UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS

Estudio realizado en el Hospital de Enfermedad común de el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en pacientes de 60 años o más sometidos a Cirugía Electiva y de Emergencia de Vias Biliares Extrahepáticas en el Período del 1 de junio de 1,990 al 30 de junio de 1,995.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

JORGE DANILO FIGUEROA PEREZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

INTRODUCCION.....

DEFINICION DEL PROBLEMA.....

JUSTIFICACION.....

OBJETIVOS.....

MARCO TEORICO.....

METODOLOGIA.....

RECURSOS.....

DETERMINACION DE LAS VARIABLES.....

CRONOGRAMA DE GANNT.....

PRESENTACION DE RESULTADOS.....

ANALISIS DE RESULTADOS.....

CONCLUSIONES.....

RECOMENDACIONES.....

RESUMEN.....

GLOSARIO.....

BIBLIOGRAFIA.....

ANEXO.....

INTRODUCCION

El presente trabajo analiza la morbilidad y mortalidad que presentan los pacientes mayores de 60 años, al efectuarles cirugía de vías biliares en forma electiva o de emergencia; para lo cuál se tomó en cuenta el procedimiento quirúrgico efectuado, edad, antecedentes médicos, padecimiento crónico ó agudizado y el sexo.

Los pacientes tomados en cuenta fueron aquellos con 60 años o más a quienes se les realizó cirugía de vías biliares extrahepáticas, en el Hospital de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, es un trabajo de carácter descriptivo-retrospectivo.

Para cada grupo de procedimientos, ya sean, electivos ó de emergencia, se describen cada uno de los factores que se encontraron cómo causa de morbilidad y mortalidad.

Los principales hallazgos fueron: a más edad mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para la cirugía electiva y de emergencia; El grupo etáreo más afectado fué el de 60 - 72 años en ambos tipos de cirugía.

Para los pacientes que sobrevivieron con cirugía electiva, el diagnóstico más frecuente fué colelitiasis y los procedimientos más frecuentes colecistectomía y exploración de vias biliares. Para los pacientes que no sobrevivieron, el diagnóstico más frecuente fue colelitiasis más cáncer de vias biliares; la operación más frecuente fué laparatomía exploradora.

Para los pacientes que sobrevivieron con cirugia de emergencia, se tuvo

DEFINICION DEL PROBLEMA

En nuestro medio las enfermedades del sistema biliar ocupan un alto índice de patología y los procesos patológicos son altos. (10)

Un estudio de 46 años, en el que fueron operados 11,808 pacientes de enfermedad NO maligna del tracto biliar, revela que el 80.1% de estos pacientes padecían de enfermedad biliar crónica, y un 19.9% padecían de inflamación aguda sobreagregada. Edad avanzada, colecistitis aguda y litiasis del conducto biliar común, fueron los principales determinantes de la mortalidad. La mortalidad post-operatoria se relacionó con la edad; los procedimientos quirúrgicos efectuados fueron: colecistectomía y colecistostomía. Para los pacientes que fallecieron, las principales causas fueron en primer lugar: enfermedad cardiovascular, más comunmente infarto al miocardio; enfermedad del hígado y del tracto biliar, principalmente cirrosis, fué la siguiente causa de muerte. (17)

Es conocido que el tratamiento quirúrgico en ancianos se asocia a mayores riesgos, esto no significa que la edad avanzada sea una contraindicación para la cirugía. A pesar de la prevalencia de la enfermedad del tracto biliar, y debido a la asociación de enfermedades crónicas con el cuadro de enfermedad biliar en personas ancianas, los médicos prefieren posponer a estos pacientes añosos para tratamiento quirúrgico tardío, desafortunadamente, esta actitud resulta en un desproporcionado número de pacientes ancianos que requieren operaciones de emergencia para solucionar las complicaciones, tales

como, colecistitis aguda, coledocolitiasis o colangitis, lo cuál incrementa la morbilidad y mortalidad. La incidencia de colelitiasis en personas mayores de 60 años, ha sido reportada entre el 20 y 40%; la alta incidencia de complicaciones encontrada en la enfermedad del tracto biliar en personas añosas, quizá explique, la alta mortalidad en pacientes ancianos con enfermedad del tracto biliar conocida, y que no se sometierón a tratamiento quirúrgico. Ha sido documentado, que tanto, la colelitiasis como las complicaciones del tracto biliar se incrementan al aumentar la edad. Un estudio respalda fuertemente el uso de colecistectomía electiva en pacientes geriatricos con enfermedad sintomática del tracto biliar; a pesar de enfermedades crónicas asociadas, la colecistectomia electiva es bien tolerada, y puede ser asociada con un bajo riesgo de muerte. (2)

Desde el comienzo de este siglo las naciones industrializadas han presenciado un incremento sin precedentes en el numero absoluto y proporción relativa de personas ancianas. En 1,900 la esperanza de vida en Estados Unidos era de 47 años y solo un 4% de la población tenía más de 65 años de edad, actualmente la esperanza media de vida es de 75 años y un 12.2% tiene más de 65 años de vida. (2)

Es poca la literatura médica, sobre el distinto manejo multidisciplinario entre los pacientes quirúrgicos geriátricos; la cirugía electiva para las dolencias crónicas y recurrentes representa un asunto del todo diferente. Si los médicos que atienden al paciente y este mismo saben lo que se puede lograr, existen escasas posibilidades de rechazo para aceptar la intervención quirúrgica. El creciente número de intervenciones quirúrgicas que se realizan en los ancianos es en gran

parte de tipo electivo. Dolencias que durante algún tiempo han presentado un carácter polémico son las de los cálculos biliares. Debido ha que las tasas de morbi- mortalidad han disminuido en cuanto a este tipo de procedimientos en ancianos, se acepta de manera bastante amplia la extracción quirúrgica de la vesícula biliar con cálculos, aunque sea asintomática. Estudios han demostrado que la enfermedad del tracto biliar es una de las causas mas comunes de cirugía urgente en personas mayores de 65 años de edad. Los factores del paciente, tipo de cirugía e indicaciones urgentes o electivas, son los que han recibido mayor atención en la evaluación del riesgo operatorio. Las características generales del paciente, incluyendo edad avanzada, malnutrición y obesidad, se han identificado como factores de riesgo de complicaciones postoperatorias. (2)

La toma de decisión quirúrgica en el anciano es una tarea difícil, los riesgos son altos y los beneficios marginales. Un error frecuentemente cometido es comparar el riesgo con aquel de un paciente joven. El temor de operar un paciente anciano es injustificado ya que niega la posibilidad de cirugía electiva a muchos pacientes y produce un aumento en la prevalencia de intervenciones de emergencia entre los de edad avanzada; llegandose a reportar la mortalidad por operaciones de emergencia en estos pacientes hasta en 50%. (2)

Por lo anterior cabe preguntarse: ¿Cuál es la situación de los pacientes mayores de 60 años sometidos a cirugía electiva o de emergencia de las vias biliares en nuestro medio?. (9)

JUSTIFICACION

Es sabido que la gran mayoría de los estudios de salud (estadísticas) que se aplican en nuestro medio, provienen de estudios hechos en otros paises. Algunos de estos estudios indican que los pacientes ancianos sometidos a cirugía de vias biliares, padecen con más frecuencia de complicaciones, cuando se les practica operaciones de emergencia, que cuando se les practica una operación electiva. (2)

En nuestro medio, no contamos con información que nos indique que es lo que sucede en relación al problema, por lo cuál, resulta importante obtener dicha información, para asi, implementar o mejorar los medios terapéuticos, o mantener los ya existentes; además dicho estudio podrá ser tomado como base para estudios posteriores. (9)

OBJETIVOS

GENERALES:

- Cuantificar la morbilidad y mortalidad de los pacientes con 60 años o más sometidos a cirugía electiva y de emergencia de las vias biliares extrahepáticas.

ESPECIFICOS:

- Medir en términos de porcentaje las enfermedades con que más se relaciona la morbilidad y mortalidad en los pacientes con cirugía electiva y de emergencia.

- Medir en términos de porcentaje si el procedimiento quirúrgico efectuado se relaciona con la morbilidad y mortalidad de los pacientes con cirugía electiva y de emergencia.

- Medir en términos de porcentaje si la edad se relaciona con la morbilidad y mortalidad de los pacientes con cirugía electiva y de emergencia.

- Relacionar en términos de porcentaje si los antecedentes médicos influyen en la morbilidad y mortalidad de los pacientes con cirugía electiva y de emergencia.

- Cuantificar en términos de porcentaje si el padecimiento crónico ó agudizado tiene relación con la morbilidad y mortalidad de los pacientes con cirugía electiva y de emergencia.

- Relacionar en términos de porcentaje si el sexo se relaciona con la morbilidad y mortalidad de los pacientes con cirugía electiva y de emergencia.

MARCO TEORICO

Todas las células del hígado producen una pequeña cantidad de secreción llamada bilis. Se secreta hacia los conductillos biliares minúsculos que se encuentran entre las células hepáticas y a continuación la bilis fluye en sentido periférico hacia los tabiques interlobulillares, los cuales se vacian en los conductos hepático derecho y hepático izquierdo, los cuales son ya extrahepáticos, luego, estos forman el conducto hepático común, de donde la bilis a través del conducto cístico se almacena en la vesícula biliar, de aqui, a través del conducto colédoco se vacia a través de la ampolla de Vater, hacia el duodeno. Cuando los glóbulos rojos salen de la médula ósea y penetran en el torrente sanguíneo, normalmente circulan por un periodo de 120 dias antes de ser destruidos. Cuando estas células se vuelven más viejas, resultan cada vez más frágiles, cuando la membrana celular se ha vuelto muy frágil, se rompe al atravesar algún lugar estrecho en la circulación o al atravesar tejidos como el bazo, en los cuales las células quedan exprimidas en la pulpa roja; asi, al destruirse el globulo rojo, la hemoglobina que contiene, es fagocitada por macrófagos en muchas partes del cuerpo, pero especialmente en el hígado, el bazo y la médula ósea; luego de ésto, los macrófagos liberan el hierro de la hemoglobina, ésta es convertida por una serie de etapas en el interior de los macrófagos, en el pigmento biliar bilirrubina, la cuál es liberada hacia la sangre y secretada más tarde por el hígado hacia la bilis. En la vesícula biliar, la bilis sufre un proceso de concentración, en el cuál se reabsorben agua y grandes cantidades de los electrolitos (salvo los iones calcio),

pero en esencia todos los demas constituyentes, entre ellos especialmente las sales biliares y substancias lipidas (colesterol y lecitina), no se reabsorben y por tanto se concentran muchisimo en la bilis residual. Las funciones hepáticas producen cerca de 0.5gr de sales biliares todos los dias; tanto el ácido cólico como el ácido quenodesoxicólico se combinan a continuación, principalmente con glicina y taurina en menor grado para formar ácidos biliares glucoconjugados y tauroconjugados; las sales de estos ácidos se secretan en la bilis. Las sales biliares tienen dos funciones importantes en el tubo intestinal:

1.- Efectuan una acción de detergente sobre las partículas grasas de los alimentos, lo que disminuye la tensión superficial de éstas y permite que la agitación que se efectúa dentro del intestino desintegre los glóbulos de grasa hasta tamaños minúsculos; ésta es la que se llama función emulsificante o detergente de las sales biliares.

