

11209  
80



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
"LA RAZA"**

**"COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA"**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL  
P R E S E N T A :  
DR. EDWIN ANGEL MORALES SUÁREZ

ASESOR: DR. RICARDO HERNÁNDEZ IBAR



MÉXICO, D.F.

MARZO DE 2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

DR. JESÚS ARENAS OSUNA  
JEFE DE ENSEÑANZA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



*[Handwritten signature]*

DR. LUIS GALINDO MENDOZA  
PROFESOR TITULAR  
CURSO CIRUGIA GENERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DR EDWIN ANGEL MORALES SUAREZ  
RESIDENTE DE CUARTO AÑO  
CIRUGIA GENERAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

NUMERO DEFINITIVO DE PROTOCOLO  
2003-690-0073

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis Padres Edwin Y Nelvy sin cuyo amor y apoyo incondicional este momento no seria posible. Mi agradecimiento amor eterno.

A mis Hermanos Wilhem, Giovanna, Marco y Marcelo por todo su apoyo, comprensión y cariño a lo largo de todos estos años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

**Título:** Colectectomía Laparoscópica ambulatoria

**Objetivo :** Determinar la morbilidad de la colectectomía por laparoscópica para ver si es segura su inclusión en el programa de cirugía ambulatoria.

**Material y métodos :** Se revisaron los expedientes de los pacientes entre las edades de los 16 años y los 80 años en el periodo entre el primero de Junio del 2002 y el 31 de Mayo del 2003 que se sometieron a colectectomía laparoscópica y fueron incluidos en el programa de cirugía ambulatoria. Se excluyeron los pacientes reintervenidos, las conversiones y los pacientes que no contaron con el expediente clínico completo.

Se analizo la morbilidad global y las principales causas de reintegro así como de admisión en urgencias. También se analizo el grupo etareo, y la clasificación de ASA.

**RESULTADOS :** Se incluyeron en el presente estudio un total 132 pacientes, de los cuales se excluyeron del presente estudio 7 pacientes ( 2 masculinos y 5 femeninos) por no haber acudido a control y 10 pacientes por no contar con expediente clínico. Siendo el universo de trabajo de 115 pacientes.

Del total de los pacientes dados de alta el mismo día tres pacientes  $N = 3$  (2.6%) requirieron asistencia en urgencias antes de su cita de control en la consulta externa, dos de ellos por infección de el puerto supraumbilical y uno por un hematoma del puerto subxifóideo  $N = 1$  (0.87%).

La morbilidad global del presente estudio fue de 3.47%.

Hubo necesidad de reintervenir un paciente por hemoperitoneo el cual se detecto desde recuperación.

**Conclusiones:** La colectectomía laparoscópica ambulatoria en el presente estudio presentó una morbilidad menor a la reportada para la colectectomía laparoscópica no ambulatoria lo cual sugiere que su inclusión en los programas de cirugía ambulatoria es segura.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Summary

### Title

Ambulatory laparoscopic cholecistectomy.

### Objective

To determine the morbidity of the laparoscopic cholecistectomy to evaluate if it can be included in the ambulatory surgery program.

### Material and methods

We checked the files of patients between 16 and 80 years old who were operated of laparoscopic cholecistectomy between 1 of June 2002 to 31 of May of 2003, and were included in the ambulatory surgery program. The patients that were reoperated or the procedure was converted and those who had incomplete file were excluded.

The global morbidity and the principal causes of admission after the procedure, including the cause of admission in the emergency room were analyzed.

It was also analyzed the group of age and the ASA classification.

### Results

In the present trial were included 132 patients, from which 7 were excluded, (2 males and 5 females) because they didn't come to postoperative control and 10 more because they didn't have complete files. The universe was of 115 patients.

From the whole patients that were discharged the same day, three patients  $N=3$  (2.6%) needed assistance in the emergency room before their control appointment, two of them with infection of the belly incision and one of them with hemathoma of the subxifoideal incision  $N=1$  (0.87%).

