

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Medicina de Mexicali

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO
Dirección de enseñanza e investigación
Hospital General de Mexicali



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

'Experiencia en cardiología y aparatoscopía en el Hospital General de Mexicali'

TRABAJO TERMINAL PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
Cardiología General

PRESENTA

César Alberto Castro Castro

ASESOR

MC Arturo Landerio Ruiz

México, Baja California febrero 2004
**“EXPERIENCIA EN COLEDOSTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO”**

Presenta

Dr. César Alberto Castro Castro
Residente de Cirugía General

Para obtener el título de

Cirujano General

Asesores

Dr. Gabriel Corona Chavez

Dr. Ricardo García Audelo

MC Arturo Landeró Ruiz

Dr. Israel Ávilalñiguez
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI

Dr. Manuel Octavio Meza Santana
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

Dr. José Mayagüita Wtrón
JEFE DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL

Dr. Gabriel Corona Chavez
ASESOR ACADÉMICO

Dr. Ricardo García Audelo
ASESOR ACADÉMICO

MC. Arturo Landerio Ruiz
ASESOR ACADÉMICO

Dra. Carmen Goretty Soría Rodríguez
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Dr. César Alberto Castro Castro
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL

AGRADECIMIENTOS

A mis tres grandes amor es:

Mi esposa Patricia por su apoyo y comprensión. **Te amo...**

Mis hijos Samantha y César Jr, por llenar mi vida de alegría

A mi familia

A todos mis maestros

Por sus enseñanzas y amistad.

A mis amigos y compañeros residentes.

DEDICATORIA

A MIS MAESTROS:

Curva de aprendizaje sintutória, se paga con complicaciones.

Dr. Juan Antonio López Corvala

INDICE

Contraportada	I
Hojafirmas	III
Agradecimientos	V
Dedicatoria	VI
Indice	VII
Indice de tablas y figuras	VIII
Resumen	IX

INDICE GENERAL

Introducción	1
Planteamiento del problema	3
Justificación	3
Objetivos	4
Antecedentes históricos	5
Materia y métodos	6
Diseño del estudio	8
Criterios de inclusión	8
Criterios de exclusión	8
Criterios de eliminación	8
Metodología	9
Operacionalización de variables	10
Resultados	11
Discusión	18
Conclusiones	20
Bibliografía	21
Anexos	23

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla sexo pacientes	24
Tabla estado civil	24
Gráfica No. 1 distribución por sexo	25
Tabla tipo cirugía	26
Gráfica No. 2 tipo cirugía	26
Gráfica No. 3 edad de los pacientes	27
Tabla indicación para cirugía	28
Gráfica No. 4 indicación de cirugía	29
Gráfica No. 5 cirugía realizada	30
Gráfica No. 6 inicio vía oral	31
Tabla complicaciones menores	32
Tabla complicaciones mayores	32
Gráfica No. 7 complicaciones menores	33
Gráfica No. 8 complicaciones mayores	34
Tabla causas conversión	35
Tabla tiempo hospitalización	36
Gráfica No. 9 estancia hospitalaria	37
Tabla uso antimicrobianos	38
Tabla estudio gabinete	39
Tabla resultado de ultrasonido	39
Tabla resultado CPRE	40
Tabla resultado laboratorio	40
Tabla laboratorio anormal	41
Tabla antecedentes	42
Tabla uso trocar	42
Tabla ocupación	43
Tabla puerto extracción vesícula	43
Tabla resultado histopatológico	44
Tabla drenajes	45

Experiencia en colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de Mexicali.

RESUMEN

OBJETIVO: Se exponen los resultados de la experiencia en colecistectomía laparoscópica durante los últimos cuatro años en un hospital público de segundo nivel, como es el Hospital General ISESALUD de Mexicali Baja California.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo desde 01 de enero del 2000 al 31 de mayo del 2003, con 161 casos analizados en forma retrospectiva. Se usó equipo de laparoscopia con cámara de 1chip, en los procedimientos del primer año y 3 chip a partir de hace 2 años, lente de 0 grados. Se evaluaron hallazgos, tiempo quirúrgico, evolución, las complicaciones y días de estancia hospitalaria.

RESULTADOS: Se realizaron 161 colecistectomías laparoscópicas; 137 pacientes sexo femenino (85.1 %) y 24 sexo masculino (14.9 %); con un rango de edad de 8 a 75 años, media de 35.9 años, de los cuales 152 pacientes se operaron de manera electiva y 9 de urgencia. El diagnóstico para realizar la cirugía más frecuente fue colecistitis crónica litiasica en 142 casos (88.5 %). La media del tiempo quirúrgico es 52.1 minutos con un rango de 10 a 200 minutos; 11 casos (6.83 %); fueron terminados con cirugía abierta. La causa más común de conversión fue sangrado intratable; en 5 pacientes fue necesaria una reoperación de urgencia, siendo la causa más común el hemoperitoneo.

CONCLUSIONES: La morbilidad en este estudio es 28.5 % pero sin mortalidad. No tuvimos lesiones de la vía biliar, una estancia hospitalaria de menos de 24 horas en 84.4 %.

El 100 % pacientes se manejó con anestesia general balanceada, y fueron evaluados previamente con laboratorio y gabinete.

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento seguro en manos experimentadas, sin embargo nadie está exento de complicaciones y no debe considerarse a la conversión como una complicación.

Introducción

En 1882, Carl August Langenbuch revolucionó la cirugía del tracto biliar al realizar la primera colecistectomía abierta o convencional, considerada en esa época el procedimiento como ‘‘estándar de oro’’ para tratamiento de las enfermedades de la vesícula biliar con porcentaje de mortalidad de 0.2 % sin embargo no fue sino hasta 1985 cuando Erich Mühe en Böblingen Alemania, es el primero en realizar una colecistectomía sin necesidad de abrir el abdomen, denominándola cirugía laparoscópica o de invasión mínima.

Pero quién le dio mayor difusiónórica fueron Philippe Mouret y Francis Dubois en 1987, ambos se consideran como los primeros en realizar esta técnica en Francia y el mundo. La primera colecistectomía laparoscópica en México la realizó Dr. Leopoldo Rodríguez en 1990 por un problema de colecistitis crónica litiasica en México D. F. Posteriores experiencias nacionales y extranjeras confirman las ventajas del procedimiento.

La exploración laparoscópica se ha practicado desde 1988, cuando se presentó una difusión explosiva debido a grandes avances tecnológicos y video grabación de los procedimientos quirúrgicos. La laparoscopia ha cambiado no sólo el aspecto técnico de la cirugía, sino también el cognoscitivo. Los cirujanos piensan ahora en términos de mínimos accesos, habilidades quirúrgicas, instrumentos y equipo con tecnología avanzada.

Los campos de la robótica, la telepresencia y la realidad virtual colocan a la cirugía en un nivel superior, hasta lugares lejanos, la posibilidad de ver literalmente al paciente en forma ‘‘virtual’’ para hacer diagnósticos, planear procedimientos quirúrgicos, aplicar técnicas quirúrgicas o bien, utilizar prototipos, a fin de diseñar el hospital y los quirófanos del futuro. ⁽¹⁾

Lo que estas capacidades tienen en común es que todas utilizan las nuevas tecnologías de la información y representan el mundo real con ‘‘equivalentes de información’’, para llevar a cabo tareas que de otra manera no serían factibles. La información equivalente de la visión humana es la imagen de video; la de las radiografías, las imágenes digitales (como tomografía axial computada o la resonancia magnética nuclear), y la del movimiento (la tele manipulación).

El término laparoscopia deriva de las raíces griegas lapára que significa abdomen y skopéō, examinar. Laparoscopia es estrictamente un procedimiento diagnóstico en el cual se examina el interior de la cavidad peritoneal, con un instrumento llamado laparoscopia ⁽²⁾

La cirugía laparoscópica, como la conocemos hoy en día, es el resultado de los esfuerzos repetidos, durante muchas generaciones, de cirujanos visionarios que anhelaban el poder ofrecer curación quirúrgica de los padecimientos, sin causar el daño innecesario que se ocasiona al abrir la pared abdominal. La cirugía laparoscópica se ha efectuado como tal desde principios de siglo XX, no fue hasta 1988 cuando se presentó una difusión explosiva, debido en parte a los grandes avances tecnológicos.

Los abordajes de mínima invasión con cirugía electrolaparoscópica, logran beneficios en el paciente como viene a ser: ausencia de una herida de tamaño considerable en el abdomen, disminuye las molestias postoperatorias, propicia una recuperación a la vida normal en poco tiempo, mejor alafundación respiratoria y se ha postulado que la ausencia de un traumatismo mayor como es la cirugía convencional disminuye la respuesta catabólica al trauma, lo cual es de gran importancia en pacientes críticos; además de beneficio estético.

Planteamiento del problema:

¿Conocer cuál es la experiencia del manejo de la colecistitis crónica con colecistectomía por abordaje laparoscópico en el Hospital General de Mexicali?

Justificación

En nuestro Hospital General de Mexicali, la colecistectomía es una de las principales causas de ingreso y una de las cirugías que se realiza con mayor frecuencia.

