



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE EMERGENCIA POR
COLECISTITIS AGUNDA CALCULOSA EN ADULTOS MAYORES
EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA P.N.P. LUIS NICASIO
SÁENZ DURANTE EL AÑO 2012

PRESENTADA POR
ROSARIO JACINTA RICSE BONILLA

TESIS PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
GENERAL

LIMA – PERÚ

2014



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE EMERGENCIA POR
COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA EN ADULTOS MAYORES
EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA NACIONAL DEL
PERU LUIS NICASIO SAENZ DURANTE EL AÑO 2012**

TESIS

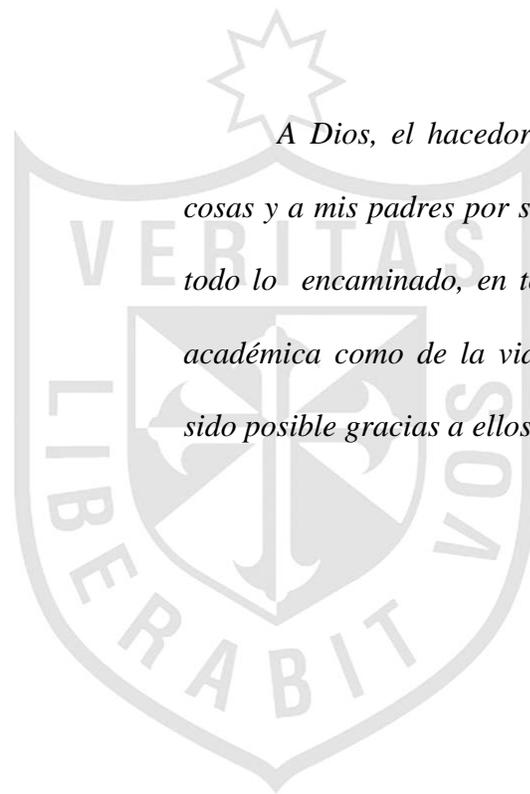
**PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
GENERAL**

PRESENTADA POR

ROSARIO JACINTA RICSE BONILLA

Lima – Perú

2014



A Dios, el hacedor y creador de todas las cosas y a mis padres por ser el apoyo y mi guía en todo lo encaminado, en toda mi educación, tanto académica como de la vida; todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos



Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a mis maestros, todos los cirujanos generales del Hospital PNP “Luis N. Saenz” y mis hermanas que me dieron su apoyo y supieron entenderme a lo largo de la residencia

RESUMEN

La colecistitis aguda calculosa es una de las patologías abdominales más frecuentes que llega al servicio de emergencia, pues es muy común en los países de occidente donde el 15 al 18% de los adultos padecen de esta afección, la misma que aumenta con la edad y según algunas estadísticas puede llegar inclusive al 30%. Es menos frecuente en Asia, en Japón es menos del 5%, y por el contrario muy frecuente en las mujeres indias norteamericanas. Se estima que en Estados Unidos se realizan alrededor de 500 000 colecistectomías laparoscópicas anualmente a causa de colecistitis aguda. En América del Sur, Chile es el país con mayor prevalencia y Perú no queda exento de esto, ya que también es una de las patologías más frecuentes que afecta a su población, con mayor prevalencia en las zonas alto andinas. La incidencia de colecistitis aguda en el anciano a nivel mundial supera el 25% de la población, y la tasa aumenta de forma progresiva conforme se avanza a la novena década, según la literatura.

El objetivo principal de este estudio fue Identificar las colecistectomías laparoscópicas de emergencia por Colecistitis Aguda en pacientes adultos mayores en el Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz” durante el año 2012. . Desarrollamos un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, se realizo un muestreo no probabilístico, en todos los pacientes ingresados al Hospital por el servicio de emergencia desde el 01 de enero al 31 de diciembre 2012 quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Se

utilizó el paquete estadístico STATA v 12.0, con el cual se realizó todo el análisis de la información.

Resultados Las complicaciones postoperatoria en 50% no tuvo ninguna complicación, 24% tuvo complicaciones referidas postoperatorias como infección de herida operatoria, Itú, absceso residual, TEP, coledocolitiasis residual y fuga biliar de rafia de colédoco; y un 26% fueron complicaciones relacionados a comorbilidades de antecedentes. Se realizaron 3 conversiones de cirugía laparoscopia a cirugía convecinal; no se realizó ninguna reintervención en los 70 pacientes.

Conclusiones: La cirugía laparoscopia es una alternativa segura en pacientes mayores de 60 años, porque evita el postoperatorio prolongado de la cirugía convencional y sus complicaciones

Palabras Claves: Colectomía Laparoscópica, Colectitis Aguda Calculosa, y Adultos Mayores.

ABSTRACT

The Acute Cholecystitis is one of the most frequent abdominal diseases, reaching the emergency, very common in the occident countries, where the 15% to 18% of adults suffer of this disease, the same that increases with age; and according with some statistics it could reach even 30%. In south America, Chile is the is the country having the most of the prevalence of gallbladder diseases, Peru is not out of this, since it is one of the most frequent diseases that affects its population, with most prevalence in the highlands zones, up until now. The incidence of acute cholecystitis in the elderly worldwide exceeds 25% of the population, and the rate increases progressively as one moves to the ninth decade according to the literature. The main objective of our research was to identify the emergency Laparoscopic Cholecystectomy by acute cholecystitis in adult elderly patients in the P.N.P “Luis N. Saenz” National Hospital, during the year 2012. . We developed a descriptive retrospective research of transversal cut. Identify the advantages and complications from emergency cholecystectomy laparoscopy in people after sixty years old, at “Luis N. Saenz” Peruvian Police National Hospital during 2012. Methods: The investigation’s type is observational, descriptive, transversal and retrospective. The sampling was not probability and it included at all the admitted patient in the hospital by the emergency service since January 1th at Decembe 2012, all the members of the study met with the acceptance criteria. The statistical

program used was SPSS v 20.0 and the information analysis was determined by the absolute and relative frequency, and the measures of central tendency, dispersion and position.

Results: The fifty percent was not have complications; twenty four had as a consequence of surgery, these were: infection, Itu, residual abscess, TEP, residual choledocholithiasis and biliary bile leakage Raffia, and twenty six percent had complications but related a previous health risk. Of the total of surgery, three of those ended in a conventional surgery as a result of a complication during the surgery. None of the patience was operated again.

Conclusions: The laparoscopic surgery is a safety alternative in elder patience because avoid the larger post operative of the conventional surgery and its complications

Key Words: Laparoscopic Cholecystectomy, Acute Cholecystitis and Adult Elderly.

I. INTRODUCCIÓN

Cuando se realizó este trabajo tuve la intención de tener una idea más concreta de la evolución de los pacientes ancianos en el curso de una colecistectomía laparoscópica por emergencia, sabiendo que en nuestra sociedad actual ha experimentado el incremento de la longevidad, acompañado de una mejora de la calidad de vida de los ancianos, que mantienen su actividad social y su autonomía hasta edades avanzadas.

Si consideramos que la incidencia de la litiasis biliar y la Colecistitis aguda se encuentran elevadas en el adulto mayor (>60 años), también la expectativa de vida se ha incrementado en las últimas décadas y la colecistectomía es la intervención abdominal más frecuentemente realizada en estos pacientes por lo que se cree necesario analizar las ventajas que conlleva la Cirugía laparoscópica en el tratamiento de la Colecistitis aguda en este grupo de edad. La colecistectomía de emergencia por laparoscopia en el adulto mayor con colecistitis aguda ha ido en incremento en el mundo. En Perú no hay información al respecto es por ese motivo que se quiere realizar este estudio. (1)

Hasta la actualidad, el estándar de oro en el manejo de la colelitiasis es la colecistectomía, la introducción de la técnica de mínima invasión ha permitido el tratamiento mediante la cirugía laparoscópica, lo que ofrece ventajas al paciente reduciendo las sintomatología postoperatorias de las heridas convencionales que interfieren con la rehabilitación temprana de los pacientes, la posibilidad de infección en

la herida, mejor control del dolor, el inicio temprana de la vía oral y una estancia hospitalaria más corta. La incidencia de colelitiasis aumenta con la edad, por lo que la colecistectomía es una intervención habitual en los ancianos actualmente, la edad nunca ha sido una contraindicación para la colecistectomía laparoscópica, aunque este abordaje fuese reservado inicialmente a los pacientes de bajo riesgo. (2)

La edad avanzada está asociada con el incremento de las complicaciones postoperatorias. Se analizaron las colecistectomías laparoscópicas en pacientes adultos mayores (> o igual a 60 años). Las variables; demográficas, forma clínica, tipo de cirugía, dificultades de la técnica, complicaciones intraoperatoria y postoperatorias, tiempo operatorio, morbilidad, mortalidad, duración de la hospitalización.

El motivo de este trabajo es presentar la experiencia con una intervención muy frecuente en nuestro servicio de Cirugía General, se identificó las Colecistectomías laparoscópicas de emergencia en pacientes adultos mayores con Colecistitis Aguda Calculosa, en el Hospital Nacional del Perú “Luis N. Saenz” durante el año 2012.

Es de interés, no hay reporte de este tipo de estudio en nuestro país, sobre el estudio de esta enfermedad en adultos mayores. Existe el método de estudio para levantar la información y es factible porque existe la cantidad suficiente de pacientes, el permiso y registros necesarios.

II. REVISION LITERARIA

2.1. Antecedentes de Investigación

2.1.1. Internacionales

1- Pérez Lara, R. y colb. ET.AL, (2006), Colectomía Laparoscópica en Pacientes Mayores de 70 años Nuestra Experiencia en 176 casos, el objetivo fue evaluar el resultado en nuestra muestra, pacientes mayores de 70 años intervenidos por cirugía laparoscópica; estudio retrospectivo todos los pacientes mayores de setenta años diagnosticados de colelitiasis, intervenidos por laparoscopia en los diez últimos años. Se obtuvo 176 pacientes; Resulto una media de edad de 74.86 años, estancia hospitalaria de 1.27 días, morbilidad de 16.98% y mortalidad de 0.57%.

2. Leandros E, Alexakis N, Archontovasilis F; ET.AL, Outcome analysis of laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and older with complicated gallstone disease (2007); su objetivo fue evaluar los beneficios de la cirugía laparoscópica en mayores de 80 años con diagnóstico de colecistitis aguda complicada. Este grupo fue comparado con pacientes de la misma edad y con colecistitis no complicada operados por cirugía laparoscópica; es un estudio retrospectivo en el cual se obtuvo 53 pacientes desde 2001 al 2006, los resultados fueron 51 pacientes con una media de 87 años, complicaciones postoperatorias fue de 27,3% significativamente más

alto que el grupo de colecistitis no complicada (27,4% vs. 7,3%; $P = 0,015$), cero mortalidad, la media de hospitalización fue de 6 días significativamente alto al grupo de colecistitis no complicada ($P = 0.021$).