The global morbidity of this trial was of 3.47%.

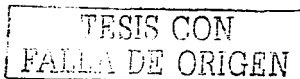
One of the patients needed to be reoperated because of hemoperitonium detected in the recovery room.

### Conclusions

The ambulatory laparoscopic cholecistectomy showed in this study less morbidity than reported for non ambulatory laparoscopic cholecistectomy, which suggests that it could be safely included in the ambulatory surgery program.

### Key words

Laparoscopic ambulatory



## INTRODUCCION

La video-laparoscopia es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo que utiliza múltiples incisiones pequeñas que pueden variar de 4 a 3 milímetros en la pared abdominal en el cuerpo de paciente a través de los cuales el cirujano inserta los instrumentos y una óptica a fin de ejecutar una operación.

Las imágenes de los órganos internos se captan por una pequeña cámara de televisión y se transmiten a la pantalla de un monitor. Así pues, el cirujano opera siguiendo la imagen en pantalla en vez de hacerlo de la forma tradicional "abierta", mirando a través de una incisión más o menos grande hecha en el cuerpo del paciente. 1.

El 12 de septiembre de 1985 Mühe en Boblingen, Alemania realizó la primera colecistectomía laparoscópica en el mundo. Además de la incisión del orificio umbilical para el Galloscope, coloca dos trocacos suprapúbicos. La paciente evolucionó bien. En los años siguientes continuó con esta técnica operando 94 enfermos. 1,2,3.

La primera colecistectomía por laparoscopia en México la realizó el Dr. Leopoldo Gutiérrez en 1990.

Se ha confirmado a través de tiempo que con la cirugía de invasión mínima hay menos dolor postoperatorio, se reduce la angustia del

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

paciente, la estancia hospitalaria, el reinicio de las actividades laborales es en forma mas temprana y la cicatriz es apenas visible. Así como también existe una disminución de la magnitud de la respuesta metabólica al trauma. 4.

La colecistectomía laparoscópica es aceptada hoy como el tratamiento quirúrgico de elección, es decir el standard de oro, para la colelitiasis y su uso se ha convertido en una practica cotidiana para un número creciente de cirujanos en todo el mundo.3

La colecistectomía laparoscópica como tratamiento definitivo de la colelitiasis sintomática ha presentado importantes cambios en los últimos años. El postoperatorio mas benigno de los paciente sometidos a dicho procedimiento frente a la técnica abierta ha hecho que esta técnica se haya difundido ampliamente en la comunidad quirúrgica presentando una aceptación inusitada no comparable a la aceptación previa de cualquier otra variante técnica. (5)

La cirugía mayor ambulatoria se define como aquella que no genera ingreso hospitalario, el paciente acude al hospital la mañana del procedimiento y es dado de alta por la tarde.

Se ha estimado que mas del 60% de los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo en el 2002 en los Estados Unidos de Norteamérica fueron ambulatorios. (10)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



La benignidad del postoperatorio de la colecistectomía laparoscópica ha llevado a algunos cirujanos a plantearse la posibilidad de realizar este tipo de procedimientos en forma ambulatoria. (8, 9 )

El desarrollo de las técnicas quirúrgicas y anestesiológicas aplicadas en la cirugía mayor ambulatoria y en la colecistectomía laparoscópica ha hecho posible el desarrollo de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. (6,7).

Los informes sobre la realización de colecistectomía ambulatoria han aparecido desde 1989 en grupos aislados de pacientes seleccionados. (8, 11)

Este procedimiento ya ha sido llevado a cabo en forma ambulatoria con una alta aceptación del proceso en Europa y algunos países de Latinoamérica. (12)

Se identifican como factores de suma importancia en la realización de este tipo de procedimientos la educación del paciente y de su familia, así como la integración de un grupo quirúrgico consistente y estable, altos niveles de confianza mutua tanto entre los miembros del equipo de trabajo, y la relación médico paciente. ( 13, 14 )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el IMSS la colecistectomía es el procedimiento quirúrgico que con mayor frecuencia se realiza en el segundo y tercer nivel, cuando se practica por laparoscopia los beneficios en cuanto a tiempo de recuperación, día estancia, y los días de incapacidad son los que permiten seleccionarlo como uno de los procedimientos de elección para dicha patología, por lo que se ha considerado como el tratamiento ideal. Es importante determinar la morbilidad de este procedimiento cuando se efectúa de manera ambulatoria para evaluar si su practica es segura y puede recomendarse su inclusión en los programas de cirugía ambulatoria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo abierto.

