

115

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PROBLEMAS QUIRÚRGICOS EN EL ANCIANO:
ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE 413 ADMISIONES
CONSECUTIVAS

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
PRESENTA
DRA. SARA GERMANIA RIVERA MARTÍNEZ
ASESOR: DR. DAVID JUÁREZ CORONA

295245

MÉXICO, D.F.



2000



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.



hospital de especialidades

DR. ARTURO ROBLES PÁRAMO
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA"

DR. JESÚS ARENAS OZUNA
SUBJEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA"

DR. JOSÉ FENÍNG RODRÍGUEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO "LA RAZA"

DR. DAVID JUÁREZ CORONA
MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 25

AGRADECIMIENTOS

DR. DAVID JUAREZ CORONA

MEDICO CIRUJANO DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 29 I. M. S. S.

MI MAS SINCERO AGRADECIMIENTO POR TU APOYO INCONDICIONAL Y
COMPARTIR CONMIGO TU VALIOSO TIEMPO PARA REALIZAR ESTA TESIS.

DR. JESUS ARENAS OZUNA

SUBJEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA, I. M. S. S.

GRACIAS POR TU APOYO Y CONDUCCION PARA LA REALIZACION DE ESTA TESIS

DRA. ELADIA ARAUJO CORTEZ

MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 29, I.M.S.S.

POR COMPARTIR CONMIGO TU AMISTAD Y TODOS AQUELLOS MOMENTOS
DURANTE TODO ESTE TIEMPO

DEDICATORIA

A MIS HIJOS, ESPOSO Y PADRES.

POR EL GRAN AMOR QUE ME TIENEN Y EL APOYO
INCONDICIONAL QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO.

INDICE

TITULO	1
MARCO TEORICO	2
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS	5
COMENTARIO	19
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFIA	24

TITULO

PROBLEMAS QUIRÚRGICOS EN EL ANCIANO: ESTUDIO

EPIDEMIOLOGICO DE 413 ADMISIONES CONSECUTIVAS

MARCO TEORICO

LA CIRUGÍA EN EL PACIENTE SENIL SE INCREMENTA CONSTANTEMENTE (1), NO SOLO EN LA CIRUGÍA MENOR, SINO INCLUSO CIRUGÍA DE ALTO GRADO DE DIFICULTAD (1-4), LA HISTORIA DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO SE HA INCREMENTADO CONSTANTEMENTE ENFATIZANDO SU NECESARIA APLICACIÓN A LAS EXPECTATIVAS DE VIDA ACTUAL, CON UN INCREMENTO NOTORIO EN LA LONGEVIDAD DE LA POBLACIÓN (5). USUALMENTE LOS ESTUDIOS COMPARANDO GRUPOS DE PACIENTES JÓVENES Y SENILES MUESTRAN DISTRIBUCIONES DISTINTAS CON INCREMENTO EN LA MORTALIDAD EN RELACIÓN AL AUMENTO DE LA EDAD (5), Y LA GRAN VARIEDAD DE PATOLOGÍAS EN EL PACIENTE ANCIANO, Y LA MAYOR FORMALIDAD DEL CIRUJANO PARA ATENDERLAS HAN PROPORCIONADO UNA GRAN GRAN ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN ESTE GRUPO DE EDAD.

SIN EMBARGO, LA DECISIÓN DE LLEVAR A LA PRACTICA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ES UN PROCESO COMPLICADO Y DIFÍCIL (1,3-8), AUNQUE CADA VEZ MAS SEGURO DEBIDO A LOS GRANDES PROGRESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN EL POSTOPERATORIO Y MANEJO ANESTÉSICO (1).

EL INCREMENTO DE LA EDAD EN LOS PACIENTES ADMITIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 29 DEL I M S S ES BASTANTE COMÚN. EL CALCULO DE LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA CADA UNO DE LOS DIVERSOS PADECIMIENTO, REDITÚA EN UN CONOCIMIENTO QUE RETROALIMENTA LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN EN ESTE GRUPO DE PACIENTE, QUE GENERALMENTE SON CONSIDERADOS COMO UN GRUPO ESPECIALMENTE "DIFÍCIL", DADO QUE SE ACOMPAÑA DE UNA GRAN DIVERSIDAD DE FACTORES QUE MODIFICAN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, RESPUESTA INMUNE Y POR ENDE EL PRONÓSTICO.