La realización del presente trabajo se fundamenta en la inquietud de conocer el manejo otorgado a los pacientes que son intervenidos de colecistectomía por abordaje laparoscópico. Conocer la experiencia en nuestra institución, ya que la tendencia actual de la cirugía es desarrollar nuevas técnicas apoyadas en el avance de los equipos y materiales, para así disminuir lo más posible la morbilidad de dicho procedimiento.

Objetivos generales:

Informar la experiencia e incidencia en el manejo de la cdelectomía laparoscópica del 01 de Enero del 2000 al 31 de Mayo del 2003.

Objetivos específicos:

- a) Determinar número de casos de cdelectomía laparoscópica.
- b) Determinar sexo paciente.
- c) Determinar edad paciente.
- d) Determinar tiempo quirúrgico.
- e) Determinar tiempo anestésico.
- f) Determinar número de trocantes utilizados.
- g) Determinar tiempo de estancia hospitalaria.
- h) Determinar estudios de laboratorio utilizados.
- i) Determinar estudio diagnóstico utilizado.
- j) Determinar complicaciones del procedimiento.
- k) Determinar la incidencia de conversión a cdelectomía abierta.
- l) Determinar el inicio de la vía oral.
- m) Determinar uso de antimicrobianos.
- n) Determinar uso de analgésicos.
- o) Determinar técnica anestésica utilizada.

Antecedentes históricos:

La primera cirugía laparoscópica en modelo animal fue realizada por Fillipi y colaboradores en 1985. En 1985 se realizó la primera cirugía laparoscópica en humanos por el Dr. Erich Mühe en Alemania, seguido por Dr. Phillipe Muret, en Lyon, Francia, posteriormente Dubois en comunicación con Muret iniciaron entrenamientos en animales y en mayo de 1988 se reportó la primera cirugía laparoscópica en humanos, también Perissat en Burdeos, McKernan y Saye en California, Reddick y Olsen en Nashville (Tennessee), Cushiery y Nathanson en Inglaterra y Berd en los Ángeles realizaron con éxito la operación en sus instituciones. ^{(3) (4)}

En México, el 29 de junio de 1990, el Dr. Leopoldo Gutiérrez Rodríguez con su grupo fue el primero en realizarla en América Latina. El perfeccionamiento en los instrumentos, la imagen de video y el reconocimiento del potencial laparoscópico trajeron consigo en 01 de abril de 1989, el inicio del auge de la cirugía laparoscópica. En esta fecha se aceptó la publicación de F. Dubois y Colaboradores, del Departamento de Cirugía Digestiva del Hospital Internacional de París, Francia, como informe preliminar de cirugía laparoscópica en 36 pacientes. ^{(5) (6) (7)}

En los primeros informes el procedimiento se aconsejaba reservarlo para pacientes de bajo riesgo quirúrgico, no obesos, sin patología aguda. Actualmente es el método de elección para la extracción quirúrgica de la vesícula, aún en casos agudos, pacientes embarazadas y sin selección de pacientes. ^{(8) (9) (10) (11) (12)}

En el servicio de Cirugía General del Hospital General de Mexicali, se inició el programa de cirugía laparoscópica en 1994, por lo que es de interés evaluar la experiencia del servicio.

Actualmente la Norma Oficial Mexicana, dicta los estándares mínimos para médicos y hospitales que deseen practicarla ⁽¹³⁾

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron los expedientes de 161 pacientes sometidos a cirugía electrolaparoscópica, con revisión retrospectiva y transversal, se exponen como estadística descriptiva.

Todos los pacientes fueron evaluados con ultrasonido de hígado y vías biliares, estudios de laboratorio (hematología completa, tiempo de protrombina o tiempo de tromboplastina, química sanguínea, grupo y Rh).

En el presente estudio se incluyeron a pacientes que fueron sometidos a cirugía electrolaparoscópica, de ambos sexos de todas las edades, embarazadas, pacientes con colangitis, sepsis peritoneal, coagulopatías y pacientes con pancreatitis aguda.

Todos los procedimientos se intervinieron bajo anestesia general balanceada, se recomendó la utilización de sonda nasogástrica u orogástrica y sonda vesical (esto a preferencia del cirujano), se realizó neumoperitoneo con CO₂ ya sea con método percutáneo con aguja de Veress o introducción de trocar con técnica abierta de Hasson, se introdujo el telescopio conectado a video cámara, se colocó trocar subxifóideo de 10 mm sobre la línea media axilar, por debajo del reborde costal derecho de 5 mm y el último de 5 mm en línea axilar anterior a nivel del adénitiz umbilical, esto bajo control laparoscópico. Se colocó al paciente en posición semifowler y lateralizado a la izquierda. (14)

La técnica laparoscópica que utilizamos en la gran mayoría fue la americana desarrollada por Reddick y Olsen, la cual consiste en el cirujano se coloca a la izquierda del paciente, el ayudante frente a él y el camarágrafo a la izquierda del cirujano. Se realiza coagulación y disección con pinza y electrocauterio monopolar, se maneja el conducto cístico y arteria cística con grapas tamaño ML de titanio y se extrae la vesícula por la incisión subxifóidea generalmente. Se realiza cierre de las heridas cuando es necesario con material absorbible (vicril del 0) para aponeurosis y cierre de la piel con material no absorbible (nylon 3-0 o poli propileno del 3-0).

En todos los casos intervenidos se contó con instrumental necesario para realizar conversión ^{(15) (16) (17)}

El postoperatorio se manejó con ayuno y soluciones parenterales a requerimientos básicos y analgésicos parenterales; inicio de la vía oral, uso de antimicrobianos, deambulación, egreso, retiro de material de suturas es ha criterio de médico tratante ^{(18) (19)}

Todos los especímenes quirúrgicos (vesícula) fueron enviados al servicio de patología para su estudio. Los drenajes fueron utilizados de forma selectiva, recomendándose un drenaje cerrado o tipo penrose, cuando se colocaron se retiraron en el postoperatorio a excepción de presentar gasto (biliar, intestinal o pus).

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo lineal, observacional, descriptivo y transversal; durante el periodo de 01 de Enero del 2000 al 31 de Mayo del 2003. Se incluyeron a los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica en el servicio de Cirugía General del Hospital General de Mexicali.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes operados de colecistectomía laparoscópica en Hospital General de Mexicali.

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes de todas las edades.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes operados en otras instituciones.

Pacientes operados por colecistectomía abierta

Pacientes que no completaron tratamiento en nuestra institución.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

No contar con expediente clínico de paciente

METODOLOGÍA

Se realizó la recopilación de datos mediante hoja de registro de pacientes operados de colecistectomía laparoscópica que ingresaron al estudio mediante criterios de inclusión y exclusión durante el periodo de 01 de Enero del 2000 al 31 del Mayo del 2003.

Las variables a analizar fueron: Sexo, edad, indicación de la cirugía, resultado postoperatorio, procedimientos quirúrgicos realizados en forma simultánea, tiempo quirúrgico, tiempo anestésico, complicaciones del evento quirúrgico, causas de conversión a cirugía abierta, manejo preoperatorio, número de trocates utilizados, lugar de extracción de vesícula, técnica anestésica, uso de antimicrobianos y analgésicos, estudios diagnósticos de gabinete y exámenes de laboratorio utilizados para decidir operar al paciente, inicio de la vía oral en horas, tiempo de estancia hospitalaria, retorno a sus actividades normales, uso de colangiografía transoperatoria, uso de drenajes, enfermedades asociadas, resultado histopatológico. La recopilación de datos se efectuó con ayuda de residentes de Cirugía General y médicos internos durante su rotación en Cirugía General, los cuales fueron recopilados del expediente clínico y validados en la hoja de registro. El análisis estadístico se realizó mediante medidas de dispersión, de tendencia central y proporciones. (20)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tiempo quirúrgico: variable finita, dependiente operacional. Este no se puede determinar como un estándar, lo vamos a medir en minutos.

Tiempo anestésico: variable finita, dependiente operacional. No existe un tiempo estándar, se medirá en minutos.

Tipo de anestesia: en 100 % de los pacientes se utilizó anestesia general balanceada.

Número de trocantes usados: variable finita, dependiente operacional, medida en número de trocantes.

Días de estancia hospitalaria: variable finita, dependiente operacional, medido en días.

Uso de antimicrobianos: variable dependiente, medido en utilización de manera profiláctica o terapéutica.

Uso de analgésicos: variable dependiente midiendo tipo, dosis y tiempo utilizado.

Inicio de la vía oral: variable dependiente, medido en horas posteriores a cirugía.
Edad: variable finita independiente, medida en años.

Sexo: variable finita independiente, medida asignándola según fenotipo en masculino o femenino.

Estudios de gabinete: variable independiente, medir utilizados como apoyo diagnóstico, medido en normal o anormal y tipo anormalidad.

Laboratorio: variable independiente, medida en normal o anormal.

Neuromonitorio: variable independiente operacional, medida en mmHg.

Complicaciones: variable independiente, medida tipo y como se resuelven.

Nivel de medición es nominal.

RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 161 pacientes de los cuales el 85.1 % (137 pacientes) fueron del sexo femenino, mientras que el 14.9 % (24 pacientes) pertenecieron al sexo masculino. El rango de edad fue entre los 8 y 75 años con una media de (35.9), desviación estándar (SD). El tipo de cirugía fue electiva en 152 pacientes (94.41 %) y de urgencia en 9 pacientes (5.59 %). El estado civil: Casados, 84 pacientes (52.17 %); solteros, 43 pacientes (26.7 %); unión libre, 25 pacientes (15.5 %); divorciados, 6 pacientes (3.72 %) y viudo en 3 pacientes (1.86 %).

