anciano está cambiando con rapidez, conforme se incrementa la población de edad avanzada, se enviará para una valoración de enfermedades quirúrgicas frecuentes un número creciente de pacientes de este grupo, sanos y con enfermedades crónicas⁴.

En tanto la asistencia quirúrgica del paciente anciano sano es básicamente la misma que la quirúrgica normal, la atención del individuo muy anciano o endeble es muy distinta. La identificación oportuna de la enfermedad quirúrgica y la intervención quirúrgica y la intervención también oportuna debe ser la norma,

tanto en el anciano ambulatorio como el residente de la casa hogar. La intervención de los cirujanos generales es de importancia crítica para la atención adecuada de estos pacientes, porque incluso los geriatras de atención primaria no se percatan en ocasiones de un criterio enérgico, o no desean aceptarlo. Los cirujanos generales que conocen las nuevas técnicas, como la cirugía laparoscópica de la vesícula biliar, endoscópicos como gastrostomía percutánea y tratamiento con láser de los tumores malignos, son los adecuados para dirigir la asistencia quirúrgica amplia de estos pacientes a menudo difíciles de tratar. En esta era de anestesia excelente y de nuevas técnicas quirúrgicas, las operaciones planeadas son seguras para el anciano endeble. Un concepto de importancia en los cuidados quirúrgicos del paciente anciano endeble, como sucede con cualquier persona anciana y potencialmente enferma es el de los procedimientos quirúrgicos planeados o de urgencia. Las cirugías de urgencia se vincula de manera típica, con tasas de mortalidad y morbilidad más altas⁽³⁾.

En una serie de 795 pacientes mayores de edad, Hosking y colaboradores^(1,9) observaron una mortalidad a 30 días de 17.4% después de una operación de urgencia, contra una de 6.8% en una intervención planeada. Fue también significativamente más alta la mortalidad perioperatoria (infarto del miocardio, embolia pulmonar, problemas neurológicos, mal función renal, disfunción biliar o ventilación mecánica prolongada) en el grupo de pacientes operados de urgencia, de 20.7% contra 7.5 por ciento. Los ancianos crónicamente enfermos están en mayor peligro de sufrir complicaciones después de intervención

quirúrgica de urgencia, a causa de retraso en la presentación, diagnóstico e iniciación de la asistencia apropiada, en comparación con sus contrapartes de menor edad. Causa del proceso normal de envejecimiento, pueden trastornarse con facilidad los sistemas orgánicos de importancia crítica después de la intervención quirúrgica y el paciente grave no puede luchar contra estas complicaciones con tanta eficacia⁽⁷⁾.

En 1985 un cirujano alemán, Erich Muhe realizó la primera colecistectomía laparoscópica en una mujer de 41 años de edad.^{1,2} Esta primera intervención quirúrgica inició una nueva era en la historia de la Cirugía.^{1,3} Desde entonces ha habido una auténtica revolución, y la rapidez con que se desarrolla esta técnica no tiene precedentes.⁹

Esto trajo consigo un enorme desarrollo tecnológico de las empresas, lo que ha hecho que en el plazo de 10 años se hayan revolucionado los “Gold estándar” en muchas intervenciones, como es el caso de la colecistectomía.¹⁴ Los cirujanos adquieren cada vez mayor destreza y se comenzaron a realizar otras intervenciones desde el esófago al recto y desde el retroperitoneo a la pared abdominal anterior, lo que demuestra los múltiples beneficios de esta nueva técnica.³⁻⁵ Se ha demostrado que la prevalencia de los cálculos biliares se relaciona directamente con el paso de la edad.^{1,2} En efecto, a los 75 años una de cada 3 personas puede tener cálculos en la vesícula y a los 90 años podrían estar presentes hasta en el 80 %.³ Asimismo los pacientes de edad avanzada tienen un mayor riesgo para la colelitiasis.^{4,5}

En la actualidad la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección de la litiasis biliar sintomática, por sus indiscutibles ventajas frente a la colecistectomía abierta o convencional, ventajas potenciales cuando se aplica este procedimiento al paciente geriátrico, si tenemos en cuenta que la laparotomía es un factor deletéreo en estos pacientes.¹¹⁻¹⁴