3. Bueno Lledo, Javier; Vaque Urbaneja, Javier y colbs. ET.AL, (2007), Colecistitis Aguda y colecistectomía Laparoscópica en el Paciente Anciano; su objetivo fue determinar los beneficios y complicaciones postoperatorias en los pacientes mayores de 65 años. Estudio prospectivo entre enero de 2003 y marzo de 2006, se practicó un total de 134 Cirugías laparoscópicas por colecistitis aguda calculosa en el área de urgencias; se analiza las variables preoperatorias, intraoperatorio y postoperatorias en el grupo 1 y se compara con el resto de la serie. Los resultados fueron 58 pacientes con edad mayor a 65 y 76 pacientes menores, el 24,1%, frente al 11,3% en el grupo 2, debido a dificultad en la disección quirúrgica y hallazgos operatorios; la estancia media postoperatoria fue de 4,7 días en el grupo 1 y de 3,3 días en el grupo 2; la tasa general de complicaciones postoperatorias fue del 33,1 y el 18,7%, prevalecieron las de tipo infeccioso.

4. Ibañez A.Luis; Escalona Alex y colb; ET.AL, (2007) Colecistectomía Laparoscopica: experiencia de 10 años en Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, este es un análisis retrospectivo basado en revisión de fichas clínicas de los pacientes sometidos a colecistectomía

laparoscópica desde mayo de 1991 a mayo de 2001. La serie se compone de 5063 pacientes, los resultados fueron el 75% de los pacientes ingresó en forma electiva y el 25% de urgencia; se realizó conversión a cirugía abierta en 7% de los pacientes siendo los factores de conversión más importantes la edad avanzada y la presencia de colecistitis aguda. La estadía postoperatoria promedio fue de 2,9 días; complicaciones postoperatorias se observaron en el 2%; el 0,2% de los pacientes de esta serie necesitaron ser reintervenidos. La mortalidad operatoria fue de 0,02%. La colecistectomía laparoscópica demuestra en este estudio ser una forma de tratamiento seguro y efectivo en pacientes con colecistitis aguda.

5. *Montalvo Flisfisch,C; Caglevic, Leiva y colb. ET.AL, (2008)*

Colecistectomía Videolaprascopica en paciente Gerátrico; su objetivo fue describir y evaluar los resultados de la colecistectomía video laparoscópica en pacientes de 60 años o más. Es un estudio prospectivo efectuado entre el 01 de marzo de 2003 y el 31 de julio de 2003; se incluyeron los pacientes con diagnóstico de colelitiasis de 60 años de edad cumplidos o mayores de 60 años. La presente serie quirúrgica constituida por 48 pacientes geriátricos de ambos sexos, con predominio del sexo femenino (81%), sometidos a colecistectomía Laparoscopica 70,83% con buenos resultados postoperatorios, con una morbilidad de 8,33% y ausencia de mortalidad. Sin embargo, la cifra de

conversión a cirugía convencional es de 14,57%, superior a la observada en la colecistectomía laparoscópica en la población general.

6. *Jesús Ladra M; Rojo Yago y colb. ET. AL, (2009)*, Colecistectomía Laparoscópica en pacientes Mayores de 80 años, tuvo como objetivo presentar experiencia en una población habitual de ancianos en su medio; estudio retrospectivo que incluye pacientes mayores de 80 años operados en el servicio de cirugía general por laparoscopia desde el año 1992 al 2007, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, se tuvo 133 pacientes; durante los 12 años; cuyos resultados fueron el 71% que ingreso por servicio de emergencia fueron operados por colecistitis aguda, 29% de forma electiva.

7. *Sánchez-Beorlegui, Jesús; y colb. ET. AL, (2009)*, el artículo Colecistectomía Laparoscópica en Pacientes Octogenarios, el objetivo fue establecer si la cirugía endoscópica, programada o urgente, es el tratamiento electivo de la colelitiasis en edades extremas. Se realizó un estudio comparativo entre dos poblaciones en edad geriátrica; es un estudio retrospectivo sobre pacientes con edad ≥ 80 años, sometidos a colecistectomía laparoscópica en un periodo de sesenta y ocho meses (enero de 2002–agosto de 2007). Se tuvo 75 pacientes durante este periodo de la investigación; cuyo resultado fue 64% se realizó cirugía programada, 36% se realizó cirugía de

urgencia, conversión a cirugía convencional 9.3%, estancia hospitalaria de 3.7 días.

8. Carlos Domínguez, Luis y cols. ET.AL, (2010), Colecistectomía de Urgencia por Laparoscopia por Colecistitis Aguda en Adultos Mayores, el objetivo fue evaluar complicaciones intraoperatorio de la colecistectomía laparoscópica; se realizó análisis descriptivo de una población de adultos mayores sometidos a colecistectomía por laparoscopia de urgencia en comparación con la población general. Su población fue mayores de 65 a 74 años y mayores de 75 años; en total 703 pacientes (18,3% adultos mayores). Las tasas de reintervención, de conversión por hemorragia fueron estadísticamente significativas en los adultos mayores. La diabetes y la tasa de conversión fueron superiores en los adultos mayores de 75 años, comparados con los de 65 a 74 años. Las tasas de lesión de la vía biliar, infección y mortalidad, no mostraron diferencia en ninguno de los grupos. La estancia hospitalaria fue de 4,5 días en promedio en los adultos mayores, contra 1,8 días en promedio en la población general.

9. Yasui T, Takahata S, ET.AL, (2011); *Is cholecystectomy necessary after endoscopic treatment of bile duct stones in patients older than 80 years of age?*, (2011); el objetivo fue valorar si la colecistectomía temprana es necesaria en pacientes con comorbilidades después de resolver cuadro de

coledocolitiasis; es un estudio retrospectivo de 10 años, con una población de pacientes mayores de 80 años y menores de 80 años , separados en 2 grupos comparativos; la colecistitis aguda fue significativamente menor en el grupo de menores de 80 años, la complicaciones fueron menor en el grupo de menores de 80 años.

10. Lasithiotakis K, Petrakis, J ET.AL (2012) *Frailty predicts outcome of elective laparoscopic cholecistectomy in geriatric patients*; el objetivo de este trabajo fue evaluar la intervención temprana en colecistitis aguda calculosa y sus complicaciones postoperatorias; el método que se uso fue prospectivo desde el día de la cirugía hasta 30 días después para valorar la complicaciones postoperatorias; en la población todos fueron los pacientes mayores de 57 años que acudieron al servicio de emergencia del Heraklion University Hospital con el diagnóstico de colecistitis aguda calculosa; los resultados fueron la media de 2 días de hospitalización, 23,7% de complicaciones postoperatorias como infecciones.

11. Nikfarjan M, Yeo D, ET.AL. *Outcomes of cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis in octogenarians*, (2013), su objetivo fue comparar los posible complicaciones de la colecistectomía temprana en pacientes octogenarios y mayores de 80 años, fue un estudio prospectivo de 11 años, se tuvo una población de 411 pacientes 2 grupos mayores y menos de 80 años,

resultando que 71 pacientes con colecistitis aguda confirmado por histología en mayores de 80 años; y la conversión a cirugía convencional fue 21% en el grupo de menores de 80 años, se tuvo mayores complicaciones en pacientes menores de 80 años; concluyendo que pacientes de 80 años o más es independientemente asociado a las morbilidades asociadas a la colecistitis aguda en su presentación temprana.

12. Barcelo M, Cruz Santamaria DM, Alba Lopez; ET.AL. Advantages of early cholecystectomy in clinical practice of a tertiary care center, (2013), el objetivo fue evaluar la complicaciones postoperatorias estancia hospitalaria en pacientes con colecistitis aguda calculosa de la tercera edad, es un estudio retrospectivo que analiza las historias clínicas, porcentajes de conversión y estancia hospitalaria, se tuvo 117 pacientes en total, 44 de sexo femenino y 73 de sexo masculino, 74 pacientes necesitaron cirugía de emergencia, la conversión a cirugía convencional fue significativamente menor, la estancia hospitalaria tiene relación con el tratamiento temprano una media de 8 días.

2.2. Nacionales

- No se encontraron estudios específicos del tema, pero se encontraron 2 realizados en Perú que tienen relación con tema de estudio.

1. **Villanueva Álvarez, armando; ET. AL. (2009);** Complicaciones de la Colectomía Laparoscópica en el Departamento de Cirugía General del Hospital Arzobispo Loayza; el objetivo fue valorar las complicaciones de la colectomía laparoscópica; es un estudio observacional descriptivo transversal; se seleccionó 289 pacientes. Las complicaciones que se presentaron con frecuencia fueron sangrado de lecho vesicular 6,55% y lesión vascular 1,05%; concluye que las complicaciones de la colectomía laparoscópica fueron 8.3% y está por debajo de las cifras de series internacionales; también se relaciona estadísticamente entre colecistitis aguda y sangrado de lecho vesicular ($p < 0.001$).

2. **Pinto Paz Mirian, Niño Cotrina Renald ; ET. AL; (2000-2005);** presenta el artículo Prevalencia de colectomía laparoscópica convertida en el Servicio de Cirugía del Hospital de Emergencias Grau; su objetivo fue conocer la prevalencia de conversión en colectomías laparoscópicas así como también características de los pacientes, del perioperatorio y su evolución; describen estudio retrospectivo, descriptivo en base de las historias clínicas de los pacientes sometidos a Colectomía Laparoscópica Convertida entre los

años 2000 al 2005. Se realizaron 4101 colecistectomía por Laparoscopia, de los cuales 179 fueron convertidos. La población de pacientes se caracterizó por ser de sexo masculino y fueron mayores de 60 años la mayoría, concluye que los niveles de conversión se hallan dentro de los estándares internacionales, además se asocia una ventaja del 90% en pacientes mayores de 60 años para conversión, acorde con la literatura internacional.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Colecistitis aguda:

- Es la inflamación aguda de la vesícula biliar, para que se desencadenen la inflamación aguda y la necrosis se requiere el efecto combinado de la ectasia, la irritación química de la mucosa y la isquemia de la pared vesicular (3,5) el mismo mecanismo poco común de ectasia es la obstrucción mantenida del conducto cístico por un cálculo. Conviene recordar que también puede existir ectasia en el ayuno prolongado: se han observado casos de colecistitis aguda alitiásica en pacientes mantenidos por largo tiempo con alimentación parenteral. Se acostumbra atribuir la irritación química de la mucosa a la presencia de sales biliares concentradas, lo que parece discutible, porque la simple ligadura del cístico en animales de experimentación

no desencadena el cuadro agudo, aunque la vesícula contenga sales biliares. La isquemia es de gran importancia para explicar la necrosis de la pared vesicular. Contribuyen a ella la trombosis de los vasos císticos, por la compresión del bacinete, y la hipertensión que se produce en el lumen durante la obstrucción, la que también reduce el flujo sanguíneo a la mucosa. (2)

- Se ha descartado que las bacterias desempeñen un papel fundamental en la patogenia de la colecistitis "aguda", porque en un 30% de estos pacientes los cultivos de bilis y de pared vesicular no muestran desarrollo de gérmenes. Las bacterias encontradas en los casos infectados seguramente corresponden a la proliferación, en una cavidad cerrada, de la flora mixta de origen entérico que se encuentra en más de un tercio de los casos de colecistitis crónica litiásica. (4,5) -
-El proceso de inflamación y necrosis compromete habitualmente todo el espesor de la pared, alcanzando hasta la serosa, en cuya superficie se produce un exudado rico en fibrina que aglutina a los órganos vecinos en torno de la vesícula enferma (plastrón vesicular). Si la isquemia es de gran intensidad, la necrosis termina por destruir la pared vesicular y sobreviene la perforación. Habitualmente, el diagnóstico de colecistitis "aguda" es sencillo. Se hace por la

presencia o por el antecedente reciente de un cólico biliar complicado por fiebre persistente de intensidad moderada, defensa muscular involuntaria y palpación de una masa en la región vesicular. En caso de duda se recurre a la ecografía, que muestra la litiasis y el engrosamiento de la pared vesicular. (4)

- Un 25% de los casos de colecistitis "aguda" presentan ictericia durante su evolución: en la mayoría de ellos, el fenómeno se debe a una coledocolitiasis, o a la compresión del colédoco por un cálculo grande enclavado en el bacinete. En los pacientes en que no se encuentra una causa mecánica, se supone que la ictericia puede ser debida a una colestasia por endotoxinas bacterianas. En todo caso, una bilirrubinemia superior a 5 mg., en el curso de una colecistitis "aguda", permite asegurar que existe una coledocolitiasis asociada. El tratamiento de la colecistitis "aguda" es siempre quirúrgico, excepto en los raros casos en que hay contraindicación absoluta para la operación. (4,8)

Cuadro clínico:

- La aparición se produce ante la distensión brusca de la vesícula.

