

11209
1 ej 6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios Superiores
Facultad de Medicina
Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional
Hospital General



**“LA COLECISTECTOMIA ELECTIVA Y SUS COMPLICACIONES:
ESTUDIO COMPARATIVO EN UNIDADES DE SEGUNDO
Y TERCER NIVEL DE ATENCION DEL IMSS,
Y REVISION DE LA LITERATURA”.**

T E S I S

Que para obtener el título de posgrado como:
CIRUJANO GENERAL

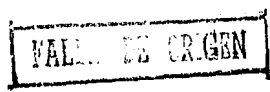
P r e s e n t a :

Dr. Jorge A. Amézquita Landeros

Bajo Dirección del: **Dr. José J. Christen Florencia**

México, D. F.

1986





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

" LA COLECISTECTOMIA ELECTIVA Y SUS COMPLICACIONES : ESTUDIO COMPARATIVO EN UNIDADES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Y REVISION BIBLIOGRAFICA ".

DR. JORGE A. AMEZQUITA LANDEROS

La colecistectomía electiva es hoy por hoy una de las cirugías que se efectúan con mayor frecuencia en nuestro medio. En el que se aprecian -- complicaciones predecibles y no predecibles en los pacientes sometidos a éste tipo de intervención en forma electiva.

Se efectuó un estudio paralelo, prospectivo, en el Hospital General de -- Centro Médico Nacional y en el Hospital General de Zona No. 30 Iztacalco, considerados como de tercer y segundo nivel de atención en el IMSS respectivamente. Para identificar los factores causales y las circunstancias -- perioperatorias que mediaban para que se presente alguna complicación en un paciente sometido a colecistectomía en forma electiva.

Material y Métodos : Se analizaron 75 pacientes del HGCMN, y 98 del HGZ 30, en un período comprendido de noviembre de 1984 a julio de 1985, todos fueron programados en forma electiva los dos grupos de trabajo fueron divididos a su vez en tres :

Grupo A.- Pacientes a quienes se les efectuó colecistectomía.

Grupo B.- Pacientes sometidos a colecistectomía más otra cirugía no del sistema biliar.

Grupo C.- Pacientes sometidos a colecistectomía con exploración de la vía biliar.

Resultados : De las variables a estudio sólo se destaca mayor estancia -- intrahospitalaria para los pacientes del HGCMN, y se observó que en el -- HGCMN se obtuvo para el grupo "A" el 14.28% de complicaciones, el grupo "B" fué de 38.46% y el grupo "C" de 33.33% y en forma global fué del 20% mientras que para el HGZ 30 el porcentaje de complicaciones fué del 8.47% para el grupo "A" 15.78% para el "B"; y 9.18% para el "C", además se obtuvo en forma global un 9.18% de complicaciones.

De las complicaciones observadas la mayor parte de ellas pudieron haber sido prevenidas y/o evitadas.

INDICE

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVO GENERAL
- III HIPOTESIS
- IV MATERIAL Y METODOS
- V RESULTADOS
- VI CONCLUSION Y DISCUSION
- VII BIBLIOGRAFIA

I.- INTRODUCCION

La cirugía moderna del conducto biliar ha evolucionado a raíz de la investigación científica y avances en técnicas de cirugía, así como en los procedimientos anestésicos (1). Datos históricos prueban que se tuvo un temprano conocimiento del hígado y aparato biliar. Las primeras deducciones de Galeno fueron incorrectas en esta área, y contribuyeron la base de muchas equivocaciones futuras. La mayor parte de las investigaciones de la historia de la medicina asignan a Donato (2) y Gentile Da Foligno (3) el mérito de haber sido los primeros en dar una descripción correcta de los cálculos biliares.

Se acepta generalmente que Sydenham y Glisson fueron en parte quienes -- descubrieron los síntomas asociados con los cálculos biliares y sus consecuencias (1). La primera colecistolitotomía fué realizada de manera sa tisfactoria por Joenicio en 1676 (4).

La primera colecistectomía electiva fué llevada a cabo por Bobbs en 1867 (5).

Un gran avance tuvo lugar en 1882 con el primer informe de una colecistec tomía electiva, publicada por Karl Langenbuch, aunque algunos historiadores opinan que Courvoisier informó acerca de una serie de 47 pacientes que habían sido sometidos a una colecistectomía (6).

En el mismo año éste autor publicó la realización con éxito de la primera coledocotomía (6).

Graham y sus colaboradores desarrollaron un método mediante rayos "X" co nocido como colangiografía oral para hacer el diagnóstico preoperatorio de patología vesicular (1).

Actualmente se considera que una vez hecho el diagnóstico de enfermedad vesicular, se indique el procedimiento quirúrgico a la brevedad, desde -- luego, individualizando cada caso (59).

La colecistectomía electiva es ahora una de las operaciones más frecuentes, del aparato digestivo. Cada año se extirpan unas 500 mil vesículas en Estados Unidos, estimándose que entre el 15 y 20% de los adultos padecen colelitiasis (7). Para 1903 la mortalidad postcolecistectomía era del 2% (1).

En casos programados la mortalidad actual está por abajo del 1% y casi siempre esta relacionada con acontecimientos impredecibles, como infarto del miocardio o embolismo pulmonar. De hecho la colecistectomía en menores de 50 años por colecistitis crónica tienen una mortalidad del 0.1%. Las cifras superiores son directamente relacionadas con mayor edad, enfermedad aguda, procedimientos más extensos y enfermedades asociadas.

La colecistectomía en los viejos se acompaña de una mortalidad que va del 5 al 10% (57), (29), (37), (38).

Las complicaciones se presentan en un 10% de los casos y la mayoría consisten en complicaciones menores como atelectacias, infecciones de la herida y fiebre pasajera de origen inexplicado generalmente (8), (11), (19), (51), (52), (53), (57).

En nuestro medio la colecistectomía ocupa el 20% de las cirugías programadas en los servicios de cirugía general, el piocolecisto es la segunda causa de urgencia quirúrgica abdominal de tipo inflamatorio (9), (58).

En conclusión la colecistectomía es un procedimiento común que todo cirujano debe manejar a la perfección (54), (55) sin embargo aún se aprecian complicaciones predecibles y no predecibles en pacientes sometidos a cirugía electiva, es por ello que se cree pertinente realizar un estudio - que permita :

- a).- Conocer las complicaciones que se presentan en los pacientes sometidos a cirugía electiva.
- b).- Identificar los factores perioperatorios que se correlacionan con la aparición de las complicaciones.

De manera académica se puede dividir el estudio de las complicaciones de la colecistectomía en precozes, durante o inmediatamente tras la operación y tardías, semanas o años despues de la cirugía (8). En éste estudio se analizarán exclusivamente las que se presentan en el período -- intrahospitalario, de nuestra revisión en el HGZ 30 y HGCMN; considerando como antecedente inmediato los trabajos hechos dentro del Instituto (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18), (19), (20), (22), (33), (34). Así como de otros trabajos efectuados con la experiencia de nuestro medio sin olvidar las publicaciones extranjeras (21), (23), (24), - (25), (26), (27), (28), (29), (30), (31), (32), (34), (35), (38), (39), (40), (41), (42), (43), (44), (45), (46), (48).

II.- OBJETIVO GENERAL

- a).- Conocer la frecuencia de complicaciones en el período postoperatorio inmediato intrahospitalario de la colecistectomía electiva, comparativamente en hospitales de segundo y tercer nivel de atención del IMSS.

- b).- Identificar algunos de los factores causales de las complicaciones que se presentan en los pacientes durante el postoperatorio inmediato intrahospitalario de la colecistectomía electiva.

Esta relación está encaminada a conocer cuales son las circunstancias -- perioperatorias por las cuales cursan nuestros pacientes que deben ser -- sometidos a una intervención del sistema biliar en forma electiva, a fin de identificar las complicaciones que se presenten y los posibles factores causales.

Así mismo establecer parámetros comparativos que permitan evaluar en forma integral el manejo de nuestros enfermos entre un hospital de segundo y tercer nivel de atención.

III.- HIPOTESIS

I.- Hipótesis de Investigación.

- a).- Las complicaciones de la colecistectomía electiva en el período postoperatorio inmediato intrahospitalario, se presentan con mayor frecuencia en el hospital de tercer nivel que en un hospital de segundo nivel de atención.

II.- Hipótesis nula.

- a).- Las complicaciones de la colecistectomía electiva en el período postoperatorio inmediato intrahospitalario se presentan con -- igual frecuencia tanto en un hospital de tercer nivel como en un hospital de segundo nivel de atención.

IV.- MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en forma simultánea pospectivamente en el servicio de cirugía general en el Hospital General de Zona No. 30 Iztacalco y en el servicio de gastro-cirugía, del Hospital General de Centro Médico Nacional, considerados como unidades de segundo y tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, respectivamente.

El período de estudio fué de noviembre de 1984 a julio de 1985. Se incluyó en el trabajo a pacientes operados en forma electiva de colecistectomía. El período original comprendió hasta noviembre de 1985, sin embargo tuvo que ser reducido por el sismo de septiembre de 1985.

No se incluyeron en el estudio a :

- 1.- Pacientes intervenidos con carácter de urgentes.
- 2.- Pacientes con riesgo quirúrgico IV según ASA, o su equivalente.
- 3.- Pacientes con desnutrición de tercer grado según escalas del Instituto Nacional de la Nutrición (10).
- 4.- Pacientes que se encuentren bajo terapia de anticoagulantes.
- 5.- Pacientes con enfermedad maligna en etapa IV.
- 6.- Pacientes con enfermedad en fase terminal como cardiopatías, nefropatías, hepatopatías, etc.
- 7.- Pacientes con enfermedad sistémica descompensados o descontrolados - como hipertensos y diabéticos.