En cualquier estudio comparativo entre cirugía laparoscópica y cirugía convencional, se demuestra que mediante abordaje laparoscópico existe una reducción del dolor postoperatorio, un reinicio temprano del peristaltismo, una menor estadia hospitalaria y una incorporación más rápida a la actividad habitual del paciente. Hay disminución marcada de la morbilidad y la mortalidad postoperatoria y una reducción del costo, porque a pesar de lo sofisticado del equipamiento y del instrumental necesario, el corto tiempo de hospitalización y los pocos recursos (material de curación, antibióticos, trócares, etc.) empleados en estos pacientes compensan altamente el gasto.⁴⁻⁶ Hasta hace unos años el paciente geriátrico era considerado un enfermo con alto riesgo y la cirugía era sólo utilizada cuando otros procederes terapéuticos estaban agotados.¹²⁻¹⁵

En los últimos años, la expectativa de vida aumenta cada día al igual que el índice de intervenciones quirúrgicas y los cirujanos están más dedicados a operar estos pacientes.⁷⁻¹⁰ El propio envejecimiento ha condicionado la aparición de múltiples enfermedades entre las que se encuentra la litiasis vesicular, por lo que estos pacientes se convierten frecuentemente en tributarios de la cirugía de

mínimo acceso (CMA). Otras enfermedades como la hipertensión arterial, cardiopatías entre otras, deben ser detectadas y controladas para reducir al mínimo el riesgo quirúrgico.⁸⁻⁹

La colecistectomía laparoscópica es actualmente el estándar de oro para la colecistopatía litiásica, resultando en menor agresión al paciente, mínimo dolor postoperatorio, menos días de estancia hospitalaria e incorporación rápida a su vida cotidiana⁶.

El análisis organizado de los riesgos de operar a los ancianos data de principios de siglo. Antes de esa época, el consenso general de que, por si misma, la edad avanzada constituía una contraindicación absoluta para operaciones planeadas o de urgencia. En 1907, Smith informa los casos de 165 pacientes mayores de 50 años de edad que se sometieron a intervenciones por hernias, apendicitis, cáncer mamario y otros procedimientos quirúrgicos generales frecuentes. La mortalidad fue de 19%, y el autor señala que la evitación del choque, la minimización de la pérdida de sangre y la anestesia bien llevada fueron los factores de importancia capital para obtener buenos resultados. Señaló dos aspectos claves: 1) el hecho de que “no debemos considerar que, porque [los pacientes] son viejos, es tiempo de que mueran... debemos luchar por prolongar su vida y bienestar”, 2) lo apropiado de la “interferencia quirúrgica en los casos urgentes que ponen en peligro la vida y en los trastornos que destruyen el bienestar y comodidad de los ancianos”. En 1937, Brooks informó su experiencia con 293 pacientes operados entre 1926 y 1935 que tenían mas de 70 años de edad, y en quienes la mortalidad global fue de 14 por ciento. Este investigador

observó que “las enfermedades quirúrgicas en los grupos de edad más avanzada conllevan una mortalidad relativamente alta, pero que las defunciones que pueden atribuirse de forma razonable al tratamiento operatorio son relativamente infrecuentes”. Además insistió en la importancia de los beneficios de los procedimientos quirúrgicos efectuados con el único fin de aliviar los síntomas molestos⁷.

El presente estudio pretende determinar el resultado de intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica en pacientes geriátricos, su evolución y principales complicaciones en nuestros hospitales, y demostrar que una adecuada valoración e intervención oportuna reduce la morbi-mortalidad de este grupo etáreo⁹.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

OBJETIVO: Evaluar la eficacia de la colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la colecistopatía en los pacientes geriátricos.

SEDE: Hospital General Xoco, Hospital General Dr. Rubén Leñero, Hospital General Villa. Servicio de Cirugía General. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

OBTENCION DE DATOS: Expediente clínico de los pacientes mayores de 60 años de edad, portadores de colecistopatía, ingresados por urgencias o consulta externa. Pacientes operados de colecistectomía laparoscópica en Hospital General Dr. Rubén Leñero, Hospital General Villa, Hospital General Xoco, en el periodo comprendido de enero 2007 a diciembre del 2008.

JUSTIFICACION: El presente estudio pretende determinar el resultado de intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica en pacientes geriátricos, su evolución y principales complicaciones en nuestros hospitales, y demostrar que una adecuada valoración e intervención oportuna reduce la morbi-mortalidad de este grupo etáreo.