2.- Ayudan a la absorción de ácidos grasos, monoglicéridos y colesterol y otros lípidos del intestino; lo hacen formando complejos minúsculos con estos lípidos, los complejos se llaman micelas y son muy solubles por las cargas eléctricas de las sales biliares; los lípidos se transportan en esta forma hacia la mucosa, desde la que se absorben.

Cuando no hay sales biliares en el tubo intestinal, se pierde por las heces hasta un 40% de los líquidos y la persona desarrolla a menudo un déficit metabólico a causa de esta pérdida de nutrimentos. Además cuando no se abserven las grasas adecuadamente, tampoco ocurre asi

con las vitaminas liposolubles A, D, E, y K; aunque suelen almacenarse en el cuerpo grandes cantidades de las tres primeras de estas vitaminas, no sucede asi con la vitamina K; la deficiencia da por resultado a su vez formación hepática deficiente de diversos factores de la coagulación sanguínea, lo que da por resultado una alteración grave de la coagulación. (7)

Porfirinas, son compuestos cíclicos formados por la unión de 4 anillos pirrólicos; una propiedad característica de las porfirinas es la de formar complejos con los iones metálicos unidos a los átomos de nitrógeno de los anillos pirrólicos. Ejemplo de esto es, la metaloporfirina llamada Hem de la hemoglobina. La hemoglobina es una proteína muy importante en el cuerpo humano, que realiza una función muy importante, el transporte de oxígeno de los pulmones hacia los tejidos periféricos y transporte del dioxido de carbono de los tejidos periféricos hacia los pulmones. El transporte de oxígeno se basa en la interacción del oxígeno molecular con el grupo hem. En condiciones normales, en un día un humano de 70 kg de peso recambia aproximadamente 6 gramos de hemoglobina. La porción de porfirina libre de hierro del hem se degrada como ya se indicó a bilirrubina; se calcula que un gramo de hemoglobina rinde 35 mg de bilirrubina; asi, la formación diaria de bilirrubina en el hombre adulto es de aproximadamente 250 a 350 mg. El metabolismo ulterior de la bilirrubina ocurre primordialmente en el hígado. Puede dividirse en tres procesos:

1.- Captación de la bilirrubina por las células del parénquima hepático.

2.- Conjugación de la bilirrubina en el retículo endoplásmico liso.

3.- Secreción de la bilirrubina conjugada en el interior de la bilis.

La bilirrubina es poco soluble en el plasma y agua, pero en el plasma está ligada a proteinas como la albúmina. En 100 ml de plasma, aproximadamente 25 mg de bilirrubina pueden estar enlazados estrechamente a la albúmina; la bilirrubina en exceso de esta cantidad puede enlazarse laxamente y por lo tanto desprenderse con facilidad y difundirse en los tejidos; algunos antibióticos y otros medicamentos pueden desplazar la bilirrubina de la albúmina; en el hígado, al parecer la bilirrubina es eliminada de la albúmina y es captada en la superficie de los sinusoides de los hepatocitos por un sistema saturable mediado por un portador. Al añadir grupos polares a la bilirrubina, el hígado convierte a la bilirrubina a una forma hidrosoluble que puede posteriormente ser secretada en la bilis; este proceso de aumentar la solubilidad de la bilis se logra mediante la conjugación. La mayor parte de la bilirrubina excretada en la bilis de los mamíferos se encuentra bajo la forma de un diglucorónido de bilirrubina. (1)

La secreción de bilirrubina conjugada en la bilis se realiza contra un elevado gradiente de concentración y se lleva a cabo por un mecanismo de transporte activo; bajo condiciones funcionales, en esencia toda la bilirrubina secretada en la bilis (> 97%) se encuentra conjugada. En el hígado hay múltiples sistemas para secretar compuestos naturales y farmacéuticos en la bilis, después de su metabolismo. Conforme la bilirrubina conjugada llega al íleon terminal y al cólon, los glucoronidos son separados por enzimas bacterianas especificas (beta-glucoronizadas) y el pigmento es reducido posteriormente por la flora fecal a un grupo de

compuestos tetrapirrólicos incoloros llamados urobilinógenos. En el íleon terminal y en el cólon, una pequeña fracción de urobilinógeno es reabsorbida y excretada a traves del hígado para constituir el ciclo intrahepático del urobilinógeno. En condiciones anormales, en particular cuando se forma pigmento biliar en exceso o la enfermedad hepática bloquea este ciclo intrahepático, el urobilinógeno también puede ser excretado por la orina. Normalmente, la mayor parte del urobilinógeno incoloro formado en el cólon por la flora fecal, es oxidado a urobilina (compuestos cromáticos), y las urobilinas son excretadas en las heces, el obscurecimiento de las heces al dejarlas al aire libre es debido a la oxidación de los urobilinógenos residuales a urobilinas. Cuando la cifra de bilirrubina en la sangre excede de 1mg/100ml, existe hiperbilirrubinemia. La hiperbilirrubinemia puede deberse a la producción de más bilirrubina de la que el hígado normal puede excretar o puede resultar de la insuficiencia de un hígado dañado para excretar la bilirrubina producida en cantidades normales; ante la ausencia de daño hepático, la obstrucción de los conductos excretorios del hígado, previniendo la excreción de bilirrubina, también causará hiperbilirrubinemia; en todos estos trastornos, la bilirrubina se acumula en la sangre y cuando alcanza una cierta concentración, se difunde en los tejidos, los cuales adquieren color amarillo. Este trastorno se denomina ictericia. La hiperbilirrubinemia conjugada resulta tambien del bloqueo de los conductos hepáticos o del colédoco, el pigmento biliar pasa de la sangre al interior de los hepatocitos como la hace en forma habitual, pero esta no se puede excretar; como consecuencia de ésto, la bilirrubina conjugada es absorbida al interior de las venas hepáticas y de los

linfáticos; el término ictericia colestática puede usarse para incluir todas las formas de ictericia obstructiva extrahepática, además de algunas formas de ictericia parenquimatosa, que se caracterizan por hiperbilirrubinemia conjugada. (1)

Composición de la bilis: las sales biliares son las substancias más abundantes que se secretan en la bilis y que constituyen cerca de la mitad de los solutos de ésta, pero también se secretan o excretan en grandes concentraciones bilirrubina, colesterol, lecitina y los electrolitos ordinarios del plasma. Los ácidos biliares primarios son sintetizados en el hígado a partir del colesterol por varios pasos intermedios. El ácido cólico es el ácido biliar que se encuentra en mayor cantidad en la bilis; tanto el ácido cólico como el ácido quenodesoxicólico son formados a partir de un precursor común, derivado a su vez del colesterol. En el ser humano, en circunstancias normales, como ya dijimos se secretan más o menos 500 mg/día de sales biliares, esta tasa está regulada para restituir justamente la pérdida diaria de ácidos biliares en las heces. Los ácidos biliares son los productos finales del colesterol en el cuerpo; debido a que los tejidos no pueden demoler el núcleo esteroide, estos compuestos, junto con el propio colesterol, que también está presente en la bilis, representa la única via importante para la eliminación del colesterol del organismo; puesto que la bilis contiene cantidades importantes de sodio y potasio, y el Ph es el alcalino, se supone que los ácidos biliares y sus conjugados se encuentran en realidad en forma de sales, de aqui el término de sales biliares. A causa de esta ionización, estas sales no se absorben de manera importante en ningun sitio, salvo en el íleon distal; aquí hay un

receptor especifico de las sales biliares en las células epiteliales de la mucosa, que fomenta el bombeo de las mismas de nuevo hacia la sangre, para retornar por vía de la circulación corporal portal aproximadamente el 99% de los ácidos biliares secretados al intestino, esto se conoce como la circulación enterohepática. La circulación enterohepática de las sales biliares es tan eficáz que cada día el fondo común relativamente pequeño de ácidos biliares (aproximadamente 3-5 gr) puede circular de 6 a 10 veces a traves de la circulación enterohepática, perdiendose solo aproximadamente 500 mg/día a traves de las heces. O sea aproximadamente un 10%; aún, cuando ésta es una cantidad muy pequeña, representa sin embargo una forma importante de eliminación del colesterol; sin embargo, todos los días se produce en el hígado, a partir del colesterol, una cantidad de ácidos biliares equivalente a la que se pierde en las heces, de manera que se mantiene una existencia de ácidos biliares de magnitud constante. (1)

Un aumento de 28 años en la esperanza de vida es bastante extraordinario, esto es un logro social y no una consecuencia de la evolución biológica; ello está en función no solo de la ciencia médica, sino también del progreso socio-económico, de la higiene y de la mejor nutrición; aproximadamente un 80% de tales logros es atribuible a la reducción significativa de las tasas de mortalidad, tanto materna, cómo infantil y de lactantes; y un 20% de personas mayores de 65 años, merced a la prevención efectiva, tratamiento o control de la hipertensión, diabetes y otros procesos tanto crónicos como agudos; se estima que el control de las enfermedades cardiacas permite alargar la vida unos 10 años. El

desarrollo de la geriatría, refleja también la respuesta existente frente a las tendencias demográficas actuales; en 1,987 las personas que alcanzaron la edad de 65 años, pueden en promedio esperar vivir otros 16.9 años más; 18.6 años más para el caso de las mujeres y 14.8 años para los hombres. La mayoría de los pacientes ancianos, ingresan por agudización de un proceso crónico. Es evidente que a mayor edad es más probable que surjan enfermedades, con todo, la mayoría de las personas de edad avanzada tienen una salud bastante aceptable y son capaces de actuar de manera independiente; si bien los procesos agudos han ido disminuyendo en frecuencia, los procesos crónicos, tanto únicos cómo múltiples, son muy frecuentes en los ancianos, especialmente en las mujeres. (13)

