

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

**MORBI-MORTALIDAD ASOCIADA COLECISTECTOMÍAS EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL
LARRALDE” 2009-2010**

Autor:

Dr. Navarro A, César

Tutores:

Dr. Navarro P, Mario César

Prof. Pérez, Amílcar

Valencia, noviembre 2011

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE"
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designados para la evaluación del trabajo de grado titulado: **MORBI-MORTALIDAD ASOCIADA COLECISTECTOMÍAS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE" 2009-2010**, presentado por el ciudadano **CÉSAR AUGUSTO NAVARRO ARMAS**, para optar al título de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como _____.

Nombres y Apellidos

Cédula de Identidad

Firma

Valencia Diciembre 2011

INTRODUCCIÓN

La litiasis vesicular es una de las patologías más frecuentes de hospitalización en los servicios de Cirugía y la colecistectomía, convencional o por vía laparoscópica, es la única opción terapéutica eficaz. Su realización se acompaña de una morbilidad relativamente baja y de una mortalidad prácticamente inexistente tanto a nivel nacional como internacional. La tendencia actual es la ejecución de procedimientos mínimamente invasivos como la videolaparoscopia que cumple dos grandes objetivos: ofrecer un tratamiento completo con mínimo daño y reintegrar al paciente en el menor tiempo posible a su vida normal. Es muy importante que este avance tecnológico se considere actualmente de primera elección y se haya convertido en el estándar de oro en el tratamiento de la litiasis vesicular. Sin embargo también posee, como la cirugía convencional, algunas limitaciones y cierto grado de complicaciones que están relacionadas con la curva de aprendizaje y la falta de percepción óptica de la tridimensionalidad. Es por esta razón que nos planteamos la inquietud de conocer cuál es la morbi-mortalidad relacionada con ambos procedimientos realizados en nuestra institución.

La colecistectomía fue descrita por primera vez en 1882 por Karl August Langenbuch y realizada por primera vez en Latinoamérica (Chile) en 1899 por el Dr. Lucas Sierra. El desarrollo tecnológico posterior, permitió incorporar la técnica laparoscópica en el tratamiento de las patologías quirúrgicas abdominales y en

particular de la patología vesicular litiásica.² La primera colecistectomía laparoscópica fue realizada por Muhe en 1985, no siendo ésta reconocida por la literatura médica, dándosele este merito al francés Mouret en 1987, siendo posteriormente perfeccionada la técnica, en ese mismo año, por Dubois en Paris y por Reddick y Olsen en EEUU; quienes introdujeron la colecistectomía laparoscópica como práctica habitual, difundiéndose rápidamente y causando una verdadera revolución en el ambiente quirúrgico mundial, transformándose a corto plazo en la técnica de elección para resolver la patología litiásica vesicular.³

En Latinoamérica se inicia a comienzos de la década del 90 cuando el venezolano Dr. Luis Ayala realiza la primera colecistectomía laparoscópica. El primer curso formal de Colecistectomía Laparoscópica para cirujanos generales en América Latina se llevó a cabo en la ciudad de México en Agosto de 1990, organizado por el capítulo de México del American College of Surgeons.¹

En 1991 se inicia la experiencia colombiana realizada por Cuellar C. con 60 casos, sin complicaciones mayores ni muertes. En 1992, el Comité de Cirugía Endoscópica de la sociedad Colombiana, presenta el primer informe cooperativo sobre Colecistectomía Laparoscópica con 1,078 casos, convirtiéndose 5 de ellos, con complicaciones y mortalidad muy similares a la de las series internacionales.¹

En una revisión hecha en la Universidad Católica de Chile durante un período de 10 años (1991-2001) se reportó una serie de 5063 pacientes. El 75% ingresó en forma electiva, mientras que el otro 25% fue operado de urgencia con un tiempo operatorio promedio de 73 minutos y una tasa de conversión a cirugía abierta en 7% de los pacientes.²

Otro estudio hecho en ese país en la Universidad de Valdivieso durante los años 1993-1999 reportó un total de 1256 pacientes. El tiempo operatorio promedio fue de 72 minutos, realizándose colangiografía intraoperatoria en 9,1% de los pacientes, de las cuales el 24,6% de los casos fue patológica, lo que evidencia una incidencia inadvertida de 2,2% de coledocolitiasis. La complicación intraoperatoria más frecuente fue la rotura vesicular accidental con un 15,8%. La lesión de vía biliar se produjo en 0,4% de los pacientes, con una tasa de conversión a cirugía clásica de un 5,3% de los casos siendo la causa más frecuente la coledocolitiasis.⁴

En nuestro país la colecistectomía laparoscópica también ha sido enormemente estudiada y comparada con la colecistectomía convencional, tal como lo reporta Lucena quien informa que en una cohorte de 1042 pacientes intervenidos en el Hospital Universitario Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Caracas entre 1991 a 1999, el tiempo de intervención promedio fue de 94 minutos, en comparación con los 104 minutos de la colecistectomía abierta, una incidencia de complicaciones

de 12% y una tasa de conversión del 3%. De manera adicional se demostró también un menor tiempo de hospitalización y un menor uso de analgésicos y antieméticos.⁵

Igualmente en otro estudio realizado en Mérida entre 1999 y 2003 se evidencia el predominio en la preferencia de la cirugía laparoscópica sobre la cirugía convencional con un tiempo operatorio promedio de 75 minutos, una tasa de conversión de 12% y con poca diferencia en cuanto a su morbilidad.⁶

La selección de los pacientes que se someterán a una colecistectomía laparoscópica, no debe variar de las indicaciones que tiene la cirugía tradicional. Los antecedentes del paciente, la evolución de su padecimiento, los resultados de los estudios preoperatorios y los datos de ultrasonografía son algunos elementos a tener en cuenta en cualquier procedimiento que se seleccione.⁷

El tamaño de la vesícula y los cálculos es también un factor que debe tomarse en cuenta ya que si existe espacio libre entre los cálculos y la pared, si esta no está engrosada y si son múltiples pero no mayores de 1 centímetro, aumentan las posibilidades de manejar con buenos resultados la vesícula.⁷

En relación al equipamiento para la realización de la colecistectomía laparoscópica son necesarios tener a la disposición una serie de equipos e instrumentos, entre los que se encuentran los siguientes:⁸

1. Elementos ópticos.

- Laparoscopio de 10 mm de 0 y 30 grados.
- Videocámara o un microcircuito de computadora.
- Fuente luminosa.
- Video monitores.

2. Dispositivos para acceso abdominal.

- Neumoperitoneo.
- Insuflador y monitor de presión.
- Tanque de gas (CO₂)
- Cánulas de trocar (con válvulas unidireccionales herméticas)

3. Instrumentos laparoscópicos especializados.

- Pinzas atraumáticas de tracción y sujeción.
- Disectores.
- Tijeras.
- Aspirador-irrigador.
- Aplicador de clips.
- Bolsas para extracción de piezas quirúrgicas.

Con respecto a la técnica existen diferentes escuelas, siendo utilizada en nuestro centro la posición Americana que ubica al operador del lado izquierdo del paciente. La colocación del primer trocar se realiza por la técnica abierta de Hasson y la colocación de los siguientes bajo visión laparoscópica con el objetivo de disminuir las complicaciones de la introducción a ciegas. La técnica quirúrgica empleada, al igual que en la cirugía convencional, expone el triángulo de Calot y sus estructuras, para la identificación y ligadura del conducto cístico y de la arteria cística. Posteriormente se procede a la disección de la vesícula de su lecho, lavado de cavidad, constatación de hemostasia, extracción de los trocares y síntesis de los portales.⁹

Las complicaciones no relacionadas con la colecistectomía incluyen el barotrauma, las alteraciones hemodinámicas y ventilatorias, la insuflación extraperitoneal, la embolia gaseosa, las lesiones de órganos intraabdominales con la aguja de Veress o con los trocares y las lesiones por quemadura debidas al uso inadecuado del electrocauterio.¹⁰

En cuanto a las complicaciones tardías podemos encontrar el tromboembolismo pulmonar, abscesos intraabdominales o de sitio quirúrgico y las hernias o eventraciones a través de los sitios de entrada de los trocares.¹⁰

OBJETIVOS

General:

Determinar la morbi-mortalidad asociada a Colectomías por Litiasis Vesicular del Servicio de Cirugía del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en el período comprendido entre enero 2009 y diciembre 2010.

Específicos:

Clasificar los pacientes intervenidos bajo las diferentes técnicas según su edad y sexo.

Conocer los diagnósticos de ingreso más comunes en aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente por patología litiásica vesicular.

Establecer el tiempo operatorio promedio de las dos técnicas quirúrgicas empleadas y la tasa de conversión en los procedimientos realizados por laparoscopia en dicha institución.

Determinar las complicaciones postoperatorias de los pacientes colecistectomizados y su relación con las diferentes variables estudiadas así como la mortalidad asociada a las técnicas empleadas.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y no experimental. La población fue la de todos los pacientes portadores de litiasis vesicular que fueron intervenidos de colecistectomía en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde durante el período enero 2009 – diciembre 2010.

Para la recolección de datos se aplicó la revisión de historias médicas para la consignación de las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, presencia de comorbilidades, técnica quirúrgica usada, tiempo operatorio, complicaciones, tasa de conversión en el caso de las colecistectomías laparoscópicas y mortalidad en general.

Una vez recopilados los datos fueron sistematizados en una tabla maestra en Microsoft® Excel, para luego ser analizados en tablas de distribuciones de frecuencias para datos directos y de contingencia según los objetivos específicos propuestos. A las variables cuantitativas se les calculó media aritmética \pm error estándar, desviación típica, valor mínimo, máximo y coeficiente de variación (para medir la homogeneidad de la variable entre sus datos). Las variables cualitativas se asociaron a través del análisis no paramétrico de Chi cuadrado. Se comparó el tiempo promedio de la cirugía según el tipo de colecistectomía a través de la prueba de hipótesis para la diferencia entre medias (prueba t). Para todo esto se utilizó el

procesador estadístico Statgraphics plus 5.1 adoptando como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05.

RESULTADOS

Los pacientes intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía por litiasis vesicular en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el período enero 2009 - diciembre 2010 tuvieron una edad promedio de 42,09 años \pm 1,13. Las edades predominantes se encontraban entre los 29 y 43 años (33,70%= 62 casos). En relación al sexo, el femenino fue el más afectado con 80,43% (148 casos).

En el período de estudio la técnica quirúrgica más frecuente fue la colecistectomía abierta (75,54%= 139 casos) mientras que la laparoscópica representó sólo un 24,46% (45 casos). Se encontró una tasa de conversión de sólo 6,67% (3 casos).

La cirugía de emergencia predominó en ambos tipos de colecistectomía 70,11% (129 casos).

La colecistectomía abierta registró un tiempo promedio de cirugía de 80,29 min \pm 2,57; mientras que la colecistectomía laparoscópica registró un lapso promedio de 90,44 min \pm 4,85. Éstas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($P > 0,05$) independientemente del nivel de experiencia tanto del adjunto como del residente.

Entre los diagnósticos de ingreso se tiene que el más frecuente fue la litiasis vesicular (39,67%= 73 casos). En segundo lugar se encuentra el cólico biliar persistente (32,07%= 59 casos). A pesar de estos diagnósticos, los pacientes fueron intervenidos por emergencia.

Un 39,67% de los pacientes presentaron comorbilidades, predominando en las edades entre 44 y 58 años con 16,85% (31 casos) y en el sexo femenino con 29,89% (55 casos). Las más frecuentes fueron la Hipertensión arterial (39,73%) y la Diabetes Mellitus tipo 2 (16,44%). Llama la atención que un porcentaje importante de la población (26,03%) presentó como indicación quirúrgica un status Post CPRE.

Las complicaciones representaron sólo un 4,35% de la muestra (8 casos) y la mayoría en los pacientes sometidos a colecistectomía abierta (2,72% - 5 casos). De ellas, la fístula biliar de bajo gasto fue la más común, seguida de la lesión incidental de colédoco (todas advertidas y reparadas intraoperatoriamente). No hubo mortalidad en nuestra serie.

DISCUSIÓN

Este trabajo se realizó con la finalidad de determinar la morbi-mortalidad de las colecistectomías en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el período de enero 2009 – diciembre 2010, además de evidenciar si ésta contrasta con la de otras instituciones del mundo y de nuestro país.

La prevalencia de los pacientes con litiasis vesicular intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro en cuanto a edad y sexo corresponde con los conocidos internacionalmente y reportados en todas las literaturas de clínica quirúrgica; siendo las personas de sexo femenino por encima de los 40 años las más afectadas.

El tipo de intervención más común para ambas técnicas fue el de emergencia, en contraste con los resultados obtenidos por Muñoz en Colombia¹¹ y por Ibáñez en Chile² donde más del 50% de los pacientes se operaron de forma electiva. Esto se debe principalmente a la actual situación de nuestro hospital y de los demás centros de salud de nuestro país, donde debido al incremento en la demanda de la atención médica de emergencia, las cirugías de electiva han ido siendo desplazadas. Esta afirmación se relaciona con el hecho de que el 31% de los pacientes intervenidos presentaban o tenían el antecedente cercano de dos de las principales complicaciones

graves de la litiasis vesicular como lo son el síndrome icterico obstructivo y la pancreatitis aguda de origen biliar.

En cuanto a la duración de la intervención de la colecistectomía laparoscópica en nuestro centro se observo un tiempo promedio de 90 minutos, que coincide con el de 94 minutos reportado por Lucena en su estudio realizado en el Hospital Universitario de Caracas⁵; aunque muy por encima de los 70 minutos en promedio referidos por Ibañez², Carvajal³ y Carcamo⁴ en los diferentes estudios realizados por separado cada uno de dichos autores en Chile; y a los 60 minutos relatados por Muñoz¹¹ en su experiencia en Colombia. Hay que destacar que esta marcada diferencia evidenciada entre los centros extranjeros y los de nuestro país puede deberse a que no se dispone en nuestras instituciones públicas del mismo instrumental de última generación que existe en otros países, ni de la disponibilidad permanente de los equipos de laparoscopia, bien por contar únicamente con muy escaso instrumental o por la falta de preparación del personal de enfermería (tanto instrumentistas como de faena). Estos factores pueden limitar la aplicación amplia de la colecistectomía laparoscópica como práctica diaria y continua tanto de los residentes en formación como de los adjuntos de poca experiencia de nuestros centros públicos.

A pesar de lo anteriormente expuesto, la tasa de conversión de nuestra institución (6,67%) es relativamente baja cuando se compara a la de los estudios hechos en Chile (7%² y 5,2%⁴ respectivamente) aunque está por encima de los

trabajos realizados en Colombia con más de 1000 colecistectomías laparoscópicas (2,4%¹ y 0,6%¹¹ respectivamente). Esto podría reafirmar el principio de que solo la práctica diaria y constante de una técnica, junto con el conocimiento claro de los conceptos básicos e indicaciones específicas, provee al cirujano de la destreza quirúrgica necesaria para el buen desenvolvimiento intraoperatorio, para la disminución en la tasa de conversión y deriva en la menor presencia de complicaciones post-operatorias debidas a la técnica quirúrgica.

Se puede señalar también que el porcentaje de complicaciones trans y post operatorias inherentes a la técnica quirúrgica de nuestro estudio se encuentra por debajo del 5%, lo cual coincide con las bajas tasas de complicaciones presentadas en los estudios internacionales. No hubo mortalidad en nuestra serie.

CONCLUSIONES

- La Litiasis Vesicular es más frecuente en las personas del sexo femenino mayores de 40 años de edad, coincidiendo con todos los reportes nacionales e internacionales.
- La presencia de comorbilidades se encuentra en un número importante de pacientes (39%), siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 los más comunes.
- La colecistectomía de emergencia fue el tipo de cirugía predominante para ambas técnicas, lo que puede reflejar la situación actual de nuestro sistema de salud.
- El tiempo promedio de duración de la colecistectomía es similar para ambas técnicas en nuestro centro, siendo esta diferencia estadísticamente no significativa.
- El porcentaje de complicaciones trans y post operatorias inherentes a la técnica quirúrgica de nuestra institución no sobrepasa el 5%; siendo más común en las hechas de emergencia bajo técnica abierta.
- La cirugía laparoscópica no está exenta de complicaciones, que requieran convertir en cualquier momento del procedimiento a cirugía abierta. La tasa de conversión de nuestro hospital es de 6,67%, que coincide con los estudios,

tanto nacionales como internacionales, reportados en esta revisión. No hubo mortalidad en nuestra serie.

- A pesar de los conocidos beneficios que ofrece la colecistectomía laparoscópica en relación a la convencional, se siguen llevando a cabo en nuestra institución un mayor número de intervenciones a cielo abierto; esto es debido en gran parte a la limitada accesibilidad tanto del instrumental como del equipo e insumos necesarios para su adecuada ejecución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carmona G. Complicaciones de la Colectomía Laparoscópica en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello 2001-2004. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Tesis de Grado [en línea] feb. 2005 [fecha de acceso: 12 de Mayo de 2011] URL disponible en: <http://www.scribd.com/doc/39781332/Colecistectomia-Laparosc-F3pica>
2. Ibáñez I, Escalona A, Guzmán S. Colectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. Chilena de Cirugía [en línea] feb. 2007 [fecha de acceso 12 de mayo de 2011] vol. 59 N°1. URL disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v59n1/art04.pdf>
3. Carvajal J, Vasechi S, Castillo C, et al. Colectomía Laparoscópica. Análisis de 234 casos Servicio de Cirugía General y laparoscópica del Centro Médico S:A Corrientes, Argentina. Rev. Postgrado de la VIa Cátedra 10 de Medicina [en línea] dic. 2003 [fecha de acceso: 12 de mayo de 2011] N°114. URL disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista134/colelapa.pdf>
4. Carcamo C, Venturelli A, Barrientos C, et al. Colectomía laparoscópica. Experiencia del Hospital Clínico Regional Valdivia. Rev. Chilena de Cirugía [en línea] abr. 2002 [fecha de acceso: 14 de mayo de 2011] vol. 54 N°2. URL

disponible en: <http://www.cirujanosdechile.cl/.../PDF%20Cirujanos%202002.../Cir.2>

5. Lucena J. Colectomía laparoscópica frente a colectomía convencional por minilaparotomía. Escuela Luis Razetti. Facultad de Medicina Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela. Rev. Cir Esp. [en línea] 2005 [fecha de acceso: 14 de mayo 2011] vol. 77 N°6. URL disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21889/2/articulo4.pdf>
6. Torres D, Espinetti C. Colectomía laparoscópica versus colectomía abierta o tradicional. resultados de una serie de 442 pacientes. Hospital Sor Juana Inés de la Cruz. Avenida Las Américas. Mérida. Venezuela. MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes [en línea] 2004 [fecha de acceso: 14 de mayo de 2011] vol. 11 N°1-4. URL disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21822/2/articulo6.pdf>
7. Carmona J, Mikly D, Álvarez I. Colectomía laparoscópica ambulatoria. una realidad aplicable a los hospitales públicos venezolanos. Rev Venez Cir [en línea] 2008 [fecha de acceso 14 de mayo de 2011] vol. 61 N°1. URL disponible en: <http://www.sociedadvenezolanadecirugia.org/.../Revista.../>

8. Patiño J. Lecciones de Cirugía, 7ma edición. Colombia: PANAMERICANA; 2000.
9. Cameron J, Sandone C. Atlas de Cirugía del Aparato Digestivo, 2da edición, tomo I. Canadá: PANAMERICANA; 2008.
10. Zuidema G, Yeo C. Cirugía del Aparato digestivo, 5ta edición, volumen III. Uruguay: PANAMERICANA; 2005.

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INTERVENIDA DE
COLECISTECTOMÍA POR EDAD Y SEXO. SERVICIO DE CIRUGÍA -
HUAL PERÍODO 2009 - 2010

EDAD	f	%
14 – 28	40	21,74
29 – 43	62	33,70
44 – 58	57	30,98
59 – 73	17	9,24
74 – 88	8	4,35
SEXO	f	%
Femenino	148	80,43
Masculino	36	19,57
Total	184	100

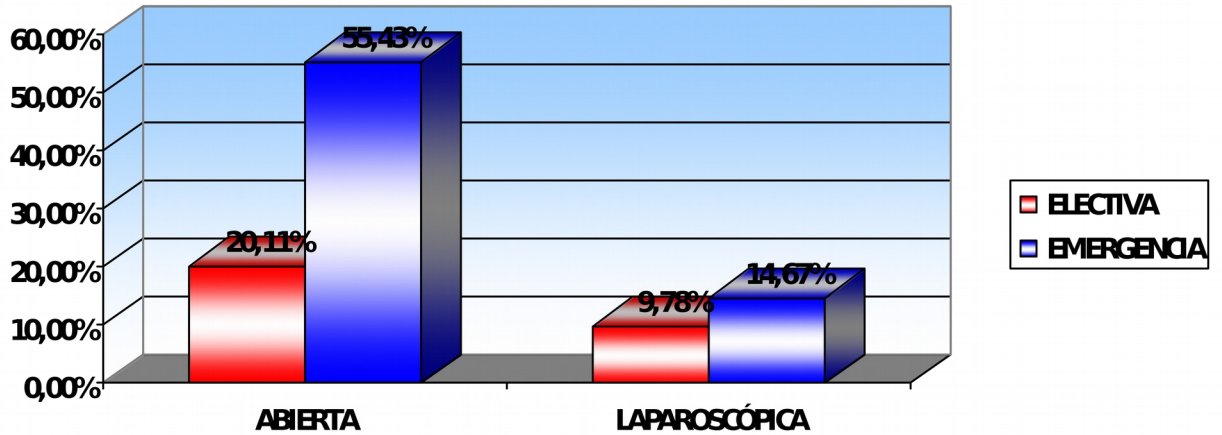
Fuente: Datos propios de la Investigación (Navarro; 2011)

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA TÉCNICA DE
COLECISTECTOMÍA APLICADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA - HUAL
PERÍODO 2009 - 2010

COLECISTECTOMÍA	f	%
Abierta	139	75,54
Laparoscópica	45	24,46
Total	184	100

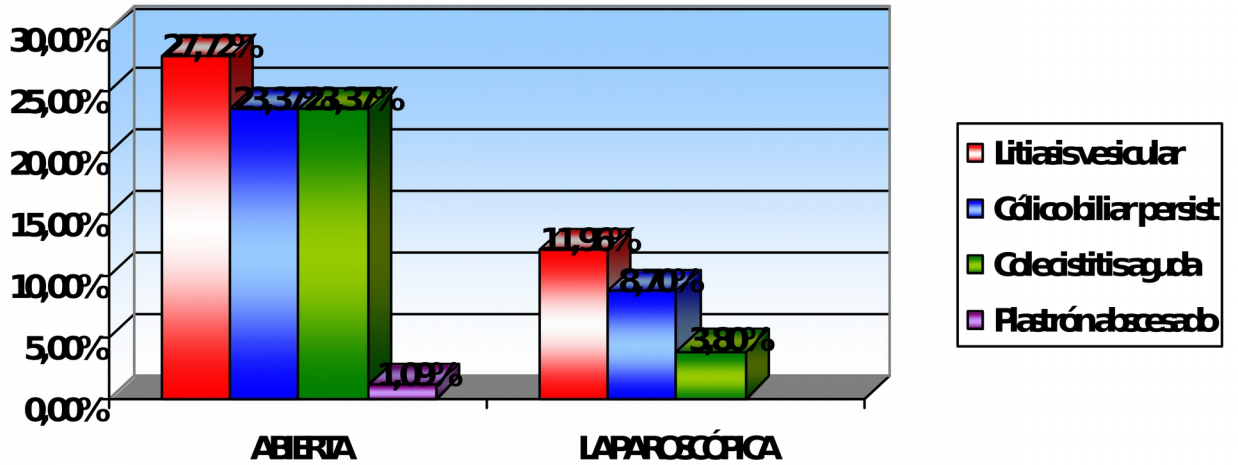
Fuente: Datos propios de la Investigación (Navarro; 2011)

GRÁFICO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES INTERVENIDOS
SEGÚN EL TIPO DE CIRUGÍA Y LA TÉCNICA QUIRÚRGICA APLICADA
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA - HUAL
PERÍODO 2009 - 2010



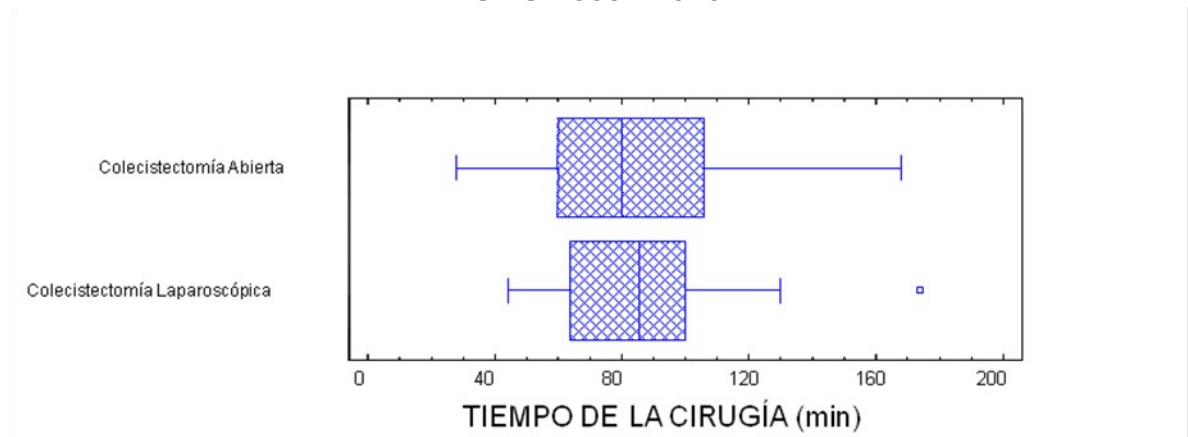
... centro. Este tipo de cirugía se realiza en el Hospital General de Hual,...

GRÁFICA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DE
INGRESO DE LOS PACIENTES
COLECISTECTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA - HUAL
PERÍODO 2009 - 2010



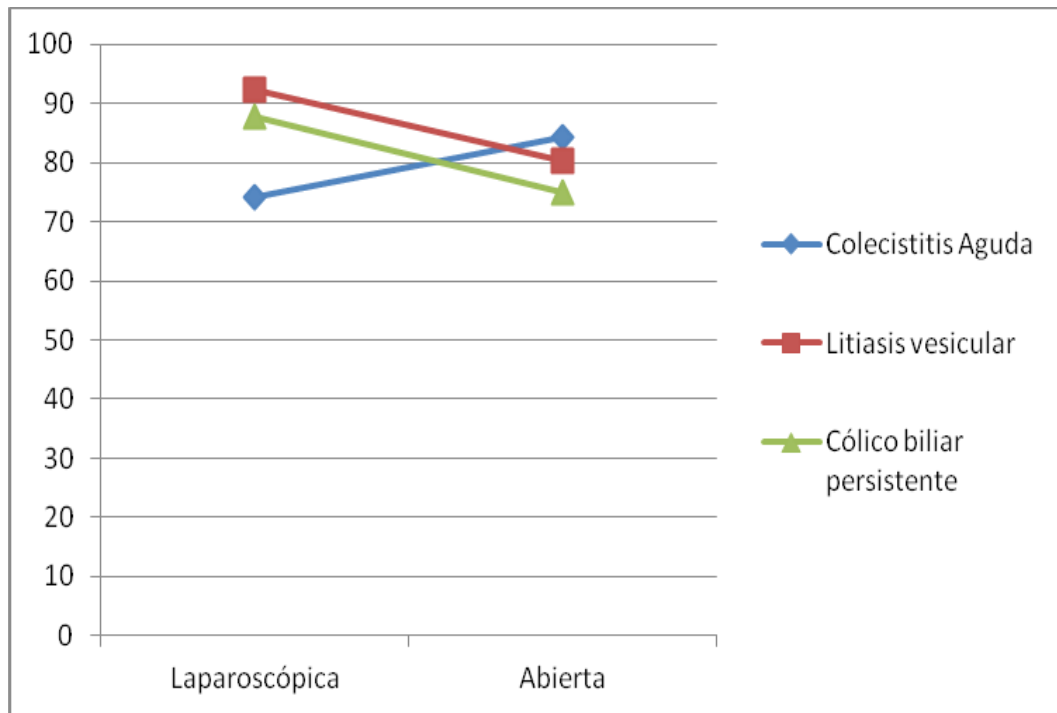
Fuente: Datos propios de la Investigación (Navarro; 2011)

GRAFICO N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INTERVENIDA EN RELACIÓN AL
TIEMPO PROMEDIO DE CIRUGÍA Y EL TIPO DE COLECISTECTOMÍA
APLICADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA - HUAL
PERÍODO 2009 - 2010



Fuente: Datos propios de la Investigación (Navarro; 2011)

GRAFICO N° 4
DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO PROMEDIO DE CIRUGÍA SEGÚN LA
TÉCNICA DE COLECISTECTOMÍA EMPLEADA RELACIONADA CON EL
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA - HUAL
PERÍODO 2009 - 2010



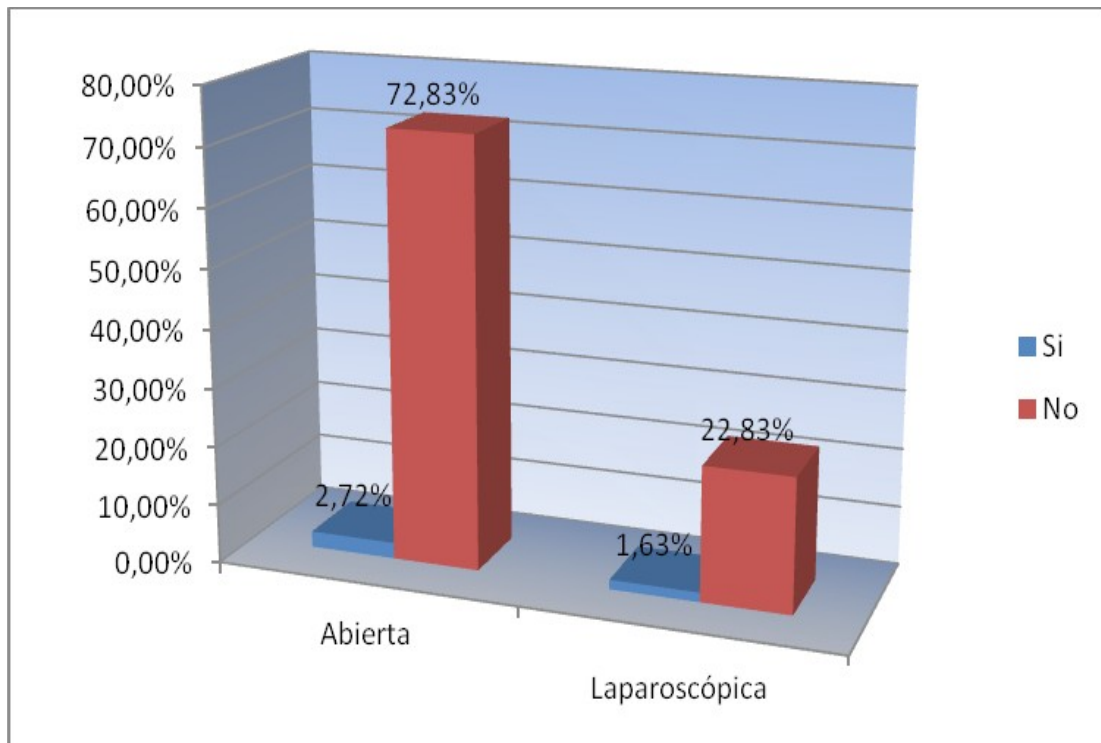
Fuente: Datos propios de la Investigación (Navarro; 2011)

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INTERVENIDA SEGÚN LA
PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN RELACIÓN A EDAD Y SEXO EN
EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HUAL PERÍODO 2009 – 2010

	PRESENCIA DE COMORBILIDADES				TOTAL	
	NO		SI			
EDAD	f	%	F	%	f	%
14 – 28	28	15,22	12	6,52	40	21,74
29 – 43	48	26,09	14	7,61	62	33,70
44 – 58	26	14,13	31	16,85	57	30,98
59 – 73	4	2,17	13	7,07	17	9,24
74 – 88	5	2,72	3	1,63	8	4,35
SEXO	f	%	f	%	f	%
Femenino	93	50,54	55	29,89	148	80,43
Masculino	18	9,78	18	9,78	36	19,57
TOTAL	111	60,33	73	39,67	184	100

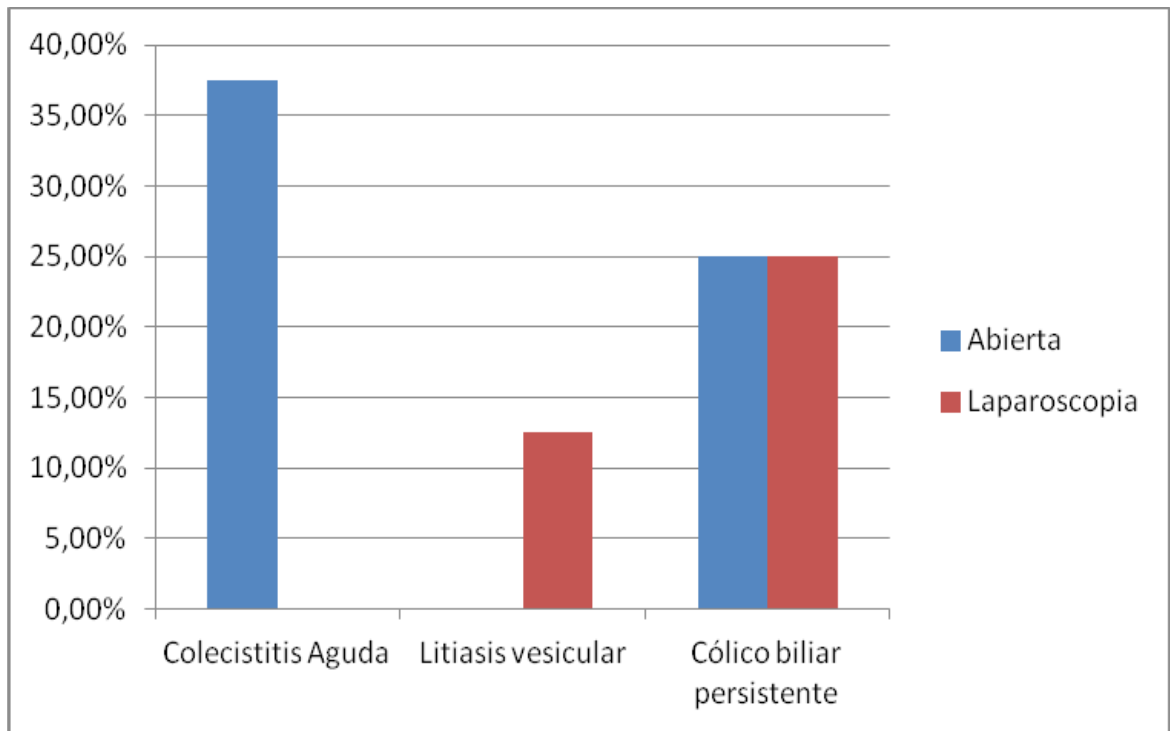
Fuente: Datos propios de la Investigación (Navarro; 2011)

GRAFICO N° 5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INTERVENIDA EN RELACIÓN A LA
PRESENCIA DE COMPLICACIONES SEGÚN LA TÉCNICA APLICADA EN
EL SERVICIO DE CIRUGÍA - HUAL
PERÍODO 2009 - 2010



Fuente: Datos propios de la Investigación (Navarro; 2011)

GRAFICO N° 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN CON PRESENCIA DE
COMPLICACIONES EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO
SEGÚN LA TÉCNICA APLICADA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA – HUAL PERÍODO 2009 - 2010



Fuente: Datos propios de la Investigación (Navarro; 2011)

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA COMPLICACIÓN
PRESENTADA DE ACUERDO A LA TÉCNICA DE COLECISTECTOMÍA
APLICADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA - HUAL. PERÍODO 2009 - 2010

TIPO DE COMPLICACIONES	COLECISTECTOMÍA				TOTAL	
	ABIERTA		LAPAROSCÓPICA			
	f	%	f	%	f	%
Fístula biliar	3	1,63	2	1,09	5	2,72
Lesión de colédoco	1	0,54	1	0,54	2	1,09
Lesión de colédoco + lesión porta + fístula biliar	1	0,54	0	0	1	0,54
No	134	72,83	42	22,83	176	95,65
TOTAL	139	75,54	45	24,46	184	100

Fuente: Datos propios de la Investigación (Navarro; 2011)