RESULTADOS: Se reportaron 90 casos de pacientes con colecistopatía mayores de 60 años, a quienes se les realizó colecistectomía laparoscópica. El sexo femenino fue el más afectado con 67 pacientes (74.4%). La edad promedio fue de 71 años, con intervalo de edad de 60-92 años. Se asociaron principalmente la hipertensión arterial en 26 pacientes (28.8%), diabetes mellitus tipo 2 en 16 pacientes (17.7%), trastornos del ritmo cardiaco en 13 pacientes (14.4%). Los principales hallazgos quirúrgicos reportados fueron litiasis vesicular en 57 pacientes (63.3%), hidrocolecisto en 10 pacientes (11.3%), piocolecisto 7 pacientes (7.7%). Tiempo quirúrgico fue en promedio de 1.31 horas, en el 50% de los pacientes fue menor a 1 hora. Se convirtieron a cirugía abierta 2 procedimientos (2.2%) uno por sangrado y otro por lesión advertida de la vía biliar. Fueron programados 55 pacientes (61.6%) por la consulta externa y 35 pacientes ingresados por urgencias (38.8%). La estancia hospitalaria fue de 2 días para el 51.1% de los pacientes, 3 días para 26% y 7 días para 1 paciente (lesión de la vía biliar). El dolor postoperatorio fue referido como leve (2 según la escala analógica del dolor). Las principales complicaciones intrahospitalarias mediatas fue la hiperglucemia presente en 9 pacientes (10%), 7 con hipertensión arterial sistémica (7.7%), 6 pacientes con trastorno del ritmo cardiaco (arritmia). El inicio de la vía oral fue durante el primer día para 79 pacientes (87.7%), 2 días para 8 pacientes (8.8%) y 3 días para 2 pacientes (2.2%). De las complicaciones postoperatorias tardías se reportaron 2 (2.22%) una lesión de la vía biliar (migración de la grapa del cístico). Otro paciente con coledocolitiasis residual, la cual fue resuelta por CPRE.

CONCLUSIONES: El presente estudio revela que la colecistectomía en el paciente geriátrico, que se interviene tanto de urgencia como programado, cuando se realiza por vía laparoscópica evoluciona con menor tiempo quirúrgico y menos días de estancia hospitalaria, pocas complicaciones postquirúrgicas, ambos procedimientos la morbilidad es baja y no se reportó mortalidad.

Palabras clave: Cirugía *laparoscópica*, Cirugía de mínima invasión, *Geriatría*, *colecistectomía laparoscópica*.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la eficacia de la colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la colecistopatía en los pacientes geriátricos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.- Conocer la distribución por sexo y edad de colecistopatía en pacientes mayores de 60 años.

2.- Determinar la incidencia de hallazgos quirúrgicos en pacientes geriátricos.

3.- Identificar los principales métodos de diagnóstico empleados en pacientes geriátricos.

4.- Determinar las principales complicaciones postquirúrgicas mediatas y tardías.

5.- Evaluar el dolor postoperatorio de los pacientes geriátricos post-operados de colecistectomía laparoscópica.

6.- Analizar el inicio de la vía oral en pacientes geriátricos post-operados.

7.- Analizar índice de conversión de la cirugía laparoscópica y causas más frecuentes de conversión.

8.- Valorar el tiempo quirúrgico.

9.- Identificar las principales patologías asociadas.

10.- Analizar días de estancia.

11.- Conocer la evolución a 2 meses de los pacientes geriátricos post operados.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

UNIVERSO: Pacientes mayores de 60 años, a quienes se les realizó colecistectomía laparoscópica, en 3 hospitales de la Secretaría de Salud del D. F. en el periodo comprendido entre enero 2007 a diciembre del 2008.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Pacientes mayores de 60 años.
2. Portadores de patología vesicular.
3. Ingresados por urgencias o consulta externa.
4. Cirugías que se inician por vía laparoscópica.
5. Enfermedades crónico-degenerativas.
6. Intervenidos quirúrgicamente entre el periodo comprendido entre enero 2007 a diciembre del 2008.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes menores de 60 años.
2. Intervenidos por neoplasia u otra patología no vesicular.
3. Colecistectomías convencionales.
4. Defunción no atribuible a evento quirúrgico.

FUENTE DE INFORMACION: Expediente clínico.

METODO DE RECOLECCION:

Hoja de captura de datos.

