



**REPÚBLICA DE CUBA**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
"Dr. JOSÉ ASSEF YARA" CIEGO DE ÁVILA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO**

**"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ" MORÓN**

**Colecistectomía laparoscópica en el paciente geriátrico portador de  
Litiasis Vesicular.  
(2005-2007)**

**Autora: Dra. Raysa Quintero Ravelo.  
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.  
Residente de Cirugía General.**

**Tutor: MsC. Dr. Claudio P. Cordero Jiménez.  
Especialista de Segundo Grado en Cirugía General.  
Profesor Auxiliar.**

**Asesor: MsC. Dr. Pablo G. Valdés Mesa.  
Especialista de Segundo Grado en Cirugía General.  
Profesor Auxiliar.**

**En opción al Título de Especialista de Primer Grado en  
Cirugía General.**

**Ciudad de Morón, 2010**

## Pensamiento

*Ningún ser humano tiene deseo real de envejecer. Tampoco hay ningún ser racional capaz de contemplar con ecuanimidad la decadencia gradual de su eficiencia física y nadie puede permanecer impávido ante el deterioro progresivo de su apariencia física, mientras la naturaleza graba en ellos sus crudas marcas de la edad.*

Peter Rothschild.

## Dedicatoria

*A mi hija: Por ser la razón de mi vivir.*

*A su padre: Por acompañarme en el caminar de la vida y darme aliento y fuerzas para continuar; aunque ya no esté con nosotras.*

*A mi madre: Por haberme formado y haberme dado lo que tengo y lo que soy. Por su gran amor.*

*A mi hermana: Por apoyarme y ayudarme siempre de forma incondicional.*

*A toda mi familia.*

## **Agradecimientos**

*A mis profesores y compañeros: Por mostrarme el camino a seguir para llegar hasta aquí. En especial a mis tutores por dedicar parte de su tiempo y ayudarme en la realización de este trabajo.*

## Resumen.

Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo longitudinal cuantitativo a una muestra de 80 pacientes portadores de litiasis vesicular que fueron intervenidos por cirugía laparoscópica en el Hospital Universitario "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" de Morón, en Ciego de Ávila en el periodo comprendido entre el 1º de Enero del 2005 y el 31 de Diciembre del 2007 con el objetivo de conocer el comportamiento de algunas variables en relación al tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular por vía laparoscópica en el paciente geriátrico. Predominando el sexo femenino con el 87.50% y el color de la piel blanco con un 62.50%, la Hipertensión Arterial como enfermedad asociada constituyó el factor de riesgo más significativo en un 48.75% de los pacientes, el dolor en hipocondrio derecho con un 70.00% constituyó el síntoma más representativo. Al 100% de los pacientes se les realizó complementarios de rutina según protocolo nacional y al 7.50% se les realizó glicemia por el antecedente de Diabetes Mellitus. El 58.50% fue operado en un tiempo quirúrgico que osciló entre los 30 y 60 minutos, la complicación transoperatoria más frecuente fue la apertura de la vesícula biliar al disecarla con un 16.25% y postoperatoria la sepsis de la herida quirúrgica con un 2.50%. El 98.75% de los pacientes egresó curado en las primeras 24 horas y el 78.75% se incorporó a las actividades cotidianas entre los 15 y 30 días posteriores al alta.

**PALABRAS CLAVE:** Cirugía Laparoscópica, Litiasis Vesicular, Paciente Geriátrico.

# Índice.

Introducción	1
Marco teórico	5
Objetivos	8
Control semántico	9
Material y método	10
Análisis y discusión de los resultados	13
Conclusiones	25
Referencias bibliográficas	26
Bibliografía	30
Anexos	31

## Introducción.

La litiasis vesicular es la entidad caracterizada por la presencia de cálculos en la vesícula biliar. A esta enfermedad están asociados varios factores de riesgo; dentro de los cuales encontramos la obesidad, la multiparidad, el sexo, la raza, los trastornos metabólicos y la situación geográfica.<sup>1-3</sup>

La enfermedad vesicular es común en nuestro medio. Aproximadamente el 20% de nuestros pacientes presentan litiasis vesicular. Se ha demostrado que la prevalencia de cálculos biliares se relaciona directamente con el paso de la edad; así mismo se sabe que conforme aumenta la edad crece el número de patologías asociadas.<sup>4-8</sup>

En cualquier grupo de edad; siempre que se diagnostique una litiasis vesicular, el tratamiento de elección es el quirúrgico; ya sea por el método convencional o por vía endoscópica.<sup>1-3</sup> En estudios realizados se ha comprobado las múltiples ventajas que sobre el método convencional, presenta la Colecistectomía Endoscópica Video Asistida (CEVA).<sup>9-13</sup>

Este método comienza su historia en 1805, cuando Bouzzini crea el primer endoscopio para visualizar la vejiga; pero no es hasta 1867 que aparece la primera fuente de luz. En 1880 Edison fabrica un bulbo incandescente y ya en 1887 un citoscopio fabricado por el señor Nitze. Cursa el año 1901 cuando se conoce el primer laparoscopio y se realiza la primera laparoscopia en perros por los Drs. Ott y Kelling.

Durante el transcurso de 1910 el Dr. Jacobeus realiza la primera Laparoscopia y Toracoscopia en Humanos. En EE.UU. se utiliza el O<sub>2</sub> y el CO<sub>2</sub> para la realización del neumoperitoneo en 1933 y a partir de entonces se comienza a utilizar este método

para la realización de apendicectomías, colecistectomías y tratamiento de lesiones cavitarias de Tuberculosis en países como EE.UU., Suiza, Francia y Alemania; hasta 1988 en que se populariza la utilización del video por los Drs. Dubois y Perissat, y es cuando se comienza a utilizar este método en otras partes del mundo como Carolina del Norte, Inglaterra y California. En Latinoamérica se comienza a utilizar en 1990 y los primeros países fueron Brasil, México, Chile, Argentina, Venezuela y Ecuador.<sup>14-15</sup>

En lo que a nuestro país respecta desde 1940 se comenzó a utilizar la laparoscopia como medio diagnóstico y en 1950 el profesor Raimundo Llanio realiza la primera laparoscopia con O<sub>2</sub> y anestesia local. En 1975 el Dr. Llanio y sus colaboradores utilizan la laparoscopia para realizar lisis de adherencias y cirugía del ovario. Más tarde el Dr. Nelson Rodríguez usa el CO<sub>2</sub> y la anestesia general para operaciones Ginecológicas por laparoscopias.