Se revisaron los expedientes de los pacientes comprendidos entre los 16 y los 80 años sometidos a colecistectomía laparoscópica y que fueron incluidos en el programa de Cirugía ambulatoria en el periodo comprendido entre el 1 de Junio del 2002 y el 31 de Mayo del 2003. Los criterios de inclusión fueron: domicilio a una distancia no mayor de 10 Km., intervenidos por el mismo grupo de cirujanos, expediente clínico completo.

Se excluyeron los pacientes en quienes se convirtió la cirugía, las reintervenciones, pacientes en quienes se les realizo colecistectomía de urgencia, los que no acudieron a control y los pacientes en los que no se pudo contar con el expediente clínico completo.

Todos los datos fueron obtenidos del expediente clínico y capturados en una hoja de recolección de datos diseñada exclusivamente para el presente estudio.

Se analizaron la edad, el sexo, la necesidad de asistencia en urgencias, las causas que motivaron la asistencia a urgencias, el reingreso desde el área de admisión a pesar de haber sido incluido el paciente en el programa de cirugía ambulatoria, las causas del reingreso, la necesidad de reintervención, las causas que motivaron la reintervención y el número de consultas hasta su alta definitiva.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A todos los pacientes se les dio ingreso a las 07 :00 AM del día de la cirugía sin utilizar premedicación con sedantes. Llego al servicio acompañado de un familiar adulto.

Para la cirugía se utilizo un equipo Storz con cámara de 3 chips y lente de 10 mm y 0 grados.

La técnica quirúrgica vario en función del cirujano desde el uso de tres puertos o solo dos y la aplicación de grapas o nudos extracorpóreos con poliamida para ligar la arteria cística y el conducto cístico.

Foto 1 Disección del conducto cístico



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Foto 2 Clipaje de conducto cístico mediante grapas de titanium.



Durante el transoperatorio los pacientes fueron monitorizados con capnografía, medición de la presión arterial en forma no invasiva, cardioscopio y oximetría de pulso.

Concluido el acto quirúrgico el paciente paso a la sala de recuperaciones por un periodo de 2 horas en promedio para posteriormente pasar al área de observación en admisión por un periodo de 3 horas en promedio, donde se probó la tolerancia a la vía oral y se autorizo la salida si no existía contraindicación a la misma.

De manera estricta se realizo control telefónico durante la primera noche y se citaron a la consulta externa en 15 días a partir de su alta.

En todos los casos se inició la administración de metoclopramida IV desde el momento de la extracción de la vesícula biliar y se utilizó metamizol a dosis de 1 gramo por vía endovenosa en el mismo tiempo de extracción. La prueba de tolerancia a la vía oral se hizo con dieta líquida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

Entre el primero de Junio del 2002 y el 31 de Mayo del 2003 se realizaron en el HGR 196 del Instituto Mexicano del Seguro Social un total de 243 colecistectomías laparoscópicas de las cuales se incluyeron en el programa de cirugía ambulatoria un total de 132 pacientes, se excluyeron del presente estudio 7 pacientes ( 2 masculinos y 5 femeninos) por no haber acudido a control y 10 pacientes por no contar con expediente clínico.

El universo total del presente estudio fue de 115 pacientes los cuales fueron dados de alta el mismo día de la cirugía , es decir que no pasaron la noche en la unidad.