VARIABLES:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Procedencia.
4. Patologías asociadas.
5. Hallazgos quirúrgicos.
6. Índice de conversión.
7. Tiempo quirúrgico.
8. Días de estancia.
9. Dolor posoperatorio.
10. Complicaciones mediatas.
11. Inicio de la vía oral.
12. Efectividad.
13. Auxiliar diagnóstico.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE (Indice/indicador)	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION	FUENTE (forma genérica)	ANALISIS/ CONTROL
EDAD	CUANTITATIVA	EDAD CRONOLOGICA EXPRESADA EN ANOS.	CONTINUA	ANOS	EXPEDIENTE	MEDIA
SEXO	CUALITATIVA	SEXO BIOLOGICO DEL INDIVIDUO.	NOMINAL	MASC / FEM	EXPEDIENTE	FREC., %
PROCEDENCIA	CUALITATIVA	CIRUGIA PROGRAMADA O DE URGENCIA.	NOMINAL	C. EXT. / URG.	EXPEDIENTE	FRECUCENCIA
PATOLOGIAS ASOCIADAS	CUALITATIVA	ENFERMEDADES CONCOMITANTES	NOMINAL	DM, HAS, TRANSTORNO DEL RITMO CARDIACO, OTRAS.	EXPEDIENTE	FREC., %
HALLAZGOS QUIRURGICOS	CUALITATIVA	REPORTE DEL HALLAZGO TRANSOPERATORIO.	NOMINAL	COLELITIASIS, C. ALITIASICA, HIDROCOLECISTO, PICOCOLECISTO, OTRAS.	EXPEDIENTE	FREC., % MODA
INDICE DE CONVERSION	CUALITATIVA	CIRUGIAS QUE SE INICIAN POR VIA LAPAROSCOPICA Y SE CONVIERTEN A CIRUGIA ABIERTA.	NOMINAL	SI / NO	EXPEDIENTE	FREC., %
TIEMPO QUIRURGICO	CUANTITATIVA	DURACION DEL EVENTO QUIRURGICO EXPRESADA EN MINUTOS.	CONTINUA	MINUTOS	EXPEDIENTE	MEDIA
DIAS DE ESTANCIA	CUANTITATIVA	TIEMPO QUE ABARCA DESDE SU REGISTRO EN URGENCIAS, QUIROFANO, HOSPITALIZACION Y ALTA.	CONTINUA	DIAS	EXPEDIENTE	MEDIA
DOLOR POST OPERATORIO	CUALITATIVA	DOLOR REFERIDO POR EL PACIENTE DURANTE EL POSTOPERATORIO HASTA SU ALTA.	ORDINAL	E. V. A.	EXPEDIENTE	FREC., %
COMPLICACIONES MEDIATAS	CUALITATIVA	EVENTOS ADVERSOS PRESENTES EN EL POSTOPERATORIO HASTA EL EGRESO.	NOMINAL	INFECCION, SANGRADO, CRISIS HIPERTENSIVA, HIPERGLUCEMIA, OTRAS.	EXPEDIENTE	FREC., % MODA.
INICIO DE LA VIA ORAL	CUANTITATIVA	TIEMPO EN EL QUE SE REANUDA LA VIA ORAL EXPRESADO EN DIAS.	CONTINUA	DIAS.	EXPEDIENTE	FREC., % MODA.
EFFECTIVIDAD	CUALITATIVA	VALORACION POR CONSULTA EXTERNA DE SIGNOS Y SINTOMAS 2 MESES POSTERIORES AL EVENTO QUIRURGICO.	ORDINAL	DOLOR ABDOMINAL, NAUSEA, VOMITO, CEFALEA, ICTERICIA, FIEBRE, OTRAS.	EXPEDIENTE	FREC., %
AUXILIAR DIAGNOSTICO	CUALITATIVA	METODO DE GABINETE EMPLEADO EN EL DIAGNOSTICO DE LA COLECISTOPATIA.	ORDINAL	CPRE, USG DE HIGADO Y VIAS BILIARES, TAC.	EXPEDIENTE	FREC., %

RESULTADOS

1. Se encontraron 90 pacientes mayores de 60 años intervenidos de colecistectomía laparoscópica. El sexo más afectado fue el femenino con 67 pacientes (74.4%).
2. La edad promedio fue de 71 años, con un intervalo de 60-92 años.
3. Las principales patologías asociadas fueron la hipertensión arterial sistémica en 26 pacientes (28.8%), la diabetes mellitus tipo 2 en 16 pacientes (17.7%), trastorno del ritmo cardiaco en 13 pacientes (14.4%), asma en 3 pacientes (3.3%), nefropatía en 2 pacientes (2.2%)
4. Los principales hallazgos quirúrgicos fueron: colecistitis litiasica 57 pacientes (63.3%); hidrocolecisto 10 pacientes (11.1%); piocolecisto 7 pacientes (7.7%), 5 pacientes con vesícula escleroatrófica (5.5%).
5. Sólo se convirtieron 2 procedimientos a colecistectomía abierta (2.2%). Uno por sangrado y otro por lesión advertida de la vía biliar(migración de la grapa del conducto cístico).