En la década del 90 se comienza a realizar las colecistectomías laparoscópicas en hospitales de Santi Spíritus, La Habana y Santiago de Cuba. A partir del año 1996 se continúa incorporando provincias al desarrollo técnico en la cirugía endoscópica intracavitaria e intraluminal.<sup>14, 16</sup>

El 13 de Agosto de 1998; en conmemoración al cumpleaños del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, se lleva a cabo la primera Colecistectomía Laparoscópica Video Asistida en el Hospital Provincial "Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila por los Drs. Bermúdez y Candelario. El 30 de Junio de 2003 los Drs. Cordero y Contreras realizan la primera Colecistectomía Laparoscópica Video Asistida en nuestro Hospital Provincial "Roberto Rodríguez Fernández"; realizándose hasta la fecha un total de 603 intervenciones por este método.

En nuestro país por su eficacia, bajo costo, escasas molestias, su superioridad estética con relación al procedimiento quirúrgico y la disminución de los riesgos que conlleva una anestesia general, el proceder se ha ganado la más amplia aceptación de los pacientes.

Hace unos años éramos conservadores a la hora de una intervención quirúrgica en el anciano dado que las condiciones acompañantes determinaban aumento de la morbimortalidad asociada a la cirugía. Actualmente, los recientes avances en la práctica de la anestesia y el establecimiento de técnicas mínimamente invasivas en cirugía han desembocado en una disminución de la morbimortalidad.<sup>8, 17</sup>

Como cirujanos generales nuestro enfoque está dirigido a optimizar y brindar una atención de mayor calidad a la población anciana seleccionando la técnica quirúrgica más adecuada para ellos. Es por esto que nos vimos motivados a realizar este estudio en la cirugía electiva de litiasis vesicular en el paciente anciano.

### PROBLEMA CIENTÍFICO.

¿Cómo conocer el comportamiento de la colecistectomía laparoscópica en el paciente geriátrico portador de litiasis vesicular en el Hospital Universitario Capitán “Roberto Rodríguez Fernández” de Morón durante el período comprendido entre el 1º de Enero de 2005 y 31 de Diciembre de 2007?

### PREGUNTAS INVESTIGATIVAS.

¿Qué fundamentos teóricos sirven de sustento al desarrollo histórico de la colecistectomía laparoscópica para el tratamiento de la Litiasis Vesicular y particularmente en el anciano?

¿Cómo sería la evolución de los pacientes ancianos portadores de litiasis vesicular operados por colecistectomía laparoscópica?

## Marco teórico.

La litiasis vesicular es muy frecuente en nuestro medio y se caracteriza por la presencia de cálculos en la vesícula biliar. Mencionamos con anterioridad que tiene una incidencia de hasta un 20% en nuestros pacientes y que conforme aumenta la edad crece la prevalencia de los cálculos biliares.<sup>4-8</sup> En efecto a los 75 años una de cada tres personas pueden tener cálculos en la vesícula y a los 90 años podrían estar presentes hasta en el 80%.<sup>7, 18</sup>

En la literatura actual se recogen datos de la incidencia que aumenta con el sexo femenino y predomina en el color de la piel blanco. Otros de los factores de riesgo son la multiparidad, la obesidad y los antecedentes familiares de litiasis.<sup>5, 9, 13, 21</sup>

Dentro de los principales síntomas que se recogen encontramos el cólico hepático, muchas veces como único síntoma; además podemos encontrar trastornos dispépticos después de la ingestión de colecistoquinéticos dados por náuseas, vómitos, diarreas, aerocolia, aerogastria y hasta antecedentes clínicos de colecistitis aguda. Al examen físico no se encuentran signos con mucha frecuencia y cuando aparecen son la ictericia, punto de Murphy doloroso o signos de alguna complicación que pudiera presentar el paciente.<sup>13, 23, 24, 29</sup>

Se ha encontrado en los pacientes ancianos un número mayor de complicaciones propias de la enfermedad litiásica, tales como vesícula escleroatrófica, fístula colecistocolónica y colelitiasis. Así mismo se sabe que al aumentar la edad aumenta el número de patologías asociadas. Dentro de las más frecuentes encontramos las cardiovasculares, la hipertensión arterial (HTA) y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC).<sup>8, 19-23, 29</sup>

En la actualidad la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección de la litiasis vesicular sintomática, por sus indiscutibles ventajas frente a la colecistectomía convencional. Ventajas potenciales cuando se aplica este procedimiento al paciente geriátrico. Dentro de estas ventajas encontramos la disminución considerable del tiempo quirúrgico, con lo que también se disminuyen las complicaciones trans y post operatorias.<sup>5, 8-10, 24-27</sup> Estas complicaciones las precisaremos a medida que se desarrolle nuestro trabajo.

En cualquier estudio comparativo entre cirugía laparoscópica y 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 morbimortalidad postoperatoria y una reducción del costo.<sup>8, 9, 24, 25, 33</sup>