- La localización del dolor es percibido en la zona epigástrica y después evoluciona a hipocondrio derecho en más o menos 4 a 6 horas, también referido hacia la parte baja del omóplato derecho.

- El dolor es constante e intenso, si persiste en incremento da lugar a la colecistitis aguda; teniendo a la vesícula está distendida y con compromiso de todas las paredes, cuando entra en contacto con el peritoneo parietal el dolor se localiza e intensifica en hipocondrio derecho, el paciente presenta respiración superficial ya que exacerba.

Fases:

- Colecistitis edematosa 2-3 días: se inicia con la dilatación de vasos linfáticos y capilares, lo cual edematiza la pared. En este punto el tejido está histológicamente intacto.
- Colecistitis necrótica 4-5 días: se generan cambios edematosos con áreas de hemorragia y necrosis en la mucosa, a medida que aumentan los niveles dentro de la luz, se obstruye el flujo sanguíneo, lo que produce trombosis vascular y áreas superficiales de necrosis sin comprometer todo el espesor de la pared.
- Colecistitis supurativa 7-10 días: comienza a haber infiltración leucocitaria y áreas de supuración, el proceso de reparación hace que las paredes se engruesen más por la proliferación fibrosa; en este punto puede haber abscesos intramurales y pericoecístico.

Exámenes auxiliares:

- Ecografía abdominal presenta vesícula distendida, edema de pared, aumento de pared espesor de 3-4mm líquido peri vesicular.
- El recuento de los leucocitos puede estar elevado, amilasa sérica puede elevarse discretamente.
- Se agrava el cuadro cuando presenta fiebre, estado tóxico, puede surgir perforación en el 10% con formación de absceso.

2.2.2. Colectomía:

2.2.2.1. Definición:

La colectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para quitar una vesícula biliar enferma: vesícula que se infecta (colecistitis), que está inflamada, o que está bloqueada (obstruida) por estar llena de cálculos biliares. La cirugía de vesícula se realiza bajo anestesia general. Puede hacerse mediante una incisión abdominal o bien mediante varias incisiones pequeñas y la utilización de una herramienta de alcance especial, la técnica laparoscópica. (2,12) La disección se puede hacer de forma anterógrada y /o retrograda, y siempre se debe recordar las variaciones y anomalías congénitas, que pueden estar presentes: bifurcaciones anormales, situación anormal de la vesícula etc.

Estará indicada en :(11)

- Litiasis biliar simple
- Hidrops vesicular
- Colecistitis: aguda, escleroatrófica, vesícula en porcelana
- Coledocolitiasis
- Colangitis agudas
- Fístula biliar

2.2.2.2. Técnica operatoria:

- **Colecistectomía abierta:** Si la vesícula está muy inflamada, infectada o tiene cálculos biliares grandes, y parece ser complicada su extracción, el acceso abdominal es lo más recomendable. (12) En este caso se realiza una pequeña incisión, en el lado derecho del abdomen, debajo del borde de las costillas. El hígado se mueve para exponer la vesícula. Las venas y los conductos biliares (arteria y conducto cístico) se deben de cortar y se extrae la vesícula. El colédoco (conducto común de bilis) que transporta la bilis al tubo digestivo desde el hígado se examina para comprobar la presencia de posibles bloqueos o presencia de piedras. Después de cerrar la vía de acceso se deja un tubo de drenaje durante unos días para que puedan salir los exudados (líquidos) de la inflamación o infección. La colecistectomía

abierta es el estándar contra el cual otros tratamientos deben ser comparados y una alternativa quirúrgica segura (2,6).

- **Colecistectomía laparoscópica:** se define como la intervención quirúrgica que sirve para la extirpación de la vesícula biliar, a través de un equipo laparoscópico que se introduce en el abdomen cerca del ombligo. *Indicaciones:* Colelitiasis sintomáticas y colecistitis aguda: Si el proceso está poco avanzado y puede ser programada la intervención, esta se puede realizar mediante laparoscopia. Se estima que alrededor de 500 000 colecistectomías se realizan anualmente en los Estados Unidos a causa de cálculos biliares. El 10% de los pacientes con colelitiasis sintomáticas presentarán una obstrucción completa del conducto cístico, y sufriendo una Colecistitis. Entre un 4 y un 15% de los pacientes sometidos a una colecistectomía laparoscópica presenta coledocolitiasis. (11,13) Las litiasis de la vía biliar pueden dividirse en primarias y secundarias. Las primarias son las formadas en la propia vía biliar principal, mientras las secundarias son las que se formaron en la vesícula pero que han pasado al colédoco a través del conducto cístico. Cuando no existía la cirugía laparoscópica, el tratamiento de la colelitiasis y colecistitis

era mediante colecistectomía y exploración de la vía biliar principal mediante colangiografía. (5,9)

Se considera que la incidencia de la litiasis biliar y la colecistitis aguda se encuentran elevadas en el adulto mayor (>60 años), también la expectativa de vida se ha incrementado en las últimas décadas y la colecistectomía es la intervención abdominal más frecuentemente realizada en estos pacientes por lo que se cree necesario analizar las ventajas que conlleva la cirugía laparoscópica en el tratamiento de la colecistitis aguda en este grupo de edad.

La colecistectomía de emergencia por laparoscopia en el adulto mayor con colecistitis aguda ha ido en incremento en el mundo.

La litiasis vesicular es una enfermedad frecuente en la población general sobre todo en pacientes adultos y de predominio en el sexo femenino. Las estadísticas en nuestro país estiman que cerca del 4% de la población total son personas adultas de más de 60 años y que la litiasis biliar es aproximadamente de un 15% en general hasta en un 35% en la población de ancianos.

La mejora de la calidad de vida ha permitido elevar la esperanza de vida en el ser humano en forma notable, por lo que en la actualidad se efectúa con mayor frecuencia el tratamiento quirúrgico de la colecistitis calculosa en personas de la tercera edad. Esta situación obliga al cirujano a realizar una

valoración minuciosa y contemplar la posibilidad de un incremento de la morbilidad - mortalidad en sala de operaciones y postoperatoria, debido a la existencia de enfermedades concomitantes tales como: obesidad, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, EPOC e insuficiencia renal, que deben ser consideradas en la valoración preoperatoria, fundamentalmente a la existencia de enfermedades crónico-degenerativas que con mucha frecuencia acompañan al cuadro de colecistitis calculosa. (4)

Hasta la actualidad, el estándar de oro en el manejo de la colelitiasis es la colecistectomía, la introducción de la técnica de mínima invasión ha permitido el tratamiento mediante la cirugía laparoscópica, lo que ofrece ventajas al paciente reduciendo las sintomatología postoperatorias de las heridas convencionales que interfieren con la rehabilitación temprana de los pacientes, la posibilidad de infección en la herida, mejor control del dolor, el inicio temprana de la vía oral y una estancia hospitalaria más corta.

La incidencia de colelitiasis aumenta con la edad, por lo que la colecistectomía es una intervención habitual en los ancianos actualmente. La edad nunca ha sido una contraindicación para la colecistectomía laparoscópica, aunque este abordaje fuese reservado inicialmente a los pacientes de bajo riesgo. (2)

A pesar de observarse un aumento de las complicaciones en los ancianos, se debe considerar factible la realización de esta cirugía por vía laparoscópica ya que los resultados son favorables al compararlos con la colecistectomía abierta en este tipo de pacientes.

Los pacientes ancianos con afección biliar no solo presentan complicaciones de su enfermedad en forma de la colecistitis aguda. Hay otras complicaciones como: la coledocolitiasis y la colangitis; asocia también a una tasa elevada de conversión y morbilidad en comparación con los jóvenes, ya que el procedimiento es más dificultoso en los pacientes de más de 65 años. El factor más importante asociado a esta alta tasa de conversión es el grado de inflamación y adherencias debidas a la inflamación crónica.

La evaluación del riesgo cardiovascular preoperatorio en la cirugía no cardíaca es una consulta frecuente en la práctica diaria y las complicaciones cardiovasculares son una de las principales causas de morbimortalidad en el posoperatorio. Esto tiene implicaciones clínicas, quirúrgicas, económicas y médico-legales.

De las complicaciones posoperatorias, las más frecuentes son las respiratorias, pero las más graves suelen ser las cardiovasculares, en general asociadas con eventos coronarios agudos. En los países industrializados se estima que en

pacientes no seleccionados sometidos a cirugía general, el 30% tienen coronariopatía establecida o riesgo alto de presentarla y que el 3% a 5% tendrán complicaciones cardíacas asociadas con eventos coronarios. 6

La evaluación preoperatoria tiene dos objetivos complementarios. El primero es estratificar a los pacientes en función de las posibles complicaciones perioperatoria de la cirugía que deberán enfrentar y adoptar las eventuales medidas para reducirlas. Un segundo objetivo, no menos importante, es identificar a los pacientes con factores de riesgo cardiovasculares o portadores de diversas cardiopatías, que se beneficiarán con su tratamiento en el largo plazo, independientemente de la conducta que se adopte para la cirugía en cuestión. (6)

Casi todas las muertes ocurren en enfermos mayores de 60 años con comorbilidad de ser diabéticos no controlados, complicaciones cardiovasculares o pulmonares. La sepsis no controlada, con peritonitis y los abscesos residuales.

Los pacientes diabéticos, cardiópatas y con enfermedades pulmonares crónicas no controladas desarrollan una colecistitis aguda calculosa grave, deben tener un manejo quirúrgico temprano.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Identificar las colecistectomías laparoscópicas de emergencia por colecistitis aguda en pacientes adultos mayores en Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz” durante el año del 2012.

3.2. Objetivos Específicos:

- Describir tiempo de enfermedad, inicio de dieta y estancia hospitalaria.
- Determinar las causas y el momento de la conversión de cirugía laparoscopia a cirugía convencional.
- Identificar los antecedentes patológicos de cada paciente por las comorbilidades que pudiera tener, y la implicancia que estas tendrían en las complicaciones postoperatorias.
- Conocer las diferencias que existen en cuanto a la evolución postoperatoria entre los diferentes grupos etarios de los pacientes adultos mayores.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. Tipo y diseño general del estudio:

La presente investigación es un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

La información fue obtenida del Servicio de Cirugía y la Unidad de Archivos del Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”.