EL OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO ES MOSTRAR EPIDEMIOLOGICAMENTE LA FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS PRESENTES EN LAS ADMISIONES DE PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL EN BASE A:

1.- FACTORES ESTADÍSTICOS Y EPIDEMIOLOGICOS QUE INCREMENTAN EL NUMERO DE CANDIDATOS A CIRUGÍA ENTRE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS.

2.- EL NUEVO PODER DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO MEJORAN EL RENDIMIENTO Y LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS QUIRÚRGICOS EN EL ANCIANO.

3.- EL DESCUBRIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE QUE LA POBLACIÓN GERIÁTRICA ES ESPECÍFICAMENTE DISTINTA INCREMENTA LA ATENCIÓN HACIA ESTE GRUPO DE SUJETOS (TOMADO Y MODIFICADO DE 1-3).

M A T E R I A L Y M E T O D O S

SE REALIZO UN ESTUDIO RETROSPECTIVO, OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL DURANTE DOCE MESES

SE ANALIZARON LOS DIAGNÓSTICOS DE INGRESO DE LOS PACIENTES ADMITIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 29 DEL I.M.S.S. DE 60 AÑOS O MAS DE VIDA, A PARTIR DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1996 HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE DE 1997.

SE DETERMINARON EN FORMA GLOBAL EL PORCENTAJE DE PRESENTACIÓN DE CADA PATOLOGÍA PARA CALCULAR LA FRECUENCIA DE ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS EN ESTE GRUPO DE EDAD.

SE OBSERVO LA FRECUENCIA ACORDE AL SEXO EN LOS PACIENTES EN FORMA GLOBAL POR DÉCADAS, CON MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

RESULTADOS

SE INGRESARON AL PRESENTE ESTUDIO 413 PACIENTES DE 60 AÑOS O MAS, 217 PACIENTES SE ENCONTRABAN ENTRE 60 Y 69 AÑOS, QUE CORRESPONDE AL 52.54 %, 148 PACIENTES SE ENCONTRABAN ENTRE 70 Y 79 AÑOS (35.83 %), 39 PACIENTES SE ENCONTRABAN ENTRE 80 Y 89 AÑOS (9.44 %) Y 9 PACIENTES SE ENCONTRABAN EN EL GRUPO DE 90 AÑOS O MAS (2.17 %) TABLA 1. DE ESTOS PACIENTES 242 PERTENECIERON AL SEXO FEMENINO QUE CORRESPONDE AL 58.59 % Y 171 FUERON HOMBRES QUE CORRESPONDE AL 41.40% GRAFICO 1

LA CAUSA MAS FRECUENTE DE ADMISIÓN EN NUESTRO HOSPITAL PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS FUE COLELITIASIS, TANTO DE URGENCIA COMO DE ELECTIVA, SEGUIDA DE APENDICITIS AGUDA, HERNIA INGUINALE, CON O SIN COMPLICACION, EVENTRACIÓN TARDÍA, COMPLICADA O NO COMPLICADA, ENFERMEDAD DIVERTICULAR Y COLEDOCOLITIASIS, EN LA TABLA 3, 4 Y 5 SE ENLISTAN LOS DIAGNÓSTICOS Y LAS FRECUENCIAS DE LOS DIFERENTES PACIENTES QUE INGRESARON AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y SE SOMETIERON A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

DE LOS 217 PACIENTES (52.54%) DE ENTRE 60 Y 69 AÑOS, 120 SE SOMETIERON A CIRUGÍA URGENTE (55.29 %) Y 97 A CIRUGÍA ELECTIVA (44.70 %). LOS DIAGNÓSTICOS DE AMBOS GRUPOS SE ENLISTAN EN LA TABLA 6 Y 7.