La ocupación es: Hogar, 111 pacientes (68.9 %); empleado, 22 pacientes (13.66 %); campesino, 9 pacientes (5.59 %); comerciante, 8 pacientes (4.96 %); estudiante, 6 pacientes (3.72 %); profesionalista, 3 pacientes (1.86 %) y jubilado 2 pacientes (1.24 %).

Las indicaciones de cirugía fueron: Colelitiasis crónica litiasis (CCL) 142 casos; colecistitis, 6 casos; colecistitis crónica litiasis aguda, 3 casos; CCL más hernia umbilical, 3 casos; pancreatitis biliar aguda, 2 casos; displasia vesicular, 2 casos; disquena vesicular, 1 caso; colecistitis litiasis, 1 caso; CCL más enfermedad por reflujo gastroesofágico, 1 caso.

Uno de los puntos más importantes que se evaluó fue el tiempo del evento quirúrgico teriéndose el rango de 10 a 200 minutos con una media de (52.1).

El tiempo anestésico con rango de 30 a 240 minutos con una media de (95.5). (21)

Las cirugías realizadas fueron: Colelectomía laparoscópica en 142 casos (88.19 %); conversión a cirugía convencional, en 11 casos (6.83 %); coleclectomía laparoscópica más plastia umbilical convencional, en 3 casos (1.86 %); coleclectomía y biopsia hepática laparoscópica, en 2 casos (1.24 %); coleclectomía y cierre de fístula cecocolónica laparoscópica, en 1 caso (0.62 %); coleclectomía y oclusión tubaria bilateral, en 1 caso (0.62 %); coleclectomía y funduplicatura tipo Nissen laparoscópica, en 1 caso (0.62 %).

La conversión a cirugía convencional se realizó en 11 casos (6.83 %) porcentaje comparable a estadísticas informada en la literatura mundial; las principales causas fueron sangrado, 4 casos (2.48 %); falla del equipo, 2 casos (1.24 %); coledocolitiasis, 1 caso (0.62 %); lesión a vena porta, 1 caso (0.62 %); dificultad para identificar anatomía, anatomía alterada con hallazgos de doble conducto cístico sospecha de lesión de vía biliar principal, 1 caso (0.62 %); dificultad técnica por adherencias firmes, 1 caso (0.62 %); fístula coledocolitiasis, 1 caso (0.62 %). No tuvimos lesiones de la vía biliar principal. (22)

El abordaje anestésico se realizó con anestesia general balanceada (AGB) en 161 pacientes (100 %) y AGB con bloqueo para disminuir requerimientos anestésicos y manejo del dolor en 8 pacientes (4.96 %).

Los informes histopatológicos indicaron coledocistitis crónicas inespecíficas, 66 casos (40.9 %); coledocistitis crónicas calculosas, 63 casos (39.1 %); coledocistitis crónicas calculosas agudizadas, 6 casos (3.72 %); coledocistitis crónicas calculosas más colestasis, 6 casos (3.72 %); coledocistitis crónicas inespecíficas agudizadas, 3 casos (1.86 %); coledocistitis crónicas inespecíficas más colestasis, 3 casos (1.86 %); coledocistitis crónicas xantulogranulosa, 1 caso (0.62 %); coledocistitis aguda y crónica inespecífica, 1 caso (0.62 %) y 1 caso normal (0.62 %). No tuvimos el hallazgo de cáncer.

Los días de estancia hospitalaria fueron de 1 a 15 días con una media de (1.46). Con estancia de 24 horas o menos, 136 pacientes (84.4 %); 2 días, 12 pacientes (7.45 %); 3 días, 2 pacientes (1.24 %); 4 días, 2 pacientes (1.24 %); 7 días, 3 pacientes (1.86 %); 8 días, 2 pacientes (1.24 %); 10 días, 1 paciente (0.62 %); 15 días, 1 paciente (0.62 %).

El inicio de la vía oral con líquidos fue a las 12 horas, en 108 pacientes (67 %); a las 8 horas, 41 pacientes (25.46 %); a 24 horas, 6 pacientes (3.72 %); a 36 horas, 1 paciente (0.62 %); a 48 horas, 1 paciente (0.62 %); a 72 horas, 2 pacientes (1.24 %); a 5 días, 1 paciente (0.62 %) y 7 días, 1 paciente (0.62 %).

Los pacientes fueron estudiados en todos los casos con laboratorio y gabinete; en 100 % de los casos se utilizó ultrasonido de hígado y vías biliares; en los casos diagnósticos (1 caso) o de disquinesia que persistía sospecha diagnóstica se utilizó la colonoscopia oral, 3 casos (1.86 %); y cuando los resultados de laboratorio que sugerían colodocidiosis o antecedentes de pancreatitis se practicó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con o sin esfinterotomía según caso, 8 pacientes (4.96 %); y una tomografía computada (0.62 %). Los resultados que se obtuvieron por ultrasonido fueron: Coloditis crónica, 142 casos (88.1 %); coloditis crónica más dilatación de la vía biliar, 9 casos (5.59 %); coloditis crónica agudizada, 6 casos (3.72 %); pólipos, 2 casos (1.24 %); disquinesia vesicular, 1 caso (0.62 %) y 1 caso ultrasonido normal.

Los resultados obtenidos de CPRE fueron: colodocidiosis, 5 casos (3.1 %); a los cuales se extrajeron litos y esfinterotomía endoscópica; coloditis, 1 caso (0.62 %); pancreatitis crónica, 1 caso (0.62 %), y normal, 1 caso (0.62 %).

Los resultados de laboratorio fueron: normal en 137 pacientes (85.1 %) y anormal en 24 pacientes (14.9 %).

Las anomalías encontradas en el laboratorio son: aumento de bilirrubinas, transaminasa glutámico oxalacética (TGO), transaminasa glutámico piruvica (TGP) 3 casos (1.86 %); bilirrubinas y fosfatasa alcalina (FA), 2 casos (1.24 %); TGO y TGP, 2 casos (1.24 %); bilirrubinas y deshidrogenasa láctica (DHL) 2 casos (1.24 %); bilirrubinas, FA, TGO y TGP, 2 casos (1.24 %); bilirrubinas, amilasa, TGO y

TGP, 2 casos (1.24 %); leucoditosis, 1 caso (0.62 %); fosfatasa alcalina, 1 caso (0.62 %); bilirrubinas, 1 caso (0.62 %); TGP, 1 caso (0.62 %); gamma glutamil transpeptidasa (GGT) 1 caso (0.62 %); TGO, TGP y DHL, 1 caso (0.62 %); amilasa y leucoditosis, 1 caso (0.62 %); TGO y FA, 1 caso (0.62 %); bilirrubinas y DHL, 1 caso (0.62 %); bilirrubinas, FA, 1 caso (0.62 %); TGO, TGP, DHL, FA y GGT; 1 caso (0.62 %).

El manejo analgésico se realizó con ketorolaco 30 miligramos (mg), intravenoso cada 6 horas, 142 pacientes (88.1 %); metamizol 1 gramo (gr), intravenoso cada 6 horas, 17 pacientes (10.55 %); tramadol 100 microgramos (mcg), vía oral en gotas cada 8 horas, 2 pacientes (1.24 %); con adecuada respuesta a los analgésicos; notemos la valoración con escala análoga de dolor en expediente, solo buena o mala respuesta.

El manejo antimicrobiano se realizó con cefalotina, 58 pacientes (36 %); combinación ampicilina y amikacina, 11 pacientes (6.83 %); combinación ampicilina, amikacina y metronidazol, 5 pacientes (3.1 %); amikacina, 3 pacientes (1.86 %); ampicilina, 3 pacientes (1.86 %); ceftriaxona, 3 pacientes (1.86 %); combinación de ampicilina, amikacina y gentamicina, 3 pacientes (1.86 %); combinación amikacina y metronidazol, 1 paciente (0.62 %); combinación cefalotina, amikacina y metronidazol, 1 paciente (0.62 %); sin antimicrobiano, 70 pacientes (43.4 %).

Las indicaciones para uso de antimicrobiano fueron: No especificada, 26 casos (22.36 %); fuga de bilis, 19 casos (11.8 %); hidrocólico, 9 casos (5.59 %); sangrado transoperatorio, 7 casos (4.34 %); colodocitosis, 5 casos (3.10 %); piocólico, 3 casos (1.86 %); pancreatitis biliar aguda, 3 casos (1.86 %); fístula enterobiliar, 2 caso (1.24 %); sangrado del lecho hepático y conversión, 2 casos (1.24 %); adherencias con disección cruenta, 2 casos (1.24 %); exploración vía biliar, 1 caso (0.62 %); fiebre, 1 caso (0.62 %); dilatación vía biliar, 1 caso (0.62 %); conversión por lesión vena porta, 1 caso (0.62 %); conversión por sospecha

de lesión de vía biliar, 1 caso (0.62 %); conversión por lesión hepática, 1 caso (0.62 %); conversión por falla equipo, 1 caso (0.62 %).