En la cultura Norteamericana, incluida la profesión médica, es muy frecuente que existan actitudes negativas hacia las personas mayores; en los médicos, probablemente sean un reflejo de la sensación de impotencia que sienten cuando se les pide que respondan a las complejas necesidades de los pacientes ancianos, a lo que se le añade la inquietud del enfrentamiento a la realidad del envejecimiento y la proximidad de la muerte; los ancianos, considerados cómo un grupo gozan de un status socio-económico inferior al de los adultos. (13)

Actualmente se piensa que muchos de los cambios biológicos que se producen en el tiempo, como pueden ser la existencia de enzimas alteradas, indicativas de una disfunción hepática, estan más bien relacionadas con enfermedades crónicas y alcoholismo que con el envejecimiento normal; muchas alteraciones patológicas que antes eran

imputables al inevitable proceso de envejecimiento son en realidad el resultado de una enfermedad y por ello, son suceptibles de ser curadas e incluso prevenidas. El National Institute of Health Concensus Conference, ha diseñado un método de juicio y evaluación, que es particularmente adecuado para pacientes ancianos; se trata de un enfoque de grupo multidisciplinario en el que el paciente es analizado desde una perspectiva funcional, y no solo en cuanto a los órganos, sistemas o enfermedades concretas; las evaluaciones geriátricas ponen al descubierto, describen y explican los múltiples problemas que afectan al paciente anciano, sus recursos y fuerzas y sus demandas por servicios; luego se establece un plan coordinado de servicios que está orientado a posibles intervenciones futuras; la evaluación funcional permite identificar aquellos problemas que precisan de evaluaciones más detalladas por profesionales médicos y no médicos; el proceso de evaluación proporciona al médico una información segura respecto de la auténtica capacidad del paciente de funcionar de manera independiente dentro de la comunidad; permite además, identificar aquellos aspectos no médicos en los cuales el enfermo puede necesitar ayuda; el médico puede, además formarse una idea de los deseos del paciente de tener apoyo vital final. Un estudio realizado por el Veterans Administration reveló que los grupos de pacientes que eran sometidos a valoraciones globales y que habian recibido los servicios que necesitaban, permanecían ingresados menos tiempo, las rehospitalizaciones eran menos frecuentes, además, los indices de morbilidad y mortalidad eran menores. Es necesario pues integrar a la geriatría en toda la medicina, no necesita ser una especialidad de consulta, sino que más bien todo médico

de atención primaria como también los médicos especialistas deberian estar en poseción de información adecuada y de los conocimientos de los principios de la geriatría. (13)

Un estudio hecho con 325 pacientes, para evaluar la eficacia de los test de pre-admisión en pacientes de cirugía ambulatoria, sugiere que los pacientes mayores de 50 años deben tener un electrocardiograma previo al acto operatorio dado que el hallazgo de trazos anormales se incrementa con la edad, y todos los pacientes con anormalidades potenciales serias como contracciones ventriculares prematuras y arritmias tenian más de 50 años de edad o tenian historia anterior de enfermedad cardíaca. (5)

Al revisar las historias clínicas, se pudo determinar que al hacer un análisis de edad-sexo hay una diferencia de 10 años en los principales grupos etáreos entre hombres y mujeres; la mayor edad para hombres es de 50 años y para mujeres 48 años; habiéndose encontrado además, una relación entre hombres y mujeres de 1:3; esto en el estudio realizado de 1,975 a 1,979, habiéndose estudiado un total de 589 historias clínicas consecutivas. (8)

Una revisión hecha entre 1982 y 1984, en la cuál se estudió la sobrevivencia después de trauma en pacientes geriátricos, al examinar los factores relacionados con la no sobrevivencia en pacientes mayores de 65 años de edad, se encontró que, en comparación de los sobrevivientes, los no sobrevivientes eras más añosos; 72% de los pacientes tenían daño cardíaco previo o enfermedad pulmonar; 43% de los pacientes presentaron complicaciones, siendo las más frecuentes:

complicaciones cardiacas (23%) y neumonia (22%); 20% de los pacientes requirieron de ventilación mecánica por 5 días o más; los no sobrevientes experimentarón más frecuencia de complicaciones y necesitaron de ventilación mecánica por 5 días o más. (16)

La colecistectomía para la enfermedad calculosa continúa siendo una de las operaciones más comunes hechas por los cirujanos hoy en día. La mortalidad para este procedimiento ha sido reportada tan baja como el 1%. La operación es bien tolerada generalmente por la mayoría de los pacientes. Del 15 al 22 % de los pacientes sometidos a colecistectomía se les hará exploración del conducto biliar común por cálculos biliares como parte de su procedimiento. La exploración del árbol biliar en conjunción con colecistectomía puede incrementar el riesgo quirúrgico tres a cuatro veces más sobre el riesgo quirúrgico de la colecistectomía sola. Esto puede ser debido a colangítis, enfermedades asociadas o a la edad de los pacientes. Para determinar el riesgo de cirugía en el tracto biliar en los ancianos, se estudiaron pacientes de 80 años o más sometidos a coledocotomía por enfermedad calculosa y se compararon con los pacientes menores de ésta edad y sometidos al mismo procedimiento; 54% de los pacientes añosos requirieron de cirugía de emergencia por colangítis aguda, colecistitis aguda u obstrucción de vias biliares por cálculos, en comparación de 38% en los pacientes más jóvenes. La mortalidad en los pacientes más añosos fué significativamente más alta (22%), en comparación con los jóvenes (9%); el 60% de los pacientes añosos que murieron; fueron sometidos a cirugía de emergencia, por obstrucción por cálculos, reflejando la alta mortalidad en la serie entera;

los pacientes ancianos tuvieron una más larga estancia hospitalaria que los pacientes más jóvenes. (3)

Con la aplicación de la cirugía laparoscópica, también se incluyó dentro de su campo la colecistectomía laparoscópica, la cuál reporta lesión iatrogénica del conducto biliar común desde el 0.3% al 3%, en comparación con la colecistectomía abierta que es de un 0.2% . (15) Como ya se dijo, los pacientes ancianos son vistos como candidatos de alto riesgo para cirugía, consecuentemente, las cirugias electivas no son efectuadas, con el resultado de que una enfermedad potencialmente tratable se convierta en un evento agudo catastrófico. En un estudio de 1,411 procedimientos quirúrgicos gastrointestinales, se tuvo que un 23.6% habian sido en pacientes mayores de 70 años de edad; en el 19.5% de estos casos se realizaron operaciones de emergencia; la mortalidad fué de 6.7% en los procedimientos electivos; para los pacientes sometidos a cirugía de emergencia, la mortalidad fué de 20%; mientras la cirugía gastrointestinal en los ancianos tiene un riesgo significativo, la muerte es la mayoría de las veces el resultado de enfermedades asociadas (pulmonares, renales o cardiacas); Los procedimientos de emergencia en los ancianos conllevan grandes riesgos, la muerte está frecuentemente relacionada con un proceso agudo complicando una enfermedad tratable. (11)

Un estudio realizado sobre los factores de riesgo para neumonia postoperatoria, demostró que el 17.5% de los pacientes sometidos a cirugía electiva de torax, abdomen alto y abdomen bajo desarrollaron neumonía postoperatoria; además, se encontró una asociación estadística

entre mayor sea la edad y el riesgo de neumonia postoperatoria, además, que la incidencia de neumonía postoperatoria era mayor en pacientes masculinos que en pacientes femeninos; la asociación entre sexo masculino y el alto riesgo de neumonía postoperatoria se remarcó aún después de controlar la edad, historia de tabaquismo y enfermedad pulmonar crónica.(14)

Un estudio demuestra que la cirugía del tracto biliar en la presencia de obstrucción por cálculos está asociada con una alta mortalidad y significativa morbilidad; el daño renal en la presencia de obstrucción por cálculos está asociado con un particular pobre pronóstico. Pitt et al, evaluaron 16 factores potenciales de riesgo, 3 de ellos clínicos y 7 parámetros de laboratorio asociados con un incremento de la mortalidad, 8 han sido usados para formar un simple sistema de calificación en la cirugía del tracto biliar, siendo estos en total:

- Edad mayor o igual a 60 años.
- Hematocrito < del 30%.
- Sexo.
- Recuento de plaquetas < de 140,000 / mm.
- Tipo de cirugia.
- Diabetes presente preoperatoriamente.
- Cirugia biliar previa.
- Albúmina sérica < 30 gr/lt.
- Enfermedad maligna.
- Recuento de glóbulos blancos mayor o igual a 10,000 cel/mm.

- Creatinina mayor o igual a 130 umol/lt.
- Bilirrubina sérica mayor o igual a 100 umol/lt.
- Fosfatasa alcalina sérica mayor o igual a 600 umol/lt.
- Tiempo de protrombina > que el tiempo control.
- Tiempo de cefalín kaolina > que el tiempo control.
- Tiempo de trombina > que el tiempo control.

8 factores individuales de riesgo que se correlacionan significativamente con la mortalidad son:

- Creatinina sérica.
- Albumina sérica.
- Bilirrubina sérica.
- Hematocrito.
- Enfermedad maligna.
- Edad.
- Recuento de glóbulos blancos.
- Fosfatasa alcalina sérica.

La existencia de 6 o más factores positivos fué asociada con una mortalidad postoperatoria del 77.4%, comparada con un 7.6 % si menos de 6 parametros fueron positivos. En general a más factores positivos mayor riesgo de mortalidad. (12)

En el hospital General San Juan de Dios, se realizó un estudio retrospectivo que abarcó pacientes sometidos a cirugía de vias biliares, con el objeto de analizar parámetros preoperatorios tanto de clínica cómo de laboratorio, de fácil disponibilidad a través de la historia y exámen

físico y de los resultados hospitalarios, dentro de un periodo de 24 a 48 horas previo a la cirugía. Dicho estudio concluyó que los factores de riesgo que influyen sobre la morbi-mortalidad postoperatoria son:

- Edad mayor de 60 años.
- Enfermedad maligna de vias biliares
- Historia de fiebre y de ictericia.
- Hematocrito menor del 30%.
- Tiempo de protrombina > del 85%.
- Albúmina menor de 3gr/100ml.
- Proteinas totales < de 100gr/100ml.
- Bilirrubina total > de 3gr/100ml.
- Recuento de glóbulos blancos > de 1,000 /mm3.