LOS PACIENTES ENTRE 70 Y 79 AÑOS FUERON 148 (35.83%) DE LOS CUALES FUERON SOMETIDOS A CIRUGÍA URGENTE 89 (60.13 %) Y 59 A CIRUGÍA ELECTIVA (39.86 %) LOS DIAGNÓSTICOS DE AMBOS GRUPOS SE MUESTRAN EN LA TABLA 8 Y 9.

LOS PACIENTES ENTRE 80 Y 89 AÑOS FUERON 39 QUE CORRESPONDE 9.44 % DEL TOTAL DE LOS CUALES, FUERON SOMETIDOS A CIRUGÍA URGENTE 26 (66.66%) Y A CIRUGÍA ELECTIVA 13 (33.33 %) LOS DIAGNÓSTICOS DE AMBOS GRUPOS SE MUESTRAN EN LA TABLA 10. FINALMENTE LOS PACIENTES DE 90 AÑOS O MAS FUERON 9 (2.17 %) TODOS ELLOS SOMETIDOS A CIRUGÍA URGENTE (100 %) LOS DIAGNÓSTICOS SE DESGLOSAN EN LA TABLA 11.

EN EL GRUPO DE PACIENTES ENTRE 60 Y 69 AÑOS, LA COLELITIASIS OCUPÓ EL PRIMER LUGAR TANTO EN CIRUGÍA URGENTE COMO ELECTIVA SEGUIDO DEL APENDICITIS AGUDA, ENFERMEDAD DIVERTICULAR PARA CIRUGÍA URGENTE Y DE EVENTRACIÓN TARDÍA NO COMPLICADA PARA, CIRUGÍA ELECTIVA EL RESTO DE LOS DATOS SE DESGLOSA EN LA TABLA 3,4 Y 5. EN EL GRUPO DE PACIENTES ENTRE 70 Y 79, AÑOS SE PRESENTÓ UNA FRECUENCIA DE PADECIMIENTOS PARECIDA A LOS DATOS DEL GRUPO ANTERIOR, SIENDO LA COLELITIASIS LA PRIMERA CAUSA DE CIRUGÍA URGENTE COMO ELECTIVA, MIENTRAS QUE LAS INTERVENCIONES ELECTIVAS PARA HERNIAS INGINALES OCUPARON EL SEGUNDO LUGAR Y LA APENDICECTOMÍA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA URGENTE. ENTRE LOS 80 Y 89 AÑOS LA COLELITIASIS OCUPÓ EN FORMA GLOBAL EL PRIMER LUGAR DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA 23.07 % (9 PACIENTES) AL IGUAL QUE PARA CIRUGÍA ELECTIVA (6 PACIENTES), MIENTRAS QUE PARA CIRUGÍA URGENTE EL PRIMER LUGAR LO OCUPÓ LA OCLUSIÓN INTESTINAL POR BRIDAS POST OPERATORIA O ADHERENCIAS, EN 5 PACIENTES, QUEDANDO EN SEGUNDO LUGAR LA COLECISTITIS AGUDA SIN COLEDOCOLITIASIS CON 3 PACIENTES Y LA ENFERMEDAD LITIÁSICA BILIAR CON COLEDOLITIASIS TAMBIÉN 3 PACIENTES (TABLA 10). POR ULTIMO EN LOS PACIENTES MAYORES DE 90 AÑOS LA CIRUGÍA PRACTICADA EN TODOS LOS CASO FUE URGENTE, 2 DE LOS PACIENTES TENÍAN COLEDOCOLITIASIS QUE FUE LA CAUSA DE INDICACIÓN QUIRÚRGICA MAS FRECUENTE. (TABLA 11).

LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON EN ESTE GRUPO DE PACIENTES EN FORMA GLOBAL FUERON 40, QUE CORRESPONDE AL 9.68 %, DE LOS CUALES LA FRECUENCIA MAYOR SE PRESENTO EN EL GRUPO DE ENTRE 70 Y 79 AÑOS (19 PACIENTES), QUE CORRESPONDE AL 4.6 %, SEGUIDO DEL GRUPO DE ENTRE 60 Y 69 AÑOS CON EL 2.9% Y ENTRE 80 Y 89 AÑOS SOLO 8 PACIENTES, CORRESPONDIENDO AL 1.9 % DEL TOTAL DEL GRUPO (N=413). LA TABLA 12 MUESTRA LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES CORRELACIONAS CON LOS 4 GRUPOS ESTUDIADOS Y LOS VALORES PORCENTUALES EN RELACIÓN A CIRUGÍA URGENTE Y ELECTIVA,

EN EL PRIMER GRUPO DE PACIENTES 120 SE SOMETIERON A CIRUGÍA DE URGENCIA QUE CORRESPONDE AL 55.29 % DE LOS 217 PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA Y 97 SE SOMETIERON A CIRUGÍA ELECTIVA QUE CORRESPONDE AL 44.7 % DE ESTOS SE COMPLICARON 12 PACIENTES QUE CORRESPONDE AL 5.52 % GLOBAL, DE LOS CUALES SE COMPLICARON 9 PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA URGENTE QUE CORRESPONDE AL 7.5% (N=120), LO CUAL MUESTRA UNA DIFERENCIA IMPORTANTE, DADO QUE SOLO CORRESPONDE EL 3 % DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ELECTIVA ENTRE EL GRUPO DE 70 Y 79 AÑOS SE COMPLICARON 18 PACIENTES QUE CORRESPONDE AL 12.16 % DE LOS 148 CASOS, DE ELLOS 16 PACIENTES SE COMPLICARON POR CIRUGÍA URGENTE QUE OCUPA EL 17.9 % DE LOS SOMETIDOS A CIRUGÍA URGENTE (N=89) Y SOLO DOS PACIENTES DE LOS QUE SE SOMETIERON A CIRUGÍA ELECTIVA PRESENTARON COMPLICACIONES (3.38% (N=59)). EN EL TERCER GRUPO DE ENTRE 80 Y 89 AÑOS SE PRESENTARON 6 COMPLICACIONES EN 26 PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA URGENTE, QUE CORRESPONDE A UN 23 % MIENTRAS QUE EN LA CIRUGÍA PROGRAMADA SOLO SE PRESENTARON 2 PACIENTES COMPLICADOS DE 13 QUE CORRESPONDE AL 15.38 %. EN EL ULTIMO GRUPO DE PACIENTES MAYORES DE 90 AÑOS SE SOMETIERON A CIRUGÍA URGENTE Y SE PRESENTARON DOS COMPLICACIONES (22.22 %). LA MORBILIDAD GLOBAL PARA EL GRUPO DE 80 A 89 AÑOS, FUE 20.51 % (8 PACIENTES.)