De este total 26 fueron del sexo masculino (22.6%) y 89 del sexo femenino (77.4%). Grafico 1.

Las edades en el sexo masculino tuvieron un rango entre 20 y 59 años y en el femenino tuvieron un rango entre 16 y 79 años.

La mayoría de los pacientes se agruparon en el grupo etareo comprendido entre los 30 y 39 años N = 13 ( 50.1%) en el caso del genero masculino y en el femenino fue entre los 40 y los 49 años N = 27 (30.3%).(Tabla 1.Grafico 2.)

La clasificación del estado físico preoperatorio se realizó en base a la propuesta por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA). Se observa que todos los pacientes incluidos en el programa de cirugía ambulatoria están entre los grupos ASA I y III siendo el mayor porcentaje de ellos ASA II N = 65 (56.52%). (Tabla 2. Grafico 3.)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Del total de los pacientes dados de alta el mismo día tres pacientes N=3 (2.6%) requirieron asistencia en urgencias antes de su cita de control en la consulta externa, dos de ellos N =3 (0.9%) por infección de el puerto supraumbilical que fue manejado en forma conservadora sin necesidad de reingreso al área de Hospitalización. El restante se trato de un hematoma del puerto subxifoideo N = 1 (0.87%), que también se trato de manera conservadora egresándose el paciente a su domicilio desde el área de Urgencias.(Grafico 4.)

En uno de los pacientes hubo necesidad de reintervención quirúrgica N = 1 ( 0.87%), estando el paciente en el área de recuperación a los pocos minutos después de la cirugía inicial. En este caso Se realizo laparotomía exploradora en forma tradicional por hemoperitoneo con hallazgo de sangrado de lecho vesicular. El paciente permaneció internado por dos días y fue dado de alta en buenas condiciones.

Ingresaron al área de hospitalización desde la zona correspondiente a admisión un total de 13 pacientes (11.3%) de los cuales 4 fueron masculinos (3.4%) y 9 fueron femeninos (7.9%).(Grafico 5 tabla 3)

Las causas de reingreso fueron Dolor en el 3.4%. ( N= 4), vomito en el 5.9% (N= 8) e hipotensión en el 0.87% (N=1), el cual se ingreso para observación y se manejo en forma conservadora sin necesidad de reintervención.

La morbilidad global en el presente estudio fue del 3.47 % y se debió a la reintervención de un paciente por hemoperitoneo, la infección de la herida quirúrgica en dos pacientes y la presencia de un hematoma.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De todos los pacientes que ingresaron desde el área de admisión hospitalaria 12 se egresaron al día siguiente sin ningún tipo de complicaciones, el restante permaneció internado por dos días por omalgiia persistente, siendo dado de alta sin complicaciones.

El promedio de consultas en forma externa para su alta definitiva del servicio de cirugía general fue de 1.2 citas.

No hubo mortalidad durante el presente estudio.

En esta serie no se practico exploración de las vías biliares ni colangiografía transoperatoria.

En el control de los pacientes para su alta definitiva no se identificaron pacientes portadores de coledocolitiasis.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## DISCUSIÓN

El desarrollo progresivo y controlado de experiencia por parte del grupo quirúrgico implicado en un programa de cirugía ambulatoria, le permite ir disminuyendo la frecuencia y la gravedad de las complicaciones así como superar las dificultades técnicas durante la realización de sus procedimientos.

Los resultados del presente estudio muestran que la colecistectomía laparoscópica puede ser incluida en los programas de cirugía ambulatoria con seguridad en pacientes seleccionados.

La morbilidad mostrada en los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica incluida en el programa de cirugía ambulatoria no ha demostrado ser mayor a aquella reportada por la literatura mundial para la colecistectomía laparoscópica con internamiento del paciente. (15).