4.2. Definiciones operacionales:

4.2.1. Variables:

4.2.1.1. Variable independiente: obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y enfermedad respiratoria

4.2.1.2. Variable dependiente: colecistitis aguda calculosa.

4.2.1.3. Variables intervinientes: complicaciones intraoperatorias, Complicaciones postoperatorias, tiempo de enfermedad, tiempo operatorio, inicio de dieta, tiempo postoperatorio de hospitalización, reintervención quirúrgica, edad, y género.

4.2.2. Definición de variables:

4.2.2.1. Variable independiente:

4.2.2.1.1. Obesidad

- **Definición conceptual:**

Enfermedad metabólica caracterizada por el exceso de tejido graso. IMC>30.

- **Definición operacional:**

- **Tipo de variable:** variable cualitativa.

- **Escala de medición:** nominal.

- **Indicadores:**

- Sí

- No

- **Fuente:** historia Clínica de los pacientes sometidos a una Colecistectomía.

4.2.2.1.2 Diabetes mellitus

- **Definición conceptual:**

Enfermedad caracterizada por un trastorno metabólico, fundamentalmente la hiperglucemia crónica, también por alteraciones en el metabolismo lipídico y proteico; debidos a un déficit relativo o absoluto de insulina.

- **Definición operacional:**

- **Tipo de variable:** variable cualitativa.

- **Escala de medición:** nominal.
- **Indicadores:**
 - Sí
 - No
- **Fuente:** historia clínica de los pacientes sometidos a una colecistectomía.

4.2.2.1.3. Hipertensión arterial

- **Definición conceptual:**

Aumento de la presión arterial a cifras $\geq 140/90$ mmHg.
- **Definición operacional:**
 - **Tipo de variable:** variable cualitativa.
 - **Escala de medición:** nominal.
 - **Indicadores:**
 - Sí
 - No
 - **Fuente:** historia clínica de los pacientes sometidos a una colecistectomía.

4.2.2.1.4. Enfermedad cardiovascular

- **Definición conceptual:**

Enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos, (arterias y venas). Arritmia, Fibrilación, tipos de bloqueo, portador de marcapaso.

- **Definición operacional:**

- **Tipo de variable:** Variable Cualitativa.

- **Escala de medición:** Nominal.

- **Indicadores:**

- Sí

- No

- **Fuente:** historia clínica de los pacientes sometidos a una colecistectomía.

4.2.2.1.5. Enfermedad respiratoria

- **Definición conceptual:**

Son todas aquellas enfermedades que afectan al aparato o sistema respiratorio. EPOC, EPID y antecedente de tratamiento por TBC.

- **Definición operacional:**

- **Tipo de variable:** variable Cualitativa.

- **Escala de medición:** Nominal.

- **Indicadores:**

- Sí

- No

- **Fuente:** historia clínica de los pacientes sometidos a una colecistectomía.

4.2.2.2. Variable dependiente:

4.2.2.2.1. Colecistitis aguda calculosa

• Definición conceptual:

Es la inflamación aguda de la vesícula biliar, para que se desencadenen la inflamación aguda y la necrosis se requiere el efecto combinado de la ectasia, la irritación química de la mucosa y la isquemia de la pared vesicular.

El proceso de inflamación y necrosis compromete habitualmente todo el espesor de la pared, alcanzando hasta la serosa, en cuya superficie se produce un exudado rico en fibrina que aglutina a los órganos vecinos en torno de la vesícula enferma (plastrón vesicular).

Si la isquemia es de gran intensidad, la necrosis termina por destruir la pared vesicular y sobreviene la

perforación. Habitualmente, el diagnóstico de colecistitis "aguda" es sencillo. Se hace por la presencia o por el antecedente reciente de un cólico biliar complicado por fiebre persistente de intensidad moderada, defensa muscular involuntaria y palpación de una masa en la región vesicular. En caso de duda se recurre a la *ecografía*, que muestra la litiasis y el engrosamiento de la pared vesicular.

- **Definición operacional**

- **Tipo de variable:** Variable Cualitativa.

- **Escala de medición:** Nominal.

- **Indicadores:**

- Sí

- No

- **Fuente:** patología clínica y reporte operatorio de los pacientes sometidos a una colecistectomía.

4.2.2.3. Variables Intervinientes:

4.2.2.3.1. Edad

• **Definición Conceptual:** se define como el tiempo que ha vivido una persona.

• **Definición operacional:**

➤ **Tipo de variable:** variable cuantitativa.

➤ **Escala de medición:** intervalo

➤ **Indicador:**

Años cumplidos: se encuentra en la relación en la fecha de nacimiento, la cual va a determinar la edad de la paciente.

➤ **Fuente:** historia clínica o reporte operatorio de los pacientes.

4.2.2.3.2. Género:

• **Definición Conceptual:**

Se define como la clasificación en masculino o femenino basado en numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.

- **Definición Operacional.**

- **Tipo de variable:** Variable Cualitativa.

- **Escala de medición:** Nominal.

- **Indicador:**

- **Femenino.-** Si el espermatozoide que fecunda el óvulo es portador del cromosoma X el cigoto resultante dará lugar a una niña (XX)

- **Masculino:** si el espermatozoide que fecunda al óvulo es portador del cromosoma Y el cigoto dará lugar a un niño (XY).

- **Fuente:** Historia clínica de los pacientes.

4.2.2.3.3. Tiempo postoperatorio de hospitalización

- **Definición Conceptual:**

Tiempo representado en días, que el paciente estuvo hospitalizado después de la intervención quirúrgica.

- **Definición operacional:**

- **Tipo de variable:** variable cuantitativa

- **Escala de medición:** discreta

- **Indicador:**

Número de días hospitalizados: se encuentra en la relación a la fecha en que el paciente ingresó a Sala de Operaciones.

- **Fuente:** reporte operatorio de la historia clínica de los pacientes

4.2.2.3.4. Complicaciones intraoperatorias

- **Definición conceptual:**

Complicaciones que afectan a los pacientes durante la cirugía. Pueden o no estar asociadas a la enfermedad por la cual la cirugía es realizada o dentro del mismo procedimiento quirúrgico. .

- **Definición Operacional:**

- **Tipo de variable:** variable cualitativa
- **Escala de medición:** nominal
- **Indicador:**
 - **Tipo de complicaciones:**

- **Sangrado menor de 500cc:** Pérdida de una gran cantidad de sangre, externa o internamente.

•**Lesión de vía biliar:** lesión a través de todo el grosor de una membrana o de otro tejido de las vías biliares.

•**Conversión a cirugía abierta.-** Es el proceso quirúrgico, que por un hallazgo intraoperatorio inesperado o una complicación se decide la conversión de una cirugía laparoscópica por una abierta y/o convencional.

➤ **Fuente:** reporte operatorio de los pacientes.

4.2.2.3.5. Complicaciones postoperatorias

- **Definición conceptual:**

Complicaciones que afectan a los pacientes después de la cirugía.

Pueden o no estar asociadas a la enfermedad.

Definición operacional:

➤ **Tipo de variable:** variable cualitativa

➤ **Escala de medición:** nominal

➤ **Indicador:**

- **Tipo de complicaciones:**

• **Infección del sitio operatorio:** Es la infección que se desarrolla dentro de los primeros 30 días luego de un procedimiento quirúrgico.

• **Fístula biliar:** es la comunicación o pasaje anormal del tracto biliar hacia un órgano, cavidad o superficie.

• **Coledocolitiasis residual.-** Es la presencia de por lo menos un cálculo biliar en el conducto colédoco, luego de una colecistectomía.

• **Pancreatitis biliar.-** Es la presencia de un proceso inflamatorio del páncreas, luego de una colecistectomía.

• **Infección urinaria.-** es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata.

➤ **Fuente:** historia clínica de los pacientes

4.2.2.3.6. Reintervención quirúrgica

- **Definición conceptual:**

Toda cirugía que se realiza en el postoperatorio inmediato luego de 24 horas. Para complementar o corregir alguna complicación de la primera.

- **Definición operacional:**

- **Tipo de variable:** variable cualitativa

- **Escala de medición:** nominal

- **Indicador:**

- Sí
- No

- **Fuente:** Historia clínica de los pacientes.

4.2.2.3.7. Tiempo de enfermedad:

- **Definición conceptual:**

Es el periodo de convalecencia que tuvo el paciente, antes de la cirugía.

- **Definición operacional.**

- **Tipo de variable:** variable cuantitativa

- **Escala de medición:** discreta

- **Indicador:**

- **Número de días de enfermedad:** se encuentra en la relación a la fecha en que el paciente presentó la sintomatología.

➤ **Fuente:** Historia clínica de los pacientes

4.2.2.3.8. Tiempo operatorio:

- **Definición conceptual:**

Es el periodo que dura la cirugía, desde que el cirujano realiza la incisión hasta que coloque el último punto de piel.

- **Definición operacional.**

- **Tipo de variable:** variable cuantitativa

- **Escala de medición:** discreta

- **Indicador:**

- **Número de minutos de Cirugía:** se encuentra en la relación a los minutos de duración de la cirugía.

- **Fuente:** reporte operatorio de la historia clínica de los pacientes

4.2.2.3.9. Inicio de dieta

- **Definición conceptual:**

Tiempo representado en días, en que el paciente empieza a tomar o ingerir alimento después de la intervención quirúrgica.

- **Definición Operacional:**

- **Tipo de variable:** variable cuantitativa

- **Escala de medición:** discreta

- **Indicador:**

- **Número de días en NPO:** se encuentra en la relación a la fecha en que el paciente empezó a tomar o ingerir alimento después de la intervención quirúrgica.

- **Fuente:** Historia clínica de los pacientes

4.3. Operacionalización de variables

4.3.1. Variables Independientes:

Variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador	Fuente
Obesidad IMC >30	Cualitativa	Nominal	Sí No	• Historia clínica
Diabetes mellitus	Cualitativa	Nominal	• Presencia de DM: Sí No	• Historia clínica
Hipertensión arterial	Cualitativa	Nominal	• Presencia de HTA: Sí No	• Historia clínica
Enfermedad cardiovascular	Cualitativa	Nominal	Sí No	• Historia clínica
Enfermedad respiratoria	Cualitativa	Nominal	Sí	• Historia Clínica

4.3.2. Variable dependiente:

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Fuente
Colecistitis Aguda Calculosa	Cualitativa	Nominal	• Presencia de Colecistitis Aguda: Sí No	• Anatomía patológica. • Reporte operatorio de la historia clínica

4.3.3. Variables intervinientes:

Variable	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador	Fuente
Edad	Cuantitativa	Intervalo	Años cumplidos	• Historia clínica
Género	Cualitativa	Nominal	Tipo de Sexo: Masculino Femenino	• Historia clínica
Tiempo Postoperatorio de Hospitalización	Cuantitativa	De Razón	Número de días de hospitalización	• Historia clínica
Complicaciones Intraoperatorias	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado < 500cc • Lesión de Vía Biliar • Conversión a Laparotomía 	• Reporte operatorio de la historia clínica
Complicaciones postoperatorias	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Infección del sitio operatorio • Fístula biliar • Coledocolitiasis residual • Pancreatitis biliar • Infección del tracto urinario 	• Reporte operatorio de la historia clínica
Reintervención quirúrgica	Cualitativa	Nominal	Sí No	• Reporte operatorio de la historia clínica
Tiempo de enfermedad	Cuantitativa	De razón	Número de días de enfermedad	• Historia clínica
Tiempo operatorio	Cuantitativa	De razón	Número de minutos de cirugía	• Reporte operatorio de la historia clínica
Inicio de dieta	Cuantitativa	De razón	Número de días en NPO	• Historia clínica

4.4. Universo de Estudio, Selección y Tamaño de Muestra, Unidad de Análisis y

Observación:

4.4.1. Población y Muestra:

- **Población general:** pacientes varones y mujeres hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, en el periodo del 1 de Enero al 31 de diciembre del 2012.
- **Población objetivo:** todos los pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, desde 01 de Enero al 31 de diciembre del 2012 por el servicio de emergencia; con diagnóstico de colecistitis Aguda calculosa y que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica.
- **Muestra:** se incluyó a pacientes mayores de 60 años con diagnóstico clínico, reporte operatorio y/o anatomía patológica de colecistitis aguda calculosa, que hubieron recibido tratamiento por Cirugía Laparoscópica, hospitalizados en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz” en el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2012, que en total fueron 70 pacientes durante todo el periodo de estudio.