También se concluyó que a mayor número de factores de riesgo, mayor probalidad de resultados adversos; por lo que se evidenció que pacientes que presentan más de 3 factores previos a la cirugía se encuentran en riesgo y a medida que el número vaya aumentando, se incrementará dicho riesgo. (6)

Siendo la población senil, con sus sabidas deficiencias biofisilógicas, que representa el 3% de la población total guatemalteca, por ende un grupo marginado y el de mayor riesgo, interesa plantear un esquema de tratamiento correcto, preciso y objetivo que permita colocarla en un límite mínimo de complicación, independientemente de la intensidad del insulto al que va a ser sometido, con la interacción adecuada de un equipo multidisciplinario. A nivel nacional no se ha normatizado una conducta

absoluta en cuanto a la evaluación perioperatoria de la población geriátrica para minimizar los factores de riesgo y complicaciones en ellos. La población geriátrica tiene una frecuencia mas alta en cuanto a procedimientos quirúrgicos que la del grupo etáreo más joven. Los factores del paciente, incluyendo tipo de cirugía e indicaciones urgentes o electivas, son los que han recibido mayor atención en la evaluación del riesgo operatorio. Las características generales del paciente, incluyendo edad avanzada, mal nutrición y obesidad, se han identificado como factores de riesgo de complicaciones postoperatorias. Errores médicos comunes en la toma de decisiones en el paciente quirúrgico geriátrico son:

- Subestimación del remanente tiempo de vida funcional.
- Sobreestimación del riesgo quirúrgico.
- Fallo diagnóstico.
- Sub\sobre estimación del beneficio quirúrgico.
- Diferente historia natural de la enfermedad.
- Fallo al medir alternativas no quirúrgicas.

Los ancianos del mismo modo que los jóvenes, poseen un margen bastante escaso de reservas funcionales, aún cuando disfrutan de un buen estado de salud y cuando se encuentran enfermos este márgen se reduce aún más. Una conciencia de ésta situación por parte de la profesión médica ha tenido una importancia fundamental para estimar en primer término, las reservas y luego seleccionar el procedimiento quirúrgico que enfrenta la situación crítica inmediata, con el objeto de prolongar la vida dejando la corrección definitiva sobre una base electiva. (9)

METODOLOGIA

El presente trabajo es de carácter descriptivo retrospectivo, ya que debido a la gran cantidad de pacientes y la poca cantidad de personal, es imposible darles seguimiento a todos y cada uno, si además se considera, que muchos de ellos provienen de muchos puntos del pais.

Este trabajo se realizó del 1 de Junio de 1,990 al 30 de Junio de 1,995, revisando los registros médicos de los pacientes con 60 años o más sometidos a cirugía de vias biliares extrahepáticas durante dicho periodo.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, cirugía electiva, cirugía de emergencia, padecimiento crónico, padecimiento crónico agudizado, antecedentes médicos, morbilidad y mortalidad; posteriormente los datos obtenidos fueron tabulados y ordenados para su interpretación y análisis respectivos, para finalmente emitir conclusiones y recomendaciones.

RECURSOS

HUMANOS:

- Encargado del archivo general de los registros médicos del Hospital de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

MATERIALES:

- Instalaciones del Hospital de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

- Libro de registro de operaciones de quirófanos de adultos del Hospital de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

- Registros médicos de pacientes con 60 años o más sometidos a cirugía de vias biliares extrahepáticas en el periodo del 1 de junio de 1,990 al 30 de junio de 1,995.

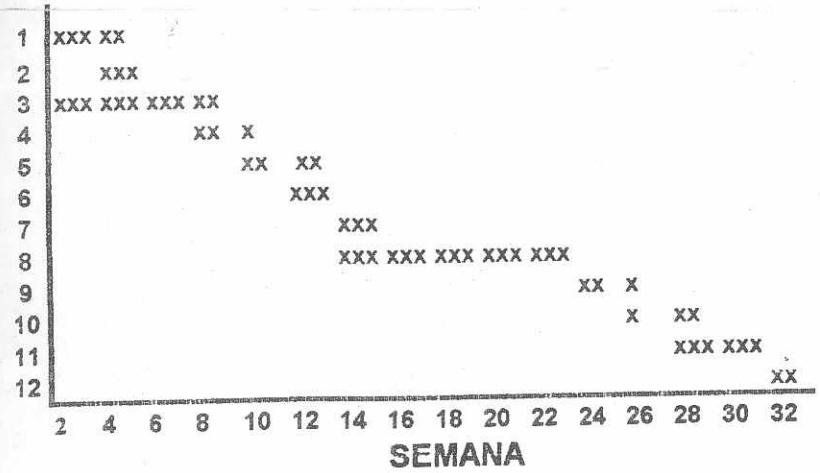
- Boleta para recolección de datos.

- Material y equipo de escritorio.

DETERMINACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Años vividos por una persona.	Cuantitativa	60 años o más
Sexo	Condición de masculino o femenino.	Cualitativa	Masculino Femenino
Cirugía Electiva	Procedimiento quirurgico que no urge.	Cuantitativa	Porcentaje
Cirugia de Emergencia	Toda situación urgente de operar.	Cuantitativa	Porcentaje
Padecimiento Crónico	Enfermedad o dolencia padecida por mucho tiempo.	Cuantitativa	Porcentaje
Padecimiento Crónico Agudizado	Enfermedad o dolencia padecida por mucho tiempo y que un lapso breve, se torna relativamente grave.	Cuantitativa	Porcentaje
Antecedentes Médicos	Enfermedades o dolencias que ha padecido una persona en su vida.	Cuantitativa	Porcentaje
Morbilidad	Proporción entre personasb con determinada patología y personas sin patología en un grupo determinado.	Cuantitativa	Porcentaje
Mortalidad	Proporción de muertes que ocurren en un grupo determinado.	Cuantitativa	Porcentaje

GRAFICA DE GANNT



ACTIVIDAD

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibligráfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comité de investigación del hospital en donde se efectuará el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la Coordinación de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información.
9. Procesamiento de los datos, elaboración de las tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resúmen.
12. Presentación del informe final para correcciones.

NOMENCLATURA

SEXO

F = FEMENINO
M = MASCULINO

DIAGNOSTICO

A1 = CANCER
A2 = CARCINOMA METASTASICO DE HIGADO
A3 = COLANGITIS
A4 = COLANGITIS, CANCER GASTRICO
A5 = COLECISTITIS AGUDA
A6 = COLECISTITIS CRONICA AGUDIZADA
A7 = COLELITIASIS
A8 = COLELITIASIS, CANCER DE VIAS BILIARES, METASTASIS
A9 = COLELITIASIS, CARCINOMATOSIS, COLECISTITIS AGUDA
A10 = COLELITIASIS, COLANGITIS
A11 = COLESTASIS HEPATICA SEVERA, COLANGITIS ESCLEROSANTE

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

B1 = COLECISTECTOMIA
B2 = COLECISTECTOMIA, COLANGIOGRAMA, LESION IATROGENA INTESTINAL
B3 = COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA
B4 = COLECISTECTOMIA, COLEDOCOSTOMIA, EXPLORACION VIAS BILIARES
B5 = COLECISTECTOMIA, COLEDOCOSTOMIA, EXPLORACION VIAS BILIARES, LESION IATROGENA VIAS BILIARES
B6 = COLECISTECTOMIA, LAPARATOMIA EXPLORADORA
B7 = COLECISTECTOMIA, HERNIOPLASTIA
B8 = COLECISTECTOMIA, TRAQUEOSTOMIA, GASTROSTOMIA
B9 = COLECISTOSTOMIA
B10 = COLECISTOSTOMIA, COLOSTOMIA
B11 = LAPARATOMIA EXPLORADORA
B12 = LAPARATOMIA EXPLORADORA, COLOSTOMIA

COMPLICACIONES

C1 = ABSCESO HEPATICO
C2 = ADHERENCIAS PERITONEALES
C3 = ALTERACION DEL ESTADO DE LA CONCIENCIA
C4 = ALTERACION DEL RITMO CARDIACO
C5 = ANGINA PECTORIS
C6 = ATELECTASIA
C7 = CALCULOS RESIDUALES
C8 = CRISIS HIPERTENSIVA
C9 = DEHISCENCIA DE GASTROSTOMIA
C10 = DERRANE PLEURAL
C11 = DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA
C12 = DISMINUCION DE LA AGUDEZA AUDITIVA
C13 = DISTENSION ABDOMINAL
C14 = EDEMA CEREBRAL
C15 = EDEMA PULMONAR AGUDO
C16 = EXTRACCION ACCIDENTAL TUBO DE KERR
C17 = FALLO CARDIORESPIRATORIO
C18 = FALLO HEPATICO
C19 = HEMOPERITONEO
C20 = HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR
C21 = HEMORRAGIA PULMONAR
C22 = HIDROURETER
C23 = INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO
C24 = INFECCION HERIDA OPERATORIA
C25 = INFECCION URINARIA
C26 = INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
C27 = LARINGOTRAQUEITIS SEVERA
C28 = NECROSIS INTESTINAL
C29 = NEUMONIA
C30 = PANCREATITIS
C31 = PERFORACION DUODENAL IATROGENA
C32 = PERITONITIS
C33 = PIELONEFRITIS
C34 = SEPSIS
C35 = SHOCK HIPOVOLEMICO
C36 = SINDROME HEPATORENAL
C37 = ULCERAS POR DECUBITO

ANTECEDENTES

D1 = ABSCESO HEPATICO
D2 = ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
D3 = ADENO CA DE PROSTATA
D4 = ALCOHOLISMO
D5 = TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO
D6 = AMIGDALECTOMIA BILATERAL
D7 = ANEMIA