Considerando que el vomito, y las nauseas así como el dolor no se consideran como un estado de enfermedad podemos concluir que la morbilidad global en el presente estudio es del 3.47 % y correspondería al paciente que se reintervino, a los dos pacientes que presentaron infección y a un hematoma del puerto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Aunque no es el objetivo del presente estudio la implementación de la colecistectomía laparoscópica en los programas de cirugía ambulatoria en pacientes seleccionados con esta técnica puede disminuir en forma importante los gastos hospitalarios ocasionando una menor ocupación de camas. Un análisis del Johns Hopkins Hospital mostró una disminución de 2127 dólares por paciente en aquellos que fueron incluidos en el programa de cirugía ambulatoria contra a aquellos que se manejaron con un día de estancia. (10).

La inclusión de la colecistectomía laparoscópica como procedimiento ambulatorio conlleva una mejora en la calidad asistencial, un substancial ahorro económico y un incremento en la disponibilidad de recursos hospitalarios destinados a otras patologías, aspecto este último de difícil cálculo en la gestión práctica pese a lo importante de su repercusión.

Se ha demostrado que la reincorporación al núcleo familiar del paciente en forma temprana, hace que el paciente pueda sobrellevar el postoperatorio con el apoyo de toda la familia con una notable disminución de la sintomatología. Así también evita la ruptura de la dinámica familiar que supone el pasar la noche en el hospital acompañado a un familiar. Los pacientes sometidos a cirugía sin ingreso hospitalario presentan necesidades únicas diferentes de los pacientes

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sometidos a hospitalización tradicional. El conocimiento de sus necesidades postoperatorias domiciliarias es fundamental en la recuperación ulterior y para asegurar que no se desarrollen complicaciones domiciliarias o reingresos hospitalarios.

Es de hacer notar que en la serie estudiada el único paciente que amerito reintervención no fue dado de alta de recuperación reinterviéndose en forma temprana sin mayores complicaciones.

Dentro de lo que respecta al grupo etareo no hubo diferencias entre los pacientes de mayor edad y los de menor edad lo que supone que individualizando cada situación no existe limite de edad para la inclusión de los pacientes en el programa de cirugía ambulatoria.

Si bien se demuestra que no existe diferencias en lo que respecta a la morbilidad entre el grupo de paciente incluidos en el programa de cirugía ambulatoria y el grupo de pacientes con un día de estancia intra hospitalaria la decisión de incluir o no a un determinado paciente en el grupo de cirugía ambulatoria depende única y exclusivamente del cirujano a cargo y será la experiencia del mismo así como la prolijidad en la técnica quirúrgica los que le orienten en la decisión de egresar al paciente o no.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## CONCLUSIONES

- 1- La morbilidad de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria en el presente estudio es menor a la reportada para la colecistectomía laparoscópica no ambulatoria.
- 2- La colecistectomía laparoscópica ambulatoria se puede realizar con seguridad en pacientes de riesgo quirúrgico bajo y moderado ( ASA I, ASA II, ASA III).
- 3- La colecistectomía laparoscópica ambulatoria se puede realizar en forma segura en pacientes de todas las edades con una cuidadosa evaluación preoperatoria y una técnica quirúrgica depurada.
- 4.- Las principales causas de ingreso al área de hospitalización en los pacientes incluidos en el programa de cirugía ambulatoria fueron el dolor, y el vomito y la náusea lo cual concuerda con lo reportado en la literatura mundial en los casos de colecistectomía laparoscópica ambulatoria.
- 5.- Las principales causas de asistencia en urgencia para los pacientes que se manejaron en forma ambulatoria fueron el hematoma y la infección de la herida quirúrgica. los cuales son los mismos que para la colecistectomía abierta y la colecistectomía laparoscópica con internamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6.- No se presentaron complicaciones mayores en el grupo de pacientes que fue egresado a su domicilio.