4.5. Técnicas de recolección de datos:

Se solicitó un permiso a la Dirección y a la Jefatura de Cirugía del Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz; para el acceso a la revisión de los registros (sean historias clínicas, reportes operatorios, libros de reportes operatorios, resultados de anatomía patológica y sistema de base de datos) de pacientes ingresados a dicho servicio de los respectivos centros de referencia del país con diagnóstico de colecistitis aguda calculosa que haya recibido tratamiento quirúrgico, colecistectomía laparoscópica, durante el periodo de 01 enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2012. Del cual se tomaron los números de historias clínicas de los pacientes, y se prosiguió con la revisión de las historias clínicas.

Se elaboró una hoja de recolección de datos incluida en el Anexo N° 01 obtuvo información general de los pacientes.

V. RESULTADO

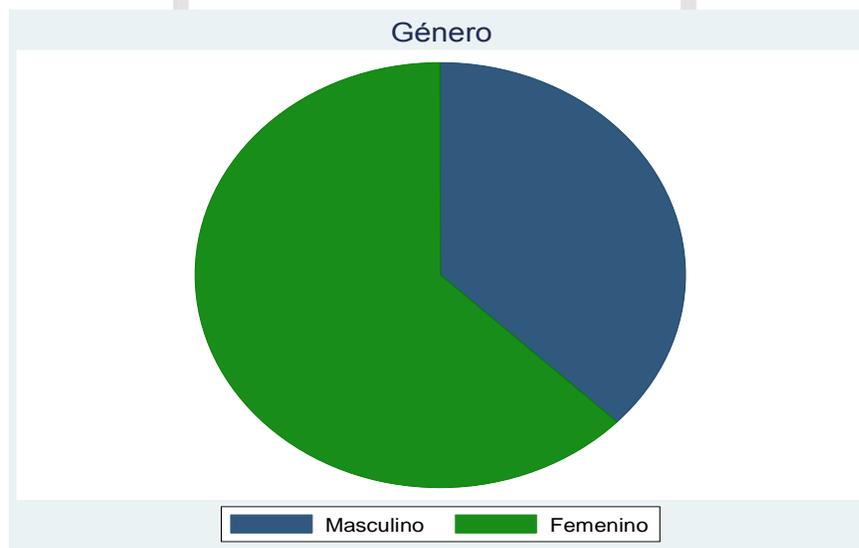
TABLA N° 01:

“Sexo de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	44	62.9
Femenino	26	37.1
Total	70	100.0

GRÁFICO N° 01:

“Sexo de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”



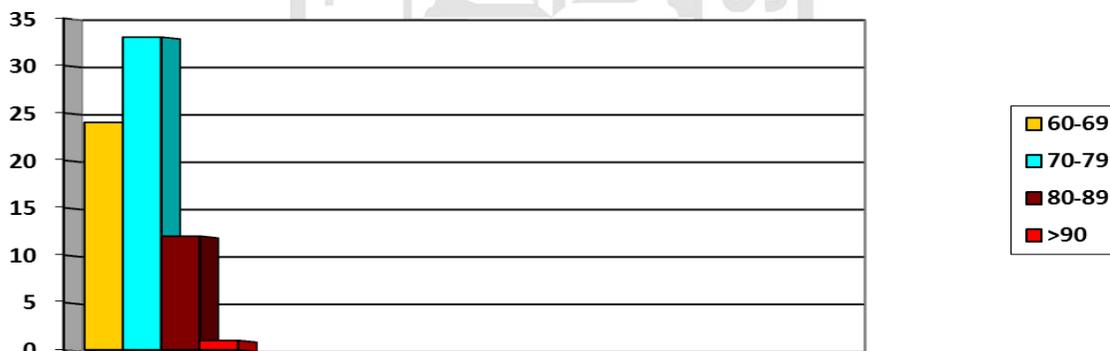
Comentario:

De los 70 pacientes con Colecistitis aguda calculosa que requirió manejo quirúrgico en el Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, en el 2013, 44 pacientes son de sexo masculino (62,2%), y 26 pacientes de sexo femenino (37,1%).

TABLA N° 02:
“Edad de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60 a 69	24	34.2
70 a 79	33	47.1
80 a 89	12	17.1
>90	1	1.5
Total	70	100

GRÁFICO N° 02:
“Edad de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”



Comentario:

Se ha podido encontrar que el rango mínimo es de 60 años y el rango máximo es de 94 años, se obtuvo una media de 71,8 años; al colocarlos en intervalos de 10 años se ha podido identificar que el intervalo de 60 a 69 años solo representó el 34,2%, el intervalo de 70 a 79 años representó 47.1%, el intervalo de 80 a 80 años representó 17.1%, y mayores de 90 años representó 1,5%.

TABLA N° 03:

“Comorbilidades de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

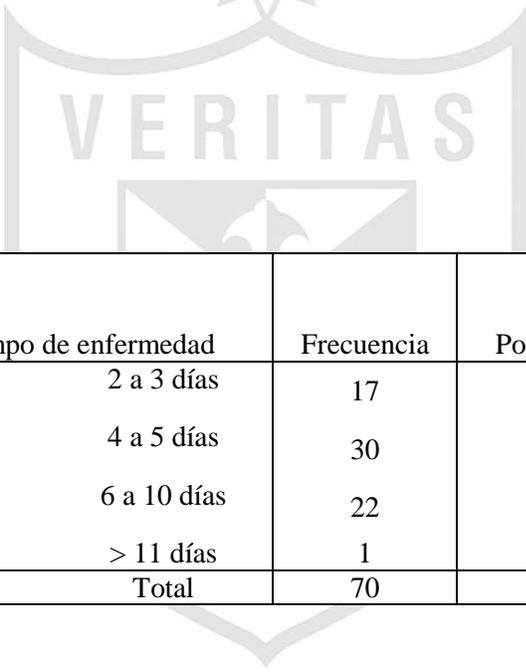
		Tipo de comorbilidad	Número de pacientes	porcentaje
Comorbilidades	no	--	8	11,42%
	sí	DM +OBESIDAD IMC >30	10	16%
		DM	25	40%
		OBESIDAD IMC>30	2	3%
		HTA	20	32%
		ENF.CVC -Arritmia -Portador de marcapaso -Fibrilacion	2	3%
		ENF. PULMONAR -EPOC EPID -ANTC. TBC	3	5%
		TOTAL SI	62	100%
TOTAL		70		

Comentario: En este cuadro se puede apreciar que 62 pacientes (88,57%) del estudio presentan comorbilidades, de las cuales el 40%(25pctes) son diabéticos y el 32% (20 pctes) son hipertensos).

TABLA N° 04:

“Tiempo de enfermedad de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

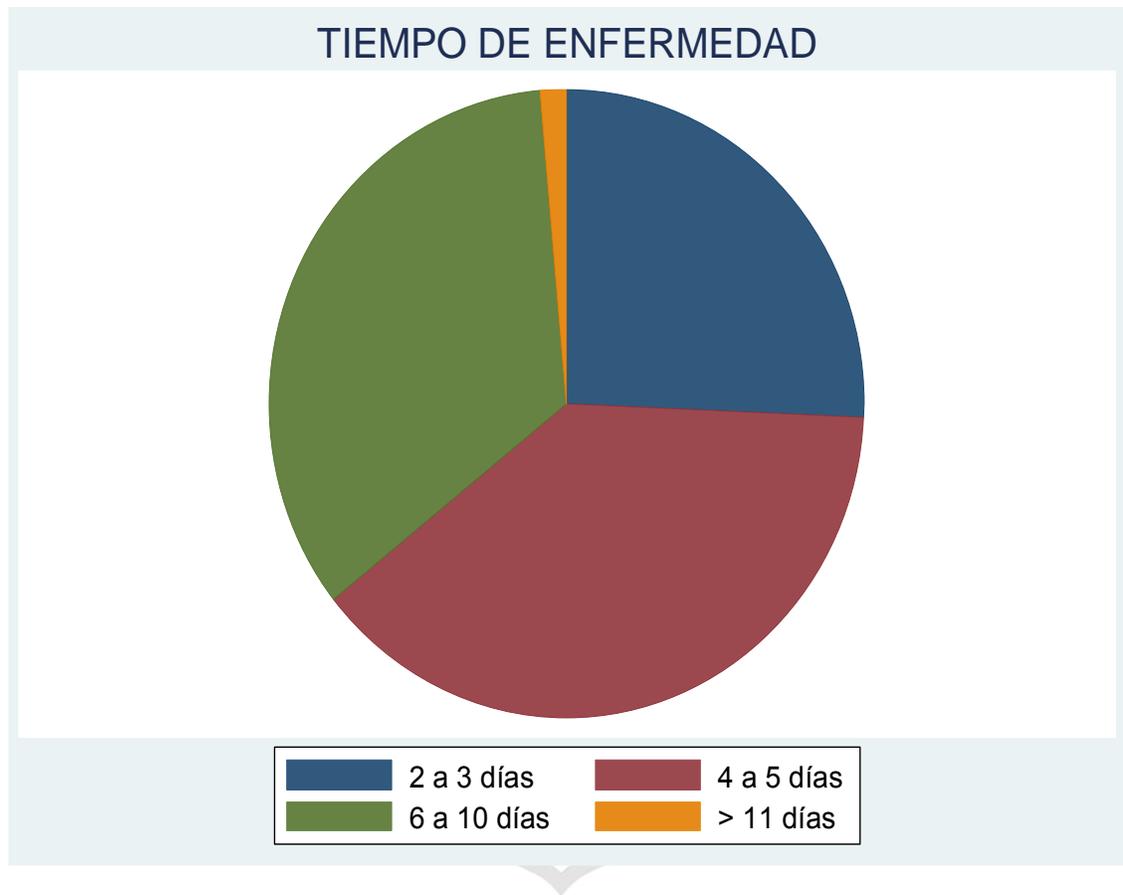
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Tiempo de enfermedad	70	2	11	5.28	2.3.9



Tiempo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
2 a 3 días	17	24,3
4 a 5 días	30	42,9
6 a 10 días	22	31,4
> 11 días	1	1,4
Total	70	100.0

GRÁFICO N° 04:

“Tiempo de enfermedad de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año 2012”



Comentario:

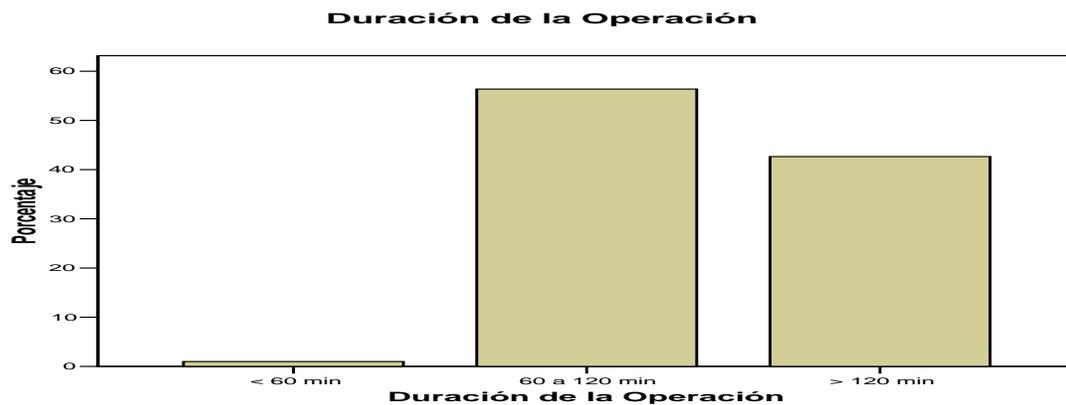
El tiempo de enfermedad que se encontró fue del rango mínimo de 2 días al rango máximo de 11 días, una media de 5,28 días, además el 24,3% (17) de los pacientes tuvo entre 2 a 3 días de enfermedad, el 42,9% (30) de pacientes entre 4 a 5 días, mientras que el 31,4%(22) entre 6 a 10 días de enfermedad y el 1,4%(1) más de 11 días.

TABLA N° 5:
“Tiempo operatorio de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Duración de la operación	70	50	220	119.40	34.254

Duración de la Operación	Frecuencia	Porcentaje
< 60 min	1	.9
60 a 120 min	39	56.4
> 120 min	30	42.6
Total	70	100.0

GRÁFICO N°5:
“Tiempo operatorio de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”



Comentario:

En el tiempo de duración de la cirugía se encontró que el rango mínimo de duración de la operación fue de 50 minutos (0,50 hr) y el rango máximo fue de 220 minutos (3,40 hr), una media de 119.40 minutos (1,59 hr), además (56,4%) 39 pacientes se operaron entre 60 a 120 min, seguido de 30 pacientes (42.6%) duró más de 120 min (más de 2 hrs).

TABLA N° 06:

“Complicaciones intraoperatorias de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

Tipo de complicaciones en el intraoperatorio		Frecuencia	Porcentaje	
Sin complicaciones		58	82.9%	
	Sangrado menor de 500cc	5	42%	17.1%
	Distorsión de la anatomía (adherencias, plastrón vesicular)	4	33%	
	Lesión de la vía biliar	3	25%	
	Total	12	100%	
Total		70	100.0	

Comentario:

Esta tabla representa las complicaciones intraoperatorias, así se tiene el 82,9% (58) no presentaron complicaciones; mientras que un 17.1 % (12) de los cuales, 42% (5) presento sangrado aproximado de 500cc, 33% (4) distorsión del anatomía y 25% (3) pacientes lesión de biliar.

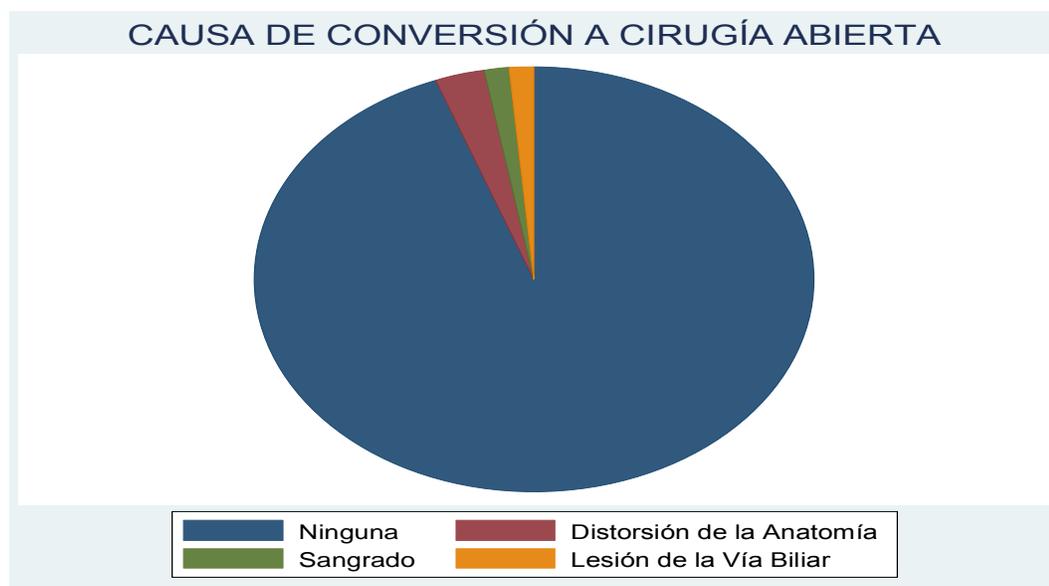
TABLA N° 07:
“Causa de conversión a cirugía abierta de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

Causa de conversión a cirugía abierta		Frecuencia	Porcentaje	
Ninguna		66	94.4%	
SI	Distorsión de la Anatomía (adherencias, plastrón vesicular)	2	50%	5.6%
	Sangrado	1	25%	
	Lesión de la vía biliar	1	25%	
	Total	4	100	
Total		70	100	

Comentario:

En este cuadro se representa que el 94.4% (66) no se realizó conversión a cirugía convencional y 5,6% (4) si necesitaron conversión a cirugía convencional.

GRÁFICO N° 07:
“Causa de conversión a cirugía abierta de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año 2012”



Comentario:

El 94,3% (66) no se realizó conversión a cirugía convencional, mientras que 5,6% (4) si necesitaron conversión a cirugía convencional, de los cuales el 2,8% (2) fue por Distorsión de la Anatomía, el 1,4% (1) fue por Sangrado y el 1,4% (1) fue por lesión de la vía biliar.

TABLA N°8:

“Relación entre tiempo operatorio y causa de conversión de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

CAUSA DE CONVERSIÓN	<60MIN	60-120MIN		>120MIN
DISTORSION DE ANATOMÍA (adherencias, plastrón vesicular)	---	2	80min	----
			90min	
SANGRADO APROX. DE 500CC	---	1	108min	----
LESIÓN DE VÍA BILIAR	----	1	120min	---
TOTAL		4		

Comentario:

Este cuadro representa el tiempo en minutos en que el cirujano decidió la conversión a cirugía convencional, de los cuales tenemos que los 4 pacientes están en el rango de 60 a 120 min. Teniéndose una media de 119 min. En la población de estudio.

TABLA N° 09

“Inicio de dieta de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

Inicio de dieta	Frecuencia	Porcentaje
< 24 horas	6	8.6
24 a 48 horas	55	78.6
> 48 horas	9	12.9
Total	70	100.0

GRÁFICO N° 09:

“Inicio de dieta de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”



Comentario:

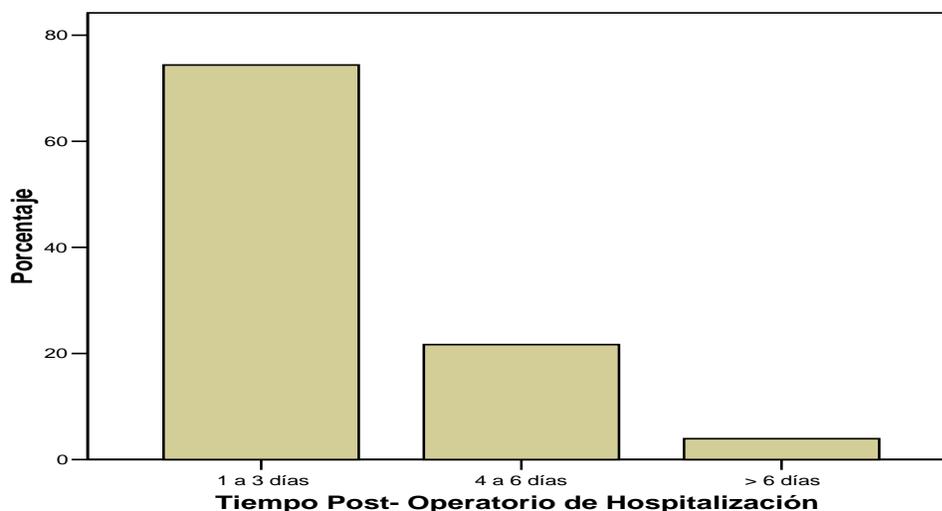
El inicio de la dieta dentro de las primeras 24 horas fue de 8.6% (6), mientras que el 78.6% (55) inicio la vía oral dentro de las 24 a 48 horas, y finalmente el 12.9% (9) inicio la dieta después de las 48 horas.

TABLA N° 10:
“Tiempo de hospitalización de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

Tiempo post-operatorio de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 días	38	54.0
4 a 6 días	22	32.0
> 6 días	10	14.0
Total	70	100.0

GRÁFICO N° 10:
“Tiempo de Hospitalización de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

Tiempo Post- Operatorio de Hospitalización



Comentario:

Los resultados obtenidos en cuanto al tiempo de hospitalización fueron de 54% (38) para 1 a 3 días postoperatorios, 22% (32) para 4 a 6 días postoperatorios y 14% (10) para más de 6 postoperatorios.

TABLA N°11:

“Relación entre comorbilidades y tiempo de hospitalización de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

Comorbilidades		1-3días		4 -6 días		>6días		TOTAL	
	DM + OBESIDAD	3		6		1		10	
	OBESIDAD IMC <30	1		1				2	
	DM	14		8		3		25	
	HTA	12		6		2		20	
	ENF. CVC			1		1		2	
	ENF. RESP.					3		3	
TOTAL		30	48%	22	35%	10	17%	62	100%

Comentario:

Los resultados obtenidos se tiene que los pacientes con comorbilidad son los que tienen hospitalización mayor de 4 días en un 45% (32pctes).

TABLA N° 12:

“Necesidad de reintervención quirúrgica de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

Reintervención quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
No	70	100.0
Sí	0	0.0
Total	70	100.0

Comentario:

En este estudio no se realizó ninguna reintervención en los 70 pacientes.