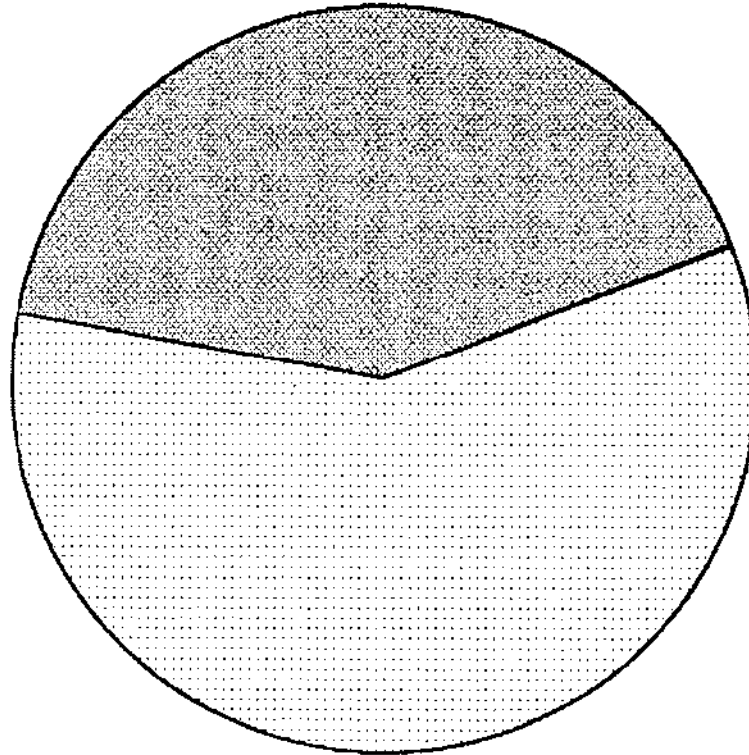
TABLA 1

EDAD	N.O.	F.O.	F.A
60-69	217	52.54	52.54
70-79	148	35.83	88.37
80-89	39	9.44	97.81
900 MAS	9	2.17	99.98

NUMERO DE PACIENTES Y FRECUENCIA POR DECADAS

GRAFICO 1
FRECUENCIA EN RELACION AL SEXO

■ 41.40%



□ HOMBRES

□ MUJERES

■ 58.60%

TABLA 3
DIAGNOSTICOS DE ADMISION GLOBAL (PARTE 1)

DIAGNOSTICO	Nu	Ne	NT	F
COLELITIASIS	57	87	124	30.02
APENDICITIS AGUDA	37		37	6.95
HERNIA INGUINAL NO COMPLICADA		21	21	5.08
EVENTRACION QUIRURGICA NO COMPLICADA		17	17	4.11
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON	14	3	17	4.11
COLEDOCOLITIASIS	16		16	3.87
OCLUSION POR ADHERENCIAS	14		14	3.38
HERNIA INGUINAL COMPLICADA	13		13	3.14
EVENTRACION QUIRURGICA COMPLICADA	12		12	2.9
ULCERA PEPTICA PERFORADA	12		12	2.9
HERNIA UMBILICAL COMPLICADA	11		11	2.66
HERNIA UMBILICAL NO COMPLICADA		11	11	2.66
INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS	10		10	2.42
CANCER DE COLON	2	7	9	2.17
CANCER DE PANCREAS		8	8	1.93
CANCER DE VESICULA BILIAR	3	3	6	1.45
TROMBOSIS MESENTERICA	6		6	1.45
ABSCESO PERIANAL	5		6	1.21

TABLA 4
DIAGNOSTICO DE ADMISION GLOBAL (PARTE 2)

DIAGNOSTICO	Nu	Ne	NT	F
ESOFAGITIS POR REFLUJO G-E		5	5	1.21
VOLVULUS DE SIGMOIDES	4		4	0.96
BOCIO		3	3	0.72
ENTEROSTOMIA		3	3	0.72
TRAUMATISMO ABDOMINAL	3		3	0.72
CANCER GASTRICO		3	3	0.72
OCLUSION INTESTINAL POSTRADIACION	3		3	0.72
OCLUSION INTESTINAL POR HERNIA INTERNA	3		3	0.72
CANCER DE OVARIO	2		2	0.48
DISFAGIA POR ACCIDENTE VASCULAR C.	2		2	0.48
PANCREATITIS	2		2	0.48
PSEUDOQUISTE DE PANCREAS		2	2	0.48
ULCERA PEPTICA HEMORRAGICA	2		2	0.48
HIPERESPLENISMO		2	2	0.48
ENFERMEDAD DE CAROLI		1	1	0.24
COLANGIOCARCINOMA		1	1	0.24
FISTULA PERIANAL		1	1	0.24

TABLA 5
DIAGNOSTICO DE ADMISION GLOBAL (PARTE 3)