6. El tiempo quirúrgico fue menor de una hora en 45 pacientes (50%), menor de 2 horas en 36 pacientes (40%) y mayor de 2 horas en 9 pacientes (10%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 1.31 horas.
7. Fueron 55 pacientes programados por la consulta externa (61.1%) y 35 pacientes ingresados por el área de urgencias(38.8%).
8. La estancia hospitalaria fue de 2 días para 46 pacientes (51.1%); 3 días para 24 pacientes (26.6%), 4 días para 8 pacientes (8.8%); 5 días para 5 pacientes (5.5%); 1 día para 3 pacientes (3.3%).
9. El dolor posoperatorio fue leve en 58 pacientes (64.4%).
10. Dentro de las principales complicaciones intrahospitalarias se presentaron 9 pacientes con hiperglucemia; 7 con HAS; 6 pacientes con arritmia, 1 paciente con lesión de la vía biliar.
11. El inicio de la vía oral fue de 1 día para 79 pacientes (87.7%); 2 días para 8 pacientes (8.8%) y 3 días para 2 pacientes (2.2%)
12. De las complicaciones posoperatorias tardías se reportó un paciente con fístula biliar controlada y otro paciente con coledocolitiasis residual.

13. A todos los pacientes se les realizó USG de hígado y vías biliares. 4 pacientes ameritaron CPRE, 2 pacientes en forma preoperatoria por coledocolitiasis, 1 paciente por coledocolitiasis residual y otro paciente por pancreatitis aguda asociada a patología biliar.

14. El 80.1% de los pacientes se refirió asintomático durante 2 meses de seguimiento por consulta externa. Sólo 15 pacientes persistieron con dolor a nivel de epigástrico. 2 pacientes con náusea sin llegar al vómito.

DISCUSION

En cualquier estudio comparativo entre cirugía laparoscópica y cirugía convencional, se demuestra que mediante el abordaje laparoscópico existe una reducción del dolor postoperatorio, un reinicio temprano del peristaltismo, una menor estadía hospitalaria y una incorporación más rápida a la actividad habitual del paciente. Hay disminución marcada de la morbilidad y la mortalidad posoperatoria y una reducción del costo, porque a pesar de lo sofisticado del equipamiento y del instrumental necesario, el corto tiempo de hospitalización y los pocos recursos (material de cura, antibióticos, trocares, etc.) empleados en estos pacientes compensan altamente el gasto. Hasta hace unos años el paciente geriátrico era considerado un enfermo con alto riesgo y la cirugía era sólo utilizada cuando otros procedimientos terapéuticos estaban agotados. En los últimos años, la expectativa de vida aumenta cada día al igual que el índice de intervenciones quirúrgicas y los cirujanos están más dedicados a operar estos pacientes.

El propio envejecimiento ha condicionado la aparición de múltiples enfermedades entre las que se encuentra la litiasis vesicular, por lo que estos pacientes se convierten frecuentemente en tributarios de la cirugía de mínimo acceso (CMA). Otras enfermedades como la hipertensión arterial, cardiopatías entre otras, deben ser detectadas y controladas para reducir al mínimo el riesgo quirúrgico.

CONCLUSIONES

El cuadro clínico florido en 90 pacientes obligó a la mayoría de estos pacientes a acudir al cirujano. La mayoría de ellos presentó una evolución de varios años, lo que demuestra que aún se mantienen reservas a la hora de aplicar tratamiento quirúrgico en el paciente geriátrico, lo que lleva en ocasiones a tener que ser intervenido quirúrgicamente de urgencia con todo el riesgo que trae asociado. Esto quedó demostrado por la presencia de complicaciones propias de la enfermedad encontradas en dichos pacientes y que también fue reportado por otros autores.

En cuanto al tiempo quirúrgico quedó demostrado que mientras mayor sea la experiencia y la habilidad del cirujano menor será este, como también se contempla en otros trabajos revisados, lo que traduce un mayor beneficio para el anciano.

Se considera que el paciente geriátrico puede disfrutar de las ventajas que le ofrece la Cirugía de mínima invasión, siempre que exista una adecuada preparación preoperatoria; quedó demostrado además que desde el punto de vista psicológico hubo una mejor recuperación al tener una corta hospitalización, con menor agresión. La disminución del dolor posoperatorio, el menor tiempo quirúrgico y la reincorporación temprana a su hogar fueron muy beneficiosos para estos ancianos.