Para la realización de este método se precisa como requerimiento técnico; la posición del paciente en decúbito dorsal con Trendelenburg y Side izquierdo. El cirujano se coloca a la izquierda del paciente y el camarógrafo entre las piernas del mismo. El proceder se realiza bajo anestesia general lo que permite la intubación endotraqueal y la ventilación con presión positiva combinada con una excelente relajación abdominal. Se induce neumoperitoneo con CO<sub>2</sub> a presiones de 12-15 mmHg a través de aguja de Veress colocada en región umbilical, utilizando insuflador automático. El ritmo habitual del flujo es de 1 l / min. y de 2-3 litros de gas en total son suficientes; la presión intraabdominal debe siempre mantenerse a un nivel inferior a los 20 mmHg. Luego se extrae la aguja de Veress y se coloca en el mismo

sitio el primer trócar de 10 mm por donde se introduce la cámara y se realiza la laparoscopia. Se coloca bajo visión laparoscópica restantes tres puertos de 10 y 5 mm en línea recta a 2-3 cm. de la parrilla costal derecha. Esta posición de los trócares nos permite realizar incisión de Kochert en caso de necesidad de conversión de la cirugía. Se disecciona el triángulo de Calot para localizar conducto cístico y arteria cística los cuales se clipan y se seccionan. Se realiza colecistectomía de cuello a fondo con el Hood y extracción de la vesícula por vía epigástrica. Al finalizar el procedimiento se retira las pinzas del campo y el laparoscopio, se deja salir el gas y luego se retiran las vainas de los trócares. El defecto creado en la aponeurosis y en la piel se cierra con sutura no absorbible.<sup>8, 13, 24, 34</sup> A diferencia de otros hospitales en nuestro centro no realizamos colangiografía transoperatorias pues no contamos con instrumental requerido para la misma.

Al realizar este estudio también evaluamos nuestros resultados en el periodo que comprende dicho trabajo.

## Objetivos.

### General.

- Evaluar el comportamiento de algunas variables en relación al tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular por colecistectomía laparoscópica en pacientes geriátricos en el Hospital Universitario Capitán “Roberto Rodríguez Fernández” de Morón en el período comprendido entre 1º de Enero de 2005 y 31 de Diciembre de 2007.

### Específicos.

1. Distribuir a los pacientes intervenidos según:
  - 1.1- Sexo.
  - 1.2- Color de la piel.
  - 1.3- Factores de riesgo.
2. Precisar el estado clínico de estos pacientes de acuerdo con:
  - 2.1- Principales síntomas y signos.
  - 2.2- Exámenes complementarios utilizados.
  - 2.3- Datos imagenológicos.
3. Determinar el tiempo quirúrgico para cada paciente.
4. Identificar las principales complicaciones trans y post operatorias.
5. Determinar la estadía hospitalaria y el estado al egreso de los pacientes.
6. Precisar tiempo de incorporación a las actividades cotidianas para cada caso.

Control semántico.

Cirugía laparoscópica: Intervención que se realiza con la insuflación de un gas en el abdomen y se desarrolla bajo visión directa por cámara de micro video que permite visualizar estructuras internas.

Paciente geriátrico: Mayores de 60 años.

Neumoperitoneo: Entrada de gas dentro de la cavidad abdominal con el consecuente aumento de la presión intraabdominal.

Cirugía Ambulatoria: Conjunto de procedimientos quirúrgicos con rápida recuperación y sin limitaciones de funciones básicas que permite el alta del paciente en 24 horas o antes.

Egreso precoz: Alta que se realiza en los primeros días del período postoperatorio, según la magnitud del procedimiento realizado.

## Material y método.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de tipo longitudinal cuantitativo; en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Capitán “Roberto Rodríguez” de Morón provincia de Ciego de Avila; en el período comprendido entre el 1º de Enero de 2005 hasta el 31 de Diciembre de 2007. El universo quedó constituido por 260 pacientes ingresados de forma electiva con diagnóstico de Colelitiasis y la muestra por 80 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

### Criterio de inclusión:

Pacientes mayores de 60 años operados por colecistectomía laparoscópica portadores de litiasis vesicular.

### Criterios de exclusión:

Pacientes operados por colecistectomía laparoscópica menores de 60 años.

Pacientes operados por colecistectomía laparoscópica que no presentan litiasis vesicular.

Pacientes operados de Litiasis vesicular que no cumplen los criterios de cirugía laparoscópica.

### Criterio de salida:

Pacientes en los cuales no es posible continuar con la técnica laparoscópica y es necesaria la cirugía convencional.

A todos los pacientes se les realizaron estudios clínicos, humorales e imagenológicos antes de su ingreso y se incluyeron los que presentaban sospecha

clínica, humoral y/o imagenológica de colelitiasis. La preparación preoperatoria se realizó de forma ambulatoria; los pacientes ingresaron el mismo día de su intervención.

A cada paciente se le realizó una entrevista en la cual firmaron su acta de consentimiento y se recogió los datos para el llenado de la encuesta y la confección de la historia clínica (Anexos).

De esta forma comenzó la recolección de los datos en el preoperatorio y se continuó durante el trans y postoperatorio para culminar en consulta externa.

Las variables que se estudiaron fueron sexo, color de la piel, enfermedad asociada, factores de riesgo, principales síntomas, signos más frecuentes, exámenes de laboratorio e imagenológico, tiempo quirúrgico, complicaciones trans y postoperatorias, estadía hospitalaria, resultado al alta e incapacidad laboral.

Esta investigación fue realizada según los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila y respetando los principios éticos de la investigación científica, se utilizó el método científico Dialéctico-Materialista.

Los datos se procesaron en una computadora Pentium IV, utilizando el paquete de datos estadísticos SPSS para Windows, la técnica de recolección de la información fue manual y computarizada. Se redactó un informe final con las principales conclusiones que obtuvimos del estudio y su aporte está dado en que, luego de su aprobación, puede constituir normas de trabajo protocolizado como guías prácticas a cumplir por el servicio de Cirugía general de nuestro Hospital.

# RECURSOS

## Humanos:

Un Residente de Cirugía General como autor.

Un Especialista de Segundo Grado en Cirugía General como Tutor.

Un Especialista de Segundo Grado en Cirugía General como Asesor.

## Materiales:

## Cantidad

Hoja de papel 8 ½ x 11”

500

Computadora Pentium IV

1

Impresora

1

Disquete 3 ½”

3

Disco CD re escribible

1

Carátula

2

Análisis y discusión de los resultados.

## Colecistectomía laparoscópica en el paciente geriátrico portador de Litiasis vesicular.

En pocos años, la cirugía ha conocido uno de sus avances tecnológicos más importantes por su trascendencia futura; la aplicación de los métodos endoscópicos al tratamiento quirúrgico de entidades que habían sido tradicionalmente abordadas por la laparotomía. La implantación de la colecistectomía laparoscópica como tratamiento definitivo de la Colelitiasis sintomática ha favorecido la aplicación del abordaje mínimamente invasivo a situaciones de enfermedad biliar. A su vez, el aumento de la esperanza de vida ha posibilitado el análisis de los beneficios y las desventajas que podrían conllevar la laparoscopia en el paciente anciano.

Entre el 1º de Enero de 2005 y el 31 de Diciembre de 2007 se seleccionaron 80 pacientes mayores de 60 años que fueron intervenidos quirúrgicamente por esta técnica. Al recolectar y computar los datos de la investigación encontramos:

Cuadro1: Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por colecistectomía laparoscópica según sexo y color de la piel. Hospital Universitario Capitán “Roberto Rodríguez Fernández”. Morón-Ciego de Ávila. 1º de Enero de 2005-31 de Diciembre de 2007.

COLOR DE LA PIEL	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
BLANCA	42	52.50	8	10.00	50	62.50
MESTIZA	19	23.75	1	1.25	20	25.00
NEGRA	9	11.25	1	1.25	10	12.50
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>87.50</b>	<b>10</b>	<b>12.50</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta.

Como se aprecia en el cuadro 1 la mayor cantidad de pacientes operados se reportó en el sexo femenino con el 87.50%, predominando el color de la piel blanco con un 62.50%.

Estos resultados se corresponden con los recogidos en la literatura clásica; así como los obtenidos en otros estudios similares.<sup>21, 24, 28, 35</sup> Los doctores Pérez, José Carvajal, Miriam Pinto, Margarita Reyes y sus colaboradores obtuvieron cifras de entre 25.00 y 28.00 % en el sexo masculino intervenido y aunque en nuestro trabajo el porcentaje es menor si demostramos el alto porcentaje de mujeres intervenidas.

Por otra parte Margarita Reyes, Rafael García y colaboradores exponen más de un 80.00% de intervenidos que pertenecen al color de la piel blanco, nosotros por nuestra parte llegamos solo al 62.00%, pero comprobamos que la enfermedad es más frecuente en dicha raza y pensamos que nuestros resultados se deben al alto grado de mestizaje en nuestra población.

Cuadro 2: Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por colecistectomía laparoscópica según factores de riesgo. **η=80**

FACTORES DE RIESGO	#	%
H.T.A.	39	48.75
Obesidad	29	36.25
EPOC	9	11.25
Diabetes Mellitus	6	7.50
Cardiopatía Isquémica	2	2.50
Otras	13	16.25
Ninguna	27	33.75

Fuente: Encuesta.

En el cuadro 2 al analizar las enfermedades asociadas de estos pacientes como factor de riesgo encontramos en mayor porcentaje la H.T.A. con un 48.75%, mientras que el 33.75% de los pacientes operados no presentaban ninguna patología asociada; dato este muy significativo puesto que conocemos que en la medida que aumenta la edad aumentan las enfermedades asociadas. Pudiera explicarse este resultado por la alta calidad de vida de los ancianos en nuestro país y por la labor de la Atención Primaria de Salud (APS) sobre los factores de riesgo en la población y en particular en los ancianos.

Además de la H.T.A. aparece también la EPOC y la Diabetes Mellitus, lo que coincide con estudios no solo nacionales, sino internacionales.<sup>8, 21, 23, 29</sup> Autores como Viviam Rodríguez, José Bueno y David Roderó encontraron dentro de las

enfermedades asociadas patologías como H.T.A, Diabetes Mellitus y EPOC al igual que nosotros, pero en un porcentaje mayor al nuestro; que se debe a que sus nuestras son mayores. No coincidimos en que tiene un porcentaje significativo de pacientes con Cardiopatía Isquémica lo cual no ocurre en nuestro trabajo a pesar de que sí aparecen pacientes con esta patología.

Vemos en nuestro estudio que la Obesidad es otro de los factores de mayor porcentaje (36.25%). Esto coincide con la literatura clásica y con otros estudios realizados,<sup>26, 31, 32</sup> donde los doctores Luis Ibanez y colaboradores demostraron que a pesar de que algunos autores plantean que en los pacientes obesos se realiza la técnica operatoria con mayor facilidad, esta condición constituye un factor de riesgo no solo para la colecistectomía sino también para la recuperación de los pacientes.

Cuadro 3: Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por colecistectomía laparoscópica según síntomas y signos. **n=80**

SÍNTOMAS	#	%
Dolor de Hipocondrio D.	56	70.00
Vómito	36	43.75
Plenitud gástrica	17	21.25
Flatulencia	5	6.25
Malestar general	4	5.00
Dolor al palpar	4	5.00
Íctero	1	1.25
Fiebre	1	1.25
Ninguno	1	1.25

Fuente: Encuesta.

En el cuadro 3 se analizan los síntomas que aparecieron en estos pacientes; se aprecia que los más frecuentes fueron el dolor de hipocondrio derecho en un 70.00%, seguido de los vómitos en un 43.75%.

Es válido aclarar que todos los pacientes presentaron los síntomas luego de la ingestión de alimentos colecistoquinéticos. Solo a un paciente se le realizó el diagnóstico de Colelitiasis como un hallazgo durante el estudio ultrasonográfico de otra patología. Iguales resultados se obtuvieron en estudios similares al nuestro,<sup>13, 23, 24, 29</sup> realizados por Américo Morales, María del Carmen Hinojosa y Mivael Olivera.

También obtuvieron estos resultados José Bueno, Margarita Reyes y colaboradores quienes discrepan en su resultado solo en que además encontraron otros síntomas como trastornos dispépticos, aerocolia, aerogastria y diarreas; Exponen en su casuística los hallazgos en la anamnesis de brotes de Pancreatitis aguda además del antecedente de episodios previos a la intervención de íctero.

Según la literatura la Colelitiasis no complicada rara vez ocasiona algún signo al examen físico. Así sucede en nuestro estudio en el cual encontramos que solo el 5.00% de los pacientes presentaron dolor a la palpación de hipocondrio derecho.

Esto coincide con trabajos realizados por Américo Morales, María del Carmen Hinojosa y Mivael Olivera<sup>13, 23, 24, 29</sup> quienes igualan nuestro porcentaje en cuanto a la presencia del punto de Murphy doloroso al examen físico.