DIAGNOSTICO	Nu	Ne	NT	F
CANCER DE ESOFAGO		1	1	0.24
LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL		1	1	0.24
COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA	1		1	0.24
GASTRITIS ATROFICA		1	1	0.24
VARICES ESOFAGICAS HEMORRAGICAS	1		1	0.24
CISTOADENOMA DE OVARIO	1		1	0.24
ESOFAGO DE BARRET		1	1	0.24
HEMORROIDES TROMBOSADAS	1		1	0.24
ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA		1	1	0.24
ABSCESO PERIRRENAL	1		1	0.24
DIVERTICULO DE MECKEL PERFORADO	1		1	0.24
ULCERA ESOFAGICA HEMORRAGICA	1		1	0.24
MIRITZI II	1		1	0.24
FISTULA RECTO - VAGINAL		1	1	0.24
SINDROME DE FOURNIER	1		1	0.24
MEGACOLON IDEOPATICO	1		1	0.24
COLECISTITIS ALTAISIATICA	1		1	0.24
CANCER DE AMPULA DE VATER		1	1	0.24
MIRITZI I	1		1	0.24
CARCINOMATOSIS	1		1	0.24
	246	167	413	100%

TABLA 6
DIAGNOSTICO DE ADMISION DE LOS PACIENTES DE 60 A 69 AÑOS (PARTE 1)

DIAGNOSTICO	Nu	Ne	NT	F
COLELITIASIS	31	37	68	31.33
APENDICITIS	18		18	8.29
EVENTRACION QUIRURGICA NO COMPLICADA		14	14	6.45
COLEDOCOLITIASIS	10		10	4.6
HERNIA UMBILICAL NO COMPLICADA		10	10	4.6
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON	8	1	9	4.14
HERNIA UMBILICAL COMPLICADA	7		7	3.22
HERNIA INGUINAL NO COMPLICADA		7	7	3.22
INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS	6		6	2.76
HERNIA INGUINAL COMPLICADA	5		5	2.3
ULCER PEPTICA PERFORADA	5		5	2.3
EVENTRACION QUIRURGICA COMPLICADA	4		4	1.84
OCLUSION INTESTINAL POR ADHERENCIAS	4		4	1.84
CANCER DE COLON	1	3	4	1.84
ABSCESO PERIANAL	4		4	1.84
ESOFAGITIS POR REFLUJO G-E		4	4	1.84
BOCIO		3	3	1.38
ENTEROSTOMIA		3	3	1.38
TRAUMATISMO ABDOMINAL	2		2	0.92
ESTENOSIS PILORICA BENIGNA		2	2	0.92
TROMBOSIS MESENTERICA	2		2	0.92
CANCER DE VESICULA BILAR	1	1	2	0.92

TABLA 7
DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES DE 60 A 69 AÑOS (PARTE 2)

DIAGNOSTICO	Nu	Ne	NT	F
PANCREATITIS	2		2	0.92
PSEUDOQUISTE D EPANCREAS		2	2	0.92
HIPERESPLENISMO		2	2	0.92
VOLVULUS DE SIGMOIDES	1		1	0.46
CANCER GASTRICO		1	1	0.46
CANCER DE OVARIO	1		1	0.46
ENFERMEDAD DE CAROLI		1	1	0.46
COLANGIOCARCINOMA		1	1	0.46
FISTULA PERIANAL		1	1	0.46
CANCER DE ESOFAGO		1	1	0.46
LIPOSARCOMA DE RETROPERITONEO		1	1	0.46
OCLUSION INTESTINAL POSTRADIACION	1		1	0.46
HEMORROIDES TROMBOSADAS	1		1	0.46
ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA		1	1	0.46
ABSCESO PERIRRENAL	1		1	0.46
SINDROME DE FOURNIER	1		1	0.46
ULCERA PEPTICA HEMORRAGICA	1		1	0.46
OCLUSION INTESTINAL POR HERNIA INTERNA	1		1	0.46
CANCER DE AMPULA DE VATER		1	1	0.46
MIRITZII	1		1	0.46
CARCINOMATOSIS	1		1	0.46
	120	97	217	100%

TABLA 8
DIAGNOSTICO DE ADMISION DE PACIENTES DE 70 A 79 AÑOS (PARTE 1)