7.- Considerando que el vomito, y las nauseas así como el dolor no se consideran como un estado de enfermedad podemos concluir que la morbilidad global en el presente estudio es del 3.47 % y correspondería al paciente que se reintervino y al paciente que presento hipotensión sin ameritar manejo quirúrgico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Reddick E, Historia de la colecistectomía laparoscópica. De dónde venimos, dónde estamos, y hacia donde vamos. Asociación Mexicana de cirugía Endoscópica 2001; 2: 36-39.
- 2.- E. Perez, L J Ostos, A F Mejia, M Garcia. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria 2002;40 (1) 71-75.
- 3.- Bingener J, Richards M, Schwesinger W, Strodel W, Sirinek K. Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients : gold Standard for Golden Years?. Arch Surg. 2003;138: 531-6.
- 4.- Calland F, Tanaka B, Foley E, Bovbjerg V, Markey D, Blome S, Minasi J, Hanks j, Moore M, Et al. Outpatient laparoscopic Cholecystectomy: Patient outcomes after implementation of a clinical pathway Ann Surg 2001;233:704-15.
- 5.- Fenton-Lee D, Riach E, Cooke T. Day surgery and Gastroenterology. Gut 1995;36(3):324-6.
- 6.- M Planells , A Sanchez, A Sanahuja, J Bueno, Gestion de la calidad total en colecistectomía laparoscópica. Calidad asistencial y calidad percibida en colecistectomía laparoscópica ambulatoria Rev Esp Enferm Dig 2002;94(6):319-25.
- 7.- Mjland O, Raeder J, Aassboe V, Trondsen E, Buanes T. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg. 1997;84:958-61.
- 8.- Simpson JP, Savarise MT, Moore J: Outpatient laparoscópica cholecystectomy: Wath predicts the need for admission? Anesthesiology 1999 Jun;90(6):1746-55

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 9.- - Zuluaga L A, Clavijo W, Villalba A, Colecistectomia laparoscopica ambulatoria en una unidad quirúrgica no hospitalaria. <http://WWW.encolombia.com>
- 10.- Fleisher L, Yee K, Lillemre K, Talamini M, Yeo C, Heath R, Bass E, et al Is outpatient laparoscopica Cholecysctectomy safe and cost effective. Anesthesiology 1999; 90:1746-55.
- 11.- Keulemans Y, Eshuis J, De Haes H, De Wit L, Gouma D. Laparoscopic Cholecystectomy. Day-Care Versus clinical observation. Amm Surg. 1998;228(6):734-40.
- 12.- Lehmann H, Fleisher L, Lam J, frink B, Bass E. Patient preferences for early discharge after laparoscopic Cholecystectomy. Anesth Analg 1999;88(6) 1280-5.
- 13.- - Robinson T, Biffll W, Moore E, Heimbach J, Calkins C, Burch J Predicting failure of outpatient laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 2002; 184(6): 134-8.
- 14.- Lau H, Brooks D. Predictive factors for unanticipated admissions after ambulatory laparoscopic Cholecystectomy Arch Surg. 2001;136:1150-3.
- 15.- Buanes T, Mjland O. Complications in laparoscopic and open cholecystectomy a prospective comparative trial. Surg Laparosc Endosc 1996;6:266-72