Se recomienda que todos los pacientes geriátricos sean evaluados por consulta de cardiología por la alta incidencia de hipertensión arterial y cardiopatías asociadas. Además deben de ser valorados por el servicio de Medicina Interna debido a la alta incidencia de diabetes mellitus.

ANEXOS

TABLA 1
DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD

DISTRIBUCION:	PACIENTES	%
SEXO		
MASCULINO	23	25.55
FEMENINO	67	74.44
EDAD		
PROMEDIO	71	
INTERVALO	60-92	
TOTAL PACIENTES:	90	100

TABLA 2
PRINCIPALES PATOLOGIAS ASOCIADAS

PATOLOGIAS ASOCIADAS		
	PACIENTES	%
HAS	26	28.8
CARDIOPATIA	13	14.4
DM TIPO 2	16	17.7
ASMA	3	3.3
NEFROPATIA	2	2.2
SEPSIS	1	1.1

TABLA 3

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA: INTERVALO: 1 - 7 DIAS.		
	PACIENTES	%
1 DIA	3	3.3
2 DIAS	46	51.1
3 DIAS	24	26.6
4 DIAS	8	8.8
5 DIAS	5	5.5
6 DIAS	2	2.2
7 DIAS	2	2.2

TABLA 4

DOLOR POSTOPERATORIO:		
EVA	NUMERO	%
0	3	3.3
1	5	5.5
2	58	64.4
3	14	15.5
4	2	2.2
5	4	4.4
6	2	2.2
7	1	1.1
8	1	1.1
9	0	0
10	0	0

TABLA 5

INICIO DE LA VIA ORAL		%
1 DIA	79	87.7
2 DIAS	8	8.8
3 DIAS	2	2.2
> DIAS	1	1.1

TABLA 6

MANIFESTACION CLINICA (2 MESES DE POSTOPERADO)

	NUMERO	%
DOLOR	15	16.6
FIEBRE	0	0
NAUSEA	2	2.2
VOMITO	0	0
CEFALEA	1	1.1
ASINTOMATICOS	74	80.1
	90	100

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Heaton KW. The epidemiology of gallstones and suggested etiology. Clin Gastroenterol 2003;2:67-72.

2. Kahng KV, Roslyn JJ. Aspectos quirúrgicos en el anciano con enfermedad hepatobiliar. Clin Quir Norteam 2004;2:385-411.

3. Rather J, Rosenbloom M. The prevalence of gallstone disease in very old institutionalized persons. JAMA 2005;265:902-3.

4. Glenn F. Surgical management of acute chole cystitis in patients 65 years of age an volder. Ann Surg 2008;193:56-60.

5. Mayor Martínez, Tamayo Fernández. Resultados de la colecistectomía laparoscópica en pacientes de edad

geriátrica. Cir Esp 2005;1:45-7.

6. Weil B. Cholelithiasis: therapeutic strategy. Report from an European consensus conference. Gastroenterol Clin Biol 2004.

7. Matthews JB. Minimally invasive surgery: how goes the revolution? Gastroenterology 2009; 116: 513.

8. Young-Fadok TM, Smith CD, Sarr MG. Laparoscopic minimal-access surgery: where are we now? Where are we going? Gastroenterology 2006.

9. Troidl H. Disasters of endoscopic surgery and how to avoid them: error analysis. World J Surg 2009; 23:846-885.

10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guidelines developers' handbook. Edinburgh: SIGN; May 2004.

11. Centro de Medicina Basada en la evidencia de Oxford. <http://cebm.jr2.ox.ac.uk>
Accesado el 26 de febrero 2009.

12. Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, Addrizzo-Harris D, Hylek EM, Phillips B, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from american college of chest physicians task force. Chest 2006; 129: 174-181.

13. Ji W, Li LT, Wang ZM, Quan ZF, Chen XR, Li JS. A randomized controlled trial of laparoscopic versus open cholecystectomy in patients with cirrhotic portal hypertension. *World J Gastroenterology* 2005; 11: 2513-2517.

14. Woods MS. Estimated cost of biliary tract complications in laparoscopic cholecystectomy based upon medicare cost/charge ratios. A case-control study. *Surg Endosc* 2006; 10: 1004-1007.

15. Yano H, Okada K, Kinuta M Nakano Y, Tono T, Matsui S, et al. Efficacy of absorbable clips compared with metal clips for cystic duct ligation in laparoscopic cholecystectomy. *Surg Today* 2003; 33: 18-23.