



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO
MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**
Departamento de Gastrocirugía

**TRATAMIENTO DE LA NECROSIS Y
ABSCESOS PANCREÁTICOS POR
LUMBOTOMÍA**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO COMO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA
GENERAL

**PRESENTA
DR. EMILIO PÉREZ ROCHA LEÓN**

**DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN**

**DR. JAVIER NIÑO SOLIS
TUTOR DE TESIS**

MÉXICO, D. F.

2006

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
NACIONAL SIGLO XXI**

DEPARTAMENTO DE GASTROCIRUGÍA



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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Porque nos da la oportunidad de poder darnos cuenta que lo que tenemos y hacemos vale la pena.

A MI QUERIDA ESPOSA

Por el apoyo que siempre me brinda, por todo su amor y comprensión en las buenas y las malas, gracias a ti soy mejor

A MIS PADRES

Porque aunque no vivimos juntos, me han dado su apoyo y comprensión cuando me he visto en situaciones difíciles.

A MI TUTOR

Por que sin el no hubiera podido culminar con este trabajo, además de tener la paciencia para poder ayudarme.

Culminar este trabajo.

INDICE

| | |
|---------------------------------|----|
| Portada..... | 1 |
| Hoja de firmas..... | 2 |
| Agradecimientos..... | 3 |
| Marco teórico..... | 5 |
| Planteamiento del problema..... | 8 |
| Justificación..... | 8 |
| Hipótesis..... | 8 |
| Objetivos..... | 9 |
| Material y Métodos..... | 9 |
| Muestra..... | 11 |
| Recursos..... | 12 |
| Consideraciones éticas..... | 13 |
| Resultados..... | 14 |
| Conclusiones..... | 15 |
| Comentarios..... | 16 |
| Bibliografía..... | 17 |
| Anexo..... | 19 |

TRATAMIENTO DE LA NECROSIS Y ABSCESOS PANCREÁTICOS POR LUMBOTOMÍA

MARCO TEÓRICO:

El tratamiento de las complicaciones de la Pancreatitis Aguda (PA) ha evolucionado progresivamente en las últimas décadas, Moynihan en (1925) describe por primera vez la Necrosectomía Pancreática como alternativa frente a la Pancreatectomía para eliminar la necrosis del tejido pancreático; luego Altemeir y Alexander en 1963 fueron los primeros en tratar los accesos quirúrgicos con desbridamiento y drenaje.^(1,2,3,9) Aunque actualmente el tratamiento de la pancreatitis en su fase aguda es conservador con manejo multidisciplinario (apoyo nutricional, antibioticoterapia, terapia intensiva) la cirugía puede ser el tratamiento para las fases tardías de la enfermedad. El desbridamiento quirúrgico continua siendo el “Gold Standard” para el absceso pancreático y la necrosis pancreática infectada. ^(1,3)

Los avances en imagenología, radiología intervencionista y otras técnicas de mínima invasión, han revolucionado muchas de las condiciones que antes requerían de manejo quirúrgico. ⁽³⁾

Las colecciones pancreáticas ocupan con gran frecuencia el saco menor peritoneal, por lo que una opción de tratamiento es un abordaje extraperitoneal sobre un transperitoneal. El drenaje a través del flanco lateral, ya sea por punción o por cirugía abierta o laparoscópica, es posible. Del lado izquierdo para las colecciones de la cola y el cuerpo, a través del espacio perirrenal anterior, usualmente por detrás del colon descendente. De igual manera se puede acceder a las colecciones ubicadas en la cabeza del páncreas por el lado derecho. ⁽²⁾ Este tipo de drenaje por la región lumbar, ya sea por

punción dirigida, por laparoscopia o por cirugía, tienen la ventaja de que el drenaje tiene el efecto de la gravedad a su favor para continuar drenando y que no se accede a la cavidad peritoneal, permitiéndole de esta manera no contaminar otra cavidad que teóricamente está libre de colecciones. (1,2,8,10)