Criterios de Exclusión.

Se excluyeron del estudio a :

- 1.- Pacientes que durante el transoperatorio se haya diagnosticado enfermedad maligna.
- 2.- Pacientes que durante su estancia hospitalaria se les concedió alta voluntaria.
- 3.- Pacientes cuya información de expedientes clínico fué incompleto.

A los individuos seleccionados para el estudio se les formuló un cuestionario (anexo 1) donde se recabó la información que se considera suficiente para éste trabajo.

Participó en éste estudio todos los integrantes de los equipos quirúrgicos de las unidades ya mencionadas. Una vez llenados los cuestionarios de los dos grupos de trabajo se tabularán y compararán los resultados.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes sometidos a colecistectomía electiva en las unidades mencionadas, durante el período de noviembre de 1984 a julio de 1985.

METODOLOGIA

Los datos fueron obtenidos, consultando el expediente clínico de cada paciente: en el momento de otorgarse el alta hospitalaria o en el archivo de cada unidad. Posteriormente los datos fueron acumulados para su tabulación. Para el análisis estadístico de datos se utilizó la fórmula de Bernulli :

$$F_x(x) = p^x (1-p)^{1-x}$$

El estimador de la varianza mínima para p es :

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n} = p$$

Donde :

F_x = Función de densidad.

x = Elemento de la muestra.

x_i = Es la i-esima muestra (entre uno y n).

n = Es el tamaño de la muestra.

p = Es el estimador de p.

V.- RESULTADOS

En el período de estudio se analizaron 110 casos en el Hospital General de Centro Médico Nacional de los cuales sólo se mantuvieron en el estudio a 75, se excluyeron a 5 y no se incluyeron a 30.

En el Hospital General de Zona No. 30, se efectuaron en el mismo período 140 cirugías sobre el sistema biliar de las cuales 34 no fueron incluidas y 8 fueron excluidas quedando sólo 98 pacientes en ésta unidad.

Cada uno de los grupos a estudio fué dividido en tres :

Grupo A.- Pacientes cuyo procedimiento quirúrgico fué la colecistectomía.

Grupo B.- Pacientes de colecistectomía más cualquier otro procedimiento quirúrgico fuera del sistema biliar, incluyendo cirugía del -- sistema biliar.

Grupo C.- Pacientes a quienes se les efectuó colecistectomía más exploración de la vía biliar.

De los 75 pacientes de Centro Médico Nacional, 15 fueron hombre y 60 mujeres; en el Hospital General de Zona, 8 fueron hombres y 90 mujeres, lo que concuerda con las observaciones de los autores en el sentido de que la litiasis vesicular es más frecuente en el sexo femenino (tabla 1 gráfica 1) (48), (51), (53), (54).

La edad de los pacientes del Hospital General de Centro Médico Nacional fué en promedio de 48.2 años con un rango de 19 a 85; en el Hospital General de Zona la edad promedio fué de 43.4 años con un rango de 20 a 82 años.

Es de observarse que para las mujeres la edad promedio fué durante la -- quinta década de la vida, mientras que para los hombres la edad promedio fué en la sexta década de la vida (tabla II; gráfica II).

Para valorar el estado nutricional se consideró exclusivamente la relación peso/talla, comparándola con las tablas recomendadas por el Instituto Nacional de la Nutrición (10).

No se observaron pacientes con ningún grado de desnutrición, la mayoría de los enfermos fueron encontrados con peso normal, sin embargo en el HGZ el índice de sobre peso fué significativamente superior (tabla III, gráfica III).

De los 75 pacientes del HGCMN, a 56 se les efectuó colecistectomía; a 13 colecistectomía con otra cirugía fuera del sistema biliar; y a 6 se les realizó colecistectomía más exploración de la vía biliar.

Mientras que de los 98 pacientes revisados del HGZ a 59 se les efectuó - colecistectomía; a 19 colecistectomía más otra cirugía fuera del sistema biliar; y a 20 colecistectomía más exploración de la vía biliar (tabla - IV; gráfica IV).

En el HGCMN se confirmó patología vesicular en el 98.66% de los casos - con una certeza diagnóstica del 94.64%. Por otra parte en el HGZ se confirmó patología vesicular en el 100% de los casos y el diagnóstico de - certeza, en un 75.5% (tabla V, gráfica V).

La estancia fué clasificada en dos categorías: la estancia hospitalaria, considerada como los días estancia paciente y la estancia del postoperatorio.

La estancia global fué significativamente mayor para los pacientes del - HGCMN comparativamente con la del HGZ, sin embargo la estancia del postoperatorio no tuvo diferencia significativa (tablas VI, VII, VIII, IX, - X; gráficas VI y VII).

En todos los casos se estableció el diagnóstico de enfermedad vesicular por clínica pero fué documentada utilizando Rayos "X" y/o ecosonografía. En el HGCMN se utilizó Rayos "X" en un 14.66% de pacientes, el ecosonograma en 46.66% y los dos procedimientos para un mismo caso en un 38.66%

Por otra parte en el HGZ se utilizó RX en un 80.61%, el ecosonograma en 2.04% y los dos procedimientos en un mismo paciente en un 17.34% los casos (tabla XI, gráfica VIII).

En el HGCMN a 10 pacientes se les efectuó exploración y drenaje de la vía biliar; el cierre de la sonda T fué en el quinto día de P. O. con el método tradicional y en el 12.2 días de postoperado con el método definitivo inicial, en el 45.5% de los pacientes con cada uno de los métodos. Un paciente de éste grupo tuvo salida accidental de sonda T en el sexto día postoperado.

En el HGZ a 32 pacientes se les efectuó drenaje de la vía biliar; al 25% de los casos se les efectuó el cierre de la sonda T a los 5.14 días promedio con el método tradicional y al 75% a los 4.33 días promedio con el método definitivo (tabla XII).

En cuanto el drenaje de cavidad abdominal, en el HGCMN a 2 pacientes no se les dejó drenaje: a 2 más el drenaje fué sacado por la herida quirúrgica, y a 71 pacientes se les sacó el drenaje por contraabertura; el retiro de la canalización fué a los 2.64 días en promedio.

En el HGZ a un paciente no se le dejó drenaje y a los 97 se les dejó sacando la canalización por contraabertura retirándola a los 2.88 días en promedio (tabla XIII).

Se utilizó sonda nasogástrica en el 20% de los pacientes del HGCMN y no se utilizó en el 80%. En el HGZ 30 se utilizó sonda nasogástrica en el 15.6%; en el 5.1% se utilizó exclusivamente en el trasoperatorio y en un 79.59% no se usó (tabla XVI).

El inicio de la vía oral fué en su mayoría dentro de las primeras 24 horas; en un 53.33% para el HGCMN y en un 70.40% para el HGZ (tabla XV).

Al 25.33% de los enfermos en el HGCMN se les administró antibióticos inmediatamente después de la cirugía y en el HGZ se les administró antibióticos al 48.97% de los pacientes (tabla XVI).

El 41.33% de los enfermos del HGCMN tenían alguna patología preexistente mientras que en el HGZ 30, se encontraban en esta condición un 39.79% de los pacientes (tabla XVII, gráfica IX).

De los padecimientos agregados se encontraron :

A).- Hospital General Centro Médico Nacional .

- 1.- Hipertensión arterial - 8 casos
- 2.- Diabetes Mellitus - 3 casos
- 3.- Cardiopatía mixta - 3 casos
- 4.- Psoriasis - 2 casos
- 5.- Pancreatitis - 2 casos
- 6.- Miomatosis Uterina - 1 caso
- 7.- Embarazo de 26 semanas - 1 caso
- 8.- Endometriosis - 1 caso
- 9.- Cisticercosis - 1 caso
- 10.- Linfoma de Hogkin - 1 caso
- 11.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica - 1 caso
- 12.- Epilepsia - 1 caso
- 13.- Cirrosis hepática - 1 caso
- 14.- Litiasis renal - 1 caso
- 15.- Hernia Hiatal - 1 caso
- 16.- Meniere - 1 caso
- 17.- Quiste renal izquierdo - 1 caso
- 18.- Pseudoquiste pancreático - 1 caso
- 19.- Esferocitosis - 1 caso
- 20.- Hiperesplenismo - 1 caso
- 21.- Absceso de cola de páncreas - 1 caso
- 22.- Divertículo de duodeno - 1 caso
- 23.- Úlcera duodenal - 1 caso
- 24.- Artritis - 1 caso
- 25.- Hipotiroidismo - 1 caso

B).- Hospital General de Zona No. 30

- 1.- Hipertensión arterial - 9 casos
- 2.- Diabetes mellitus - 6 casos
- 3.- Hernia umbilical - 6 casos
- 4.- Pancreatitis - 5 casos
- 5.- Miomatosis uterina - 4 casos
- 6.- Hipotiroidismo - 2 casos
- 7.- Poliquistosis ovárica - 2 casos
- 8.- Cirrosis hepática - 1 caso
- 9.- Insuficiencia venosa - 1 caso
- 10.- Abscesoapendicular - 1 caso
- 11.- Síndrome de Pickwich - 1 caso
- 12.- Quiste retroperitoneal - 1 caso
- 13.- Meniere - 1 caso

En cuanto a los pacientes a los que se les efectuó colecistectomía más - algún otro procedimiento fuera del sistema biliar se les realizó las siguientes cirugías :

A).- Operaciones realizadas HGCMN

- 1.- Colecistectomía, Plastía umbilical - 2 casos
- 2.- Colecistectomía, exploración de vía biliar, Esfinteroplastía, Canali zación del conducto pancreático, Gastrostomía.
- 3.- Colecistectomía, Esfinteroplastía, Exploración de vía biliar.
- 4.- Colecistectomía, esplenectomía.
- 5.- Colecistectomía, Vago-píloro e hiatoplastía.
- 6.- Colecistectomía, cierre de fístula duodenal.
- 7.- Colecistectomía, Cisto-gastroanastomosis
- 8.- Colecistectomía, cambio de BII a BI.
- 9.- Colecistectomía, exploración de la vía biliar, drenaje de absceso - - pancreático.
- 10.- Colecistectomía, Nissen.