DIAGNÓSTICO	Nu	Ne	NT	F
COLELITIASIS	22	24	46	31.08
APENDICITIS	17		17	11.48
HERNIA INGUINAL NO COMPLICADA		13	13	8.78
EVENTRACION QUIRURGICA COMPLICADA	7		7	4.72
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON	6	1	7	4.72
CANCER DE PANCREAS		7	7	4.72
HERNIA INGUINA COMPLICADA	5		5	3.37
OCLUSION INTESTINAL POR ADHERENCIAS	5		5	3.37
ULCER PEPTICA PERFORADA	5		5	3.37
CANCER DE COLON	1	4	5	3.37
CANCER DE VESICULA BILIAR	2	1	3	2.02
EVENTRACION QUIRURGICA NO COMPLICADA		3	3	2.02
HERNIA UMBILICAL COMPLICADA	2		2	1.35
INFECCION EN TEJIDOS BLANDOS	2		2	1.35
CANCER GASTRICO		2	2	1.35
TROMBOSIS MESENTERICA	2		2	1.35

TABLA 9
DIAGNOSTICO DE ADMISION DE LOS PACIENTES DE 70 A 79 AÑOS (PARTE 2)

DIAGNÓSTICO	Nu	Ne	NT	F
OCLUSION INTESTINAL POR HERNIA INTERNA	2		2	1.35
TRAUMATISMO ABDOMINAL	1		1	0.67
VOLVULOS DE SIGMOIDES	1		1	0.67
CANCER D EOVARIO	1		1	0.67
COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA	1		1	0.67
GASTRITIS ATROFICA		1	1	0.67
VARICES ESOFAGICAS HEMORRAGICAS	1		1	0.67
CISTOADENOMA DE OVARIO	1		1	0.67
ESOFAGITIS POR REFLUJO G-E		1	1	0.67
ESOFAGO DE BARRET		1	1	0.67
OCLUSION INTESTINAL POSTRADIACION	1		1	0.67
COLEDOCOLITIASIS	1		1	0.67
ULCERA ESOFAGICA HEMORRAGICA	1		1	0.67
HERNIA UMBILICAR NO COMPLICADA		1	1	0.67
MEGACOLON IDEOPATICO	1		1	0.67
COLESISTITIS ALITIASICA	1		1	0.67
	89	59	148	100%

TABLA 10
DIAGNOSTICO DE ADMISION DE LOS PACIENTES DE 80 A 89 AÑOS

DIAGNOSTICO	Nu	Ne	NT	F
COLELITIASIS	3	6	9	23.07
OCCLUSION INTESTINAL POR ADHERENCIAS	5		5	12.82
COLEDOLITIASIS	3		3	7.69
HERNIA INGUINAL COMPLICADA	2		2	5.12
ULCERA PEPTICA PERFORADA	2		2	5.12
VOLVULOS DE SIGMOIDES	2		2	5.12
DISFAGIA POR ENFERMEDAD VASCULAR C.		2	2	5.12
APENDICITIS	1		1	2.56
EVENTRACION QUIRURGICA COMPLICADA	1		1	2.56
HERNIA UMBILICAL COMPLICADA	1		1	2.56
ABSCESO PERITONEAL	1		1	2.56
ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON		1	1	2.56
INFECCION DE TERCIDOS BLANDOS	1		1	2.56
CANCER DE PANCREAS		1	1	2.56
TROMBOSIS MESENTERICA	1		1	2.56
CANCER DE VESICULA BILIAR		1	1	2.56
OCCLUSION INTESTINAL POSTRADIACION	1		1	2.56
HERNIA INGUINAL NO COMPLICADA		1	1	2.56
DIVERTICULO DE MECKEL PERFORADA	1		1	2.56
MIRITIZI II	1		1	2.56
FISTULA RECTO-VAGINAL		1	1	2.56
	28	13	39	100%

TABLA 11
DIAGNOSTICO DE ADMISION DE LOS PACIENTES DE 90 AÑOS O MAS

DIAGNOSTICO	Nu	Ne	NY	F
COLEDOCOLITIASIS	2		2	22.22
COLELITIASIS	1		1	11.11
APENDICITIS	1		1	11.11
HERNIA INGUINAL COMPLICADA	1		1	11.11
HERNIA UMBILICAL COMPLICADA	1		1	11.11
INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS	1		1	11.11
TROMBOSIS MESENTERICA	1		1	11.11
ULCERA PEPTICA HERMORAGICA	1		1	11.11
	9	0	9	100%

TABLA 12
COMPLICACIONES QUIRURGICAS POR DECADAS DE EDAD EN CIRUGIA DE URGENCIA Y ELECTIVA.