Las complicaciones mayores (requirieron manejo quirúrgico) que se presentaron en nuestro estudio fueron: 2 reoperaciones por sangrado activo (hemoperitoneo de 1500 y 300 ml); absceso residual que fue drenado por laparotomía exploradora en una paciente con fístula vesicocutánea, 1 caso; lesión a vena porta, 1 caso; hernia de puerto umbilical de 10 mm, 1 caso.

Las complicaciones menores (no requirieron manejo quirúrgico) fueron: Dolor postoperatorio intenso, 12 casos; seroma puerto umbilical, 8 casos; sangrado transoperatorio que se pudo controlar, 4 casos; infección de herida quirúrgica puerto umbilical, 3 casos; íleo prolongado, 3 casos; fiebre a 24 horas postoperatorio, 3 casos; pancreatitis biliar aguda que recibieron tratamiento médico, 2 casos; dolor postoperatorio crónico por 1 mes, 1 caso; coledocoma que no requirió manejo quirúrgico, 1 caso; diarrea postoperatoria, 1 caso; náuseas y vómito a 24 horas postoperatorio, 1 caso; elevación de segmento ST en el transoperatorio que se resolvió con la administración de nitroglicerina sin tener que suspender cirugía, caso documentado en expediente como síndrome postcolecistectomía, con presencia de ictericia, elevación de transaminasas y bilirrubinas.

Se presentó ruptura de la vesícula y fuga de bilis hacia cavidad peritoneal en 16 casos (9.93 %); ruptura de píodocisto y fuga de pus y bilis a cavidad peritoneal, 1 caso (0.62 %); esto no se consideró como una complicación, utilizándose de manera selectiva drenaje en estos pacientes.

La morbilidad en nuestro estudio fue del 28.5 % (46 pacientes) con una mortalidad de (0%) 0 pacientes.

Los drenajes fueron utilizados en forma selectiva. Manejados sin drenaje, 122 pacientes (75.77 %) y con drenaje, 39 pacientes (24.23 %). Los drenajes utilizados fueron de tipo penrose, 25 casos (15.52 %) y tipo drenovac en 14 casos (8.69 %).

La indicación de los drenajes fue: No especificado, 10 casos (6.21 %); sangrado transoperatorio en la disección, 6 casos (3.72 %); fuga de bilis, 6 casos (3.72 %); sangrado lecho hepático, 4 casos (2.48 %); lesión arterial con sangrado controlado, 3 casos (1.86 %); pícdedisto, 3 casos (1.86 %); sangrado del lecho hepático y reoperación, 2 caso (1.24 %); líquido libre y PBA, 1 caso (0.62 %); lesión de vena porta conversión, 1 caso (0.62 %); fístula vesiculoducal, 1 caso (0.62 %); fístula cdedisto enterica, 1 caso (0.62 %); exploración vía biliar y conversión, 1 caso (0.62 %).

El puerto de extracción de la vesícula biliar fue puerto epigástrico en 61 casos (37.88 %); puerto umbilical, 60 casos (37.26 %); no especificada, 29 casos (18 %) y abierta, 11 casos (6.83 %).

La cantidad de trocar utilizados fue 4 trocar en 112 pacientes (69.56 %) y 3 trocar en 49 pacientes (30.43 %).

Tabla de medidas de tendencia central y de dispersión

	Media $\bar{X}$	Moda	Varianza S^2	Desviación estándar S
Edad (años)	35.9	30	155.97	12.48 años
Tiempo Quirúrgico (min)	52.1	30	1069	32.6 minutos
Tiempo Anestésico (min)	95.5	60	1389.4	37.27 minutos
Días Hospitalización (días)	1.46	1	3.2	1.78 días
Inicio vía oral (horas)	14.18	12	273.81	16.54 horas

DISCUSIÓN

Las características demográficas, edad, sexo y prevalencia corresponden a resultados publicados en la literatura nacional y mundial, la mayor frecuencia de casos se presentó en la cuarta década de la vida y la razón por sexo fue de 5.7: 1 predominado en sexo femenino. (23)

Después de más de una década de haberse implementado la técnica de colecistectomía laparoscópica ha demostrado sus ventajas. Sin embargo, es importante reconocer las distintas etapas del desarrollo de dicho procedimiento a la llamada curva de aprendizaje. Actualmente es el tratamiento de elección para litiasis vesicular, con beneficios en: lesiones más pequeñas que causan menor dolor, necesidad menor de analgésicos, reducción de estancia hospitalaria y un retorno a sus actividades cotidianas de manera temprana; cuando esto se traduce en ahorro de las camas en hospitales, nuestra estancia media es 1.46 días, menor a 24 horas en 84.4 %. Tiene una mortalidad más baja que la colecistecomía convencional. Como todo procedimiento no está exento de riesgos y complicaciones, en nuestro estudio se tuvo que re-intervenir 2 pacientes (1.24 %) por sangrado; esto es algo mayor que lo reportado en la literatura. No tuvimos casos de letalidad ni lesiones de vía biliar principal. Siempre existe la posibilidad de conversión a cirugía convencional, ésta no debe ser vista como una complicación, esto debe hacerse de manera judiciosa como una alternativa de seguridad a fin de prevenir complicaciones mayores, el margen corresponde al publicado y aceptado universalmente.

La gran mayoría de los pacientes se operó en forma electiva (94.4 %); los casos operados en forma urgente (5.6 %). La colangiografía intraoperatoria tiene un efecto protector, en nuestro estudio no se realizó dicho estudio.

Los factores que deben ser tomados en cuenta para disminuir las posibles complicaciones son un entrenamiento adecuado, depuración de la técnica quirúrgica, selección de los casos de forma adecuada y vencer la curva de aprendizaje. (24)

Los resultados del presente trabajo en donde el criterio de selección, la unificación de la técnica y un entrenamiento escalonado nos permiten obtener resultados comparables a los informados en la literatura mundial.

La cirugía laparoscópica en la enfermedad vesicular benigna es el método de elección en la gran mayoría de los pacientes. Los costos hospitalarios si se toman en cuenta sus ventajas son menores a los convencionales. (24)

CONCLUSIONES

1. La morbilidad en el Hospital General de México de los pacientes abordados con colecistectomía laparoscópica, fue mayor al reportada en la literatura.
2. El porcentaje de conversión es igual al a experiencia mundial.
3. Una buena técnica laparoscópica y experiencia adecuada son requisitos para un procedimiento seguro, además de una evaluación continua de los resultados.
4. El porcentaje de las complicaciones tiende a disminuir con la experiencia del grupo quirúrgico.
5. El tiempo quirúrgico en un grupo entrenado es similar o menor que para cirugía abierta convencional.
6. Se debe tener un acertado juicio quirúrgico para decidir el momento de la conversión, para minimizar la probabilidad de complicación.
7. La colecistectomía laparoscópica puede ser realizada con seguridad en nuestra institución.
8. Es necesario contar con equipo adecuado y mantenimiento, para tener mejores resultados y disminuir las posibles complicaciones.
9. La colecistectomía laparoscópica es el método de elección para manejo de patología biliar de forma programada, sin necesidad de selección de pacientes.

Bibliografía

1. Marescaux J, Smith MK, Fälscher D et al. Telescopic laparoscopic cholecystectomy: initial experience with 25 patients. *Ann Surg* 2001; 234: 1-7.
2. Weber AS, Villazón OD, Mijares GC. Historia de la Cirugía Laparoscópica.
3. Pérez TE, Bernal SF, Javer FE et al. Colecistectomía Laparoscópica. Experiencia en el servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, SSA. *Cir Ciruj* 1996; 64: 14-16.
4. Deveney K. Laparoscopic cholecystectomy. *The SAGES Manual. Fundamental of Laparoscopy and GI Endoscopy*. Springer. 2000: 128-136.
5. Dubois, et al. Colecoscópica Cholecystectomy, preliminary reports of cases. *Ann Surg* 1990; 211: 60-62.
6. Fried G M. Colecistectomía laparoscópica. Suplemento de técnica quirúrgica 4. *Scientific American Cirugía* 1994; 4: 1-24.
7. Schwesinger WH, Diehl AK. Indicaciones cambiantes para la colecistectomía laparoscópica. En *dínicas quirúrgicas de Norteamérica* 1996 Vol. 3: 485-496.
8. Deveney K. Notificación de los resultados de los procedimientos laparoscópicos. En *dínicas quirúrgicas de Norteamérica* 1996; 3: 619-636.
9. Cosenza CA, Safari B, Jabbour N et al. Surgical management of biliary gallstone disease during pregnancy. *Am J Surg* 1999; 178: 545-548.
10. Muench J, Albrink M, Serafini F et al. Delay in treatment of biliary disease during pregnancy increases morbidity and can be avoided with safe laparoscopic cholecystectomy. *The American Surgeon*. 2001; 67: 539-543.
11. Barone JE, Bears S, Chen S et al. Outcome study of cholecystectomy during pregnancy. *Am J Surg* 1999; 177: 232-236.
12. Eldar S, Eitan A, Bickel A et al. The impact of patient delay and physician delay on the outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Am J Surg* 1999; 178: 303-307.
13. Acuerdo Oficial para la regulación de la Cirugía Laparoscópica en México. *Rev Cirujano Gen* 1993; 15: 147-148.

14. Yerdel MA, Raraydin K, Koyuncu A et al. Direct trocar insertion versus needle insertion in laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1999; 177: 247-249.
15. Wu MP, Ou C, Chen S, et al. Complications and recommended practices for electrosurgery in laparoscopy. *Am J Surg* 2000; 179: 67-73.
16. Mau LC, Fan ST, Liu CL, et al. Early decision for conversion of laparoscopic to open cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. *Am J Surg* 173: 513-517.
17. Ayerd J, Wseman J, Gupta S, et al. Training background as a factor in the conversion rate of laparoscopic cholecystectomy. *The American Surgeon* 2001; 67: 780-785.
18. Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J, et al. Factors determining convalescence after uncomplicated laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 2001; 136: 917-921.
19. Kama NA, Kdogu M, Doganay M et al. A risk score for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *Am J Surg* 2001; 181: 520-525.
20. Dent TL. Capacitación y autorización para los nuevos procedimientos. En *clínicas quirúrgicas de Norteamérica* 1996; 3: 611-617.
21. Schulz CS et al. Colecistectomía laparoscópica. Experiencia de 3,500 casos. *Rev Mex Cir Endosc* 2000; 1: 6-10.
22. Peña RJQ, Orozco OP, Fuente LM. Reporte de 604 casos de colecistectomías por laparoscopia manejados por un mismo equipo quirúrgico. *Rev Mex Cir Endosc* 2002; 3: 16-19.
23. González RV, Marenco CCA, Chávez GÁ et al. Colecistectomía laparoscópica: resultados de la experiencia del Hospital General de México a nueve años de implementada. *Rev Mex Cir Endosc* 2002; 2: 71-73.
24. Nachón GFG, Díaz TJ, Martín BJ et al. Colecistectomía laparoscópica. Experiencia de cinco años en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz. *Cir Ciruj* 2001; 69: 22-25.

ANEXOS

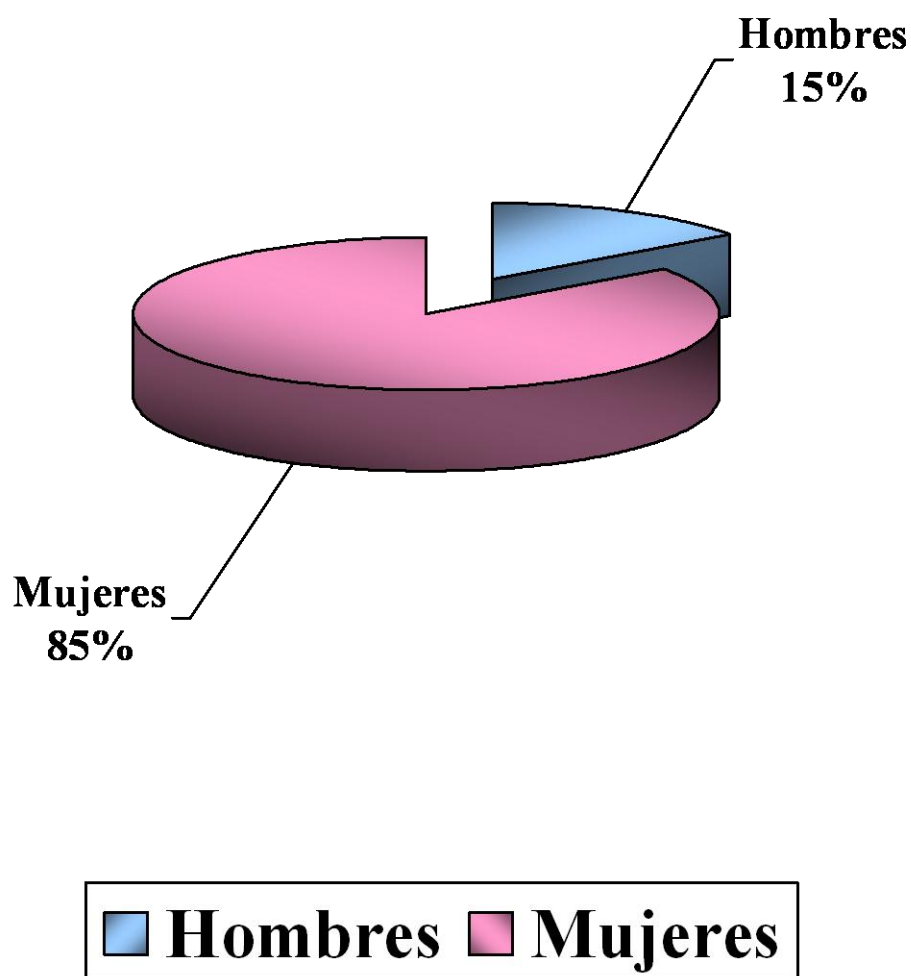
SEXO PACIENTES

	<i>No. Pacientes</i>	<i>%</i>
<i>Femenino</i>	<i>137</i>	<i>85.1</i>
<i>Masculino</i>	<i>24</i>	<i>14.9</i>
<i>TOTAL</i>	<i>161</i>	<i>100</i>

ESTADO CIVIL

	<i>No. Pacientes</i>	<i>%</i>
<i>Casado</i>	<i>84</i>	<i>52.17</i>
<i>Soltero</i>	<i>43</i>	<i>26.70</i>
<i>Unión libre</i>	<i>25</i>	<i>15.52</i>
<i>Divorciado</i>	<i>6</i>	<i>3.72</i>
<i>Viuudo</i>	<i>3</i>	<i>1.86</i>
<i>TOTAL</i>	<i>161</i>	<i>100</i>

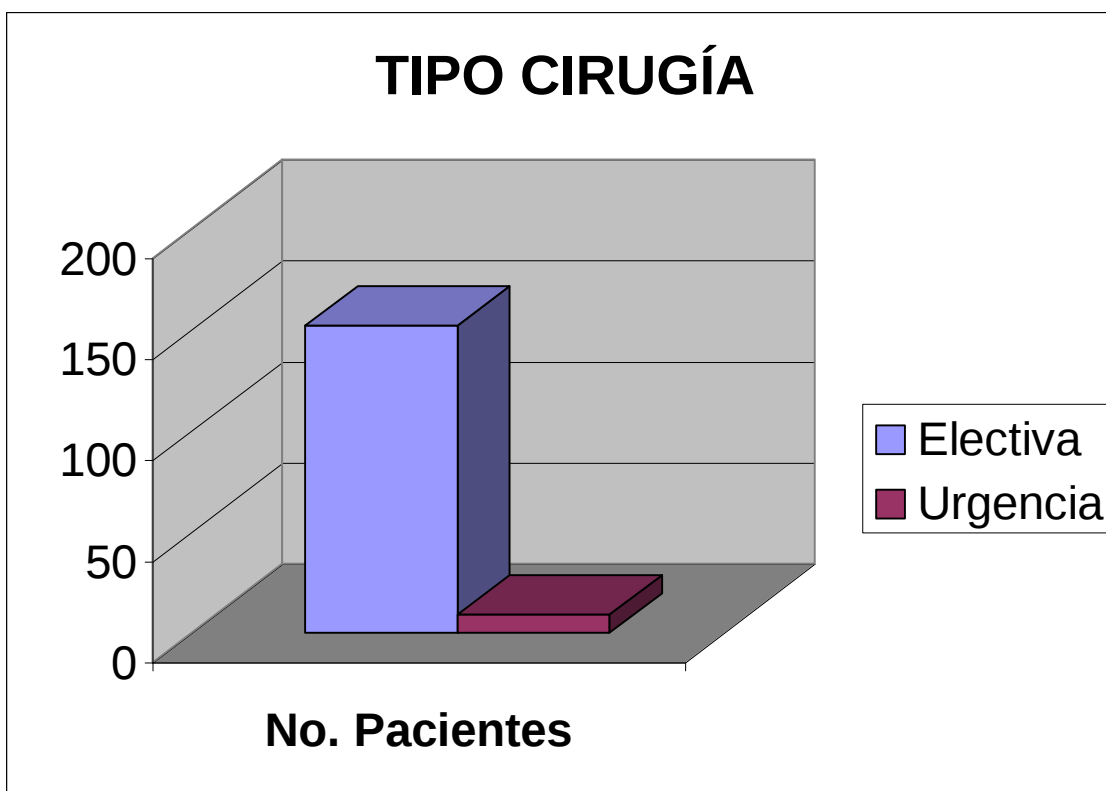
DISTRIBUCIÓN POR SEXO



Grafica No. 1

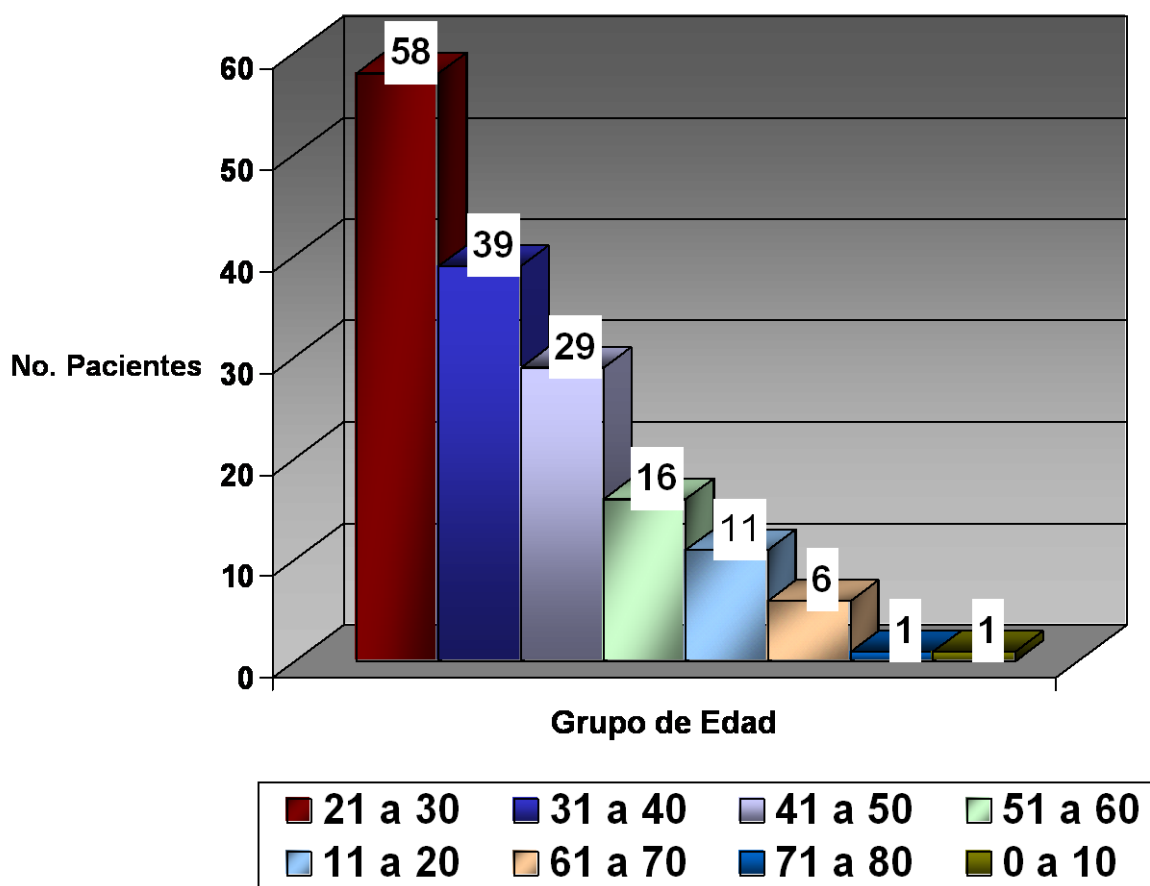
TIPO CIRUGÍA

	No. Pacientes	%
<i>Electiva</i>	152	94.1
<i>Urgencia</i>	9	5.59
<i>TOTAL</i>	161	100



Grafica No. 2

EDAD DE LOS PACIENTES

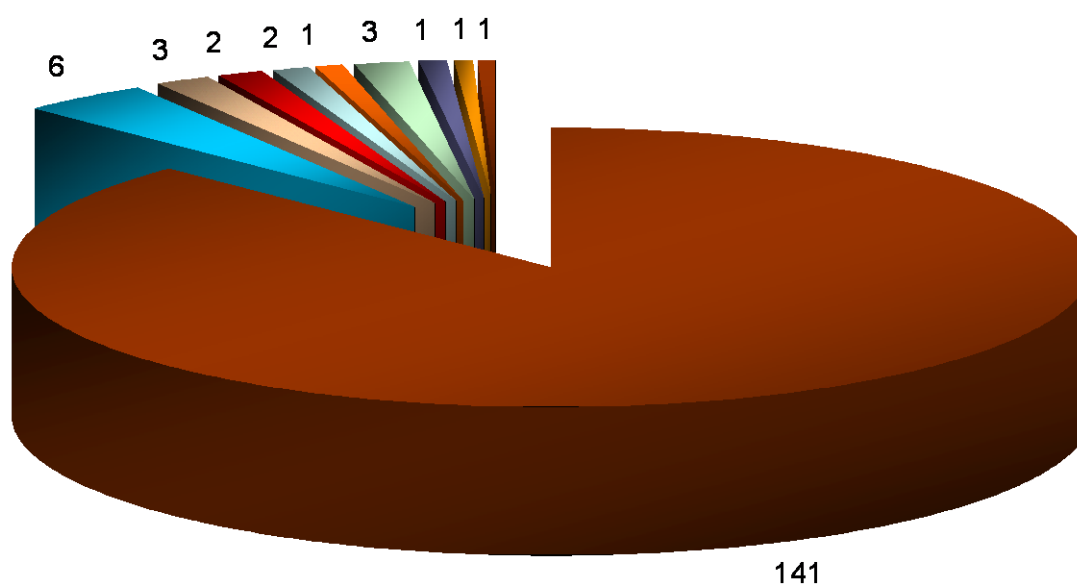


Grafica No. 3

INDICACION PARA CIRUGIA

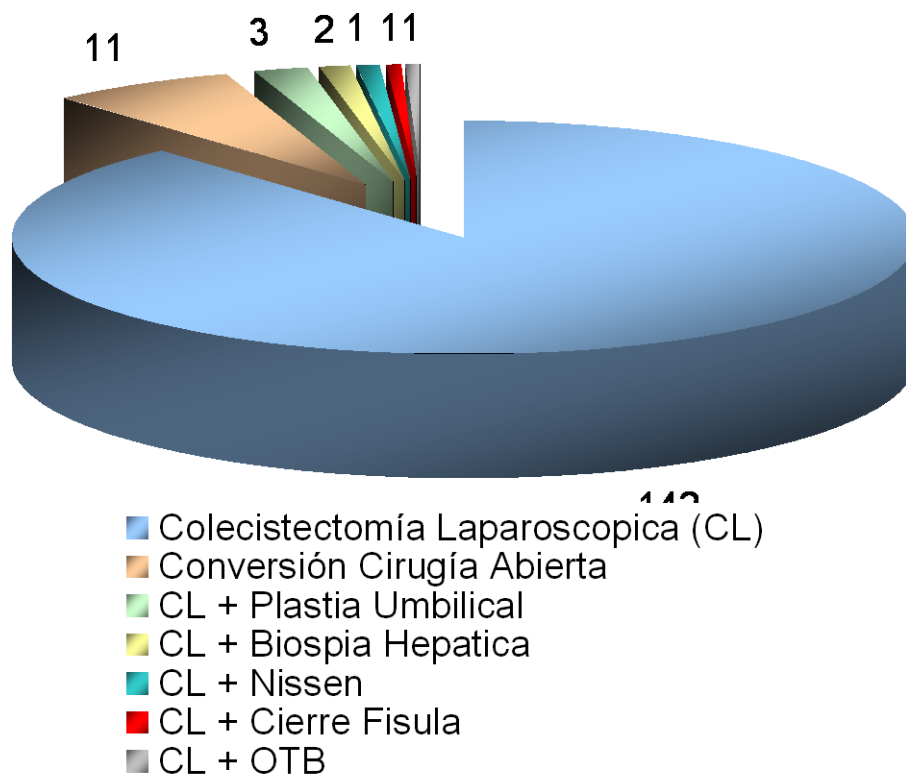
INDICACIÓN	No. Pacientes	%
Colangiostitis Quística Litiasica	141	87.57
Colodocoditis	6	3.72
CCL + Hernia Umbilical	3	1.86
Colangiostitis Quística Litiasica Agudizada	3	1.86
Pancreatitis	2	1.24
Pancreatitis Biliar	2	1.24
Colangiostitis Alitiasica	1	0.62
Disquena de Vesícula	1	0.62
CCL + VHC	1	0.62
CCL + Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico	1	0.62
TOTAL	161	100

INDICACIÓN DE CIRUGÍA



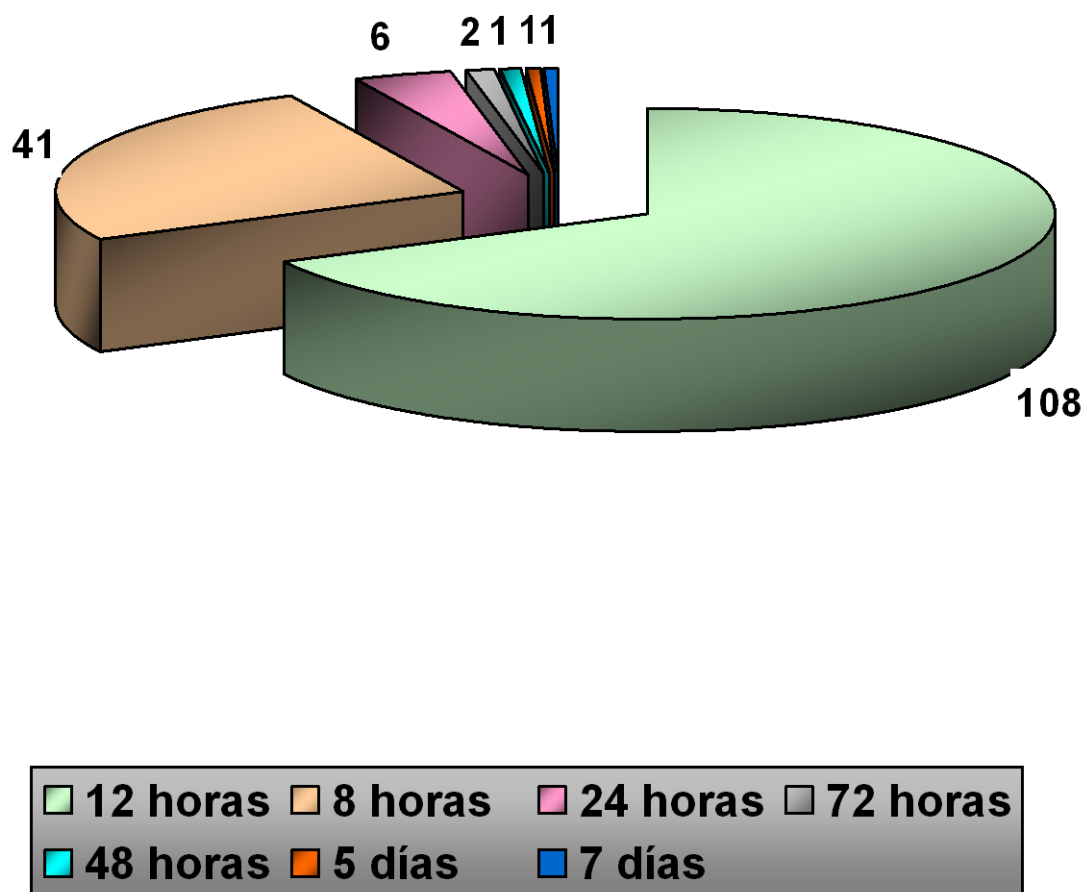
■ CCL	■ Coledocolitiasis	■ CCLA
■ Poliposis Vesicular	■ Pancreatitis Biliar	■ Perforacion intestino
■ CCL + Hernia Umbilical	■ Disquinesi Vesicular	■ CCL + ERGE
■ CCL + VHC		

CIRUGÍA REALIZADA



GRAFICA No 5

INICIO VÍA ORAL



GRAFICA Nº 6

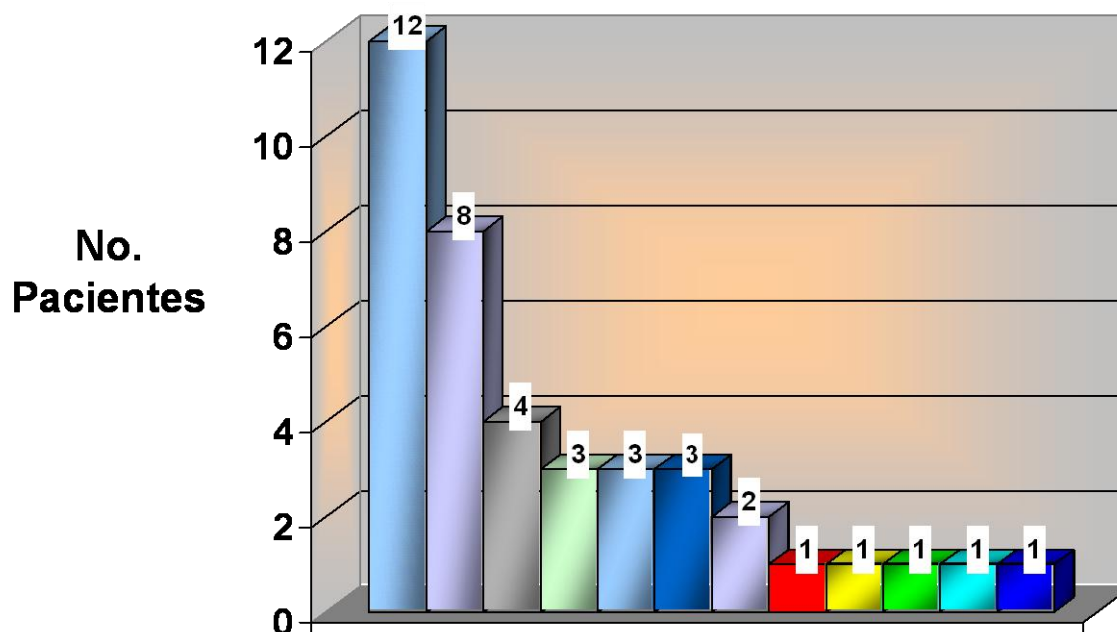
COMPLICACIONES MENORES

	No. Pacientes	%
<i>Dolor postoperatorio intenso</i>	12	7.45
<i>Seroma</i>	8	4.96
<i>Sangrado transoperatorio</i>	4	2.48
<i>Infección puerto umbilical</i>	3	1.86
<i>Ileo prolongado</i>	3	1.86
<i>Fiebre postoperatoria</i>	3	1.86
<i>Pancreatitis</i>	2	1.24
<i>Dolor postoperatorio crónico</i>	1	0.62
<i>Colectomía que no requirió cirugía</i>	1	0.62
<i>Diarrea</i>	1	0.62
<i>Nauseas y vómito intenso</i>	1	0.62
<i>Letargia postoperatoria</i>	1	0.62
<i>Elevación segmento ST</i>	1	0.62

COMPLICACIONES MAYORES

	No. Pacientes	%
<i>Sangrado</i>	2	1.24
<i>Absceso residual</i>	1	0.62
<i>Lesión vena porta</i>	1	0.62
<i>Hernia umbilical</i>	1	0.62

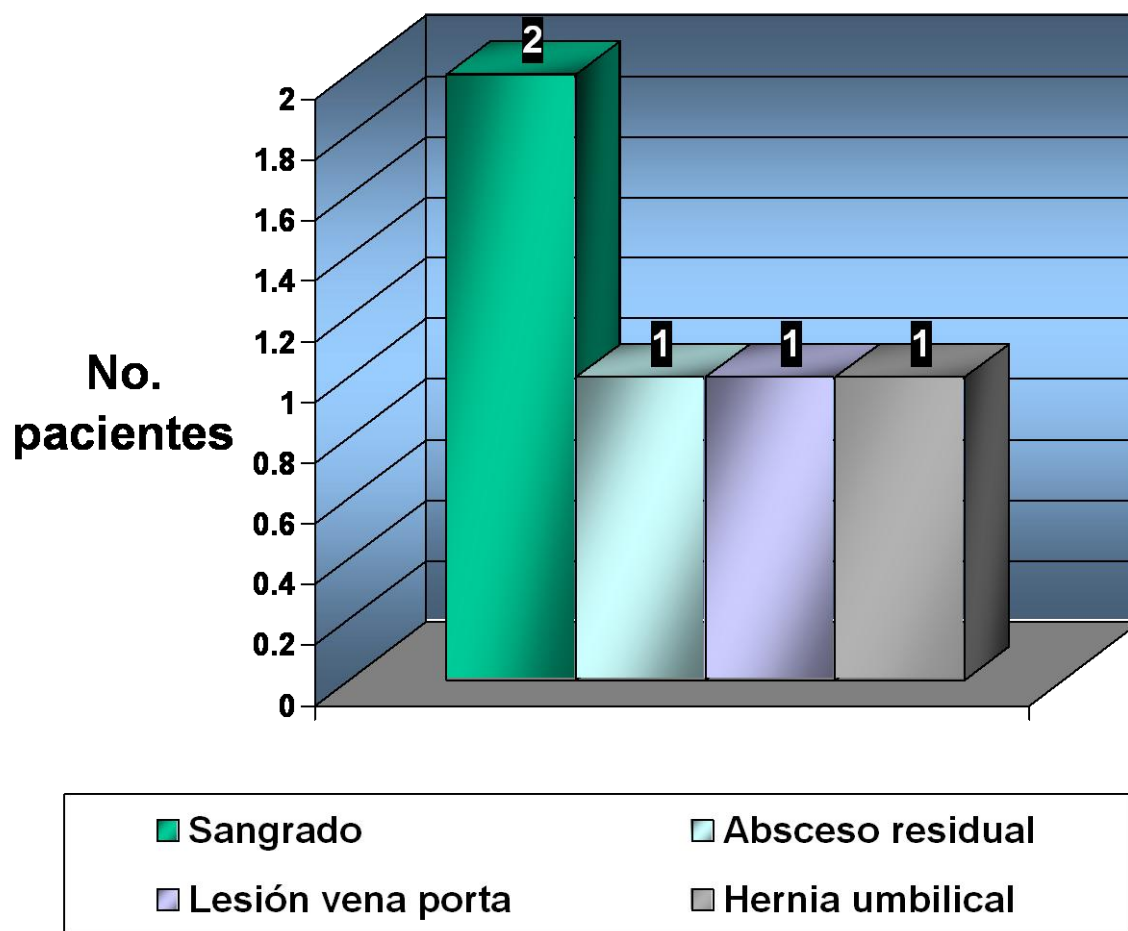
COMPLICACIONES MENORES



Dolor postoperatorio	Seroma	Sangrado
Ileo prolongado	Fiebre	Infección Hx Qx
PBA	Nausea, vomito	Colección
Diarrea	Sx postcolecistectomía	Elevación St

GRAFICA NO 7

COMPLICACIONES MAYORES



GRAFICA No 8

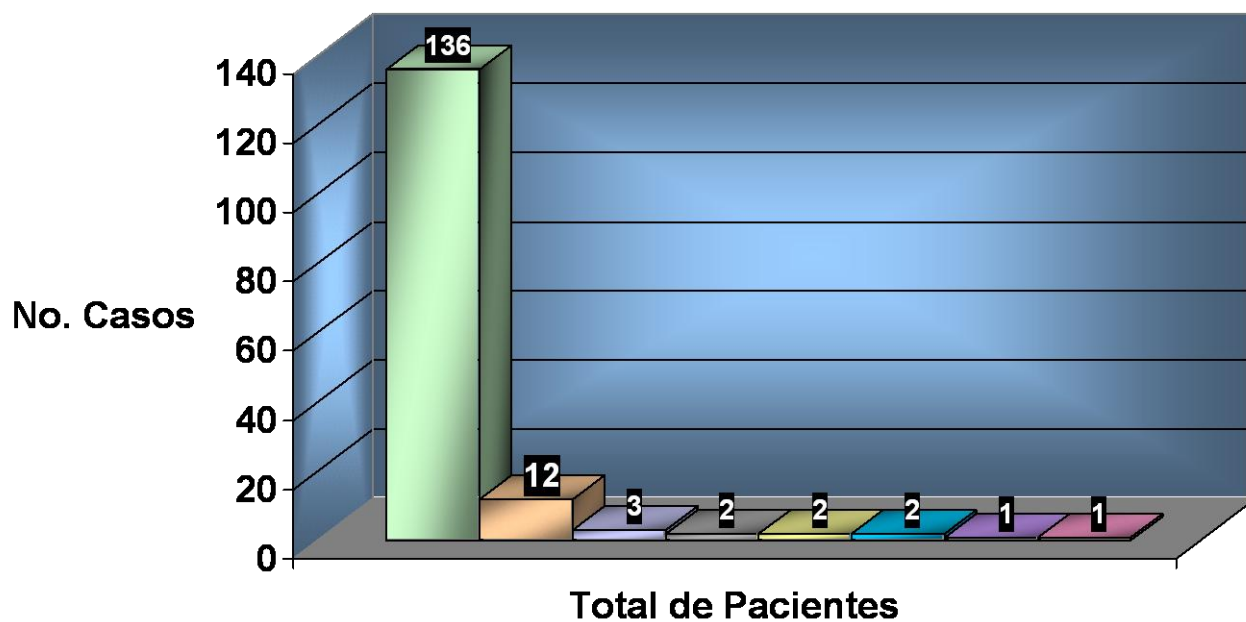
CAUSAS CONVERSIÓN

	No. Pacientes	%
<i>Sangrado no controlado</i>	4	2.48
<i>Falla equipo</i>	2	1.24
<i>Coledocolitiasis</i>	1	0.62
<i>Dificultad técnica</i>	1	0.62
<i>Lesión vena porta</i>	1	0.62
<i>Fístula coledocolitiasis</i>	1	0.62
<i>Dificultad para identificar anatomía</i>	1	0.62
TOTAL	11	6.83

TIEMPO HOSPITALIZACIÓN

	No. Pacientes	%
1 Día	136	84.4
2 Días	12	7.45
7 Días	3	1.86
3 Días	2	1.24
4 Días	2	1.24
8 Días	2	1.24
10 Días	1	0.62
15 Días	1	0.62

ESTANCIA HOSPITALARIA



GRAFICA No 9

USO ANTIMICROBIANU

	No. Pacienți	%
Cefalotină	58	36
Ampicilină Amikacină	11	6.83
Ampicilină Amikacină Metronidazol	5	3.1
Ampicilină	3	1.86
Amikacină	3	1.86
Ceftriaxonă	3	1.86
Ampicilină Gentamicină	3	1.86
Cefalotină Amikacină	3	1.86
Amikacină Metronidazol	1	0.62
Cefalotină Amikacină Metronidazol	1	0.62

ESTUDIO GABINETE

<i>Estudio</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>%</i>
<i>Ultrasonido Hgado y Vías Biliares</i>	<i>161</i>	<i>100</i>
<i>CPRE</i>	<i>8</i>	<i>4.96</i>
<i>Colangiografía Oral</i>	<i>3</i>	<i>1.86</i>
<i>Tomografía Computada</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>

RESULTADO ULTRASONIDO

<i>RESULTADO</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>%</i>
<i>Colangitis Quística Litiasica</i>	<i>142</i>	<i>88.1</i>
<i>CCL + Dilatación Vía Biliar</i>	<i>9</i>	<i>5.59</i>
<i>Colangitis Quística Litiasica Aguda</i>	<i>6</i>	<i>3.72</i>
<i>Pancreatitis</i>	<i>2</i>	<i>1.24</i>
<i>Dilatación Vesícula</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>Normal</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>

RESULTADO CPRE

RESULTADO	No. Pacientes	%
<i>Col edocditiasis (Esfinterotomía + Extracción Litos)</i>	5	3.1
<i>Pancreatitis Quística</i>	1	0.62
<i>Col editis</i>	1	0.62
<i>Normal</i>	1	0.62

RESULTADO LABORATORIO

RESULTADO	No. Pacientes	%
<i>Normal</i>	137	85.1
<i>Anormal</i>	24	14.9

LABORATORIO ANORMAL

<i>Anormalidad (devaluación)</i>	<i>No. Pacientes</i>	<i>%</i>
<i>TGO</i>	<i>3</i>	<i>1.86</i>
<i>TGP</i>	<i>3</i>	<i>1.86</i>
<i>Bilirrubinas y fosfatasa alcalina</i>	<i>2</i>	<i>1.24</i>
<i>TGO y TGP</i>	<i>2</i>	<i>1.24</i>
<i>Bilirrubinas y DHL</i>	<i>2</i>	<i>1.24</i>
<i>Bilirrubinas, TGO, TGP y FA</i>	<i>2</i>	<i>1.24</i>
<i>Bilirrubinas, amilasa, TGO y TGP</i>	<i>2</i>	<i>1.24</i>
<i>Leucocitos</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>FA</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>Bilirrubinas</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>TGP</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>GGT</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>TGO, TGP y DHL</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>Amilasa, leucocitos</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>TGO y FA</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>Bilirrubinas y DHL</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>Bilirrubinas y FA</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>
<i>TGO, TGP, DHL, FA y GGT</i>	<i>1</i>	<i>0.62</i>

ANTECEDENTES

	No. Pacientes	%
<i>Quirugía abdominal</i>	55	34.16
<i>Quirugía no abdominal</i>	15	9.31
<i>Enfermedad crónica degenerativa</i>	15	9.31
<i>Pancreatitis biliar</i>	12	7.45
<i>Alergias</i>	8	4.96
<i>Anemia hemolítica congénita</i>	1	0.62

USO TROCAR

	No. Pacientes	%
<i>4 Trocar, inserción con aguja de Veress</i>	100	62.11
<i>3 Trocar, inserción técnica Hasson</i>	40	24.84
<i>4 Trocar, inserción con aguja de Veress</i>	12	7.45
<i>3 Trocar, inserción con aguja de Veress</i>	9	5.59
TOTAL	161	100

OCCUPATION

	<i>No. Pacientes</i>	<i>%</i>
<i>Hogar</i>	<i>111</i>	<i>68.94</i>
<i>Empleado</i>	<i>22</i>	<i>13.66</i>
<i>Campesino</i>	<i>9</i>	<i>5.59</i>
<i>Comercio</i>	<i>8</i>	<i>4.96</i>
<i>Estudiante</i>	<i>6</i>	<i>3.72</i>
<i>Profesionalista</i>	<i>3</i>	<i>1.86</i>
<i>Jubilado</i>	<i>2</i>	<i>1.24</i>
<i>TOTAL</i>	<i>161</i>	<i>100</i>

PUERTO EXTRACCIÓN VESÍCULA

	<i>No. Casos</i>	<i>%</i>
<i>Epigastrio</i>	<i>61</i>	<i>37.88</i>
<i>Umbilical</i>	<i>60</i>	<i>37.26</i>
<i>Desconocido</i>	<i>29</i>	<i>18.01</i>
<i>Abierta</i>	<i>11</i>	<i>6.83</i>

RESULTADO HISTOPATOLOGICO

	No. Pacientes	%
<i>Coloestitis crónica inespecífica</i>	66	40.99
<i>Coloestitis crónica litiásica</i>	63	39.13
<i>Coloestitis crónica litiásica + colésterolosis</i>	6	3.72
<i>Coloestitis crónica litiásica agudizada</i>	6	3.72
<i>Coloestitis crónica inespecífica + colésterolosis</i>	3	1.86
<i>Coloestitis crónica inespecífica agudizada</i>	3	1.86
<i>Coloestitis crónica xantulogranulosa</i>	1	0.62
<i>Coloestitis aguda y crónica inespecífica</i>	1	0.62
<i>Normal</i>	1	0.62
<i>Sin resultado</i>	11	6.83

DRENAJES

	No. Pacientes	%
No drenajes	122	75.77
Penrose 1/2	20	12.42
Drenovac 1/8	8	4.96
Drenovac 1/4	6	3.72
Penrose 1/4	3	1.86
Penrose 3/4	2	1.24
TOTAL	161	100