B).- Operaciones realizadas HGZ 30

- 1.- Colectectomía, plastía umbilical - 5 casos
- 2.- Colectectomía, exploración de la vía biliar, Esfinteroplastía - 4 - casos.
- 3.- Colectectomía, exploración de la vía biliar, Biopsia hepática - 3 - casos.
- 4.- Colectectomía, Escisión de quiste retroperitoneal y quiste de ovario izquierdo.
- 5.- Colectectomía, Cierre de Fístula colecistoduodenal.
- 6.- Colectectomía, exploración de vía biliar, Esfinteroplastía.
- 7.- Colectectomía, Plastía epigástrica.
- 8.- Colectectomía, plastía umbilical, miomectomía.
- 9.- Colectectomía, apendicectomía.

En cuanto a las complicaciones observadas en el HGCMN fué del 20% global mientras que en el HGZ 30 fué de 9.18%.

Para los grupos de colecistectomía el porcentaje de complicaciones fué - de 14.28% y 8.47% en HGCMN y HGZ 30, respectivamente.

De los pacientes de colecistectomía y otra cirugía las complicaciones se observaron en el 38.46% para HGCMN contra 15.78% para el HGZ 30.

Y en lo que se refiere a los pacientes de colecistectomía con exploración de la vía biliar el porcentaje de complicaciones fué del 33.33% para el HGCMN y del 9.18% para el HGZ 30. Sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa en éste último grupo, por el número reducido de pacientes del HGCMN (tabla XVIII, gráficas XI y XII).

Las complicaciones que se presentaron en los pacientes del HGCMN fueron:

Hospital General Centro Médico Nacional.

- Fijación de Penrose a plano aponeurótico que requirió cirugía - 1 caso
- Fístula bilio cutánea de resolución espontánea - 2 casos
- Fístula bilio cutánea por necrosis del colédoco que requirió reintervención y la paciente finalmente falleció - 1 caso
- Sangrado a través del drenaje (penrose) durante las primeras 24 horas con resolución espontánea - 1 caso
- Descontrol de diabetes mellitus - 2 casos
- Extrasistoles centriculares - 1 caso
- Fístula gástrica, hematoma y dehiscencia de la herida quirúrgica - 1 caso
- Fístula duodeno cutánea - 1 caso
- Hematoma subcapsular de hígado que requirió reintervención y evolucionó con derrame pleural derecho - 1 caso
- Pancreatitis, cálculo residual de colédoco, salida accidental de sonda T y úlceras de alarma que requirió reintervención - 1 caso
- Neumonía - 1 caso
- Infección en el sitio del drenaje - 1 caso

En total 4 reintervenciones de los 75 pacientes estudiados con una mortalidad del 1.32%.

Y en el Hospital General de Zona No. 30 se observaron las siguientes - - complicaciones :

- Fístula bilio cutánea de resolución espontánea - 2 casos
- Hipertermia postquirúrgica de origen no identificado, resuelta médicamente - 3 casos
- Absceso residual que requirió reintervención, evolucionando con fístula biliar y descompensación diabética con curación - 1 caso.
- Sangrado del lecho hepático que requirió intervención, sonda T fuera - de la vía biliar, dehiscencia parcial de duodenorrafia, absceso residual que requirió larga hospitalización - 1 caso
- Formación de falsa vía biliodigestiva - 1 caso
- Bronconeumonía y Evisceración con reintervención - 1 caso

En total fueron reintervenidos 3 de los 98 pacientes de éste grupo de estudio y no hubo mortalidad.

De las cirugías del HGCMN no se reportaron variantes anatómicas, mientras que en HGZ 30 se identificaron :

- Vesícula transversa, cístico en cañón de escopeta - 1 caso
- Conducto biliar accesorio - 1 caso
- Cístico que nace de conducto hepático derecho - 1 caso

De los pacientes del HGCMN sólo un caso tenía cirugía previa del sistema biliar, que correspondió a una mujer embarazada que se le había practicado colecistostomía pero que evolucionó con coledocolitiasis.

De los reportes de anatomía patológica recolectados en el HGZ 30, sólo - uno destacó por consignar "Adenocarcinoma de vesícula in situ".

Estudio Estadístico

Aplicando la fórmula antes mencionada a éste estudio, se encontró que - una vez analizados los datos, la tolerancia estadística fué de $p < 0.0021$ para el HGCMN y de $p < 0.00085$ para el HGZ 30 y con ello se determinó significancia estadística.

Por lo que se confirmó la hipótesis de investigación. "Las complicaciones de la colecistectomía electiva en el período postoperatorio inmediato intrahospitalario, se presentan con mayor frecuencia en un hospital de tercer nivel, que en un hospital de segundo nivel de atención".

CONCLUSION Y DISCUSION

El presente trabajo constituye revisión de una de las cirugías que se -- realiza con mayor frecuencia en nuestro medio y trata de documentar la - labor que se realiza en los hospitales de segundo y tercer nivel de nuestro Instituto, constituyendo así un documento informativo y normativo -- que pudiera servir de base para otras revisiones y evitar las complica-- ciones.

Se comprobó la hipótesis de que los pacientes operados de colecistectomía programada, en un hospital de tercer nivel, se complican con más frecuencia que en un hospital de segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (p 0.0021).

Es desde luego importante señalar que las complicaciones cuando se pre-- sentan, tienen origen multifactorial, sin embargo en las variantes analizadas en éste documento se observó la gran diferencia de la estancia hospitalaria más prolongada en el HGCMN.

Se corroboró lo que se menciona en la literatura sobre la enfermedad vesicular, en cuanto a que es más frecuente en mujeres, sin embargo aunque se presentaron casos de obesidad exógena, no se identificó en la mayoría de los pacientes.

Así mismo debe señalarse que la certeza diagnóstica es de suma importancia, y una vez establecida, está justificado implantar tratamiento sin - tratar de documentar la patología, con exceso de medios, retrazando la - terapéutica y prolongando la estancia hospitalaria.

En cuanto al cierre de la sonda T se aprecia que el método definitivo -- acorta los días de estancia, es seguro y confiable porque no aumenta la morbimortalidad.

Para el uso del drenaje, se observó que el colocar la canalización por - la herida quirúrgica fué la causa de una complicación que requirió ciru-

gía, y por otro lado un drenaje brindó más premura al diagnóstico de una paciente con sangrado postquirúrgico, de lo que se concluye que el drenaje por contraabertura es de gran beneficio para nuestros pacientes.

Es de señalar que cuando se efectuó colecistectomía más otra cirugía no del sistema biliar el porcentaje de complicaciones se duplicó.

Finalmente podemos decir que la mayor parte de las complicaciones podrían haber sido evitadas simplificando el estudio preoperatorio para no prolongar la implantación del tratamiento quirúrgico, depurando la técnica y mejorando el período perioperatorio de los enfermos.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO NACIONAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 30 IZTACALCO

CUESTIONARIO DE INVESTIGACION

- 1.- Nombre _____ No. de Cédula _____
- 2.- Domicilio _____
- 3.- Fecha de Ingreso _____ F. Egreso _____ Días E.H. _____
- 4.- Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Talla _____ T. A. _____
- 5.- Método Dx. a) clínico _____ b) Radiográfico _____ e) Ecosonograf. _____
d) transoperatorio _____.
- 6.- Dx. preoperatorio _____ Dx. Post-op. _____
Otros Dx. no vesiculares _____
- 7.- Fecha y operación realizada _____
- 8.- Exploración de vía biliar. a) No _____ b) Si _____
- 9.- Fecha de cierre de sonda T _____ Días post-op. _____
a) tradicional _____ b) Definitivo inicial _____
- 10.- Canalización del lecho vesicular (sitio) a) por herida Qx _____
b) contraabertura _____ c) fecha de extracción _____
d) días de drenaje _____.
- 11.- Uso de sonda nasogástrica a) No _____ b) Sólo trans-op _____ c) Si _____
- 12.- Inicio de vía oral. a) 24 Hrs. _____ b) 36 Hrs. _____ c) 48 Hrs. _____ d) 72 Hrs. _____
- 13.- Anomalías o variantes anatómicas _____

- 14.- Hallazgos operatorios _____

- 15.- Enfermedades preexistentes _____

- 16.- Medicación previa a cirugía _____

- 17.- Complicaciones vesiculares _____

- 18.- Complicaciones no vesiculares _____

- 19.- Antimicrobianos en el post-op No _____ Si _____
Cual _____
- 20.- Formuló _____ Fecha _____

TABLA 1**PACIENTES EN ESTUDIO**

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HG CMN	15	20	60	80	75	100
HGZ 30	8	8.16	90	91.83	98	100

f u e n t e : H G C M N
H G Z 3 0

TABLA 2

EDAD PROMEDIO EN AÑOS

	HG CMN		HGZ 30	
	EDAD PROMEDIO	RANGO	EDAD PROMEDIO	RANGO
HOMBRES	57,6	38-85	51.6	26-79
MUJERES	44.85	19-72	42.75	20-82
TOTAL	48.2	19-85	43.4	20-82

**Fuente: HG CMN
HGZ 30**

TABLA 3**ESTADO NUTRICIONAL**

	% NORMAL	% OBESOS 1	% OBESOS 2	% OBESOS 3
HG CMN	66.66	4	20	9.33
HGZ 30	45.91	12.24	22.44	19.38

**Fuente: HG CMN
HGZ 30**

TABLA 4**TIPOS DE CIRUGIA EFECTUADA**

	CCT		CCT+OTRO		CCT+EUB	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HG CMN	56	74.7	13	17.3	60	80
HGZ 30	59	60.0	19	19.4	20	20

Fuente: HG CMN
HGZ 30

TABLA 5**DIAGNOSTICO**

	CERTEZA %	FINEZA %
HG - CMN	98.66	100
HGZ - 30	94.64	75.5

**Fuente: HG CMN:
HGZ 30**

TABLA 6**PROMEDIO EN DIAS****ESTANCIA POSTCOLECISTECTOMIA**

	HG CMN		HGZ 30	
	HOSP	POSTQX	HOSP	POSTQX
NO COMPLIC	7.14	3.43	4.68	2.77
COMPLIC	14.62	10.5	29.2	22.2
TOTAL	8.2	4.44	6.76	4.42

f u e n t e : H G C M N**H G Z 3 0**

TABLA 7**PROMEDIO EN DIAS
ESTANCIA POSTCOLECISTECTOMIA+OTRO**

	HG CMN		HGZ 30	
	HOSP	POSTQX	HOSP	POSTQX
NO COMPLIC	10.25	5.25	7.88	5
COMPLIC	28.2	23.4	14.66	9.33
TOTAL	17.14	13.13	9.36	5.94

**f u e n t e : H G C M N
 H G Z 3 0**

TABLA 8**PROMEDIO EN DIAS
ESTANCIA POSTCOLECISTECTOMIA+EVB**

	HG CMN		HGZ 30	
	HOSP	POSTQX	HOSP	POSTQX
NO COMPLIC	14.5	6	9.42	5.21
COMPLIC	22	18.5	10	4
TOTAL	16.83	10.16	9.45	5.15

f u e n t e : HG CMN
HGZ 30

TABLA 9**ESTANCIA GLOBAL POR GRUPOS
EN DIAS**

	HG CMN		HGZ 30	
	Hosp	PostQx	Hosp	PostQx
CCT	8.2	4.44	6.78	4.42
CCT + OTRA	17.14	12.13	9.36	5.94
CCT + EVB	16.83	10.16	9.45	5.15
TOTAL	10.46	6.25	7.81	3.83

**Fuente: HG CMN
HGZ 30**

TABLA 10**PROMEDIO EN DIAS
ESTANCIA GLOBAL TOTAL**

	HG CMN		HGZ 30	
	Hosp	PostQx	Hosp	PostQx
NO COMPLIC	8.05	3.85	6.35	3.75
COMPLIC	20.13	15.86	21.88	15.88
TOTAL	10.46	6.25	7.81	3.83

**Fuente: HG CMN
HGZ 30**

TABLA 11**METODO DE DIAGNOSTICO**
% de pacientes

	RAYOS X	ECOSONO	RX + ECO
HG CMN	14.66	46.66	38.66
HGZ 30	80.61	2.04	17.34

Fuente: HG CMN
HGZ 30

TABLA 12**CIERRE DE Sonda EN T**

	HG CMN *		HGZ 30	
	Días PO:	%	Días PO:	%
M. TRADICIONAL	5	45.45	5.14	25
M. DEFINITIVO	12.2	45.45	4.33	75
TOTAL	8.36	90.9	4.39	100

* Un Paciente con salida accidental de la sonda al sexto día de postQx.

Fuente: HG CMN
HGZ 30

TABLA 13**RETIRO DE PENROSE**
% de pacientes

	Sin Dren	Dren HQ	Dren CA	Día Retiro
HG CMN	2	2	71	2.64
HGZ 30	1	0	97	2.88

Fuente: HG CMN
HGZ 30

TABLA 14**USO DE SONDA NASOGASTICA**

	Porcentaje de pacientes	
	HG CMN	HGZ 30
CON SONDA	20	15.06
SIN SONDA	80	79.59
SONDA TRANSOP	0	5.1

Fuente: HG CMN
HGZ 30

TABLA 15**INICIO DE VIA ORAL**

	% de pacientes			
	24 Hrs	36 Hrs	48 Hrs	72 Hrs
HG CMN	53.33	24	9.33	12
HGZ 30	70.40	12.24	15.20	8.16

**Fuente: HG CMN
HGZ 30**

TABLA 16**USO DE ANTIBIOTICOS**

	Por ciento de pacientes	
HG CMN	25.33	74.66
HGZ 30	48.97	51.02

f u e n t e : H G C M N
H G Z 30

TABLA 17**ENFERMEDADES PREVIAS**

	Porcentaje de pacientes	
	HG CMN	HGZ 30
Colecistectomía	28.57	22.03
Colecistec+Otra	100	89.47
Colecistec+EUB	33.33	45
TOTAL	41.33	39.79

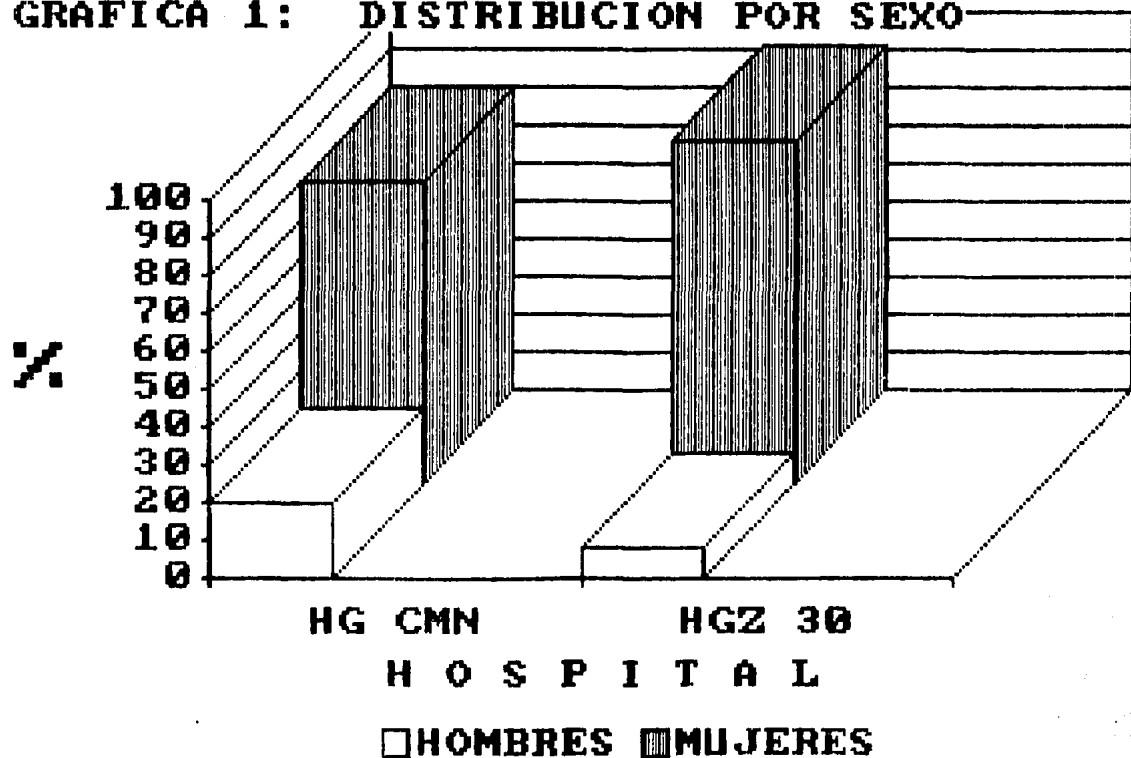
Fuente: HG CMN
HGZ 30

TABLA 18**COMPLICACIONES**

	Porcentaje de pacientes	
	HG CMN	HGZ 30
Colecistectomía	14.28	8.47
Colecistec+Otra	38.46	15.78
Colecistec+EVB	33.33	5
TOTAL	20	9.18

Fuente: HG CMN
HGZ 30

GRAFICA 1: DISTRIBUCION POR SEXO

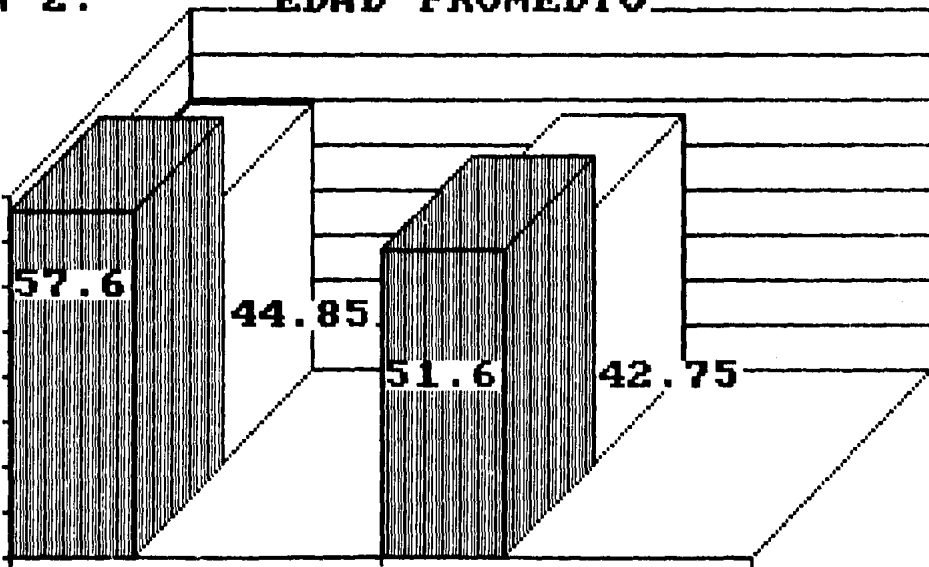


GRAFICA 2:

EDAD PROMEDIO

A Ñ O S

60.0
52.5
45.0
37.5
30.0
22.5
15.0
7.5
0.0

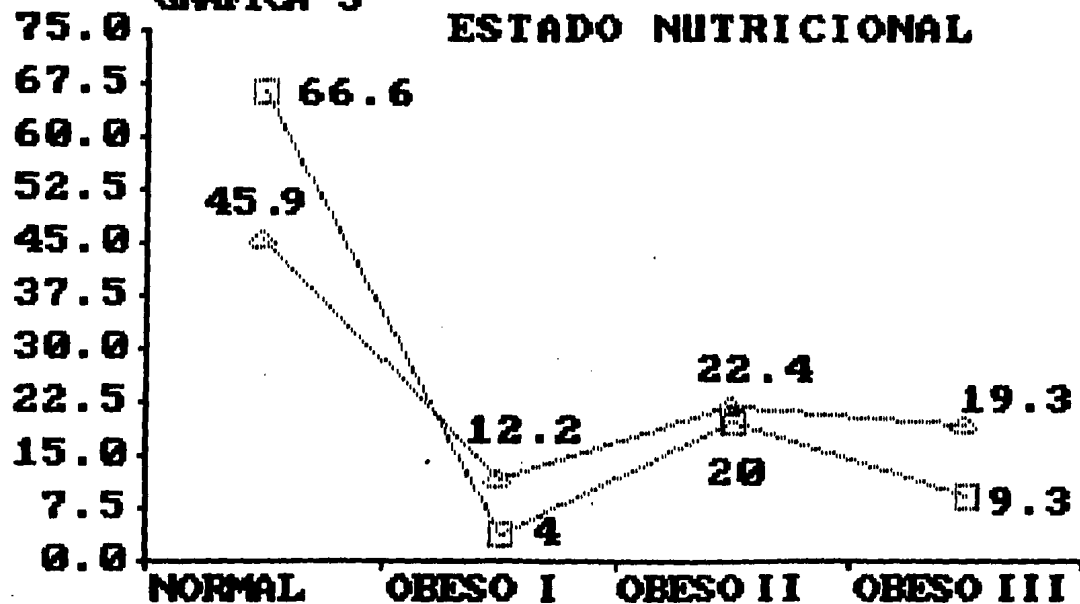


HG CMN

HGZ 30

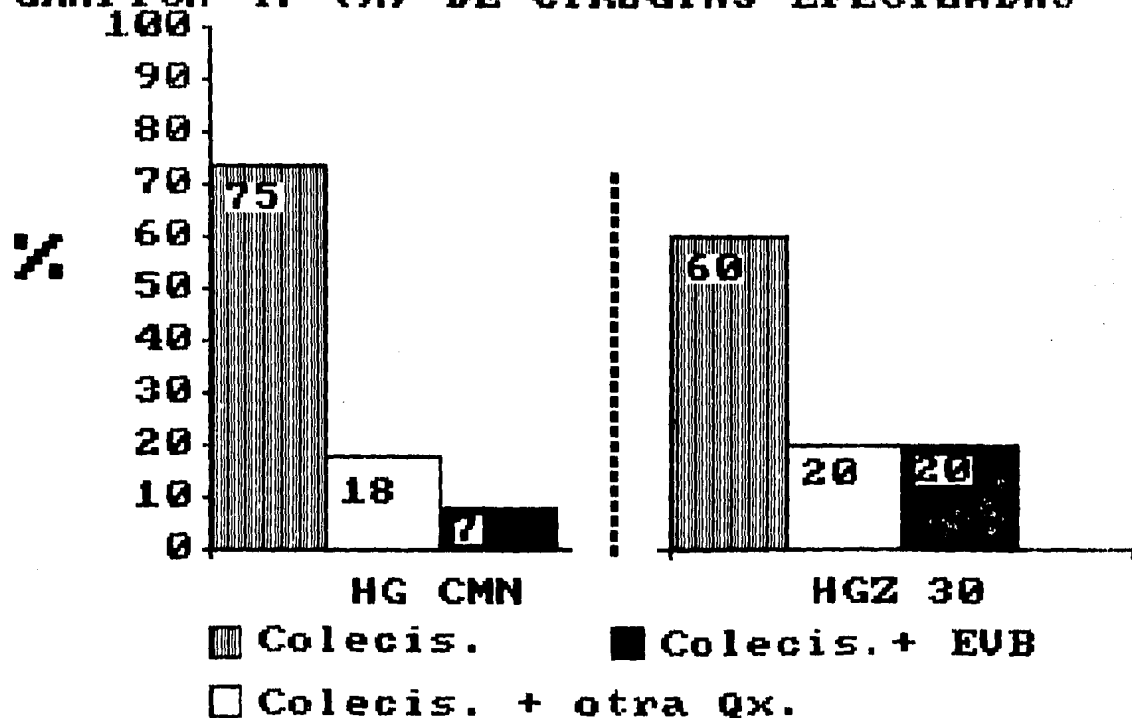
H O S P I T A L

■ HOMBRES □ MUJERES

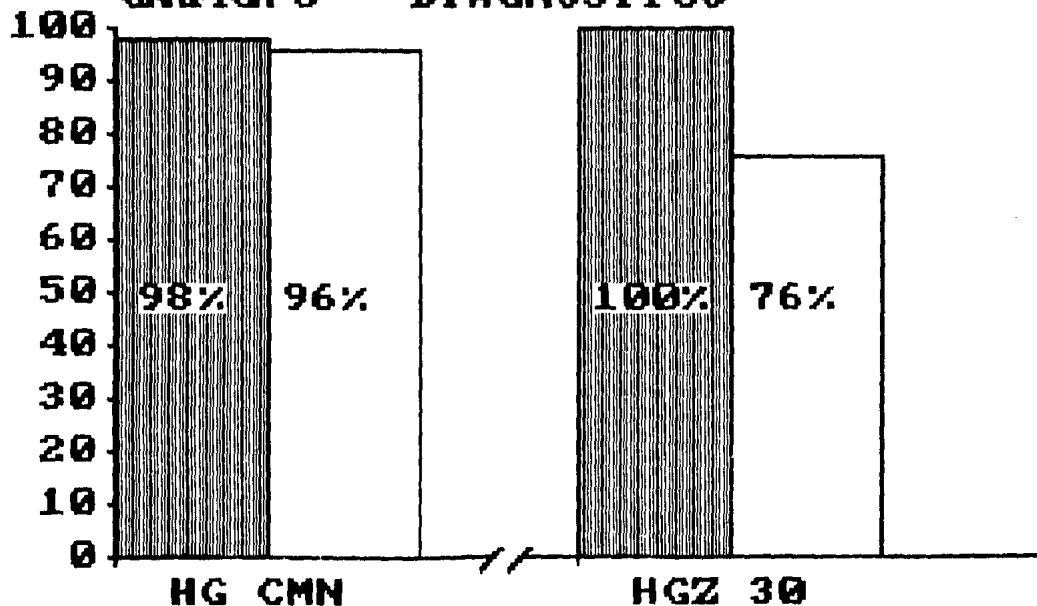
GRAFICA 3**ESTADO NUTRICIONAL**

■ HG CMN ▲ HGZ 30

GRAFICA 4: (%) DE CIRUGIAS EFECTUADAS

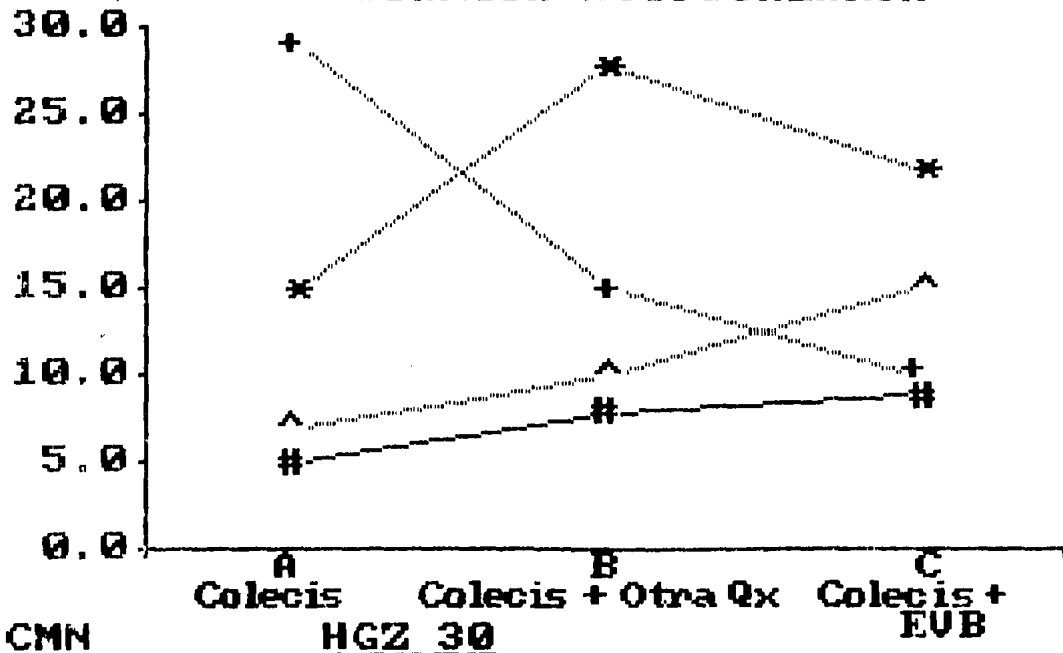


GRAFICA 5 DIAGNOSTICO



■ CERTEZA DX □ FINEZA DX

GRAFICA 6-1: ESTANCIA HOSPITALARIA



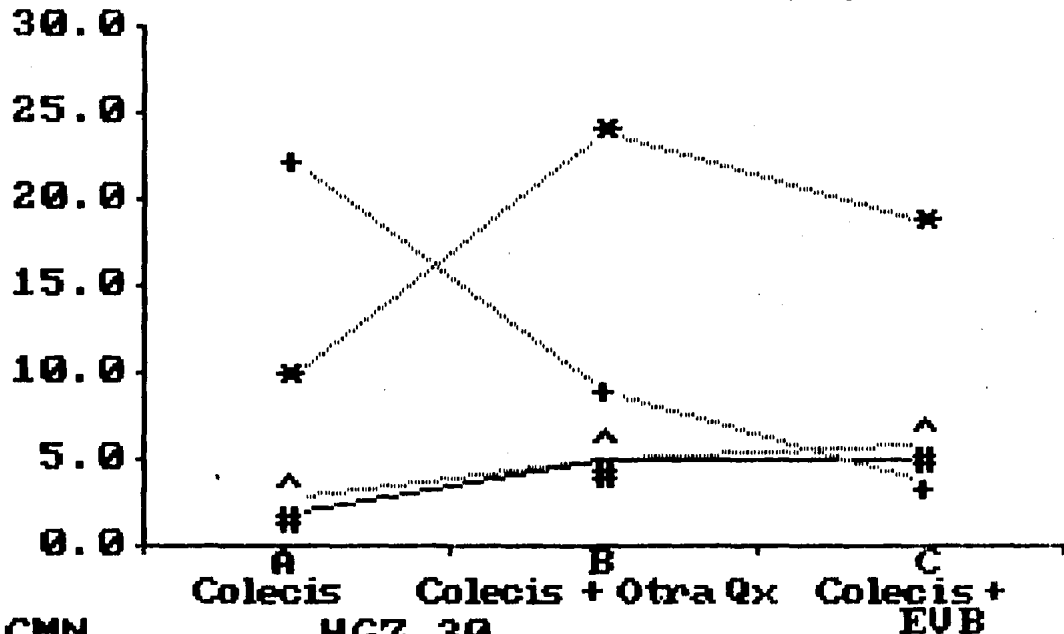
HG CMN

HGZ 30

^ No Complicadas #

* Complicadas +

GRAFICA 6-2: ESTANCIA POSTOPERATORIA

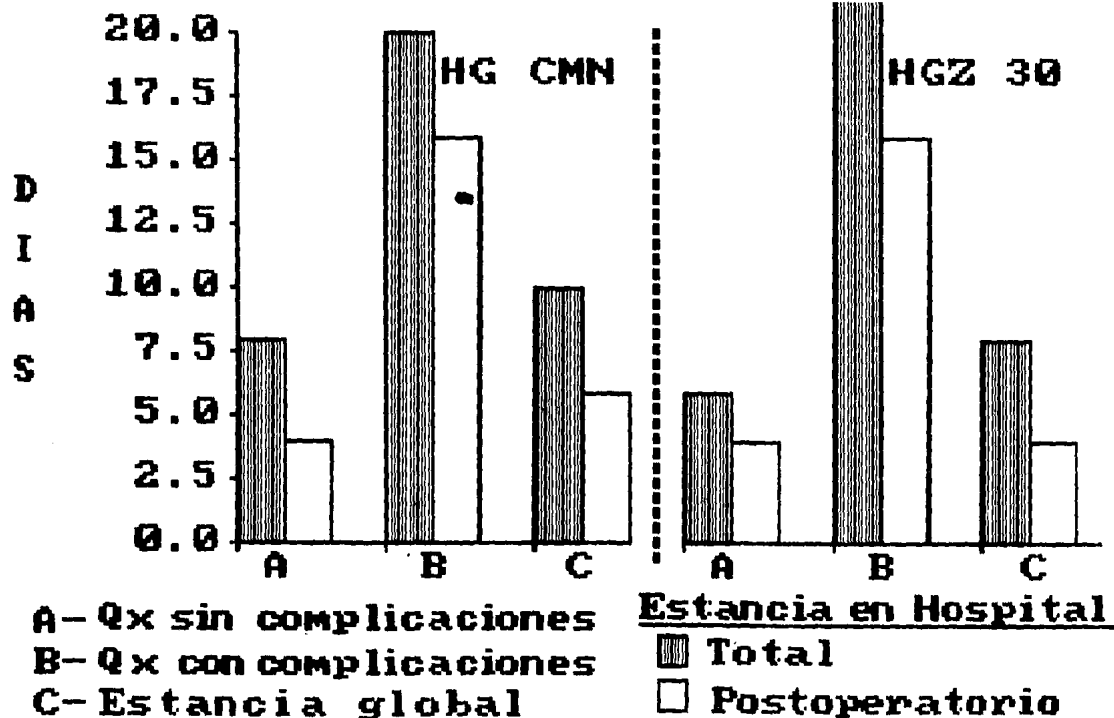


HG CMN

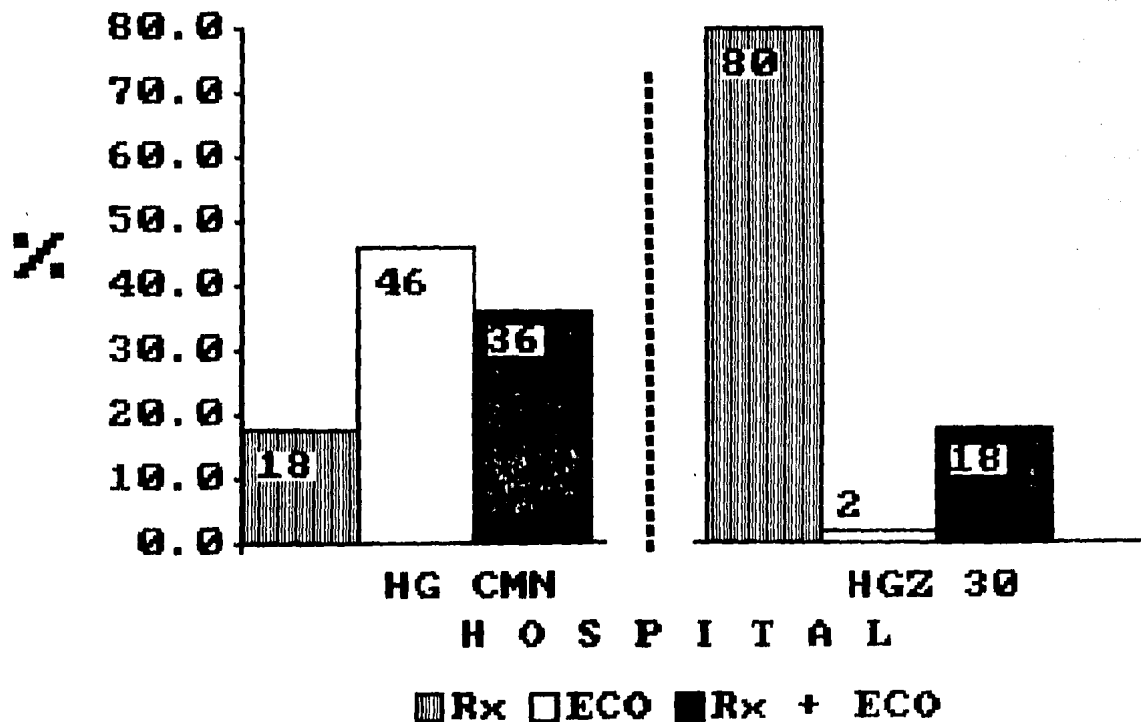
HGZ 30

^ No Complicadas #
 * Complicadas +

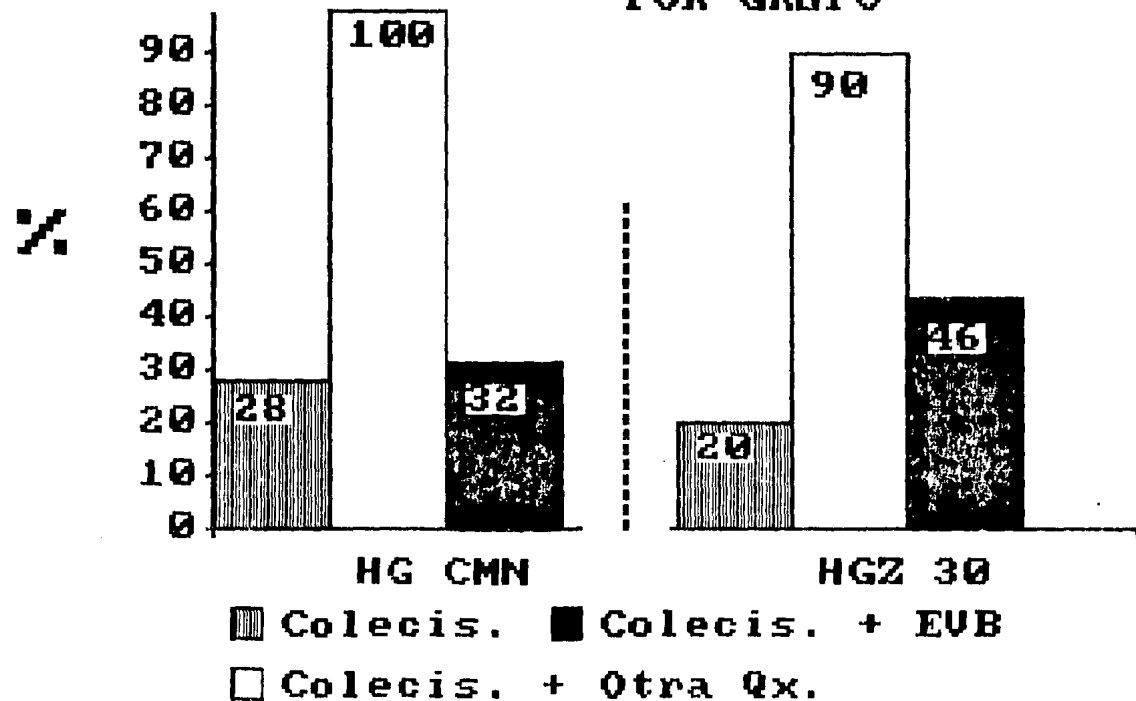
GRAFICA 7: ESTANCIA GLOBAL TOTAL



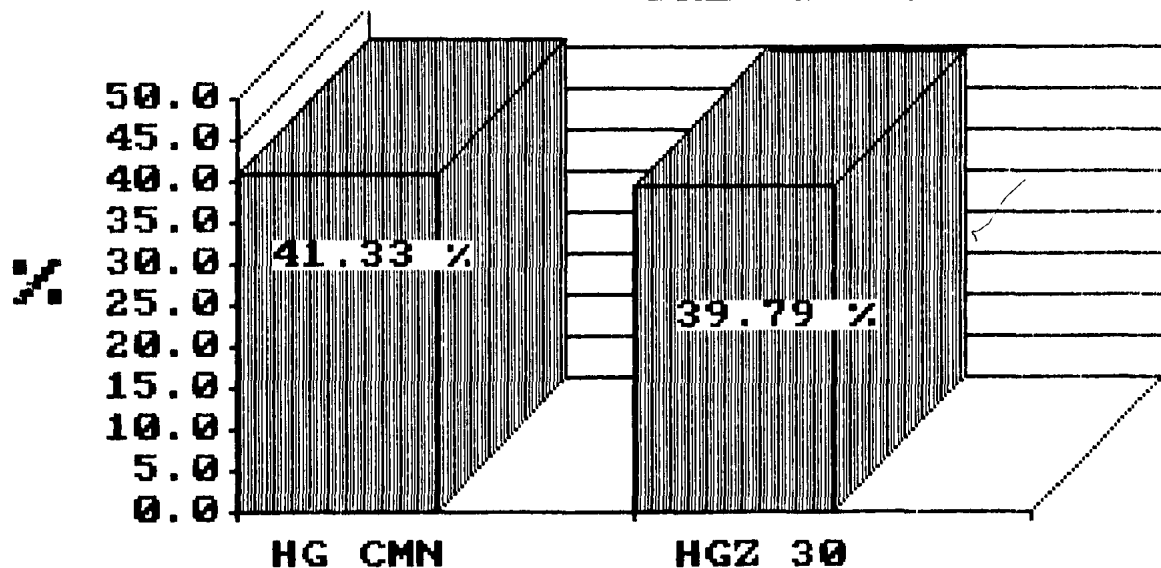
GRAFICA 8: METODO DIAGNOSTICO



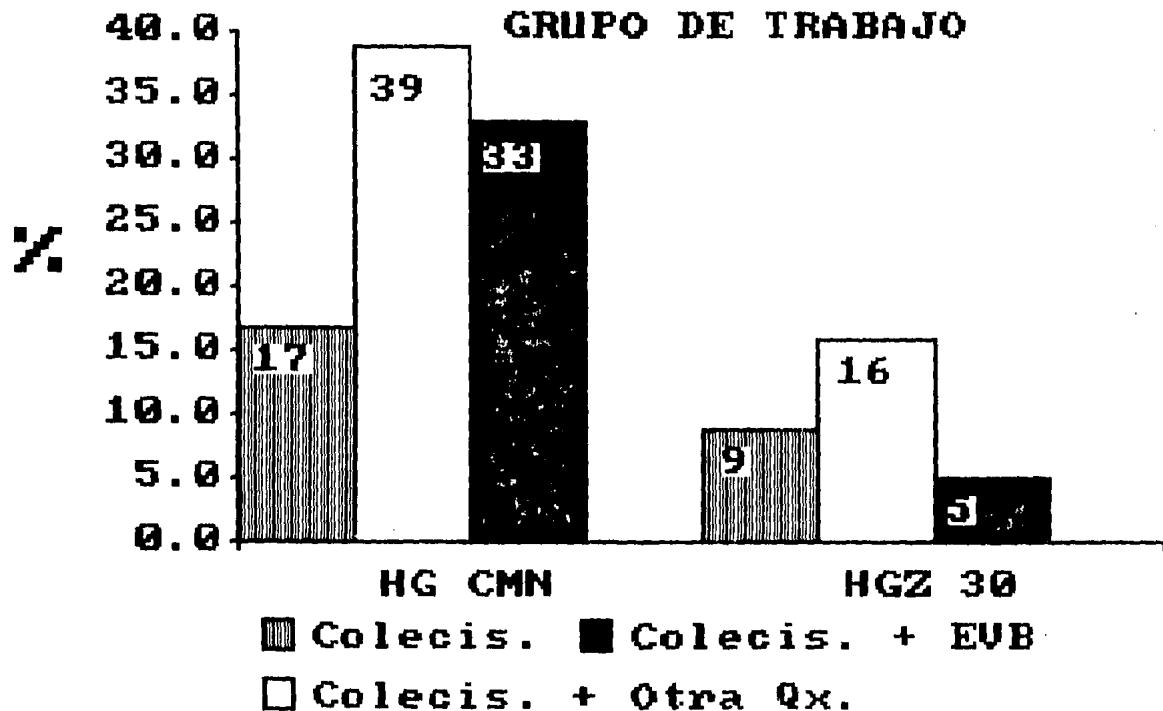
GRAFICA 9: ENFERMEDADES PREEXISTENTES POR GRUPO



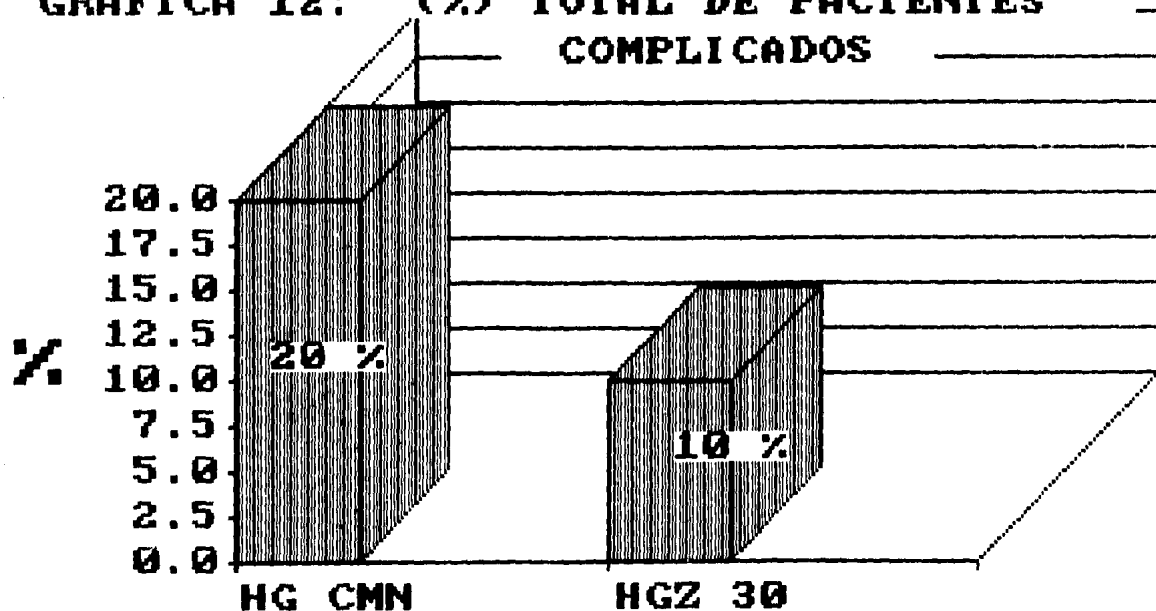
GRAFICA 10: (%) GLOBAL DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES



GRAFICA 11: (%) DE COMPLICACIONES POR GRUPO DE TRABAJO



GRAFICA 12: (%) TOTAL DE PACIENTES COMPLICADOS



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Paul F. Nora. *Cirugía General Principios y Técnicas*, 1975 Salvat Editores Barcelona España; p.p. 515 a 541.
- 2.- Donatus, citado por Judd. E. S. Mc. Indoe, A. J. and Marshall J.M., *Surgery of the Biliary system In Lewis 'Practice of surgery. Hagerstown. Md. Prior, 1929.*
- 3.- Gentile Da Foligno, citado por Wilkie, D.P.D. Bett 'S A, *Short history of some common diseases*, London Oxford University Press, 1934.
- 4.- Glenn; Fn; and Grafe, W. Jr. *Historical events in biliary tract surgery* New York, The Mc. Millan Co. 1963.
- 5.- Bobbs, J. S. citado por Graham, Cole Copper, and Moore; *diseases of the gallbladder and bile ducts*. Philadelphia 1428.
- 6.- Courvoisier, citado por Wilkie. P.D. Bett 'S. A. *Short history of - some common diseases* London; Oxford University Press 1934.
- 7.- Sullivan Dm. *Biliaru tract surgery in the elderly* Am J. Surg p. p. 143, 218; 1972.
- 8.- Mitchell L. H. y Larry C. C. *Complicaciones de la Colectomía; Clínicas Quirúrgicas de Norte América Vol 6 p.p. 1189 a 1201; Diciembre 1983. Ed. Interamericana España.*
- 9.- Informe de archivo; oficina de *Cirugía General; Hospital General de Zona No. 30 Iztacalco, 1985.*
- 10.- Bourges, H. Chávez A. Arroyo, P; *Recomendaciones de nutrimentos para la Población Mexicana Instituto Nacional de la Nutrición Publicación L 17 de la División de Nutrición; Instituto Nal. de Nutrición, 1970.*
- 11.- Christen, J. J. F. Ribe J. B. Martínez D. S. Iturralde A. J. Viater R.H.R. *Colectomía Simple; Revista Médica IMSS, Vol. 19, No. 6 - México 1981.*
- 12.- Gutiérrez Samperio César *Estudio y Tratamiento de los Padecimientos de vías biliares: Etiología, Cuadro Clínico y Manejo Preoperatorio; Cirujano General; año VIII; Vol. 8 No. 2 México 1984.*
- 13.- Christen F. J. J.; Cervantes M. P. J.; *Plastia de Colédoco. Cirujano General; Vol. 8 No. 6; México 1985, p.p. 203.*
- 14.- Ramos, L. Soberantes F. C. Piña M. C. *Tratamiento no quirúrgico de - la Litiasis Residual; Cirujano General Vol. 8 No. 6 México 1985 p.p. 203.*

- 15.- Martínez L. M.; Campos M. M. Palomares M. P. Douce P. M. Bermudes - R. H. Valoración de los Procedimientos de Gabinete para el Estudio y Diagnóstico de la Litiasis Biliar; Cirujano General Vol. 8 No. 6. México 1985 p. p. 203.
- 16.- Cervantes H. C. Gutiérrez, C; Arrebarrena A. V.; Soberamis T. V. M.; Palomino R. L. Reintervenciones sobre vías Biliares, Frecuencia, Morbilidad y Mortalidad. Cirujano General Vol. 8 No. 6 México 1985 p.p. 204.
- 17.- Leucher J.; Bolio J. A. De la Garza L; Resultados del Tratamiento - quirúrgico de la Colecistitis Aguda. Cirujano General Vol. 8 No. 6 México 1985, p. p. 204.
- 18.- Castillo G. A., Varela G. D; Colectomía sin drenaje. Cirujano General Vol. 8 No. 6 México 1985, p. p. 204
- 19.- Ortiz N. C. G.; Cauasos L; Robledo F., A; Mier y Díaz J. A. Estudio de Mortabilidad en Cirugía Biliar de Urgencia. Cirujano General Vol. 8 No. 6 México 1985. p. p. 204.
- 20.- De la Peña I; Vázquez A.; Gidi C.; Experiencia de la Cirugía de la - Vesícula y de las Vías Biliares Estudio de 400 casos. Cirujano General Vol. 8 No. 6. México p. p. 204.
- 21.- Segobia G. R.; Gutiérrez S. C.; Arrebarrena A. V. Litiasis Biliar -- Silenciosa revisión de 2784 autopsias. Cirujano General Vol. 8 No. 6 México 1985 p. p. 204
- 22.- Kuri S. P.; Blanco B. R.; Carcinoma de Vesícula Biliar. Cirujano General Vol. 8 No. 6 México 1985. p. p. 205.
- 23.- Campos N. M.; Palomares M. P. Castrejón S. R. Dounce, P. M. Bermudes R. H.; Profilaxis y Tratamiento de los Cálculos Retenidos en Colédoco. Cirujano General Vol. 8. No. 6 México 1985 p. p. 205.
- 24.- Anaya R. J. L. Cierre Primario del Conducto Biliar Principal Revista de Gastroenterología de México. Vol. 50. No. 4. México 1985. p. p. 366.
- 25.- Ornelas V. R.; Gallo R. S.; Lira P. M.; Elizondo Javier; Diagnóstico de la Iatrogenia de Vías Biliares. Revista de Gastroenterología de - México. Vol. 50 No. 4 México 1985 p. p. 366.
- 26.- Barrera T. H.; Rosales R. J.; Espinoza M. L. Colangiografía Retrógrada Endoscópica en el Estudio de Pacientes con Síndrome Postcolectectomía. Revista de Gastroenterología de México. Vol. 50. No. 4. México 1985 p. p. 367.

- 27.- Miranda Ll. E. Gonzalez, N. Olea L. R.; Piña B. R; Derivación Bilio-digestiva con y sin sonda (férula) en lesiones benignas control durante 5 años. Revista de Gastroenterología de México. Vol. 50 No. 4. México 1985. p. p. 368.
- 28.- Muñoz K. R.; Cárdenas S. S. Reconstrucción de vías biliares Anastomosis Bilio Intestinales con sonda T transhepática experiencia de 30 años. Revista de Gastroenterología de México Vol. 50. No. 4 México - 1985, 369.
- 29.- Uzeta M. S.; Fuentes O. L. Errores en Cirugía Biliar, Cirujano General Vol. 6. No. 37 México 1980, p. p. 6.
- 30.- Olvera P. D.; Diagnóstico de Ictericia, Cirujano General Vol. 8 No. 2, México 1984, p. p. 50.
- 31.- Olvera P. D. Coledocotomía y Esfinteroplastía. Cirujano General Vol. 8. No. 2. México 1984. p. p. 50.
- 32.- Bautista O 'F J. Anastomosis Bilio Instestinales. Cirujano General - Vol. 8 No. 2 México 1984 p. p. 50.
- 33.- Sigler L. Herrera L.; Avelar F; Baridó E.; Montes J. M.; Sutura no - Absorbible un factor Predisponentes en la Coledocolitiasis. Cirujano General. Vol. 8 No. 4. México 1985 p. p. 123.
- 34.- Stoopen M; Cardoso M.; Barois V.; Candelas E; Salmeron S. P; El - -- Ultrasonido Vesicular. Revista de Gastroenterología de México Vol. 47 No. 2 México 1982.
- 35.- Ramírez J. Avelar G. F.; Blanco C; Barinagarretería R. Colangiografía Endoscópica en el síndrome postcolecistectomía. Revista de Gastroenterología de México Vol. 46 No. 2 México 1981, p. p. 55.
- 36.- Glenn. F.; Surgical Management of Acute Cholecystitis in patients 65 years of age and older. Ann. Surg Jarnary 1981. p. p. 56-59.
- 37.- Boquist. L. Bergdahl L; Anderson A; Mortality Following galiblader - surgery: a study of. 3,257. Cholecystectomies Surgery Abril de 1982. p. p. 616 a 624.
- 38.- Gutiérrez S. C.; Colelitis. Revista de Gastroenterología México - Vol. 47. No. 3 1982 México p. p. 179-186.
- 39.- Sum P. L.; The Stomach after Cholecistectomy. The American Jurnal of surgery Vol. 146 Sep. 1983. p. p. 327.

- 40.- Warshaw A. L.; Bile Gastritis Without Prior Gastric surgery contributing role of Cholecistectomy. The American Journal of Surgery Vol. - 137. 1979. p. p. 527-531.
- 41.- Tobias S. Cholecistectomy Without drainage. The American Surgeon -- oct. 1983. Vol. 49. p.p. 536-538.
- 42.- Locher D; Norwood S. Torma M; Fortelle L. A. Prospective Randomized study of drained and undrained Cholecistectomies. The American - - Surgeon oct. 1983. Vol. 49. p.p. 528-530.
- 43.- Mongensen N; Madsen; Matzen. P; Malelow A; Lejerstoft J.; Uhrenholdt A; Ultrasonography versus Roentgenography in suspected instances of Cholecystolithiasis, Surgery, Gynecology and obstetrics october 1984 Vol. 159. pp. 353-356.
- 44.- Andren A; Johansson S; Bengrark S.; Accidental lesions of the - - - Common Bile duct at Cholecystectomy Ann Surg. Abril 1985. p.p. 452-455.
- 45.- Doyle P. J. Ward N; Smith A; The Value of Routine peroperative - - - Cholangiography a report of 4000 Cholecystectomies. Br. J. Surg. - - Vol. 69 (1982) pp. 617-619.
- 46.- Welch J; White C. Acute Pancreatitis of Biliary. origin: Is Urgent -- operation Necessary The American Journal of Surgery Vol. 143. January 1982 pp. 120-125.
- 47.- Weigl J; Narcross. J. Aurbakken C.; Cholecistectomy. American Journal of Surgery Vol. 146. December 1983 pp. 723-726.
- 48.- Van de Water J. Técnicas Pre y Postoperatorias para la prevención de complicaciones Pulmonares. Clínicas Quirúrgicas de Norte América 1982. pp. 1367-1375.
- 49.- Carthart III R; Gregorie H. Shuld Drains Be Used in Rutine Cholecistectomy. The American Surgeon 1984 Vol. 50 p.p. 482-484.
- 50.- Tratado de Patología Quirúrgica. Sabiston. Interamericana Undécima - edición México Tomo 1 Cap. 35 pp. 1211-1264.
- 51.- Quijano. Principios Fundamentales de Cirugía. Primera Edición Facultad de Medicina Universidad Autónoma de México. 1981. México. Tomo II capítulo XII. pp. 435-472.
- 52.- Dunphy. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos. El Manual Moderno 3a. Edición. México 1982. Cap. XXX p.p. 463-489.

- 53.- Madden. Atlas de Técnicas en Cirugía. Interamericana segunda Edición México 490-524.
- 54.- Zollingen. Atlas en Cirugía. Interamericana México 4a. Edición 1979 p.p. 146-162.
- 55.- Jhon E. Skandalakis; Stephen W. Gray; Joseph. Rowe, Jr. México 1984 Ed. Mc. Graw Hill. p.p. 127-143.
- 56.- Arta P. C. Hardy Did; Complicaciones en Cirugía y su tratamiento 3a. Ed. Interamericana. México 1978. Capítulo 21 p.p. 503-533.
- 57.- Informe de Archivo. Hospital General Centro Médico Nacional, INSS, - México 1985.
- 58.- Servicio de Gastrocirugía. Hospital General Centro Médico Nacional. México 1985.