D8 = ANGINA PECTORIS
D9 = ANSIEDAD
D10 = ARTRITIS REUMATOIDEA
D11 = CIRROSIS HEPATICA
D12 = ATEROSCLEROSIS
D13 = CARDIOMEGALIA
D14 = CISTITIS CRONICA
D15 = COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL
D16 = DESNUTRICION CRONICA DEL ADULTO
D17 = DIABETES MELLITUS
D18 = DISMINUCION DE LA AGUDEZA AUDITIVA
D19 = ENFERMEDAD PEPTICA
D20 = ESCLERODERMIA
D21 = ESTENOSIS PULMONAR
D22 = HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR
D23 = HEPATITIS VIRAL
D24 = HIPERTENSION ARTERIAL
D25 = HIPERTROFIA CARDIACA
D26 = INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO
D27 = INFECCION PELVICA
D28 = INFECCION URINARIA
D29 = INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA
D30 = INSUFICIENCIA RENAL AGUDA
D31 = INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
D32 = LEUCEMIA LINFOCITICA
D33 = LEUCOSITOSIS
D34 = NEUMONIA
D35 = PANCREATITIS
D36 = PERITONITIS
D37 = PROSTATECTOMIA
D38 = PROSTATISMO
D39 = TABAQUISMO
D40 = TRAUMA CRANEOENCEFALICO
D41 = TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
D42 = TUBERCULOSIS
D43 = ULCERA TROFICA

CIRUGIA

ELECTIVA

PACIENTES

NO FALLECIDOS

CUADRO # 1

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: SEXO \ EDAD

	EDAD			
SEXO	60 - 72	73 - 82	> 82	TOTAL
FEMENINO	28	16	1	45
MASCULINO	18	12		30
TOTAL	46	28	1	75

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 2

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: EDAD \ DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	A6		A7		
EDAD	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72	0	1	28	17	46
73 - 82	2	1	14	11	28
> 82	0	0	1	0	1
SUBTOTAL	2	2	43	28	75
TOTAL	4		71		75

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 3

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: DIAGNOSTICO \ PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

GRUPO	PROC. Qx	B1		B3		B4		B7		
ETAREO	DIAGNOSTICO	F	M	F	M	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72 AÑOS	A6		1							1
	A7	15	6	1	3	10	8	2		45
	SUBTOTAL	15	7	1	3	10	8	2	0	46
	TOTAL	22		4		18		2		46
73 - 82 AÑOS	A6	1	1	0	0	1	0	0	0	3
	A7	8	0	2	4	4	7	0	0	25
	SUBTOTAL	9	1	2	4	5	7	0	0	28
	TOTAL	10		6		12		0		28
> 83 AÑOS	A7	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	SUBTOTAL	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	TOTAL	0		0		1		0		1
	SUBTOTAL	24	8	3	7	16	15	2	0	75
	TOTAL	32		10		31		2		75

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 4

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: PROCEDIMIENTO QUIRURGICO \ COMPLICACIONES

	COMPLICACION	C1		C3		C4		C13		C20		C23		C24		C25		C26		C28		C29		C30		C32		C34		C37		
	PROC. Qx	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72 AÑOS	B1	1	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	1	1	3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	16
	B3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	B4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	2	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	1	0	1	0	0	15
	B7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	SUBTOTAL	1	0	0	0	1	3	0	0	1	0	0	1	3	2	5	4	1	0	0	0	4	6	0	0	1	1	0	1	0	0	35
	TOTAL	1		0		4		0		1		1		5		9		1		0		10		0		2		1		0		35
73 - 82 AÑOS	B1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	11
	B3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
	B4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	B7	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	9
	SUBTOTAL	0	0	0	1	1	1	0	1	1	2	0	0	1	2	4	0	0	1	1	0	4	0	1	2	0	0	0	0	1	1	25
	TOTAL	0		1		2		1		3		0		3		4		1		1		4		3		0		0		2		25
> 82 AÑOS	B7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	TOTAL	0		0		0		0		0		0		0		1		0		0		1		0		0		0		0		2
	SUBTOTAL	1	0	0	1	2	4	0	1	2	2	0	1	4	4	10	4	1	1	1	0	9	6	1	2	1	1	0	1	1	1	62
	TOTAL	1		1		6		1		4		1		8		14		2		1		15		3		2		1		2		62

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 5

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS. HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

ANTECEDENTES MEDICOS

EDAD	ANTECEDENTES	D1	D2	D5	D7	D8	D10	D11	D12	D13	D17	D19	D24	D26	D29	D32	D34	D35	D38	D39	D41	D42	TOTAL
60 - 72 AÑOS	1	1	1	6	1	3	6	1	1	0	2	7	6	2	0	0	3	0	0	1	3	0	44
	2	0	2	2	1	0	3	0	2	1	3	2	6	0	1	1	0	0	4	6	1	1	36
	SUBTOTAL	1	3	8	2	3	9	1	3	1	5	9	12	2	1	1	3	0	4	7	4	1	80
73 - 82 AÑOS	1	0	2	1	3	0	2	0	0	1	4	1	8	0	2	1	2	0	0	3	2	1	33
	2	1	0	2	0	0	1	1	1	0	2	3	2	0	0	0	0	0	2	3	0	0	18
	SUBTOTAL	1	2	3	3	0	3	1	1	1	6	4	10	0	2	1	2	0	2	6	2	1	51
> 82 AÑOS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
	TOTAL	2	5	11	5	3	12	2	4	2	11	14	22	2	3	2	5	1	6	13	6	2	133

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 6

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: SEXO \ EDAD

	EDAD			
SEXO	60 - 72	73 - 82	> 82	TOTAL
FEMENINO	27	16	2	45
MASCULINO	48	12	1	61
TOTAL	75	28	3	106

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 7

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: EDAD \ DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	A3		A6		A7		A8		A10		
EDAD	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72	1	5	11	21	14	18	0	4	1	0	75
73 - 82	1	0	9	8	6	4	0	0	0	0	28
> 82	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3
SUBTOTAL	3	5	21	29	20	23	0	4	1	0	106
TOTAL	8		50		43		4		1		106

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 8

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: DIAGNOSTICO \ PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

GRUPO	PROC. Qx	B1		B3		B4		B5		B6		B7		B9		B11		
ETAREO	DIAGNOSTICO	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72 AÑOS	A3	0	0	0	0	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6
	A5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	A6	7	8	3	1	5	10	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	39
	A7	0	10	2	5	5	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	24
	A8	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	4
	A10	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	SUBTOTAL	8	18	5	7	12	15	1	2	0	1	3	0	0	2	0	1	75
	TOTAL	26		12		27		3		1		3		2		1		75
73 - 82 AÑOS	A3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	A6	3	4	0	2	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
	A7	3	1	0	1	2	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	10
	SUBTOTAL	6	5	0	3	10	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	28
	TOTAL	11		3		12		0		0		1		1		0		28
> 82 AÑOS	A3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	A6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	A7	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	SUBTOTAL	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	TOTAL	0		1		2		0		0		0		0		0		3
	SUBTOTAL	14	23	6	10	23	18	1	2	0	1	4	0	0	3	0	1	106
	TOTAL	37		16		41		3		1		4		3		1		106

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 9

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS. HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: PROCEDIMIENTO QUIRURGICO \ COMPLICACIONES

	COMPLICACION	C1		C3		C4		C5		C8		C11		C12		C13		C16		C17		C20		C24		C25		C26		C29		C30		C31		C32		C34		
	PROC. Qx	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72 AÑOS	B1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	2	3	5	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	26
	B3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3	0	0	1	0	0	0	0	0	9
	B4	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	2	0	2	1	0	3	4	1	0	1	0	1	0	0	0	0	26
	B5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	B6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
	B7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	B11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	SUBTOTAL	0	2	1	0	0	5	0	1	2	1	3	4	0	1	0	1	2	2	1	2	0	4	2	2	6	6	0	3	6	8	0	1	1	2	0	1	0	0	70
	TOTAL	2		1		5		1		3		7		1		1		4		3		4		4		12		3		14		1		3		1		0		70
73 - 82 AÑOS	B1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	1	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	14
	B3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	B4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	B4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	B9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	B11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	1	5	3	2	2	4	4	0	0	0	0	0	0	1	0	31
	TOTAL	0		0		0		0		1		2		0		0		1		0		1		5		8		4		8		0		0		0		1		31
> 82 AÑOS	B3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	B4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	7
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	8
	TOTAL	0		0		1		0		0		0		0		0		0		0		2		1		1		1		2		0		0		0		0		8
	SUBTOTAL	0	2	1	0	0	6	0	1	2	2	4	5	0	1	0	1	3	2	1	2	1	6	6	4	12	9	3	5	11	13	0	1	1	2	0	1	1	0	109
	TOTAL	2		1		6		1		4		9		1		1		5		3		7		10		21		8		24		1		3		1		1		109

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 10

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS. HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

ANTECEDENTES MEDICOS

NOTA: CONTINUA EN LA PAGINA SIGUIENTE.

EDAD	ANTECEDENTE	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D9	D10	D11	D12	D13	D15	D16	D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23
60 - 72 AÑOS	FEMENINO	1	0	0	2	0	0	0	6	0	2	1	1	0	11	1	6	1	0	0	0
	MASCULINO	3	1	5	2	1	0	1	5	4	2	1	0	1	21	0	7	1	1	0	3
	SUBTOTAL	4	1	5	4	1	0	1	11	4	4	2	1	1	32	1	13	2	1	0	3
73 - 82 AÑOS	FEMENINO	2	0	1	0	0	0	2	6	0	1	0	0	0	9	0	1	0	0	1	0
	MASCULINO	0	0	1	0	0	3	3	6	0	0	1	0	0	13	0	0	0	0	0	3
	SUBTOTAL	2	0	2	0	0	3	5	12	0	1	1	0	0	22	0	1	0	0	1	3
> 82 AÑOS	FEMENINO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0
	MASCULINO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
	SUBTOTAL	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	2	0	0	0	0
	TOTAL	6	1	7	6	1	3	6	23	4	6	3	1	1	58	1	16	2	1	1	6

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCCION DE DATOS

NOTA: CONTINUACION CUADRO # 10

D24	D26	D27	D28	D29	D30	D32	D33	D34	D35	D36	D37	D38	D39	D40	D41	D42	D43	TOTAL
9	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	47
14	0	0	0	3	0	0	0	2	2	1	1	2	7	3	0	2	1	97
23	0	0	0	3	1	0	0	3	2	1	1	3	8	3	0	3	2	144
2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	31
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	33
2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	1	1	0	64
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	9
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	14
25	1	1	1	3	1	1	1	3	2	5	3	4	8	3	1	4	2	222

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS
A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO
DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: SEXO \ EDAD