Desde los años 80's se utilizó el abordaje retroperitoneal por lumbotomía para la necrosectomía y el drenaje de colecciones retroperitoneales. Sin embargo dado que las complicaciones fueron muy frecuentes no se popularizó. En tres series se reportan mortalidad de entre el 20% y el 33% con este abordaje. Las fístulas entéricas y el sangrado se observaron en el 20-50%. (17,18)

En años recientes, se ha retomado el abordaje retroperitoneal por lumbotomía para el desbridamiento pancreático y el drenaje de colecciones pancreáticas, dado que con el advenimiento de la TC y del USG intraoperatorio, se ha mejorado la técnica y con esto los resultados. Actualmente reportan una morbilidad entre el 30 y el 60%, con un índice de desbridamiento completo del tejido pancreático de entre 60 y el 100%. La mortalidad ha disminuido del 0 al 27%. (19,20,21)

Con el tratamiento quirúrgico se ha disminuido la mortalidad de la necrosis pancreática infectada, hasta en un 20%, en centros especializados. (1,3) Cuando se debe realizar la cirugía es otro punto de controversia. La conducta de cirugía tardía disminuye el riesgo de sangrado, así como la pérdida de tejido pancreático viable, y por lo tanto la disfunción exocrina y endocrina del páncreas. (5,9,10)

Se define al Pseudoquiste como colección de líquido pancreático, detritus y sangre rodeados por una cápsula no epitelizada, correspondiente a la pared de los órganos adyacentes. Usualmente se desarrollan después de 4-6 semanas del episodio inicial de

pancreatitis. Puede causar dolor, síntomas de oclusión y ocasionalmente una masa palpable en el epigastrio. (2)

Las indicaciones clásicas para el drenaje de un pseudoquiste son: 1) síntomas de compresión a otros órganos, 2) tamaño mayor a 5 cm de diámetro y 3) persistencia o recurrencia del pseudoquiste posterior a la punción externa o al drenaje.

Actualmente los pseudoquiste se manejan con tratamiento quirúrgico abierto y derivativo, drenaje endoscópico y la punción externa guiada por TC o USG, con colocación de catéter. (1,3,6,11)

El absceso pancreático se define como, una colección intrabdominal o retroperitoneal, de pus circunscrita, que contiene poca o ninguna necrosis pancreática. Esto es consecuencia de un evento de pancreatitis, cualquiera que sea su etiología y se diagnostica por la presencia de leucocitosis, fiebre y la imagen por TC de una colección peripancreática con gas o por la punción y aspiración guiada para tinciones y cultivos. El tratamiento actualmente es quirúrgico pudiendo ser con drenaje y empaquetamiento abierto, drenajes cerrados, drenajes con lavado continuo y re-laparotomías programadas, drenaje percutáneo guiado por TC o el drenaje endoscópico. (1,2,3,8,9,13)

La necrosis pancreática infectada se define como un área focal; o difusa de tejido pancreático no viable. En la TC contrastada o dinámica, la necrosis se observa como tejido no viable al no reforzar con el medio de contraste. Este tejido es susceptible a infección bacteriana y por hongos.(7,8,9,12) El manejo en forma clásica de la necrosis infectada ha sido la necrosectomía quirúrgica con manejo del abdomen abierto o cerrado con múltiples intervenciones para posteriores desbridamientos y lavados del lecho pancreático, así como la colocación de sondas de drenaje para lavado o irrigaciones

continuas. Ninguno de estos métodos está libre de complicaciones como la sépsis abdominal, síndrome compartamental, fistulas pancreáticas, fistulas entéricas, sangrado, sépsis y muerte. No se ha mostrado una clara diferencia estadística hacia ninguno de los procedimientos, a lo largo de la historia, sin embargo la mortalidad continua siendo alta.

(2,7,8,10,12)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Un lugar accesible para el tratamiento de los abscesos y la necrosis pancreática es el abordaje retroperitoneal por medio de una lumbotomía cuando estos se localizan ahí, ya sea por el lado derecho (por el espacio de Morrison) o el izquierdo (entre la fascia renal y el colon descendente). Teóricamente provee mínima invasión al peritoneo, y con esto se disminuye la sepsis abdominal, por consiguiente la mortalidad. Este es un acceso quirúrgico alternativo en el tratamiento de la necrosis pancreática infectada y de los abscesos pancreáticos, cuando este está indicado.

JUSTIFICACIÓN:

El drenaje por lumbotomía de los abscesos pancreáticos y la necrosis pancreática infectada, puede ofrecer ventajas sobre el drenaje abierto en forma anterior, dado que esto ofrece una mínima invasión y no hay comunicación a la cavidad peritoneal dado que se realiza por el retroperitoneo, disminuyendo de esta forma la contaminación de la cavidad peritoneal. En la bibliografía la experiencia del drenaje de los abscesos pancreáticos y la necrosectomía y drenaje de la necrosis pancreática infectada por lumbotomía, es limitada, y no se ha reportado extensamente la experiencia que centros médicos de tercer nivel tienen con este abordaje, como una opción terapéutica.

HIPÓTESIS

El drenaje por lumbotomía de los abscesos y la necrosis pancreática infectada, tiene menos morbilidad y mortalidad que la reportada en la literatura de los drenajes y necrosectomías abiertos, con abordaje abdominal anterior.

OBJETIVOS:

El objetivo del presente estudio es reportar los resultados obtenidos en el drenaje por lumbotomía de los abscesos pancreáticos y la necrosis pancreática infectada, en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, en el periodo del Febrero del 2003 a Mayo del 2006.

MATERIAL Y METODOS

a) **CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO:**

Unidad Medica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional Siglo XXI.

b) Servicio de Gastrocirugía.

1. **Diseño del estudio:** Transversal, observacional.

2. **Universo de trabajo:** Todos los pacientes del Servicios de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMN S XXI), que hayan sido intervenidos quirúrgicamente de lumbotomía por abscesos o necrosis pancreática infectada, entre los periodos comprendidos entre Febrero del 2003 y Mayo del 2006.

3. **Variables independiente:**

Edad: Determinado por la edad de cada paciente medido en años

Sexo: Determinado por el género de cada paciente (masculino, femenino)

Variable dependiente:

Mortalidad: Determinado por el porcentaje de muertes derivadas del procedimiento o como complicación de la enfermedad.

Morbilidad: Se medirán las complicaciones en cada paciente, derivadas del procedimiento;

- a) Fístula pancreática: Definida como la salida de líquido pancreático a través de la herida o algún otro sitio, con amilasa determinada en el líquido mayor a 1000 mg/dl.^(14,15.)
- b) Fístula entérica: Definida como la salida de líquido intestinal, ya sea colónico, yeyunal, ileal, gástrico o duodenal, a través de la herida o algún otro sitio.
- c) Sangrado: definido por salida de material hemático por la herida o la acumulación de sangre en la cavidad con un deterioro del estado hemodinámico o descenso de la hemoglobina sérica.⁽¹⁶⁾
- d) Absceso residual: Definido por la presencia o persistencia de una colección infectada en la cavidad retroperitoneal una vez que ya fue intervenida quirúrgicamente, o de nuevas colecciones intrabdominales, posterior al drenaje quirúrgico, sin haber salida espontánea de la misma.
- e) Sépsis: Presencia de SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) con foco infeccioso reconocible en el abdomen o retroperitoneo.
- f) Falla Endocrina: Definido como el desarrollo de Diabetes Mellitas posterior al evento de pancreatitis.
- g) Falla Exócrina: definida como la presencia de esteatorrea o síndrome de mala absorción.

Muestra: Todos los pacientes del Servicios de Gastrocirugía del HE CMN SXXI, que hayan sido intervenidos quirúrgicamente de drenaje por lumbotomía, de absceso y/o necrosis pancreática, en el periodo comprendido entre Febrero 2003 y Mayo del 2006.