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXOS

GRAFICO 1

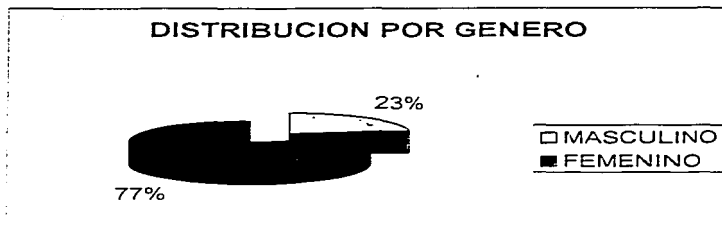


TABLA 1 DISTRIBUCION SEGÚN GRUPO ETAREO

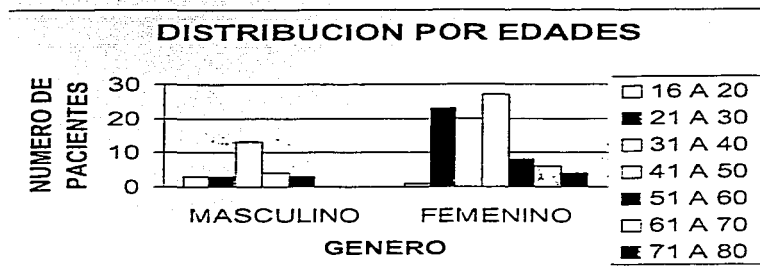
EDAD	MASCULINO	FEMENINO
16 a 20	3 (2.6 %)	1 (0.8 %)
21 a 30	3 (2.6 %)	23 (20 %)
31 a 40	13 (11.8 %)	20 ( 17.4 %)
41 a 50	4 (3.4 %)	27 ( 23.3%)
51 a 60	3 (2.6 %)	8 ( 6.9%)
61 a 70		6 (5.2%)
71 a 80		4 (3.4%)

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



<b>TOTAL</b>	<b>26 (23%)</b>	<b>89 (77%)</b>
--------------	-----------------	-----------------

**GRAFICO 2**



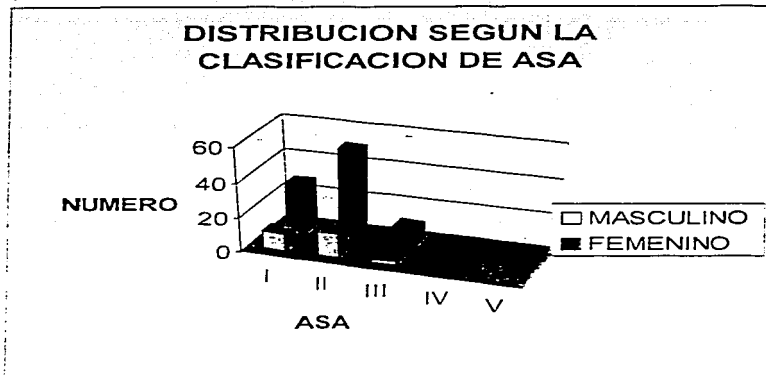
**TABLA 2**

**DISTRIBUCION SEGÚN LA CLASIFICACION DE ASA**

<b>ASA</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>TOTAL</b>
I	10 (8.6%)	28 (24.3 %)	38 (33.1 %)
II	14 (12.7 %)	51 ( 44.1 %)	65 (56.5 %)
III	2 (1.7%)	10 (8.6 %)	12 ( 10.4 %)
IV			
<b>TOTAL</b>	<b>26 (23 %)</b>	<b>89 ( 77 %)</b>	<b>115 (100 %)</b>

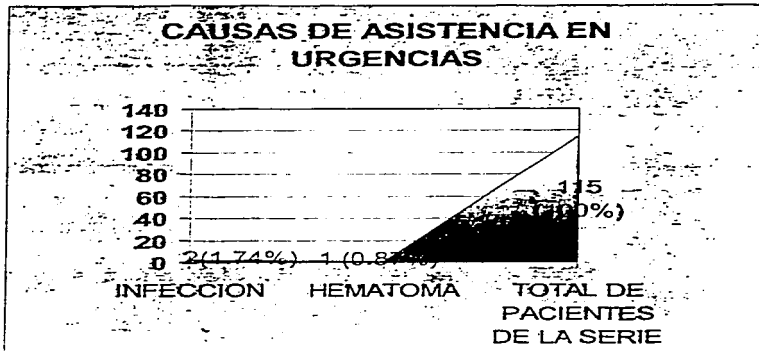
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 3



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRAFICO 4**



**TABLA 3**

**NUMERO Y CAUSAS DE REINGRESO DESDE ADMISION**

CAUSA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
DOLOR	1 (0.86%)	3 (2.6%)	4 (3.46%)
VOMITO	2 (1.73%)	6 (5.2%)	8 (6.93%)
HIPOTENSION	1 (0.86%)		1 (0.86%)
TOTAL	4 (3.45%)	9 (7.8%)	13 (11.25%)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN