

11209

2ej 82



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO
" LA RAZA "**

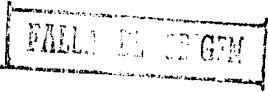
**CIRUGIA DE VESICULA Y VIAS BILIARES EN
EL ANCIANO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A

Dr. Samuel Miguel de Jesús Senties Carvajal

Director de Tesis: DR. FERNANDO PEREZ CATZIN

**Asesores de Tesis: DR. MARCO ANTONIO CASTRO RAMOS
DR. EDUARDO TAVARES VILLA**



MEXICO. D. F.

1985



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.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS :

Es un hecho bien comprobado que el número de ancianos se ha incrementado (2, 3, 11), encontrándose que del año 1900 al año - de 1960, ha existido un aumento de cinco veces de la población - geriátrica (2), y que continuará creciendo logarítmicamente con el transcurso del tiempo (2, 3). Este grupo de edad se ve aquejado de un gran número de problemas, que van desde los de tipo social y psiquiátrico, como el aislamiento, la permanencia en - asilos, trastornos depresivos y demencia (1, 2); hasta trastor-- nos de tipo médico, con patología cardiovascular, hepática, pul-- monar, renal y degenerativa (4, 11, 15, 16, 25); ó bien quirúr-- gico, como apendicitis aguda, obstrucción intestinal, trombosís-- mesentérica y colecistitis litiásica (3, 6, 7, 9, 14). Este úl-- timo, es de los padecimientos quirúrgicos más frecuentemente en-- contrados en los pacientes ancianos (4, 7, 11), existiendo repor-- tes en los que se comprueba que la enfermedad calculosa de la ve-- sícula biliar, aumenta con la edad y llega a presentarse desde el 40% hasta en el 50% de los pacientes de 70 años ó más (3, 5, 6, - 20). Así, la colecistitis litiásica se encuentra entre las diez-- causas más frecuentes de cirugía en el anciano (13), llegándose a reportar en el primer lugar, en algunas estadísticas (4, 7, 12).

A pesar de que la edad no se considera un parámetro para evaluar el riesgo quirúrgico-anestésico (5, 7, 18, 25), es un hecho que los pacientes ancianos tienen una morbi-mortalidad mayor que los pacientes de menor edad (3, 8), y es debido a que el anciano, como grupo, tiene una reserva fisiológica reducida de órganos y sistemas (3, 14) y pueden coexistir en él un gran número de enfermedades (9, 16, 17, 18). Sin embargo, con el avance de la ciencia médica, el riesgo quirúrgico para el anciano en general, ha disminuido (10, 12), y la cirugía y el momento de su realización, es responsabilidad del cirujano (11).

Está comprobado que la evolución de la colecistitis sin -- tratamiento quirúrgico es mala, presentándose complicaciones hasta en el 50% de los casos, y éstas pueden llegar a ser tan graves como pancreatitis, colangitis, colecistitis aguda con gangrena y perforación (5, 19, 20, 21); y en caso de presentarse la cirugía de urgencia necesaria para resolverlas, tiene un mayor índice de morbi-mortalidad (6, 7, 8, 11). Otro factor a considerar, es el riesgo de adquirir cáncer de la vesícula biliar, existiendo esta patología en mayor proporción en ancianos y presentándose más -- frecuentemente en vesículas con cálculos (19, 20), considerándose a la cirugía, como la única oportunidad de curación (19, 20, 24). Por esto, la cirugía electiva está indicada (19, 20), suponiendo una mortalidad disminuida, con menor número de complicaciones, --

teniendo el concepto de no relegar un manejo agresivo en los ancianos (5).

La frecuencia de la colecistitis aguda, también aumenta con la edad (3, 5). El diagnóstico es difícil de establecer, ya que su forma de presentación puede simular un problema médico poco importante, con datos clínicos no concluyentes y hallazgos de laboratorio poco significativo (3, 8, 23), pudiendo en ese momento, estar sucediendo complicaciones tan graves como gangrena y perforación de la vesícula biliar (4, 5, 23). En no pocas ocasiones, al momento del diagnóstico, el paciente anciano se encuentra en malas condiciones clínicas, ya sea por la evolución de su patología vesicular; por las enfermedades asociadas, ó por ambas situaciones, deseando retardar la cirugía, para esperar una buena respuesta al tratamiento médico, e indicar posteriormente una cirugía electiva (22); sin embargo, con esta conducta se han obtenido fallas hasta en el 100% de los casos (8). Por esto, en la actualidad existe la tendencia de optar por un tratamiento quirúrgico no retardado, que puede ser la única oportunidad de sobrevida (3, 4, 5, 7, 8, 10, 12).

El número de pacientes ancianos sometidos a cirugía se ha incrementado, debido a un aumento en la población, mejores métodos de diagnóstico y a un mayor número de cirujanos deseosos de

atender la patología quirúrgica en el paciente geriátrico (12). Es cierto que la decisión no es sencilla, el diagnóstico puede ser difícil de establecer; es posible que coexistan un gran número de factores asociados y este grupo de pacientes requieren más cuidados individuales que el paciente joven, pero al poseer características especiales, es prioritario entenderlas, para -- así, instituir una terapéutica adecuada, y conseguir una mejor evolución de los problemas que los aquejan (3, 7, 8, 12, 14).

OBJETIVO PRIMARIO :

Determinar la morbi-mortalidad de la cirugía de vesícula y vías biliares en el anciano (60 años ó más), tanto en cirugía - electiva, como en cirugía de Urgencia, en nuestro medio.

OBJETIVOS SECUNDARIOS :

- 1.- Comunicar nuestra experiencia y resultados de la cirugía de la vesícula y vías biliares en el anciano.
- 2.- Lograr una estimación, lo más completa posible, del riesgo quirúrgico, en la cirugía electiva, y en la cirugía de Urgencia de la vesícula y vías biliares en el anciano.
- 3.- Reconocer aquellas enfermedades asociadas, que influyeron en la morbi-mortalidad.
- 4.- Establecer un protocolo de acción, basado en los resultados obtenidos y llegar a establecer una terapéutica en el momento oportuno.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un proceso biológico universal y progresivo, que se inicia en las etapas tempranas de la vida, termina con la muerte y se encuentra programado genéticamente para cada especie. Se considera viejo o anciano, a aquel individuo que ha acumulado un conjunto de cambios evolutivos, significativos tanto por su expresión, como por sus consecuencias para producir o modificar la fisiología y la fisiopatología del individuo.

Se sabe que la población de ancianos se ha incrementado. Existen diversos factores que explican este fenómeno, entre los que se encuentran los siguientes: cambios en las técnicas alimenticias, mejores condiciones sociales, mayor atendimento de su problemática por otros grupos de edad, y a los progresos de la Ciencia Médica. Al aumentar los conocimientos médicos, ha existido la necesidad de dividirlos en Especialidades, tanto de órganos específicos, como de grupos de edad, sucediendo así en los pacientes pediátricos. Inicialmente se consideraba a los adultos como un grupo; actualmente se ve la necesidad de clasificar a los ancianos en forma independiente, ya que son poseedores de características propias, como consecuencia del proceso de envejecimiento.

Debido a que el envejecimiento afecta, de una u otra manera, a todos los Aparatos y Sistemas, el anciano tiene en una forma global, una reducción de la reserva fisiológica. Este marco de deterioro se agrava, cuando se considera la mayor frecuencia de patología asociada, en pacientes de este grupo de edad.

= Del 10 al 20% de los individuos de más de 50 años tienen problemas de la glucorregulación. Los diabéticos presentan 17 veces más frecuentemente, enfermedades renales; 5 veces más, gangrenas; y 2 veces más, enfermedades cardiovasculares.

= La arterioesclerosis, reduce la capacidad para aumentar el flujo sanguíneo, en condiciones de hemorragia y anoxia, ocasionando isquemia tisular.

= En los pacientes de edad avanzada, los padecimientos cardíacos son de los trastornos más comúnmente presentados, incrementándose el riesgo de muerte por estas afecciones cuando coexisten otras patologías.

= La Embolia Pulmonar complica la evolución postquirúrgica, con una frecuencia que aumenta con la edad, y aproximadamente el 20% de las muertes en los ancianos es debido a esta causa.

= La pérdida de la voluntad, la caquexia y la artritis, entre otras, impiden una movilización adecuada, y favorecen las complicaciones en el período postoperatorio.

= La frecuencia de desnutrición, aumenta con la edad, su causa es multifactorial e involucra factores sociales (abandono); psiquiátricos (demencia, depresión); y fisiopatológicos (envejecimiento del Aparato Digestivo).

= Con la idea de una muerte cercana, el paciente anciano ingresa a los Hospitales, en un estado de miedo, que en ocasiones puede llegar a ser muy intenso, dificultando esto, su manejo, diagnóstico y terapéutico.

El envejecimiento del Aparato Digestivo, ocasiona una parte muy importante de la patología geriátrica. Entre muchos padecimientos, las enfermedades de la Vesícula y de las vías biliares, ocupan un lugar preponderante. Así, la cirugía, procedimiento necesario para corregir este tipo de patología es frecuentemente realizada en el anciano; a pesar de esto, no se han logrado establecer parámetros de acción totalmente aceptados. En nuestro medio, al no existir reportes, y basar las acciones terapéuticas en resultados obtenidos en otros países, el problema se complica aún más.

Es prioritario conocer las estadísticas en nuestro medio, para saber la frecuencia con que nos enfrentamos a este problema; conocer la patología asociada en ancianos mexicanos, quienes indudablemente tendrán una idiosincrasia y problemática propias; y para que una vez conocidos los factores, se pueda establecer una actitud correcta en el manejo, diagnóstico y terapéutico del enfermo anciano.

MATERIAL Y METODOS

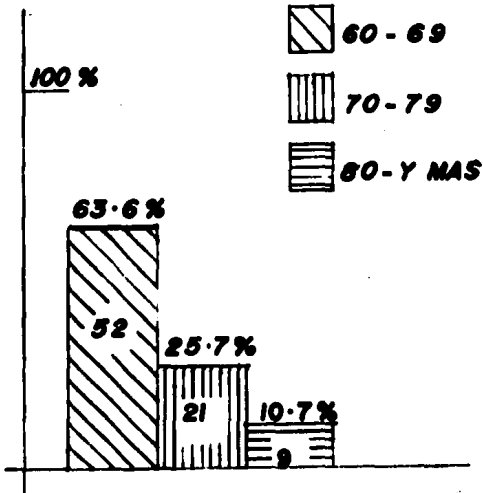
Se estudiaron a los pacientes de 60 años o mayores que fueron sometidos a Cirugía Biliar, en el Hospital General del Centro Médico "La Raza", de Enero a Diciembre de 1984.

Se valoraron los siguientes parámetros: edad, sexo, riesgo quirúrgico, cifras de laboratorio, antecedentes de enfermedad vesicular previa, diagnóstico, cirugía realizada, complicaciones, mortalidad y días de estancia. Se analizaron en forma global, y divididos en dos grupos: I.- Pacientes sometidos a cirugía electiva; y, II.- Enfermos intervenidos en forma urgente.

RESULTADOS :

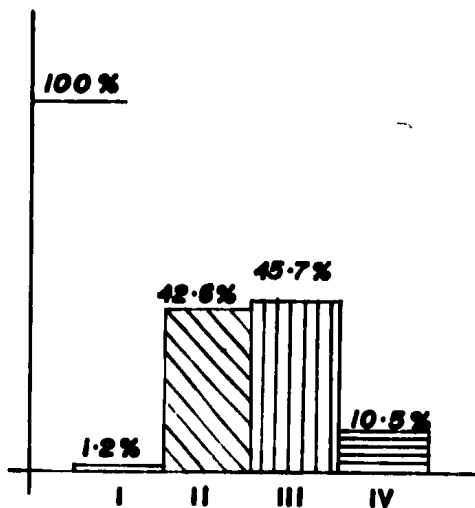
Se estudiaron 82 pacientes, 53 (64.6%) del sexo femenino y 29 (35.4%) del sexo masculino, con una relación de 1.8:1. El promedio de edad fue de 68.3 años; predominaron los ancianos con edades comprendidas entre los 60 y 69 años, con un porcentaje del 63.6% (Gráfica N° 1). El paciente de mayor edad fue de 86 años.

GRAFICA N°1



La evaluación del riesgo quirúrgico, se basó en la clasificación de la ASA (Sociedad Americana de Anestesiólogos), (Tabla N° 1). Predominaron los pacientes con riesgos II y III en el 88.3% (Gráfica N° 2).

GRAFICA N°2



Las alteraciones electrocardiográficas más frecuentes fueron: Crecimiento ventricular (35%), Bloqueo de Rama Derecha del Haz de His (17%) e Isquemia (12.1%). El electrocardiograma fue normal en el 26% de los casos.

- CLASE I:** EL RIESGO DEL PACIENTE NORMAL.
- CLASE II:** PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTEMICA MODERADA.
- CLASE III:** PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTEMICA SEVERA, NO INCAPACITANTE.
- CLASE IV:** PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTEMICA SEVERA, QUE PONE EN PELIGRO SU VIDA.
- CLASE V:** PACIENTE MORIBUNDO QUE NO SE ESPERA QUE SOBREVIVA 24 HORAS CON O SIN CIRUGIA.

(TABLA N°1)

Los factores de riesgo más frecuentemente detectados son los que se muestran en la Tabla N° 2, predominó la Hipertensión Arterial Sistémica, teniéndola un porcentaje importante de los pacientes. Sólo el 10.5% de los ancianos se encontró libre de factores de riesgo.

| FACTOR | NUMERO | % |
|-------------------------|---------------|-------------|
| HTAS | 28 | 34.0 |
| OBESIDAD | 24 | 29.2 |
| D·MELLITUS | 20 | 24.5 |
| EPOC | 16 | 19.5 |
| TABAQUISMO | 15 | 18.2 |
| CARDIOPATIA MITA | 13 | 15.6 |
| VARIOS | 30 | 36.2 |
| NINGUNO | 9 | 10.5 |

TABLA N°2

Se encontró anemia en un pequeño porcentaje de pacientes (4.8%), la mayoría (76.5%) tuvieron cifras normales de Hemoglobina, y el 18.7% presentó poliglobulia.

En los pacientes portadores de padecimiento agudo, se encontró buena respuesta leucocitaria en un porcentaje alto, pero existieron también ancianos con cifras normales o leucopenia. (Tabla N° 3).

| CIFRA | N° | % |
|---------------------|-----------|-------------|
| LEUCOPENIA | 2 | 4.7 |
| NORMAL | 6 | 14.4 |
| 10 A 15 MIL | 19 | 45.3 |
| 15 A 20 MIL | 13 | 30.9 |
| 20 MIL Y MAS | 2 | 4.7 |

TABLA N° 3

Sólo el 26.9% refirieron antecedentes de enfermedad vesicular previa, con un lapso mayor de un año, y en el 41.4% la enfermedad fue de aparición reciente. (Tabla N° 4).

| TIEMPO | N° | % |
|-------------------|-----------|-------------|
| 0 A 30 D. | 34 | 41.4 |
| 30 D A 1 A | 28 | 31.7 |
| MAS 1 A. | 22 | 26.9 |

TABLA N° 4

El número de cirugías practicadas en forma electiva o urgente fue similar, con 41.3% y 51.3% respectivamente.

En la Tabla N° 5 la primera columna de cifras muestra los porcentajes en relación al número total de pacientes, mientras que la segunda, los porcentajes en función de pacientes por sexo. En forma global la cirugía electiva fue mayor para el sexo femenino en forma importante, mientras que la cirugía de urgencia tuvo porcentajes más similares. El análisis en forma individual, muestra una inversión de porcentajes.

| SEXO | TIPO | TOTAL | INDIVIDUAL |
|------------------|-----------------|--------------|-------------------|
| MASCULINO | | | |
| | ELECTIVA | 14.7% | 41.3% |
| | URGENTE | 20.8% | 58.7% |
| | | 35.5% | 100% |
| FEMENINO | | | |
| | ELECTIVA | 34.1% | 52.7% |
| | URGENTE | 30.4% | 47.3% |
| | | 64.5% | 100% |

TABLA N° 5

La indicación más frecuente para la cirugía electiva fue la colecistitis crónica litiasica en el 95%. Se encontró colédocolitiasis asociada en el 25%. Para la cirugía de urgencia el Píocolecisto fue el diagnóstico más frecuente (61.2%), se encontró en los pacientes operados en forma urgente, un porcentaje ligeramente menor de colédocolitiasis (19%). En forma global, la colédocolitiasis se presentó en el 21.5%. Cabe hacer mención que el Cáncer de la vesícula biliar se presentó en el 2.4% de los ancianos estudiados. Otros diagnósticos se pueden observar en la Tabla N° 6.

| CIRUGIA | DIAGNOSTICO | % |
|-----------------|-------------------------|-------------|
| ELECTIVA | | |
| | C. C. L. | 95 |
| | COLEDOCOLITIASIS | 25 |
| | HIPOCOLECISTO | 5 |
| | CA. VESICULA | 2.5 |
| | PANCREATITIS | 2.5 |
| | OTROS | 10.0 |
| URGENTE | | |
| | PIOCOLECISTO | 61.2 |
| | COLEDOCOLITIASIS | 19 |
| | HIPOCOLECISTO | 16.6 |
| | GANGRENA | 14.2 |
| | COLANGITIS | 11.5 |
| | CA. VESICULA | 2.3 |
| | OTROS | 7.1 |

TABLA N° 6

Tanto para la cirugía electiva, como para la de urgencia, el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado, fue la colecistectomía simple, con porcentajes del 60 y 52,5%. Se realizaron más frecuentemente exploraciones de las vías biliares, en la cirugía urgente (40,4%). (Tabla N° 7).

| E - U | PROCEDIMIENTOS | % |
|-----------------|---------------------------|-------------|
| ELECTIVA | COLECISTECTOMIA | 60 |
| | COLECISTEC. E.V.D. | 35 |
| | COLECISTOSTOMIA | 2.5 |
| | AGREGADOS | 17.5 |
| URGENTE | COLECISTECTOMIA | 52.5 |
| | COLECISTEC. E.V.D. | 35 |
| | COLECISTOSTOMIA | 4.7 |
| | AGREGADOS | 7.1 |

TABLA N° 7

El tipo de complicaciones presentadas fue similar para ambos grupos de pacientes, predominando la infección de la herida quirúrgica; sin embargo, es evidente el porcentaje mayor para los sometidos a cirugía de urgencia. En forma global, la infección de la herida quirúrgica se presentó en el 21.5%. Cabe hacer mención que las fistulas, presentes en el 6%, se manejaron médicamente, y solo se requirió reintervención en un caso. Las extrasístoles se presentaron en el transoperatorio, y desaparecieron con adecuado transanestésico. (Tablas 8, 9 y 10).

| COMPLICACION | % |
|--------------------------|-------------|
| INFECCION HERIDA | 10 |
| HIPERTENSION | 7.5 |
| NEUMONIA | 5 |
| FISTULA BILIAR | 2.5 |
| LITIASIS RESIDUAL | 2.5 |
| ALT. METABOLICA | 2.5 |
| OTROS | 15 |
| NINGUNO | 67.5 |

TABLA N°8

| COMPLICACION | % |
|--------------------------|-------------|
| INFECCION HERIDA | 33.8 |
| ALT. METABOLICA | 14.2 |
| FISTULA BILIAR | 9.5 |
| EXTRASISTOLES | 7.1 |
| INSUF. RENAL | 4.7 |
| LITIASIS RESIDUAL | 2.3 |
| ABSCESO RESIDUAL | 2.3 |
| MUERTE SUBITA | 2.3 |
| OTROS | 2.6 |
| NINGUNO | 42.6 |

TABLA N°9

| COMPLICACION | % |
|--------------------------|-------------|
| INFECCION HERIDA | 21.5 |
| ALT. METABOLICA | 8.5 |
| FISTULA BILIAR | 6 |
| EXTRASISTOLES | 4.8 |
| HIPERTENSION | 4.8 |
| LITIASIS RESIDUAL | 2.4 |
| EVENTRACION | 2.4 |
| OTROS | 21.8 |
| NINGUNO | 54.6 |

TABLA N°10

Se realizaron 4 reoperaciones (4.8%), 2 por litiasis residual (1 con fistula asociada), una por absceso residual y otra por eventración. No existió mortalidad en las reoperaciones.

La morbilidad general fue del 45.4%, con una morbilidad mucho mayor en la cirugía urgente (57.1%) en comparación con la cirugía electiva (32.5%).

La mortalidad general fue del 2.4%, ocurrieron 2 muertes (insuficiencia renal y muerte súbita por probable accidente cerebrovascular) en pacientes sometidos a cirugía urgente (4.7%).

Los días de estancia fueron 12.5 días en promedio, siendo ligeramente mayor en la cirugía urgente (14.5 días).

DISCUSION Y RESULTADOS :

El propósito de este estudio es enfatizar la necesidad de establecer un manejo quirúrgico agresivo en los ancianos con enfermedad del tracto biliar. La patología de la vesícula y vías biliares implica un problema de magnitud creciente, debido al aumento de personas de edad avanzada, y al incremento de cálculos biliares en ellos (5).

Es un hecho que los pacientes ancianos tienen una mayor morbi-mortalidad en relación a pacientes de menor edad (8), y es debido a que coexisten un gran número de enfermedades. La presencia de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y poliglobulia como evidencia de enfermedad pulmonar, son claros ejemplos. La elevada frecuencia de factores de riesgo y enfermedades asociadas (sólo el 10.5% estuvo libre de ellos), ocasionan en los ancianos un riesgo quirúrgico-anestésico elevado. En nuestro estudio, cerca de la mitad de los pacientes (45.7%) fueron clasificados como riesgo III.

Contrario a lo expuesto en diversos reportes (3, 8, 23), en nuestro grupo la mayoría de los pacientes estudiados tuvieron una buena respuesta leucocitaria, por lo que consideramos a la fórmula blanca como un parámetro importante para la evaluación de los ancianos con un padecimiento vesicular agudo.

En pacientes más jóvenes predomina la cirugía electiva, encontrando en los ancianos operados una frecuencia similar de cirugías electivas y urgentes; y como explicación, cabe mencionar la presencia de una enfermedad de reciente aparición (41.4% en nuestro estudio) con mayor frecuencia de complicaciones, indecisión del paciente, o postergar una cirugía electiva debido a padecimientos asociados.

A pesar del aumento de frecuencia en el sexo masculino, en el femenino continúa predominando este tipo de patología. Es importante mencionar que el mayor porcentaje de cirugía de urgencia en el hombre, podría deberse a las mismas causas que se mencionaron con anterioridad.

Así como la colecistitis litiásica aumenta con la edad, sucede lo mismo con la colédocolitiasis. Nosotros la encontramos en el 21.5% de los casos, que está en concordancia con diversos reportes de la literatura, en donde se habla de una frecuencia del 15 al 31% (5, 6). La probabilidad elevada de encontrar cálculos en el colédoco, explica la frecuencia de exploración de las vías biliares.

La frecuencia de cáncer de la vesícula biliar, fue similar a la encontrada en diversas series (24).

La infección de la herida quirúrgica es un problema frecuente (3) debido a que existe disminución de la respuesta inmunitaria, la irrigación y aumento en la frecuencia de diabetes mellitus, y el número elevado de cirugías de urgencia realizadas, la mayoría de ellas contaminadas.

Definitivamente la morbilidad es elevada, y lo es más, en los padecimientos quirúrgicos urgentes, como se muestra claramente en este reporte; sin embargo, comparada con las cifras internacionales (5), no existe diferencia en nuestros resultados.

Se considera la muerte como un evento poco común después de cirugía electiva, aún en la edad avanzada. En esta serie se reporta una mortalidad de 4.7% para la cirugía urgente.

Con las bases de los datos presentados, en la cirugía de vesícula y vías biliares en pacientes ancianos, se deben de tomar los siguientes parámetros de acción :

- 1.- Los pacientes ancianos, con enfermedad del tracto biliar, deben ser candidatos para cirugía electiva, con morbimortalidad disminuída, en relación a la cirugía de urgencia.

2.- Los pacientes ancianos con enfermedad aguda, deben ser operados en forma temprana, ya que ellos tolerarán menos las complicaciones graves, como gangrena y perforación.

3.- La colecistectomía deberá ser el procedimiento de elección, dejando a la colecistostomía, para situaciones específicas.

4.- Debido a la frecuencia de colédocolitiasis, debe existir especial cuidado en la técnica quirúrgica, para evitar las litiasis residuales.

5.- El paciente anciano debe ser sometido a cuidados pre y postoperatorios sumamente estrictos, con mayor atención individual que en los jóvenes, para evitar en lo más posible las complicaciones, y obtener así, los mejores resultados.

- 1.- CAMPBELL A.J., Mc. COSH L.M., REINKEN J., ALLAN B.C. :
Dementia in Old Age and the Need for Service.
Age and Ageing 1983, 12: 11-16.
- 2.- GEORGOTAS A. :
Affective Disorders in the Elderly: Diagnostic and Research
Considerations.
Age and Ageing 1983, 12: 1-10.
- 3.- GLENN F. :
Surgical Management of Acute Cholecystitis in Patients 65 Years
of Age and Older.
Ann Surg 1981, 193: 56-59.
- 4.- STEIGER E., SELTZER M., ROSATO F. :
Cholecystectomy in the Aged.
Ann Surg 1971, 174: 142-144.
- 5.- SULLIVAN D., HOOD T., GRIFFEN W. :
Biliary Tract Surgery in the Elderly.
Am Jr. Surg 1982, 143: 218-220.
- 6.- KRARUP T., SØNDERSTRUP J., KRUSE BLINKENBERG H., SCHMIDT A. :
Surgery for Gallstones in Old Aged: Do We Operate Too Late?
Acta Chir Scand 1982, 148: 263-266.
- 7.- MORROW D., THOMPSON J., WILSON S. :
Acute Cholecystitis in the Elderly.
Arch Surg 1978, 113: 1149-1152.
- 8.- ZIFFREN S., HARTFORD CH. :
Comparative Mortality for Various Surgical Operations in Older
Versus Younger Age Groups.
Jr. Am Geriatrics Soc. 1972, 20: 485-489.

- 9.- ISHII T., HOSODA Y., MAEDA K. :
Cause of Death in the Extreme Aged - A Pathologic Survey
of 5106 Elderly Persons 80 Years Old and Over.
Age and Ageing 1980, 9: 81-89
- 10.- LINN B., LINN M., WALLEN N. :
Evaluation of Results of Surgical Procedures in the Elderly.
Ann Surg 1982, 195: 90-96
- 11.- HERRON P., JESSEPH J., HARKINS H. :
Analysis of 600 Major Operations in Patients Over 70 Years
of Age.
Ann Surg 1960, 152: 686-698.
- 12.- REISS R., DEUTSCH A., ELIASHIV A. :
Decision - Making Process in Abdominal Surgery in the
Geriatric Patient.
World J. Surg 1983, 7: 522-526.
- 13.- ANDERSEN B., ØSTBERG J. :
Long - Term Prognosis in Geriatric Surgery: 2-17 Year Follow-
up of 7922 patients.
Jr. Am Geriatrics Soc. 1972, 20: 255-157.
- 14.- GRIFFITHS J. :
Surgical Policy in the Over-Seventies
Geront clin 1972, 14: 282-296.
- 15.- WIREN J., JANZON L. :
Risk factors for Postoperative Respiratory Complications and
their Predictive Value.
Acta chir Scand 1982, 148: 479-484.
- 16.- CHADWICK D. :
Reducing Anesthetic Risks for the Geriatric Surgical Patient.
Geriatrics 1973, 10: 108-112.

ESTA YESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 17.- OWENS W., FELTS J., SPITZNAGEL E. :
ASA Physical Status Classifications: A Study of
Consistency of Ratings.
Anesthesiology 1978, 49: 239-243.
- 18.- DEL GUERCIO L., COHN J. :
Monitoring Operative Risk in the Elderly.
JAMA 1980, 243: 1350-1355.
- 19.- LUND J. :
Surgical Indications in Cholelithiasis: Prophylactic
Cholecystectomy Elucidated on the Basis of Long-Term Follow-
up on 526 Nonoperated Cases.
Ann Surg 1960, 151: 153-162.
- 20.- WENCKERT A., ROBERTSON B. :
The natural Course of Gallstone Disease.
Gastroenterology 1966, 50: 376-381.
- 21.- WILBUR R., BOLT R. :
Incidence of Gall Bladder Disease in "Normal" Men.
Gastroenterology 1959, 36: 251-255.
- 22.- GAGIC N., FREY CH. :
Acute cholecystitis.
Surg Gynecol Obstet 1975, 140: 868-874.
- 23.- HINCHEY E., ELIAS G., HAMPSON L. :
Acute Cholecystitis.
Surg Gynecol Obstet 1965, 120: 475-480.
- 24.- HAMRICK R., LINER J., HASTINGS P., COHN I. :
Primary Carcinoma of the Gall Bladder.
Ann Surg 1982, 195: 270-273.

25.- GLENN F., Mc SHERRY CH. :

Etiological Factors in Fatal Complications Following
Operations Upon the Biliary Tract.
Ann Surg 1963, 157: 695-706.