	EDAD			
SEXO	60 - 72	73 - 82	> 82	TOTAL
FEMENINO	2	1	1	4
MASCULINO	3	4	1	8
TOTAL	5	5	2	12

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 12

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS
A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO
DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: EDAD \ DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	A7		A8		A11		.
EDAD	F	M	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72	0	0	2	2	0	1	5
73 - 82	1	0	0	4	0	0	5
> 82	1	0	0	1	0	0	2
SUBTOTAL	2	0	2	7	0	1	12
TOTAL	2		9		1		12

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 13

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: DIAGNOSTICO \ PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

GRUPO	PROC. Qx	B1		B11		B12		
ETAREO	DIAGNOSTICO	F	M	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72 AÑOS	A8	1	0	1	2	0	0	4
	A11	0	0	0	1	0	0	1
	SUBTOTAL	1	0	1	3	0	0	5
	TOTAL	1		4		0		5
73 - 82 AÑOS	A7	0	0	1	0	0	0	1
	A8	0	2	0	1	0	1	4
	SUBTOTAL	0	2	1	1	0	1	5
	TOTAL	2		2		1		5
> 83 AÑOS	A7	0	0	1	0	0	0	1
	A8	0	0	0	1	0	0	1
	SUBTOTAL	0	0	1	1	0	0	2
	TOTAL	0		2		0		2
	SUBTOTAL	1	2	3	5	0	1	12
	TOTAL	3		8		1		12

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 14

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: PROCEDIMIENTO QUIRURGICO \ COMPLICACIONES

	COMPLICACION	C1		C2		C18		C19		C20		C21		C29		C34		C36		.
	PROC. Qx	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72 AÑOS	B11	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	4
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	4
	TOTAL	0		0		1		0		0		0		1		1		1		4
73 - 82 AÑOS	B11	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	5
	B1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	0	0	6
	B12	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	SUBTOTAL	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	2	3	0	0	12
	TOTAL	1		1		0		1		1		1		2		5		0		12
> 82 AÑOS	B11	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	SUBTOTAL	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	TOTAL	1		0		1		0		0		0		0		0		0		2
	SUBTOTAL	1	1	1	0	0	2	0	1	1	0	0	1	1	2	2	4	0	1	18
	TOTAL	2		1		2		1		1		1		3		6		1		18

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 15

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

ANTECEDENTES MEDICOS

	ANTECEDENTES	D2	D5	D9	D11	D12	D16	D17	D19	D23	D28	D29	D32	D39	TOTAL
60 - 72 AÑOS	FEMENINO	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	MASCULINO	0	0	1	1	2	0	2	1	1	0	0	1	1	10
	SUBTOTAL	0	2	1	1	4	0	2	1	1	0	0	1	1	14
73 - 82 AÑOS	FEMENINO	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
	MASCULINO	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	7
	SUBTOTAL	1	2	0	0	1	1	0	1	0	0	2	1	1	10
> 82 AÑOS	FEMENINO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	MASCULINO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	TOTAL	1	4	1	1	5	1	2	2	1	1	2	2	2	25

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS
A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO
DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: SEXO \ EDAD

	EDAD			
SEXO	60 - 72	73 - 82	> 82	TOTAL
FEMENINO	1	3	1	5
MASCULINO	14	9	1	24
TOTAL	15	12	2	29

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 17

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS
A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO
DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: EDAD \ DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	A3		A4		A5		A6		A7		A8		A9		
EDAD	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72	1	3	0	1	0	1	0	3	0	5	0	0	0	1	15
73 - 82	0	0	0	0	0	0	1	0	1	8	1	1	0	0	12
> 82	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
SUBTOTAL	1	3	0	1	0	1	1	4	2	13	1	1	0	1	29
TOTAL	4		1		1		5		15		2		1		29

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 18

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: DIAGNOSTICO \ PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

GRUPO	PROC. Qx	B1		B3		B4		B6		B8		B11		B12		
ETAREO	DIAGNOSTICO	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	TOTAL
60 - 72 AÑOS	A3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4
	A4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	A5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	A6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
	A7	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	A8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	SUBTOTAL	0	11	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	15
	TOTAL	11		1		1		0		1		1		0		15
73 - 82 AÑOS	A3	1	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9
	A6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	A8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
	SUBTOTAL	2	6	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	12
	TOTAL	8		1		1		1		0		0		1		12
> 82 AÑOS	A3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	A6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	SUBTOTAL	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	TOTAL	2		0		0		0		0		0		0		2
	SUBTOTAL	3	18	0	2	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	29
	TOTAL	21		2		2		1		1		1		1		29

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 19

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS. HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL. PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

RELACION: PROCEDIMIENTO QUIRURGICO \ COMPLICACIONES

	COMPLICACION	C6		C9		C10		C11		C14		C15		C17		C19		C20		C22		C23		C25		C26		C27		C28		C29		C30		C32		C33		C34		C35		C37		TOTAL
	PROC. Qx	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
60 - 72 AÑOS	B1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	2	0	1	0	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	5	0	0	0	1	0	0	0	4	0	1	0	0	26
	B3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
	B4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
	B8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	B10	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	SUBTOTAL	0	0	0	0	0	0	0	4	1	3	0	0	0	3	0	1	0	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	6	1	0	1	2	1	0	0	6	0	1	0	0	39
	TOTAL	0		0		0		4		4		0		3		1		4		0		2		0		0		2		0		7		1		3		1		6		1		0		39
73 - 82 AÑOS	B1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	1	4	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	4	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	27
	B3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
	B4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4
	B6	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	B12	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	6
	SUBTOTAL	0	1	0	1	1	0	1	0	1	5	0	0	2	7	0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	1	1	8	1	0	0	2	0	0	1	4	0	0	1	1	46
	TOTAL	1		1		1		1		6		0		9		0		2		0		2		1		2		0		1		9		1		2		0		5		0		2		46
> 82 AÑOS	B1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	8
	SUBTOTAL	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	8
	TOTAL	0		0		2		0		0		1		0		0		0		1		0		0		0		0		0		1		0		1		1		1		0		0		8
	SUBTOTAL	0	1	0	1	3	0	1	4	2	8	1	0	2	10	0	1	0	6	1	0	0	4	1	0	1	1	0	2	0	1	3	14	2	0	2	4	2	0	2	10	0	1	1	1	93
	TOTAL	1		1		3		5		10		1		12		1		6		1		4		1		2		2		1		17		2		6		2		12		1		2		93

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO # 20

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES GERIATRICOS SOMETIDOS
A CIRUGIA DE VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS.
HOSPITAL DE ENFERMEDAD COMUN DEL INSTITUTO GUATEMALTECO
DE SEGURIDAD SOCIAL.
PERIODO: JUNIO 1 DE 1,990 A JUNIO 30 DE 1,995.

ANTECEDENTES MEDICOS

EDAD	ANTECEDENTE	D2	D3	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D16	D17	D19	D21	D23	D24	D25	D26	D29	D31	D32	D34	D38	D39	TOTAL
60 - 72 AÑOS	FEMENINO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	MASCULINO	2	0	1	1	1	0	5	7	3	2	0	7	4	0	2	3	0	1	2	1	1	1	1	1	46
	SUBTOTAL	2	0	1	1	1	0	5	8	3	2	0	8	4	0	2	3	0	1	2	1	1	1	1	1	48
73 - 82 AÑOS	FEMENINO	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	9
	MEDCULINO	0	0	1	0	0	1	1	1	3	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	4	0	0	0	16
	SUBTOTAL	0	0	1	0	0	2	2	2	3	2	1	0	1	1	2	0	1	0	2	0	5	0	0	0	25
> 82 AÑOS	FEMENINO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	MASCULINO	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	SUBTOTAL	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
	TOTAL	2	1	2	1	1	2	7	11	6	4	1	8	5	1	5	3	1	1	4	1	7	1	1	1	77

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

ANALISIS DE RESULTADOS

CIRUGIA ELECTIVA:

PACIENTES NO FALLECIDOS

CUADRO # 1

Presenta los datos de los pacientes, de acuerdo al sexo y la edad, encontrando que el 60 % corresponde al sexo femenino y el 40 % al masculino. El mayor número de casos se presentó en la edad de 60-72 años en ambos casos.

CUADRO # 2

Este cuadro muestra a los pacientes segun la edad y los diagnósticos presentados, teniendo que el grupo etáreo con más casos fue el de 60-72 años con 61.33 % . El diagnóstico más frecuente fue colelitiasis (71 casos), correspondiéndole el 60.56 % y 39.44 % al sexo femenino y masculino respectivamente.

CUADRO # 3

Este cuadro muestra los diagnósticos encontrados y los procedimientos quirúrgicos realizados; encontramos que de 75 casos totales, el 61.33 % se dío en la edad de 60-72 años; para este grupo etáreo, el diagnóstico más frecuente fue colelitiasis (97.83 %); las operaciones más practicadas fueron colecistectomía (47.83 %) y

colecistectomía más coledocostomía más exploración de vias biliares (39.13 %). En ambos procedimientos hubo predominio del sexo femenino.

CUADRO # 4

Muestra los procedimientos quirúrgicos y las complicaciones presentadas. el grupo etáreo con más complicaciones es el de 60-72 años, con 35 casos (56.45 %); los diagnósticos más frecuentes fueron: colecistectomía (45.71 %) y colecistectomía más coledocostomía más exploración de vias biliares (42.85 %); teniendo como complicaciones más frecuentes en esta edad: neumonía (28.57 %) e infección urinaria (25.71%). Para la edad de 73-82 años, los procedimientos mas frecuentes fueron: colecistectomía (44 %) y colecistectomía más hernioplastía (36 %); teniendo las mismas complicaciones del grupo anterior, pero con el 16 % respectivamente.

CUADRO # 5

Este cuadro muestra los antecedentes médicos, teniendo que de 133 casos totales, el 60.15 % se encuentra en la edad de 60-72 años; siendo los antecedentes más frecuentes: Aterosclerosis (15 %) y enfermedad péptica (11.25 %). En el grupo de 73-82 años, 51 casos (38.35 %); los antecedentes fueron: aterosclerosis (19.61 %), enfermedad péptica y tabaquismo con 11.76 %, respectivamente. En los 3 grupos etáreos hubo predominio del sexo femenino.

IRUGIA DE EMERGENCIA:

ACIENTES NO FALLECIDOS

UADRO # 6

Presenta los datos de los pacientes, de acuerdo al sexo y la edad, ncontrando que el 42.45 % corresponde al sexo femenino y el 57.55 % al asculino. El mayor número de casos se presentó en la edad de 60-72 ños en ambos casos.