Tamaño de la muestra:

Se recabaron los expedientes de 27 pacientes dos fueron excluidos al encontrar que requirieron de drenajes posteriores por vía anterior

Criterios de selección:

- a) Criterios de inclusión: Pacientes con absceso pancreático y/o necrosis pancreática infectada que haya sido intervenidos quirúrgicamente por lumbotomía en el periodo marcado.
- b) Criterios de exclusión: Aquellos pacientes que hayan sido reintervenidos por alguna complicación intrabdominal, posteriormente al drenaje de lumbotomía del absceso y/o necrosis pancreática infectada.
- c) Criterios de no inclusión: ninguno.

Procedimiento:

Se realizó la búsqueda de los pacientes en la lista de cirugías y en el censo de pacientes del Servicio de Gastrocirugía, posteriormente se recabaron los expedientes clínicos para revisar los datos interesados. Se recabaron datos como Edad, sexo, fecha de cirugía, complicaciones como presencia de fístulas pancreáticas, fístula colónica, fístula gástrica, sangrado transoperatorio.

RECURSOS HUMANOS:

Residente de cuarto año de cirugía general, Médico de base del Servicio de Gastrocirugía.

RECURSOS ECONÓMICOS:

Ninguno

RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

- a) Censos de pacientes del Servicio de Gastrocirugía de las fechas comprendidas entre el 1 de Febrero del 2003 y 31 de Mayo del 2006
- b) Expedientes clínicos de los pacientes seleccionados

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Dado de que se trata de un estudio transversal y retrospectivo, y que no se comete ningún tipo de intervención o modificación en el tratamiento de los pacientes a estudiar, porque se trata de un estudio observacional, no tiene repercusiones ético-morales.

Se guardará absoluta discreción en el nombre de los pacientes estudiados y de sus datos personales.

Los expedientes clínicos, pertenecientes a la institución solamente ser'an revisados en momentos en los que los pacientes o los otros servicios tratantes no requieran del mismo para no interferir en sus tratamientos.

RESULTADOS:

Se recabaron a 25 expedientes de paciente que en el censo del servicio de gastrocirugía aparecieron con los diagnósticos de absceso pancreático, o que aparecieron como postoperados de drenaje de absceso pancreático. En todos los casos tomados en cuenta el acceso para el drenaje fue por lumbotomía. Se excluyeron del estudio a tres expedientes por haber tenido una intervención para drenaje posterior de colecciones intrabdominales por vía anterior.

De los 25 pacientes 13 fueron del sexo femenino y 12 del sexo masculino.

Las edades variaron de entre 18 y 69 años con una media de 43.41.

Se registraron dos defunciones. En los dos casos se trató de pacientes que fallecieron como complicación de sépsis y del SIRA (síndrome de insuficiencia respiratoria aguda).

En el primero de los casos se registró el único caso de fístula cólonica en un paciente femenino de 66 años de edad, que presentó la complicación a las tres semanas de la intervención quirúrgica.

Se registraron 7 fístulas pancreáticas que no en todos los casos fueron corroboradas por laboratorio, pero se les consigno el diagnóstico en el expediente. Se registraron dos fístulas gástricas corroboradas por estudios de imagen como la serie esófago gastro duodenal. En ambos casos se requirió de tratamiento quirúrgico en varias ocasiones para resolver la fístula.

El sangrado transoperatorio consignado en las notas quirúrgicas fue desde 150 hasta de 350 ml con una media de 243 ml.

No se pudo documentar la presencia de insuficiencia pancreática endocrina o insuficiencia pancreática exócrina por medio de los expedientes por falta de información de laboratorios para corroborarla.

El tiempo que los pacientes continuaron con la salida de material purulento a través de la herida fue muy variable y confuso en algunos casos dado que no se aclara el momento en las notas.

En todos los expedientes se registra la salida de material purulento por la herida.

CONCLUSIONES:

A pesar de los adelantos tecnológicos que actualmente existen, la pancreatitis aguda continua siendo una entidad clínica ante la cuál poco hay que hacer. Actualmente no dedicamos a tratar delimitar el daño y a dar medidas de sostén. Los tratamientos quirúrgicos actualmente están reservados para el manejo de las complicaciones o la causa en el caso de la pancreatitis de origen biliar.

Existen varios métodos para el tratamiento de los abscesos pancreáticos y la necrosis pancreática infectada, como son el tratamiento endoscópico, el laparoscópico, la punción guiada los quirúrgicos y en algunos lugares se han empleado tratamientos o modalidades combinadas.

El drenaje por lumbotomía parece ofrecer menor agresión a la cavidad peritoneal, menor tiempo quirúrgico, menor sangrado, lo que aparentemente conlleva a una menor morbimortalidad.

En los resultados semuestra, aunque con una muestra pequeña, que el sangrado es significativamente pequeño y muy aceptable para el tipo de cirugía. El número de complicaciones como las fístulas pancreáticas o enterales, representan únicamente el 28% y el 12 % en nuestra muestra. Se presentaron dos defunciones asociadas a sepsis y sus complicaciones.

En todos los casos se determino que se trataba de una pancreatitis aguda severa, aunque las causas fueron muy diversas y en la mayoría no se determinaron en el expediente clínico o no se apoyaron con laboratorios las sospechas.

Por esto si podemos pensar que se trata de pacientes graves que con el abordaje presentaron menores complicaciones y un índice de mortalidad bajo del 8%.

COMENTARIOS:

Las limitantes de este estudio provienen probablemente de su diseño, dado que en un estudio retrospectivo y observacional.

Pero con esto podemos dilucidar que en algunos casos en los cuáles se está indicado el tratamiento de drenaje por lumbotomía es seguro y con pocas complicaciones si es llevado a cabo adecuadamente.

El sangrado es escaso y la mortalidad es baja, generalmente asociada al mismo padecimiento y no al procedimiento en sí, proporciona una vía adecuada de drenaje de las colecciones retroperitoneales. La ventaja aunque no es un estudio comparativo son que se pueden dejar drenajes adecuados en el lugar adecuado en una enfermedad que actualmente requiere de tratamientos agresivos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Townsend: Sabiston Textbook of Surgery, 17th ed., Copyright © 2004 Saunders, P 1658-1660
2. Joseph T. Ferrucci III, MD, Peter R. Mueller, MD*, Interventional approach to pancreatic fluid collections, Radiol Clin N Am 41 (2003) 1217– 1226
3. J Werner, S Feuerbach, W Uhl, M W Büchler, Management Of Acute Pancreatitis: From Surgery To Interventional Intensive Care, Gut 2005; 54:426–436. doi: 10.1136/gut.2003.035907
4. Mier J, Leon E, Castillo A, et al. Early versus late necrosectomy in severe necrotizing pancreatitis. Am J Surg 1997; 173:71–5.
5. Tsiotos, G. G.; Luque-De Leon, E.; Sarr, M. G., Long-term outcome of necrotizing pancreatitis treated by necrosectomy, Bjs Volume 85(12), December 1998, pp 1650-16
6. Nicole B. Baril, MD, Philip W. Ralls, MD, Sherry M. Wren, MD, R. Rick Selby, MD, et.al., Does an Infected Peripancreatic Fluid Collection or Abscess Mandate Operation?; ANNALS OF SURGERY Vol. 231, No. 3, 361–367
7. G. Castellanos MD,PhD; A.Piñero MD,PhD; A.Serrano MD,PhD; P. Parrilla MD,PhD; Infected pancreatic necrosis, Arch Surg. 2002;137:1060-1063
8. Branum, Gene MD; Galloway, John MD; Hirschowitz, Wendy MD; Fendley, Morris MD; Hunter, John MD; Pancreatic Necrosis: Results of Necrosectomy, Packing, and Ultimate Closure Over Drains, Annals of Surgery, Volume 227(6), June 1998, pp 870-877
9. Gambiez, Luc P. MD; Denimal, Franck A. MD; Porte, Henri L. MD; Saudemont, Alain MD; Chambon, M. MD; Quandalle, Pierre A. MD, Retroperitoneal Approach and Endoscopic Management of Peripancreatic Necrosis Collections, Archives of Surgery, Volume 133(1), January 1998, pp 66-72
10. Dr.L.A. Barreda ; Dr. J. Modena; Dr. C. Rodríguez,Técnica quirúrgica para el tratamiento de la pancreatitis aguda grave con necrosis, Rev. gastroenterol. Perú v.22 n.4 Lima oct./dic. 2002
11. L. C. Hookey, MD, S. Debroux, MD, M. Delhaye, MD, PhD, M.Arvanitakis, MD, O. Le Moine, MD, PhD, J. Deviere, MD, PhD, Endoscopic drainage of pancreatic-fluid collections in 116 patients:a comparison of etiologies, drainage techniques, and outcomes, Gastrointest Endosc 2006;63:635-43.