Debemos aclarar que en nuestro trabajo encontramos un paciente con íctero para un 1.25%, que se debió a un cuadro de Colecistitis que estaba presentando y que no se diagnosticó en el preoperatorio por lo poco florido del cuadro clínico que presentó el paciente.

Los pacientes operados fueron sometidos a la realización de complementarios según está establecido en el protocolo nacional así como en las guías de buenas prácticas médicas. En este estudio se realizó glicemia al 7.50% de los pacientes los cuales correspondieron con los portadores de Diabetes Mellitus.(Gráfica )

El resto de los complementarios se realizaron al 100.0% de los pacientes. El Ultrasonido Abdominal visualizó la Litiasis Vesicular en la totalidad de los casos; coincidiendo con distintos autores.<sup>24, 28, 31, 32</sup> José Carvajal, Sergio Valsechi, César Castillo y otros colaboradores consideran que la ecografía es el examen auxiliar universal para confirmar la sospecha clínica de los padecimientos biliovesiculares.

Al correlacionar el diagnóstico ecográfico y el hallazgo intraoperatorio, estos autores encontraron un porcentaje relativamente razonable, teniendo en cuenta que este es un estudio dependiente de la experiencia del Ecografista. Aspecto este con el que estamos plenamente de acuerdo.

Cuadro 4: Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por colecistectomía laparoscópica según tiempo quirúrgico.

TIEMPO QUIRÚRGICO	#	%
Menor de 30 minutos	25	31.25
Entre 30 y 60 minutos	47	58.75
Más de 60 minutos	8	10.00
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta.

En el cuadro 4 se analiza el tiempo quirúrgico utilizado para cada paciente, encontramos que la mayor cantidad de ellos fueron operados en un tiempo quirúrgico entre 30 y 60 minutos con un 58.75%.

Iguales resultados se obtuvieron en estudios similares<sup>8, 10</sup> de los doctores Quintero y Viviam Rodríguez que exponen su predominio del tiempo quirúrgico hasta 60 minutos e incluso en un porcentaje considerable la intervención se realizó en menos de 30 minutos.

En otros estudios<sup>26, 28</sup> José Carvajal, Luis Ibanez y sus colaboradores reportaron mayor tiempo, esto además de depender de la habilidad del cirujano se puede explicar por algunos procedimientos no realizados por nosotros, como la Colangiografía transoperatoria; por lo que necesitan mayor tiempo quirúrgico estos autores. Ellos plantean que este aspecto no debe considerarse una falla del equipo médico; sino que cuando ocurre es para asegurar el menor riesgo para el paciente.

Cuadro 5: Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por colecistectomía laparoscópica según complicaciones transoperatorias. **n=80**

COMPLICACIONES	#	%
Apertura vesc. al disecarla	13	16.25
Apertura vesc. al extraerla	1	1.25
Desliz. Clip arteria cística	1	1.25
Desliz. Clip conducto cístico	1	1.25
Sangramiento del lecho	2	2.50
Caída de cálculo a cavidad	3	3.75
Pérdida cálculos en cavidad	0	0.00
Ninguno	43	53.75

Fuente: Encuesta.

En los pacientes que estudiamos, durante la intervención se comprobó que presentaban adherencias perivesiculares que influyeron en la aparición de complicaciones transoperatorias como la apertura de la vesícula al disecarla, la cual constituyó el 16.25% de las encontradas en nuestro estudio, también pudo ser consecuencia de lo laborioso de la colecistectomía o por la utilización de Grapp traumático para traccionar la vesícula durante el proceder. (Cuadro 5)

Resultados como estos los obtuvieron Juan José Granado, Gilberto Galloso y Luis Ibanez, <sup>5, 26, 27</sup> quienes también describen dentro de sus complicaciones sangramientos, al igual que en nuestro trabajo. Durante la revisión de los mismos pudimos conocer de la incidencia de lesión de vías biliares; complicación a la que nos enfrentamos en uno de nuestros pacientes por lo que hubo que convertir la

cirugía laparoscópica a convencional. Otras de las causas de conversión que tuvimos fueron plastrones vesiculares, fístulas entéricas y sangramiento del epiplón; por lo que se excluyeron por criterio de salida a 6 pacientes.

Cuadro 6: Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por colecistectomía laparoscópica según complicaciones postoperatorias.

COMPLICACIONES	#	%
Inmediatas	1	1.25
Mediatas	2	2.50
Ninguna	77	96.25
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta.

Como podemos ver en el cuadro 6 se muestra una complicación postoperatoria inmediata (1.25%) que consistió en un tromboembolismo pulmonar. Además en el postoperatorio mediato dos pacientes sufrieron complicaciones que consistieron en sepsis de la herida quirúrgica para un 2.50%.

Estos datos también se reflejan en cortes realizados a propósito de estudios con temas similares al nuestro realizados por Gilberto Galloso, Luis Ibanez y Pérez Lara, <sup>21, 25-27</sup> quienes presentaron porcentos similares de sepsis de la herida quirúrgica y un tromboembolismo pulmonar. También presentaron otras complicaciones tales como neumonías, pancreatitis y colecciones intraabdominales las cuales no encontramos en nuestros pacientes.

Cuadro 7: Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por colecistectomía laparoscópica según estadía hospitalaria.

ESTADÍA	#	%
Hasta 24 horas	79	98.75
Más de 24 horas	1	1.25
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta.

En cuanto a la estadía hospitalaria encontramos que a excepción del paciente complicado en el postoperatorio inmediato el 98.75% fueron egresados alrededor de las 24 horas (Cuadro 7). Es válido recordar que según nuestro protocolo esta cirugía se realiza de forma ambulatoria; explicado con anterioridad en el capítulo de método.

Este tema es estudiado en múltiples Hospitales nacionales e internacionales, algunos coincidentes con el nuestro.<sup>5, 8, 9, 12, 25</sup> Tal es el caso de los doctores Jorge Ramón Lucena, Aliro Venturelli, Viviam Rodríguez, Juan José Granado y sus colaboradores que en sus trabajos exponen períodos de egreso alrededor de las 24 horas y otros reflejan como resultado una estadía hospitalaria más prolongada que la nuestra, demostrada en los estudios de José Carvajal, Luis Ibanez, Viviam Rodríguez y sus colaboradores<sup>8, 26, 28</sup> en las cuales la estadía hospitalaria varía desde 2 hasta 11 días y lo atribuimos a que los pacientes no se operan de forma ambulatoria como en nuestro centro.

Cuadro 8: Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por colecistectomía laparoscópica según estado al egreso.

ESTADO AL EGRESO	#	%
Curado	79	98.75
Fallecido	1	1.25
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta.

También analizamos el estado al egreso de los pacientes operados por este método y encontramos que solo el paciente que presentó el tromboembolismo pulmonar resultó fallecido, por lo que el 98.75% de los pacientes estuvieron curados al alta. Similares resultados encontramos en otros estudios con temas como el nuestro, realizados por Gilberto Galoso, Jorge Ramón Lucena y Pérez Lara<sup>9, 21, 25, 27</sup> en los cuales el número de fallecidos no sobrepasan 1 ó 2 pacientes, aunque el porcentaje varía en dependencia del número total de casos. Nosotros tenemos un 1.25% de fallecidos y en la literatura revisada este porcentaje varía de 0.1 hasta 0.5. Además reportan otra causa de fallecimiento como es el Infarto del miocardio.

Cuadro 9: Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por colecistectomía laparoscópica según su incorporación a las actividades cotidianas.

INCORPORACION	#	%
Entre 15-30 días	63	78.75
Más de 30 días	16	20.00
No incorporado	1	1.25
Total	80	100.00

Fuente: Encuesta.

Analizando el cuadro 9 la incorporación a las actividades cotidianas en nuestro caso es entre 15 y 30 días en un 80.00% de los pacientes, cifra muy considerable teniendo en cuenta que se trata de pacientes mayores de 60 años y que por sus patologías asociadas así como por las características propias de la edad y las discapacidades que con frecuencia presentan, por lo general su incorporación después de una intervención quirúrgica es prolongada y difícil. Nuestros resultados son coincidentes con los obtenidos por Juan Carlos Pattillo, Margarita Reyes y Viviam Rodríguez<sup>8, 24, 30</sup> que demostraron que con esta técnica operatoria la incorporación a las actividades cotidianas es mucho más rápida. Estos autores llegan a tener cifras de recuperación de 11 días en los pacientes mayores de 60 años, resultado que aunque no es exacto al nuestro la diferencia no es considerable.

## CONCLUSIONES.

- Predominó el sexo femenino con el 87.50% y el color de la piel blanco con un 62.50%.
- La Hipertensión Arterial como enfermedad asociada constituyó el factor de riesgo mas significativo en un 48.75% de los pacientes.
- El dolor en hipocondrio derecho con un 70.00% constituyó el síntoma más representativo.
- Al 100% de los pacientes se les realizó complementarios de rutina según protocolo nacional y al 7.50% se les realizó glicemia por el antecedente de Diabetes Mellitus.
- El 58.5% fue operado en un tiempo quirúrgico que osciló entre los 30 y 60 minutos.
- La complicación transoperatoria más frecuente fue la apertura de la vesícula biliar al disecarla con un 16.25% y postoperatoria la sepsis de la herida quirúrgica con un 2.50%.
- El 98.75% de los pacientes egresó curado en las primeras 24 horas y el 78.75% se incorporó a las actividades cotidianas entre los 15 y 30 días posteriores al alta.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Normas de Cirugía: Grupo nacional de Cirugía/Ministerio de Salud Pública.-Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica. 2006.
2. SSAT: treatment of gallstone and gallbladder disease using cholecystectomy. J Gastrointest Surg. 2008; 2: 485-486.
3. Way LW. Enfermedades de la vesícula y los conductos biliares. En: Bennet. TC. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20. Ed. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 2006: 931-934.
4. Cervantes CJ, Rojas G, Vega G, Antón J, Colesistectomía por laparoscopia en pacientes de edad avanzada. ABC 1994; 39(1):5-9.
5. Granados-Romero JJ, Cabal KE, Martínez G, Nieva R, Londaiz R. Colesistectomía laparoscópica en pacientes mayores de 60 años. Cir Ciruj 2001; 69(6):271-275.
6. Heaton KW. The epidemiology of gallstones and suggested etiology. Clin Gastroenterol 1973; 2:67-72.
7. Kahng KV, Roslyn JJ. Aspectos quirúrgicos en el anciano con enfermedad hepatobiliar. Clin Quir Norteam 1994; 2:385-411.
8. Rodríguez V, Montero S, Rivas JR. Colesistectomía laparoscópica en el paciente geriátrico. Estudio comparativo. Rev Cub Med Milit 1999; 28(2):108-13.

9. Lucena JR. Colesistectomia laparoscópica frente a colesistectomía convencional por minilaparotomía. *Cir Esp.* 2005; 77(6): 332-336.
10. Quintero G, Olaya C, Carrasquilla G, Ramírez J, Barrios M, Córdoba A. Costo efectividad de colesistectomia laparoscópica versus abierta. Colombia: *Rev Así vamos en salud.* 2008.
11. Keus F, Jong JAF, Gooszen HG, Vanlaarhoven CJHM. Colesistectomía laparoscópica versus colesistectomía con incisión pequeña para pacientes con colesistolitiasis sintomática. En: *La biblioteca Cochrane Plus*; 3. 2008. Oxford.
12. Venturelli A, Avendaño R, Butte JM, Zamorano I. Colesistectomía laparoscópica en colecistitis aguda. *Cuad Cir.* 2008; 4: 9-11.
13. Morales A, Hinojosa MC, Olivera M. Colesistectomía laparoscópica frente a colesistectomía convencional. *Rev Sitúa.* 1997; 5(10): 5-19.
14. Perissat J. Laparoscopic cholecistectomy: The European Experience. *Am J. Surg.* 1993; 165: 444-449.
15. Macintyre IMC, Wilson RG. La colesistectomía laparoscópica. *Br J Surg*, (Ed. Esp.). 2003; 80: 552-559.
16. Kleiman A. Colesistectomía laparoscópica. Carta al director. *Rev Argent Círg.* 2002; 62: 109.
17. Prieto RO, Vega GE. *Temas de Gerontología.* La Habana: Científico-Técnica; 1996.
18. Rather J, Rosenbloom M. The prevalence of gallstone disease in very old institutionalized persons. *JAMA* 1991; 265:902-903.

19. Glenn F, Surgical management of acute cholecystitis in patients 65 years of age and older. *Am Surg.* 1981; 193:56-60.
20. Martínez M, Fernández T. Resultados de la colesistectomía laparoscópica en pacientes de edad geriátrica. *Cir Esp* 1995; 1:45-47.
21. Pérez MA, Roesch DF, Díaz BF, Martínez FS. Experiencia en colesistectomía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad litiasica biliar en el paciente anciano. *Cir Gen* 2000; 22(1):35-40.
22. Huber D, Martín F, Cooperman M. Cholecystectomy in elderly patients. *Am J Surg.* 1983; 146:719-722.
23. Bueno J, Serralta A, Planells M, Rodero D. Colesistectomía laparoscópica en el paciente anciano. *Cir Esp* 2002; 72(4):205-209.
24. Reyes ML, García R, Rodríguez V, Montero S, Frías E, Noda CL. Cirugía laparoscópica en el paciente de la tercera edad. *Rev Cub Med Milit* 2006; 35(2):1-4.
25. Pérez FJ, Díaz RL, Moreno J, Suescun R, Moreno AR, Hernández J, Oliva H. Colesistectomía laparoscópica en pacientes mayores de 70 años: Muestra experimental en 176 casos. *Rev Esp Enferm Dig.* 2006; 98(1): 35-40.
26. Ibanez L, Escalona A, Devaud N, Montero P, Ramírez E, Pimentel F, Guzmán S. Colesistectomía laparoscópica. Experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Chile Cir.* 2007; 59(1): 10-15.
27. Galloso GL, Lantigua A, Castillo L, Bello R. Colesistectomía laparoscópica. Experiencia de 6 años. *Rev Med Electr.* 2007; 29(4).

28. Carvajal JR, Valsechi SA, Castillo CA, Locatelli RM, Ilich JH. Colesistectomía laparoscópica. Análisis de 234 casos. Rev Postgrado Vía Cátedra Med. 2003;(134): 10-15.
29. Bueno J, Vagué J, Herrero C, Castillo E, Carbonell F, Baquero R, Mir J. Colecistitis aguda y colecistectomía laparoscópica en el paciente anciano. Cir Esp. 2007; 81: 213-217.
30. Pattillo JC, Kusanovic R, Salas P, Reyes J, García I, Sanhueza M, Palma A, Báez S, Viñuela E, Friand O, Calas I, Silberman M, Arrese M, Martínez J. Colectomía laparoscópica ambulatoria: Una experiencia factible en un hospital público chileno. Rev med Chile 2004; 132 (4): 429-436.
31. Torroella E. Cirugía. 2. Ed. Habana: Pueblo y educación; 1983.
32. Sabiston DC. Tratado de patología quirúrgica. 11. Ed. Habana: Científico-técnica; 1985.
33. Sáenz A, Amador MA, Fernandez-Cruz L. Cirugía laparoscópica, concepto e indicaciones. Jano 2001; 61(1398).
34. Gatsoliou N, Koulas S, Kijaros G, Tzafuestas N, Pangratis K, Pandis K et al. Laparoscopic appendectomy is an acceptable alternative for the treatment of perforated appendicitis. Surg Endosc 1998; 12: 940-943.
35. Pinto M, Niño R. Prevalencia de la colecistectomía laparoscópica convertida en el servicio de cirugía del Hospital de Emergencias Grau. Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Pérez de León 2005; 36(1-2): 9-14.

## BIBLIOGRAFÍA

Coenye KE, Jourdain S, Mendes da Costa P. Laparoscopy cholecystectomy for acute colecistitis in the elderly: a retrospective study. *Hepatogastroenterology*. 2005; 52: 17-21.

Fernandez M, Cendes OF. Estado actual de la Litiasis Vesicular. Tratamiento quirúrgico anual en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Chile:sociedad de Cirujanos de Chile; 2005.

Gallardo RL, Álvarez A, Aguirre R, Gallardo Y. Iatrogenia quirúrgica de la vía biliar principal en colecistectomía laparoscópica en 5 años. *Arch Cir Gen Dig*. 2005; 31(3).

Gurusamy KS, Samraj K, Davidson BR. Elevación abdominal para la colecistectomía laparoscópica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Kauvar Ds, Brown BD, Braswell AW, Harnish M.Laparoscopic Cholecystectomy in the elderly: a retrospective complications and conversions to laparotomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2005; 15: 379-82.

Morales-Conde S, Gómez JC, Cano A, Sánchez-Matamoros I, Valdés J, Díaz M, et al. Ventajas y peculiaridades del abordaje laparoscópico en el anciano. *Cir Esp*. 2005; 78: 283-92.

Vega M, Orlich C, Gómez K. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Reporte preliminar de 100 casos. *Acta Med Costarrice*. 2006; 48(3): 119-22.

Yarmuch J, Cendes A, Schutte H. Lesiones de vía biliar en 10791 colecistectomías laparoscópicas. *Rev Chil Cir*. 2005; 58: 127-130

## Anexo I

### Consentimiento Informado.

Basado en los principios de la ética médica de respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía se explica a los pacientes en que consiste el estudio y se recoge su aceptación.

Yo-----Hago fe que durante la entrevista, previa a mi participación en el estudio, se me ha explicado los riesgos por mi edad y enfermedades asociadas así como la conversión a cirugía convencional laparotómica en caso que falle la técnica de cirugía de mínimo Doy con pleno conocimiento y juicio para participar en el citado proyecto.

Fecha:.....

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del entrevistador

Anexo II. Encuesta

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ .HC \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo. Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_.

Color de la piel: \_\_\_\_\_Blanco\_\_\_\_Negro\_\_\_\_Mestizo.

Factores de riesgo.

\_\_\_\_\_Cardiopatía Isquémica.

\_\_\_\_\_Insuficiencia Cardiaca.

\_\_\_\_\_Obesidad

\_\_\_\_\_Diabetes Mellitus

\_\_\_\_\_Asma Bronquial.

\_\_\_\_\_Ninguna.

\_\_\_\_\_Otras.

Laboratorio.

Hb \_\_\_\_\_.

Leucograma \_\_\_\_\_.

Glicemia \_\_\_\_\_.

E.K.G \_\_\_\_\_.

TGP \_\_\_\_\_.

Ultrasonido Abdominal \_\_\_\_\_

Interrogatorio y Examen Físico. (Marcar con una X el elemento presente)

Dolor \_\_\_\_\_.

Fiebre \_\_\_\_\_.

Íctero\_\_\_\_\_.

Plenitud Abdominal\_\_\_\_\_.

Vesícula Palpable\_\_.

Flatulencia\_\_.

Malestar General\_\_.

Ninguno\_\_.

Tiempo Quirúrgico.\_\_\_\_\_

Complicaciones trans operatorias. (Marcar con una X el elemento presente)

Apertura de la vesícula al disecarla\_\_\_\_\_.

Apertura de la vesícula al extraerla\_\_\_\_\_.

Deslizamiento de los clips de la arteria cística\_\_\_\_\_.

Deslizamiento de los clips del conducto cístico\_\_\_\_\_.

Sangramientos del lecho\_\_\_\_\_

Caída de cálculos a la cavidad\_\_\_\_\_.

Pérdida de cálculo en la cavidad\_\_\_\_\_.

Otros\_\_\_\_\_.

Ninguno\_\_\_\_\_.

Conversión\_\_\_\_\_.

Complicaciones post operatorias inmediatas. (Describirlas)

Complicaciones post operatorias tardías . (Describirlas)

Estadía hospitalaria. Horas\_\_\_\_\_ Días\_\_\_\_\_

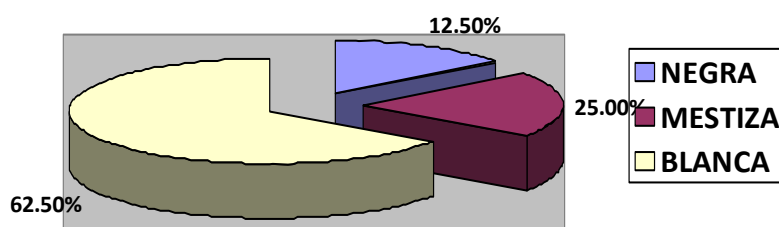
Resultado al alta. Curado\_\_\_\_\_ Mejorado\_\_\_\_\_ Fallecido\_\_\_\_\_

Incorporación a las actividades cotidianas. Días\_\_\_\_\_

Anexo III.

Gráfica 1: Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por cirugía laparoscópica según color de la piel.

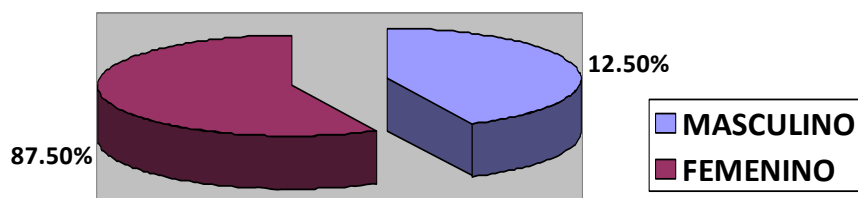
### DISTRIBUCIÓN SEGÚN COLOR DE LA PIEL



ANEXO IV.

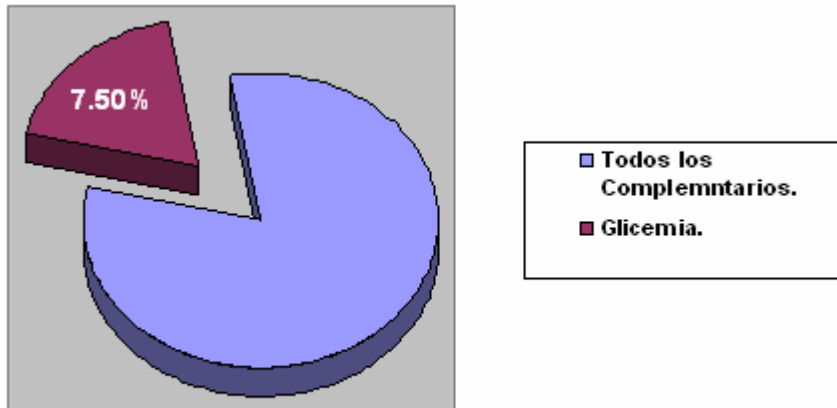
Gráfico 2. Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por cirugía laparoscópica según sexo.

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO



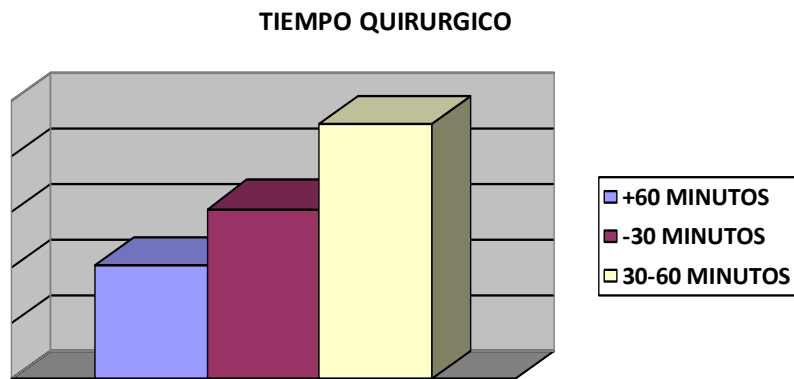
ANEXO V.

Gráfico 3. Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por cirugía laparoscópica según complementarios realizados.



ANEXO VI.

Gráfico 4. Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por cirugía laparoscópica según tiempo quirúrgico.



ANEXO VII.

Gráfico 5. Distribución de los pacientes operados de Litiasis Vesicular por cirugía laparoscópica según incorporación a las actividades cotidianas.

**INCORPORACIÓN A LAS ACTIVIDADES**