CUADRO # 7

Este cuadro muestra a los pacientes segun la edad y los diagnósticos presentados, teniendo que el grupo etáreo con más casos ue el de 60-72 años con 70.75 % de los casos. El diagnóstico más frecuente fue colecistitis crónica agudizada (50 casos), correspondiéndole el 19.81 % y 27.36 % al sexo femenino y masculino respectivamente.

CUADRO # 8

Esta cuadro muestra los diagnósticos encontrados y los procedimientos quirúrgicos realizados; encontramos que de 106 casos totales, el 70.75 % se dió en la edad de 60-72 años; para este grupo etáreo, el diagnóstico más frecuente fue colecistitis crónica agudizada (42.66 %); las operaciones más practicadas fueron colecistectomía (34.66 %) y colecistectomía más coledocostomía más exploración de vias biliares (36 %). En ambos procedimientos hubo predominio del sexo masculino.

CUADRO # 9

Muestra los procedimientos quirúrgicos y las complicaciones presentadas. el grupo etáreo con más complicaciones es el de 60-72 años, con 70 casos (64.22%); los procedimientos más frecuentes fueron: colecistectomía (37.14 %) y colecistectomía más coledocostomía más exploración de vias biliares (37.14%); teniendo como complicaciones más frecuentes en esta edad: neumonía (20 %) e infección urinaria (17.14 %). Para la edad de 73-82 años, los procedimientos más frecuentes fueron: colecistectomía (45.16 %) y colecistectomía más coledocostomía más exploración de vias biliares (22.58 %); teniendo las mismas complicaciones del grupo anterior, pero con el 25.81 % respectivamente.

CUADRO # 10

Este cuadro muestra los antecedentes médicos, teniendo que de 222 casos totales, el 64.86 % se encuentra en la edad de 60-72 años; siendo los antecedentes más frecuentes: diabetes mellitus (22.22 %) e hipertensión arterial (15.97%). En el grupo de 73-82 años, 64 casos (28.83 %); los antecedentes fueron: diabetes mellitus (34.38 %), y artritis reumatoidea (18.75 %). En los 2 grupos etáreos hubo predominio del sexo masculino.

CIRUGIA ELECTIVA:

PACIENTES FALLECIDOS

CUADRO # 11

Presenta los datos de los pacientes, de acuerdo al sexo y la edad, encontrando que el 33.38 % corresponde al sexo femenino y el 66.66 % al masculino. El mayor número de casos se presentó en las edades de 60-72 años y 73-82 años (5 casos respectivamente).

CUADRO # 12

Este cuadro muestra a los pacientes segun la edad y los diagnósticos presentados, teniendo que los grupos etáreos con más casos fueron el de 60-72 años y 73-82 años 41.66 % respectivamente. El diagnóstico más frecuente fue colelitiasis más cáncer de vias biliares más metástasis (9 casos), correspondiéndole el 22.22 % y 77.78 % al sexo femenino y masculino respectivamente.

CUADRO # 13

Este cuadro muestra los diagnósticos encontrados y los procedimientos quirúrgicos realizados; encontramos que de 12 casos totales, el 41.66 % se dío en las edades de 60-72 años y 73-82 años respectivamente; para este grupo etáreo, el diagnóstico más frecuente fue colelitiasis más cáncer de vias biliares más metástasis (80 %); la operación más practicada fue laparatomía exploradora (80 %). Hubo predominio del sexo femenino.

CUADRO # 14

Muestra los procedimientos quirúrgicos y las complicaciones presentadas. El grupo etáreo con más complicaciones es el de 73-82 años, con 12 casos (66.66%); los procedimientos más frecuentes fueron: colecistectomía (50 %) y laparatomía exploradora (41.66%); teniendo como complicaciones más frecuentes en esta edad: sépsis (41.66 %) y neumonía (16.66 %). Para la edad de 73-82 años, el procedimiento más frecuente fué: laparatomía exploradora (100 %); teniendo como complicaciones fallo hépatico, neumonía, sépsis, y síndrome hepatorrenal con 25 %, respectivamente.

CUADRO # 15

Este cuadro muestra los antecedentes médicos, teniendo que de 25 casos totales, el 56 % se encuentra en la edad de 60-72 años; siendo los antecedentes más frecuentes: aterosclerosis (28.57 %) y trastornos del ritmo cardíaco (14.29 %). En el grupo de 73-82 años, 10 casos (40 %); los antecedentes fueron: trastornos del ritmo cardíaco e insuficiencia cardíaca congestiva con 20 % respectivamente. En los 2 grupos etáreos hubo predominio del sexo masculino.

CIRUGIA DE EMERGENCIA

PACIENTES FALLECIDOS

CUADRO # 16

Presenta los datos de los pacientes, de acuerdo al sexo y la edad, encontrando que el 17.24 % corresponde al sexo femenino y el 82.76 % al masculino. El mayor número de casos se presentó en la edad de 60-72 años, con predominio masculino.

CUADRO # 17

Este cuadro muestra a los pacientes segun la edad y los diagnósticos presentados, teniendo que el grupo etáreo con más casos fué el de 60-72 años con 51.72 % de los casos. El diagnóstico más frecuente fué colelitiasis (15 casos), correspondiéndole el 13.53 % y 86.87 % al sexo femenino y masculino respectivamente.

CUADRO # 18

Este cuadro muestra los diagnósticos encontrados y los procedimientos quirúrgicos realizados; encontramos que de 29 casos totales, el 51.72 % se dió en la edad de 60-72 años; para este grupo etáreo, el diagnóstico más frecuente fue colelitiasis (33.33 %); la operación más practicada fué colecistectomía (73.33 %). Hubo predominio del sexo masculino.

CUADRO # 19

Muestra los procedimientos quirúrgicos y las complicaciones presentadas. el grupo etáreo con más complicaciones es el de 73-82 años, con 46 casos (49.46 %); los procedimientos quirúrgicos más frecuentes fueron: colecistectomía (58.70 %) y laparatomía exploradora más colostomía (13.04 %); teniendo como complicaciones más frecuentes en esta edad: fallo cardiorespiratorio (19.57 %) y edema cerebral (19.57 %). Para la edad de 60-72 años, los procedimientos más frecuentes fueron: colecistectomía (66.66 %) y colecistectomía más colostomía (12.80 %); teniendo como complicaciones: neumonía (17.95 %) y sépsis (15.38 %), respectivamente.

CUADRO # 20

Este cuadro muestra los antecedentes médicos, teniendo que de 77 casos totales, el 62.34 % se encuentra en la edad de 60-72 años; siendo los antecedentes más frecuentes: aterosclerosis (16.66 %) y diabetes mellitus (16.66 %). En el grupo de 73-82 años, 25 casos (32.47 %); los antecedentes fueron: leucemia linfocítica (20 %) y cardiomegalia (12 %), respectivamente. En los 3 grupos etáreos hubo predominio del sexo masculino.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1- A nivel general, se evidenció, que a mayor edad el riesgo de muerte y complicaciones por cirugia electiva y de emergencia se incrementa.

2- El sexo masculino, presentó las mayores frecuencias de morbilidad y mortalidad.

3- La sobrevivencia en la cirugía electiva, tuvo como principales causas de morbilidad procesos patológicos localizados (neumónicos).

4- La nó sobrevivencia en la cirugía electiva, tuvo como principales causas de morbilidad procesos patológicos sistémicos y neumónicos.

5- La nó sobrevivencia en la cirugía electiva, tuvo como principales causas de muerte procesos patológicos metastásicos. En la mayoria de casos el procedimiento quirúrgico fue laparatomía exploradora.

6- Los pacientes que fueron sometidos a cirugía de emergencia en general registraron los mismos procesos patológicos que los pacientes que sobrevivieron en la cirugía electiva, siendo la principal determinante de la nó sobrevivencia el cuadro agudo del proceso mórbido. Se debe de tomar en cuenta que con el cuadro agudo, se debieron realizar procedimientos quirúrgicos más traumáticos (p.e. laparatomía exploradora). Además, la morbilidad en este grupo presentó patologías sistémicas (p.e. diabetes mellitus, hipertensión arterial, aterosclerosis,etc.) como principales causas de complicación y antecedentes médicos.

7- Un número considerable de las complicaciones que se dieron en la cirugía electiva y de emergencia, tanto para pacientes que sobrevivieron y que nó sobrevivieron se derivó de los *métodos invasivos para* drenaje o ventilación.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Elaborar un protocolo para manejo específico del paciente geriátrico con diagnóstico de enfermedad de vias biliares asintomática.

- Crear programas educativos específicos para los pacientes con enfermedad biliar asintomática conocida, para que el paciente tome conciencia de los beneficios y riesgos de ser operados de manera electiva o de emergencia.

- Crear programas específicos para pacientes con enfermedad biliar conocida asintomática, a manera de que sean programados para cirugía laparoscopica de manera electiva, por la baja morbilidad y mortalidad que ésta reporta.

- Crear metodos de vigilancia para comprobar que los sistemas invasivos corporales, reciban el cuidado necesario, con el fin de evitar al máximo las infecciones nosocomiales, complicaciones locales y sistémicas.

- Dar especial atención a los sistemas cardiovascular, renal, pulmonar y neurológico, a manera de minimizar las complicaciones, y evitar asi los desenlaces fatales.

- Todo paciente con enfermedad biliar conocida asintomática y que padezca de alguna enfermedad sistémica, debera de ser catalogado como paciente de alto riesgo, por lo que en la medida de lo posible,

deberan de ser compensados en su padecimiento, para que en el momento de la cirugía (electiva) las complicaciónes puedan ser las menos posibles.

- Los pacientes que serán sometidos a cirugía electiva deberán tener un monitoreo nutricional adecuado, para que su reserva fisiológica sea la mejor, para poder cubrir sus necesidades metabólicas.

RESUMEN

RESUMEN

Este estudio de carácter descriptivo-retrospectivo registró las distintas variables que influyeron en la morbilidad y mortalidad de los pacientes geriátricos sometidos a cirugía de vias biliares de manera electiva y de emergencia en el Hospital de Enfermedad Comun del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en el período del 1 de Junio de 1,990 al 30 de Junio de 1,995.

El estudio incluyó a todos aquellos pacientes con 60 años o mas, que fueron sometidos a cirugía de vias biliares extrahepáticas de manera electiva o de emergencia. La población total fue de 222 pacientes, de los cuales el 44.59 % corresponde al sexo femenino y el 55.41 % al sexo masculino.

El grupo etáreo con más número de casos fue el de 60-72 años, seguido por 73-82 años y > 82 años. Se determinó que a mayor edad el número de pacientes disminuye.

Al revisar los casos de los pacientes que fueron sometidos a cirugía electiva, se tiene que para los pacientes que sobrevivieron, el diagnóstico más común fué colelitiasis y los procedimientos quirúrgicos: colecistectomía y colecistectomía más exploración de vias biliares, las complicaciones neumonía e infección urinaria; los antecedentes médicos fueron aterosclerosis y enfermedad péptica; el sexo con más casos fue

el femenino. En contraste, para los pacientes que no sobrevivieron, el diagnóstico más común fue colelitiasis más cáncer de vias biliares o metástasis; el procedimiento quirúrgico laparatomía exploradora; las complicaciónes sépsis y neumonía; los antecedentes fueron insuficiencia cardíaca congestiva y trastornos del ritmo cardiaco; con predominio del sexo femenino. Se puede inferir que la muerte de estos pacientes estuvo determinada por causas inevitables (cáncer), en su mayoria.

Para los pacientes sometidos a cirugía de emergencia que no sobrevivieron, se tiene que el sexo más afectado fue el masculino; colecistitis crónica agudizada fue el principal diagnóstico; los procedimientos quirúrgicos, colecistectomía y colecistectomía más exploración de vias biliares; infección urinaria y neumonía fueron las complicaciones; los antecedentes médicos fueron diabetes mellitus e hipertensión arterial. En contraposición, para los pacientes que si sobrevivieron, el sexo más registrado fue el masculino; colelitiasis como diagnóstico, colecistectomía la operación más realizada; las complicaciónes fueron fallo respiratorio y edema cerebral; y los antecedentes médicos aterosclerosis y diabetes mellitus. Lo anterior demuestra que con respecto a los diagnósticos la cirugía de emergencia no varia mucho de la cirugía electiva, y que la mayor diferencia es el cuadro agudo en el cual se operó al paciente, por lo que con más importancia para los pacientes que no sobrevivieron, la muerte se derivó de procesos patológicos que pudieron haber sido corregidos de manera electiva oportunamente; con respecto a las complicaciónes y antecedentes médicos, estos fueron producto de enfermedades

sistémicas en su mayoria.

GLOSARIO

***BILIRRUBINA:**

Pigmento biliar, producto de degradación del Hem, formado principalmente por degradación de la hemoglobina.

***BILIS:**

Liquido secretado por el hígado y vertido en el intestino delgado por las vias biliares.

***CALCULOS BILIARES:**

Concreción anormal que se presenta en las vias biliares.

***CIRUGIA:**

Rama de la medicina que estudia las enfermedades y traumatismos que tienen que tratarse mediante técnicas operatorias.

***CIRUGIA LAPAROSCOPICA:**

Acto quirúrgico guiado por un laparoscopio.

***CIRROSIS HEPATICA:**

Grupo de enfermedades crónicas del hígado caracterizadas por pérdida de la estructura lobulillar hepática normal con fibrosis, y por destrucción de las células parenquimatosas y regeneración de las mismas para formar nódulos.

***COLECISTITIS AGUDA:**

Variante de inflamación de la vesícula biliar, que puede depender de oclusión del cuello de la vesícula biliar, con signos que varian desde obstrucción, y edema benigno hasta infección grave con gangrena y perforación.

***COLECISTECTOMIA:**

Extirpación de la vesícula biliar.

***COLECISTOSTOMIA:**

Creación de una abertura en la vesícula biliar para drenaje.

***COLEDOCOLITIASIS:**

Presencia de cálculos en el colédoco.

***COLELITIASIS:**

Presencia o formación de cálculos biliares en la vesícula biliar.

***COLESTEROL:**

Alcohol esteroide aperlado, semejante a grasa, que cristaliza en forma de escamas o láminas por alcohól diluido, y que se presenta en grasas y aceites animales, bilis, sangre, tejido cerebral, leche, yema de huevo, vainas de mielina de las fibras nerviosas, hígado, riñones y glándulas suprarrenales.

***ELECTROCARDIOGRAMA:**

Trazado gráfico de las corrientes eléctricas producidas por la acción del músculo cardiaco, y que se descubren en la superficie corporal.

***ELECTROLITO:**

Substancia que se disocia en iones cuando se fusiona o está en solución y de esta manera adquiere la facultad de producir electricidad.

***FAGOCITAR:**

Facultad de algunas células de envolver y quizá destruir bacterias y otros cuerpos extraños.

***GERIATRIA:**

Especialidad médica que estudia la fisiología del envejecimiento, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los ancianos.

***GLUCORONIDO:**

Cualquier compuesto glucosídico del ácido glucorónido, los glucorónidos que suelen ser inactivos forman la parte mayor de los metabolitos de muchos fenoles, alcohóles y ácidos carboxílicos.

***HEMOGLOBINA:**

Pigmento de los eritrocitos que transporta el oxígeno.

***HIPERBILIRRUBINEMIA:**

Concentraciones excesivas de bilirrubina en la sangre.

***ICTERICIA:**

Síndrome caracterizado por hiperbilirrubinemia y depósito de pigmentos biliares en la piel, las mucosas y la esclera, con el cual el paciente adquiere una coloración amarilla.

***MICELA:**

Partícula coloidea formada por agregación de moléculas pequeñas.

***MACROFAGO:**

Cualquiera de las células mononucleares muy fagocíticas, con núcleo pequeño, oval y a veces indentado y nucleolos casi imperceptibles, que se encuentran en las paredes de los vasos sanguíneos y el tejido conjuntivo laxo.

***NEUMONIA:**

Inflamación de los pulmones con consolidación del tejido pulmonar.

***PATOLOGIA:**

Manifestaciónes estructurales y funcionales de enfermedad.

***Ph:**

Símbolo con que se hace referencia a la concentración de los iones Hidrógeno o a la actividad de una solución en comparación con una determinada solución ordinaria.

***PORFIRINA:**

Cada uno de los miembros de un grupo de derivados de tetrapirrol cíclico, que no contiene hierro o magnesio; presentes en el protoplasma de las células, constituyen la base de los pigmentos respiratorios de los animales y vegetales.

***REABSORBER:**

Absorver de nuevo.

***SAL BILIAR:**

Glicocolato y taurocolato; sales de ácidos biliares sintetizados por el hígado y almacenadas en la vesícula biliar y liberadas por ella, activan a la lipasa pancreática, facilitando la digestión de los triglicéridos y estimulando el metabolismo de las células de la mucosa intestinal.

***VESICULA BILIAR:**

Reservorio en forma de pera para la bilis.

*(4)

BIBLIOGRAFIA

1.- Harper et al. BIOQUIMICA DE HARPER 9a. ed. El manual Moderno S.A. 41:51 318:333.

2.- David F. Huber et al. CHOLECYSTECTOMY IN ELDERLY PATIENTS. The American Journal of Surgery Vol.146, Dec 1983 719:722.

3.- Kenneth A. Hacker et al. CHOLEDOCOTOMY FOR CALCULOUS DISEASE IN THE ELDERLY. The American Journal Of Surgery Vol. 160 Dec. 1990. 610:612.

4.- Saunders, W. B. DICCIONARIO ENCICLOPEDICO ILUSTRADO DE MEDICINA DORLAND. 26a. ed. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. 1988.

5.- Robert Golub et. al. EFFICACY OF PREADMISION TESTING IN AMBULATORY SURGICAL PATIENTS. The American Journal of Surgery, vol.163, June 1992. 565:571.

6.- Edna D., Zamboni C. FACTORES QUE AFECTAN LA MORBI-MORTALIDAD DEL PACIENTE CON CIRUGIA DE VIAS BILIARES. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias médicas. 1988. 69 pp.

7.- Guyton et al. FISIOLOGIA DE GUYTON. 7a. ed. Interamericana 1989. 42:49 766-781.

8.- Steven V. Levine et al. INTRAOPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY. Ann. Surg. Dec. 1983. 692:696.

9.- Oliva Z., Ingrid F. MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE QUIRURGICO GERIATRICO. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias médicas. 1993. 139 pp.

10.- Rabanales E. Jaime s. MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES MAYORES DE SESENTA AÑOS CON CIRUGIA DE VIAS BILIARES DE EMERGENCIA. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias médicas. 1991 65pp.

11.- A. Gersdon Greenburg et al. MORTALITY AND GASTROINTESTINAL SURGERY IN THE AGED. Arch. Surg. Vol 116 June 1981. 788:791.

12.- S. L. Blamey et al. PREDICTION OF RISK IN BILIARY SURGERY. Br. J. Surg. Vol. 70 1983. 535:538.

13.- Harrison et al. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. 12a. ed.Interamericana 1991. 19:23.

14.- Richard A. Garibaldi et al. RISK FACTORS FOR POSTOPERATIVE PNEUMONIA. The American Journal Of Medicine Vol. 70 March 1981. 677:680.

15.- Kenneth A. Kern. RISK MANAGEMENT GOALS INVOLVING INJURY TO THE COMMON BILE DUCT DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY. The American Journal of Surgery Vol. 163 June 1992. 551:552.

16.- DeMaria, Eric J. et al. SURVIVAL AFTER TRAUMA IN GERIATRIC PATIENTS. Ann. Surg. Dec. 1987. 738:742.

17.- Charles K. McSherry et al. THE INCIDENCE AND CAUSES OF DEATH FOLLOWING SURGERY FOR NON MALIGNANT BILIARY TRACT DISEASE. Ann Surg. March 1980 271:275.

ANEXO

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No.: _____ DIAGNOSTICO: _____

EDAD: _____

SEXO: MASCULINO: _____ CIRUGIA ELECTIVA: _____
FEMENINO: _____ EMERGENCIA: _____

ENFERMEDAD BILIAR: AGUDA: _____
CRONICA: _____
CRONICA AGUDIZADA: _____

FALLECIO: SI: _____
NO: _____

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO:

_____
_____
_____
_____

COMPLICACIONES SUFRIDAS DURANTE EL TRATAMIENTO:

_____
_____
_____
_____

ANTECEDENTES MEDICOS:

_____
_____
_____
_____