12. S. Seewald, MD, S. Groth, MD, S. Omar, MD, H. Imazu, MD, U. Seitz, MD, A. de Weerth, MD, R. Soetikno, MD, et al. Aggressive endoscopic therapy for pancreatic necrosis and pancreatic abscess: a new safe and effective treatment algorithm, *Gastrointest Endosc* 2005;62:92-100.
13. Werner J, Uhl W, Büchler M. Surgical treatment of acute pancreatitis. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2003;6:359-68.
14. Robert J. Baker, Josef E. Fischer MD: *El dominio de la cirugía*, 4ª edición, editorial médica panamericana, Buenos Aires Argentina, 2004; p: 677
15. Michael J. Zinder, Seymour I MD. Schwartz MD, Harold Ellis CBE : *Maingot, operaciones abdominales*; 10a edición, editorial médica panamericana, Buenos Aires Argentina, 1998; p:1815-1818.
16. Michael J. Zinder, Seymour I MD. Schwartz MD, Harold Ellis CBE : *Maingot, operaciones abdominales*; 10a edición, editorial médica panamericana, Buenos Aires Argentina, 1998; p:549
17. Fagniez P, Rotman N, Kracht M. Direct retroperitoneal approach to necrosis in severe acute pancreatitis. *Br J Surg* 1989;76:264-7.
18. Van Vyve E, Reynaert M, Lengele B, et al. Retroperitoneal laparostomy: a surgical treatment of pancreatic abscess after an acute necrotizing pancreatitis. *Surgery* 1993;111:369-75.
19. Nakasaki H, Tajimi T, Fujii K, et al. A surgical treatment of infected pancreatic necrosis: retroperitoneal laparotomy. *Dig Surg* 1999;16:506-11.
20. Gambiez L, Denimal F, Porte H, et al. Retroperitoneal approach and endoscopic management of peripancreatic necrosis collections. *Arch Surg* 1998;133:66-72.
21. Castellanos G, Pinero A, Serrano A, et al. Infected pancreatic necrosis: translumbar approach and management with retroperitoneoscopy. *Arch Surg* 2002;137:1060-2.

ANEXO:

| | EDAD | DEFUNCION | FISTULA PANCREATICA | FISTULA ENTERICA | SANGRADO |
|-------|------------------|-----------|---------------------|------------------|----------------|
| 1 | 29 | | | SI (COLONICA) | 150 |
| 2 | 42 | | SI | | 200 |
| 3 | 63 | | | | 300 |
| 4 | 24 | | | | 350 |
| 5 | 38 | | SI | | 150 |
| 6 | 52 | | | | 200 |
| 7 | 43 | | | | 300 |
| 8 | 42 | | | | 250 |
| 9 | 28 | | SI | | 150 |
| 10 | 33 | | | | 200 |
| 11 | 22 | | | | 350 |
| 12 | 69 | | | SI (GASTRICA) | 300 |
| 13 | 62 | DEFUNCION | | | 150 |
| 14 | 30 | | SI | | 200 |
| 15 | 68 | | | | MINIMO |
| 16 | 28 | | | | 150 |
| 17 | 40 | | | | 200 |
| 18 | 18 | | SI | | 300 |
| 19 | 58 | | | | 150 |
| 20 | 66 | DEFUNCION | | | 200 |
| 21 | 61 | | | | 300 |
| 22 | 27 | | SI | SI (GASTRICA) | 350 |
| 23 | 47 | | | | 350 |
| 24 | 52 | | SI | | 350 |
| TOTAL | 43.41 (Media) | 1 | 7 | | 243 ML (MEDIA) |