TABLA N° 13:

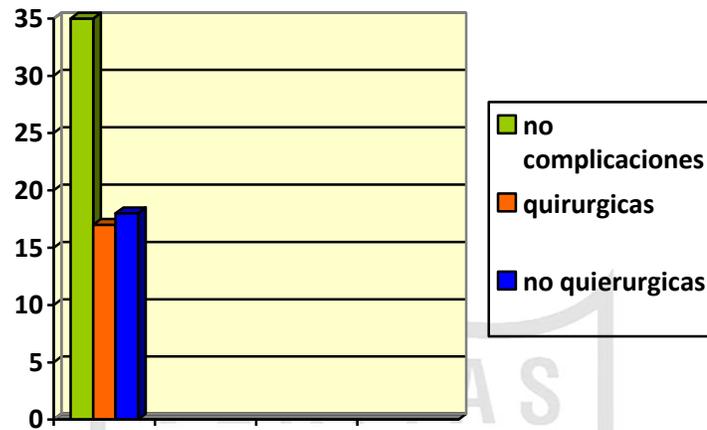
“Complicaciones postoperatorias de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

Tipo de complicaciones en el postoperatorio		Frecuencia	Porcentaje
NO complicaciones		35	50%
Sí	Complicaciones quirúrgicas	17	24.28%
	Complicaciones no quirúrgicas (por comorbilidades)	18	25.7%
	Total	70	100

Comentario:

De los 70 pacientes de este estudio se obtuvo, 50% (35) no tuvieron ninguna complicación postoperatoria, 24,28% (17) tuvieron complicaciones quirúrgicas esperadas propias de la cirugía 25,7% (18) tuvieron complicaciones no quirúrgicas fueron propias de la descompensación de sus comorbilidades.

GRÁFICO N° 13:
“Complicaciones postoperatorias de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año 2012



Comentario:

De los 70 pacientes de este estudio se obtuvo, 50% (35) no tuvieron ninguna complicación postoperatoria, 24,28% (17) tuvieron complicaciones quirúrgicas esperadas propias de la cirugía 25,7% (18) tuvieron complicaciones no quirúrgicas fueron propias de la descompensación de sus comorbilidades.

TABLA N°14

“Relación entre comorbilidades y complicaciones quirúrgicas de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012

	DM+ OBESIDAD >30	D M	OBESIDAD >30	HT A	ENF. CVC	ENF. RESP.	TOTA L
ITU	2	1				1	4
INFECCIÓN DE SITO OPERATORIO	1	1		2			4
TEP						1	1
COLEDOCOLITIS	1			1			2
FUGA BILIAR	1						1
PANCREATITIS		1		1			2
ILEO		1			1		2
ABSCESO RESIDUAL		1					1
	5	5		4	1	2	17 24.8%
TOTAL DE PCTES POR COMORBILIDAD	10	25	2	20	2	3	62 100%

Comentario:

En este cuadro se presenta la relación de comorbilidades y complicación quirúrgica así se tiene, 5 (5%) con DM +OBESIDAD >IM30, del total de 70, seguido por 5 DM (5%) del total de la población de estudio.

TABLA N°15

“Edad dividida de dos rangos de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012

Género	Frecuencia	Porcentaje
60 a 70 años	31	44.3
> 70 años	39	55.7
Total	70	100.0

GRÁFICO N° 11

“Edad dividida de dos rangos de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012



Comentario:

Se ha podido encontrar que en el rango de 60 a 70 años representa el 44,3%, mientras que los pacientes mayores de 70 años son aproximadamente el 55,7%, más de la mitad de la población de estudio.

TABLA N°16
“Relación entre los rangos de edad y las enfermedades concomitantes de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012

		Edad		
		60 a 70 años	> 70 años	Total
Enfermedad concomitante	No	6	2	8
		19,35 %	5.13%	11.43%
	Sí	25	37	62
		80,65%	94.87%	88.57%
Total		31	39	70
		100.0%	100.0%	100.0%

Comentario:

De los 70 pacientes con colecistitis aguda calculosa en el Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, en el año 2012, el 94,87% (37 pacientes) mayores de 70 años tuvieron enfermedades concomitantes.

TABLA N° 17

“Relación entre los rangos de edad y antecedentes quirúrgicos de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año 2012

		Edad		
		60 a 70 años	> 70 años	Total
Antecedentes quirúrgicos	No	19	14	33
		61.29 %	35.90%	47.14%
	Sí	12	25	37
		38.71%	64.10%	52.86%
Total		31	39	70
		100.0%	100.0%	100.0%

Comentario:

De los 70 pacientes con colecistitis aguda calculosa en el Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, en el año 2012, el 64,10% (25 pacientes) mayores de 70 años tuvieron antecedentes quirúrgicos.

TABLA N° 18
“Relación entre los rangos de edad y complicaciones intraoperatorias de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

		Edad		
		60 a 70 años	> 70 años	Total
Complicaciones intraoperatorias	NO	7	5	12
		22,58 %	12,82%	17,14%
	SI	24	34	58
		77,42%	87,18%	82,86%
Total		31	39	70
		100.0%	100.0%	100.0%

Comentario:

De los 70 pacientes con colecistitis aguda calculosa en el Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, en el año 2012, el 87,18% (34) mayores de 70 años tuvieron complicaciones intraoperatorias, seguido de 77,42% (24) de grupo de 60 a 70.

TABLA N° 19

“Relación entre los rangos de edad y complicaciones postoperatorias de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año2012”

		Edad		
		60 a 70 años	> 70 años	Total
Complicaciones postoperatorias	Quirúrgica	9	8	17
		29.03 %	20.51%	24.29%
	No quirúrgica	5	13	18
		16.13%	33.33%	25.71%
	Ninguna	17	18	35
		54.84%	46.15%	50.00
Total		31	39	70
		100.0%	100.0%	100.0%

Comentario:

De los 70 pacientes con colecistitis aguda calculosa en el Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, en el año 2012, el 33.33% (13) mayores de 70 años tuvieron complicaciones postoperatorias no quirúrgicas, mientras que el 29.03% (9) del rango de edad entre 60 a 70 años si tuvieron complicaciones postoperatorias quirúrgicas.

TABLA N° 20

“Relación entre los rangos de edad y conversión a cirugía abierta de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año 2012”

		Edad		
		60 a 70 años	> 70 años	Total
Conversión a cirugía abierta	No	31	35	66
		100.0 %	89.74%	94.29%
	Sí	0	4	4
		0.00%	10.26%	5.71%
Total		31	39	70
		100.0%	100.0%	100.0%

Comentario:

De los 70 pacientes con colecistitis aguda calculosa en el Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, en el año 2012, el 10.26% (4) mayores de 70 años requirieron conversión a cirugía convencional, mientras que el 100.0% (31) del rango de edad entre 60 a 70 años no requirieron conversión.

TABLA N° 21

“Relación entre los rangos de edad y el inicio de la dieta de los adultos mayores con colecistectomía laparoscópica de emergencia por colecistitis aguda calculosa en el hospital central de la P.N.P “LUIS N. SAENZ” en el año 2012”

		Edad		
		60 a 70 años	> 70 años	Total
Inicio de dieta	< 24 hrs	5	1	6
		16,13 %	2,56%	8,57%
	24 a 48 hrs	24	31	55
		77,42%	79,49%	78,57%
	> 48 hrs	2	7	9
		6,45	17,95	12,86
Total		31	39	70
		100.0%	100.0%	100.0%

Comentario:

De los 70 pacientes con colecistitis aguda calculosa en el Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, en el año 2012, el 17,95% (7 pacientes) mayores de 70 años iniciaron la vía oral después de las 48 horas, mientras que el 77,42% (24 pacientes) del rango de edad entre 60 a 70 años iniciaron la vía oral dentro de las 24 a 48 horas,

VI. DISCUSIÓN:

En las 70 historias revisadas Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, se ha identificado una mayor frecuencia en la población masculina en comparación con la población femenina, encontrándose una frecuencia de 62% (44 pacientes) y 37,1% (26 pacientes) respectivamente. En un estudio multicéntrico, prospectivo, transversal y descriptivo, de pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma consecutiva por presentar colelitiasis durante el año 2008, se encontró un predominio del sexo femenino en 68,3% (19). Otro estudio que evaluó las primeras 1.000 colecistectomías laparoscópicas realizadas en un servicio de cirugía de un hospital de España entre febrero de 1992 y abril de 2000, se encontró que el 79% eran mujeres (15,20). En un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, efectuado en los pacientes egresados por causa biliar en el Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2003, la proporción mujer/varón (M/V) varió según la edad variando de 7/1 en los menores de 40 años a 2,3/1 en los mayores de 61 años (16).

De las 70 historias revisadas Hospital Nacional P.N.P “Luis N. Saenz”, se ha podido encontrar que el rango mínimo de edad es de 60 años y el rango máximo es de 91 años, al colocarlos en intervalos de 10 años se ha podido identificar que el intervalo de 60 a 69 años solo representó el 34.2%, el intervalo de 70 a 79 años representó 47.1%, el intervalo de 80 a 89 años representó 17,1%, y los mayores de

90 años representó el ,5%. En un trabajo multicéntrico, prospectivo, transversal y descriptivo durante el año 2002, se ha identificado que la edad media ha sido de 55,69 años con unos valores extremos que han oscilado entre los 17 y 88 años, una mediana de 58 y una moda de 69 (19). Otro estudio similar que evaluó las primeras 1.000 colecistectomías laparoscópicas entre febrero de 1992 y abril de 2000, encontró que edad media de los enfermos es de 51 años, con límites de 9-87 años (20). Un artículo de investigación publicado en la BMC Surgery 2006, encontró que la edad media fue de 56 años con un rango de edad de 45 a 68 años (21). En Cuba se realizó un estudio retrospectivo descriptivo con el objetivo de conocer la prevalencia de complicaciones tras las colecistectomías en el Hospital Docente “Miguel Enríquez”, en el período de 1998 a septiembre de 2005, se encontró que la media geométrica fue de 51 años, la mediana de 55, la edad mínima de 16 y la máxima de 102 años (12).

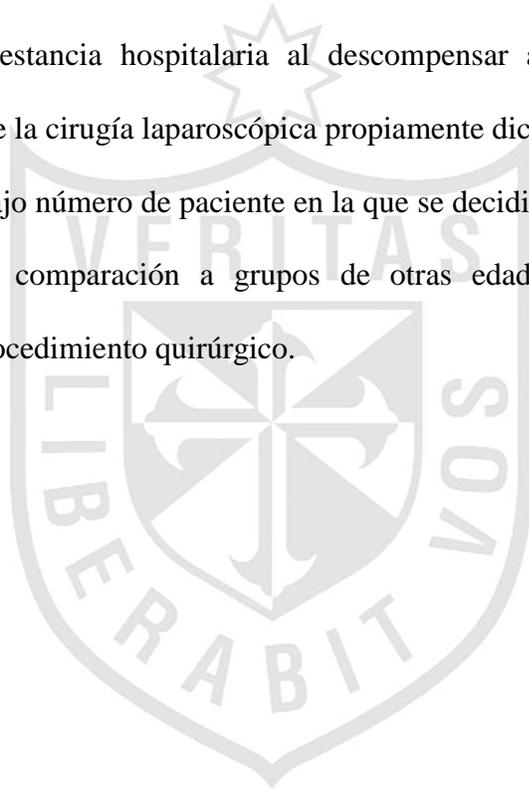
-La cirugía laparoscopia es extensamente aceptada como tratamiento de colecistitis aguda calculosa, sin embargo para los datos presentados resulta limitada la población de estudio

-EL estudio confirma la literatura revisada, la seguridad de este procedimiento en adultos mayores, con comorbilidades y baja mortalidad.

-Se encontraron complicaciones propias de la cirugía como: ITU, infección de sitio operatorio, TEP, coledocolitiasis residual y fuga biliar de rafia de colédoco, todas estas fueron resueltas favorablemente.

-El análisis identifico comorbilidades que son factores de riesgo independientes asociados como: HTA, DCV, Arritmias, DM, EPOC, obesidad; las cuales prolongaron la estancia hospitalaria al descompensar al paciente, no así el procedimiento de la cirugía laparoscópica propiamente dicha.

-Se obtuvo un bajo número de paciente en la que se decidió la conversión a cirugía laparoscopia en comparación a grupos de otras edades sometidos al mismo diagnóstico y procedimiento quirúrgico.



VII. LIMITACIONES

La principal limitación de nuestro estudio fueron las historias clínicas, por la forma de plasmar los datos del paciente al momento de realizarlas por los médicos.

Se recomienda a los investigadores tener presente este punto al momento de realizar sus investigaciones.



VIII. CONCLUSIONES

- En el estudio se ha encontrado 62 pacientes (88,57%) que presentan comorbilidades, de las cuales el 46%(25) son diabéticos, el 32% (20) son hipertensos, 16% (10) tienen diabetes y obesidad, 5% (3) presentaron enfermedad pulmonar como EPOC, EPID y antecedente de TBC.
- El tiempo de enfermedad que se encontró fue del rango mínimo de 2 días al rango máximo de 11 días, una media de 5,28 días, el 42.9% (30) de pacientes entre 4 a 5 días
- En el tiempo de duración de la cirugía tuvo una media de 119,40 minutos (1.59 hr).
- En este cuadro se representa que el 94,4% (66) no se realizó conversión a cirugía convencional y 5,6% (4) si necesitaron conversión a cirugía convencional. El 2.8% (2) fue por Distorsión de la Anatomía, el 1,4% (1) fue por Sangrado y el 1,4% (1) fue por lesión de la vía biliar.
- El tiempo en minutos en que el cirujano decidió la conversión a cirugía convencional están en el rango de 60 a 120 min. Teniéndose una media de 119 min. En la población de estudio.
 - El Inicio de la Dieta en el presente estudio fue de 78,6% (55 pacientes) inicio la vía oral dentro de las 24 a 48 horas, seguido de 12,9% (9

pacientes) inicio la dieta después de las 48 horas. El Tiempo de Hospitalización se dio en 54% (38 pacientes) de 1 a 3 días, seguido 22% (32 pacientes) y solo un paciente de 91 con complicaciones pulmonares se quedó hospitalizada > 6 días (11Dias).

- Los pacientes con comorbilidad son los que tienen más de 4 días de hospitalización en un 45% (32) con respecto el total de pacientes de estudio.
- El 50% (35) no tuvieron ninguna complicación postoperatoria, 24,28% (17) tuvieron complicaciones quirúrgicas esperadas propias de la cirugía 25,7% (18) tuvieron complicaciones no quirúrgicas fueron propias de la descompensación de sus comorbilidades.
- La relación de comorbilidades y complicación quirúrgica se obtuvo, 5 (5%) con DM +OBESIDAD >IM30, del total de 70 pacientes, seguido por 5 DM (5%) del total de la población de estudio.

-De las complicaciones quirúrgica como: Itu (4) e infección (4) de sitio operatorio se cambió de antibiótico y drenó seromas; paciente con TEP (1pcte) ingresó al área de cirugía crítico para monitoreo y aporte ventilatorio; pacientes (3) con coledocolitiasis y fuga biliar se resolvieron por CPRE; pacientes con pancreatitis aguda leve (2) se dio manejo

médico; pacientes (2) con ileo manejo medico; paciente (1) de absceso residual se roto antibiótico de amplia espectro,

-El 33,33% (13 pacientes) mayores de 70 años tuvieron complicaciones postoperatorias no quirúrgicas, del total de 37pacientes que tiene comorbilidades en este estudio en este grupo de edad.

- El grupo de mayores de 70 años tuvieron complicaciones intraoperatorias en un 87,18% (34), seguido de 77,42% (24) de grupo de 60 a 70.

-Los 4 pacientes que requirieron conversión a cirugía convencional fueron del grupo de mayores de 70 años.

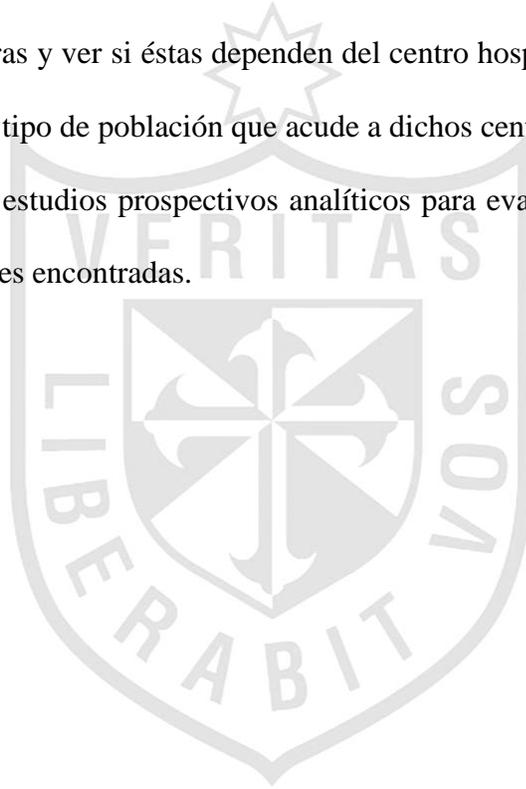
-El 77,42% (24 pacientes) del grupo de edad entre 60 a 70 años iniciaron la vía oral dentro de las 24 a 48 horas.

-En este estudio no se realizó ninguna re intervención en los 70 pacientes.

IX. RECOMENDACIONES

Se recomienda investigar más sobre este tema en nuestro país, además de los probables factores asociados de nuestra población a estas patologías empleando metodologías adecuadas para esto, ya sea en otros hospitales para así poder comparar las cifras y ver si éstas dependen del centro hospitalario, o son similares, dependiendo del tipo de población que acude a dichos centros.

Se debe realizar estudios prospectivos analíticos para evaluar la asociación de las principales fuentes encontradas.



X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectomía Laparoscopia en Pacientes Mayores de 70 años Nuestra Experiencia en 176 casos; Pérez Lara, R. y colb. Service of Digestive Surgery. Hospital de Antequera. Málaga, Spain. 2006.
2. Outcome analysis of laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and older with complicated gallstone disease; Leandros E, Alexakis N, Archontovasilis F. PubMed - indexed for MEDLINE 2007.
3. Colectitis Aguda y colectomía Laparoscópica en el Paciente Anciano; Bueno Lledo, Javier; Vaque Urbaneja, Javier y colb; PubMed - indexed for MEDLINE 2007.
4. Colectomía Laparoscópica: experiencia de 10 años en Hospital clínico Pontificia Universidad Católica de Chile; Ibañez A.Luis; Escalona Alex y colb; 2007.
5. Colectomía Videolaparoscópica en paciente Geriátrico; Montalvo Flisfisch,C; Caglevic, Leiva y colb. ET.AL. (2008).
6. Colectomía Laparoscópica en pacientes Mayores de 80 años, Jesús Ladra M; Rojo Yago y colb. Servicio de Cirugía General, Hospital Clínico Universitario, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España. (2009).

7. **Colecistectomía Laparoscópica en Pacientes Octogenarios**, Sánchez-Beorlegui, Jesús; y colb; Servicio de Cirugía General y Digestiva, Fundación Hospital de Calahorra, Calahorra, La Rioja, España. 2009.
8. **Colecistectomía de Urgencia por Laparoscopia por Colecistitis Aguda en Adultos Mayores**, Carlos Domínguez, Luis y colbs. Departamento de Cirugía, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia. (2010).
9. **Is cholecystectomy necessary after endoscopic treatment of bile duct stones in patients older than 80 years of age?**, Yasui T, Takahata S, y colb. PubMed - indexed for MEDLINE (2011).
10. **Frailty predicts outcome of elective laparoscopic cholecystectomy in geriatric patients**; Lasithiotakis K, Petrakis, J y colb. PubMed - indexed for MEDLINE (2012)
11. **Outcomes of cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis in octogenarians** Nikfarjan M, Yeo D, y colb. PubMed - indexed for MEDLINE (2013).
12. **Advantages of early cholecystectomy in clinical practice of a tertiary care center**; Barcelo M, Cruz Santamaria DM, Alba Lopez C, y colb. PubMed - indexed for MEDLINE (2013).

13. Complicaciones de la Colectomía Laparoscópica en el Servicio de Cirugía General del Hospital Arzobispo Loayza; Villanueva Álvarez, armando; (2009).
14. Prevalencia de colecistectomía laparoscópica convertida en el Servicio de Cirugía del Hospital de Emergencias Grau; Pinto Paz Mirian, Niño Cotrina Renald (2000-2005).
15. Laparoscopic cholecystectomy in octogenarian patients. Comparative study between two geriatric population groups; Sánchez Jesus, Beorlegui, Soriano Pablo, Monsalve Eduardo, and cols. Servicio de Cirugía General y Digestiva, Fundación Hospital de Calahorra, Calahorra, La Rioja, España. Elsevier (2009).
16. OMS definición (2012) Catalogación hecha por el Centro de Documentación OPS/OMS en el Perú - MINSA.

ANEXO N° 1
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE EMERGENCIA POR
COLECISTITIS AGUDA CALCULOSA EN PACIENTES ADULTOS
MAYORES EN EL HOSPITAL NACIONAL P.N.P “LUIS N. SAENZ”
DURANTE EL AÑO 2012

1. Datos generales:

1.1. Fecha de Ingreso : _____

1.2. Fecha de Egreso : _____

1.3 Fecha de Ingreso a SOP: _____

1.4. N° de Historia Clínica: _____

1.5. Tiempo de Enfermedad: _____

1.6. Género: _____

0. Masculino

1. Femenino

1.7. Edad : _____

2. Datos de Antecedentes:

2.1. Presencia de Obesidad:

0. No.

1. Sí.

99. Missing

2.2 . Presencia de DM:

0. No

1. Sí

99. Missing

2.3 Presencia de Enfermedad Respiratoria:

0. No

1. Sí

99. Missing

2.4 Presencia de Enfermedad Cardiovascular:

0. No

1. Sí

99. Missing

2.5 Presencia de HTA:

0.No

1. Sí

99. Missing

- 3 Diagnóstico Preoperatorio: _____
- 4 Diagnóstico Postoperatorio: _____
- 5 Diagnóstico Anatomopatológico _____

6. Duración de la Operación: _____

7. Tipo de Colectomía realizada:
- 0. Laparoscópica
 - 1. Conversión a Cirugía Abierta
 - 99. Missing
- Otros procedimientos realizados, especificar: _____

8. Tiempo Post Operatorio de Hospitalización:
 - Número de días de hospitalización:

9. Tipo de Complicaciones Intraoperatorias:
- 0. Sin Complicación
 - 1. Sangrado < 500cc
 - 2. Lesión de Vías Biliares
 - 3. Conversión a Laparotomía

10. Tipo de Complicaciones Postoperatorias:
- 0. Sin Complicación
 - 1. Infección del Sitio Operatorio
 - 2. Fístula Biliar
 - 3. Coledocolitiasis Residual
 - 4. Pancreatitis Biliar
 - 5. Infección del Tracto Urinario

11. Reintervención Quirúrgica:
- 1. No
 - 2. Sí
- Si la respuesta es 2, especificar el tipo de procedimiento: _____

12. Inicio de la Dieta: _____