COMPLICACIONES	N=217		N=148		N=39		N=9		SUB		TOTAL
	60-69		70-79		80-89		90 O MAS		TOTAL		
	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	
SEPSIS INTRA ABDOMINAL	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	9
F.O.M.	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	9
INFECCION HERIDA QUIRURGICA	1	0	1	2	0	1	0	1	2	4	0
DEHISCENCIA	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3
NEUMONIA	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	2
HEMATOMA HERIDA QUIRURGICA	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2
FASCITIS NECROTIZANTE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
NECROSIS COLOSTOMIA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
EVISCERACION	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
INFECCION DE VIAS URINARIAS	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
ATELECTASIA	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
DEHISCENCIA ANASTOMOSIS	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
FISTULA ENTERICA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
CHOQUE SEPTICO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
TOTALES	3	9	2	16	2	6	0	2	7	33	40

TABLA 13

13

CAUSA DE MUERTE POR DECADA DE EDAD EN CIRUGIA DE URGENCIA Y ELECTIVA

CAUSAS DE MUERTE	N=217		N=148		N=39		N=9		SUB TOTAL		TOTAL
	60-69		70-79		80-89		90 O MAS				
	E	U	E	U	E	U	E	U	E	U	
SEPSIS Y F. O.M.	0	0	0	4	0	2	0	0	0	6	6
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
FALLA PULMONAR	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
CHOQUE SEPTICO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
FALLA HEPATICA POR COLANGITIS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
TOTALES	0	1	2	5	0	2	0	0	2	8	10

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

COMENTARIOS

EXISTEN MÚLTIPLES DEFINICIONES DE ENVEJECIMIENTO, UNA DE LAS CUALES MENCIONA QUE "EL ENVEJECIMIENTO ES INESCAPABLE Y EMPIEZA EN EL NACIMIENTO". EL ENVEJECIMIENTO ES FISIOLÓGICO, ES INDIVIDUAL Y SE PRODUCE A UNA VELOCIDAD INDEPENDIENTE EN CADA INDIVIDUO (9). LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S) DEFINE AL ANCIANO COMO LA PERSONA QUE TIENE 60 AÑOS DE EDAD O MAS.

EL PROMEDIO DE VIDA EN 1900 ERA DE 45 AÑOS Y EN LA ACTUALIDAD ES APROXIMADAMENTE DE 70 AÑOS , POR LO QUE LAS EXPECTATIVAS DE VIDA HAN AUMENTADO EN EL TRANCURSO DE LOS AÑOS, TENIENDO ASÍ QUE EN LOS E.U.A EN 1900 LA POBLACIÓN SENIL ERA DE 4%, EN 1950 DE 6%, EN 1986 EN 11.6% Y SE CALCULA QUE PARA EL AÑO 2030 SEA MAS DEL 20% DE LA POBLACIÓN GENERAL (10,11) . LOS FACTORES QUE HA CONTRIBUIDO DEL AUMENTO DELA VIDA PROMEDIO SON: DOMINIO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS, PROGRAMAS DE VACUNACIÓN, USO DE ANTIBIÓTICOS, ASISTENCIA CADA VEZ MAS EFICAZ Y CAPACIDAD PARA PROPORCIONAR LOS NUTRIMENTOS ESENCIALES PARA LA VIDA.

LA BIOLOGÍA DE LA SENESCENCIA DEBE SER CONSIDERADA DESDE EL PUNTO DE VISTA FUNCIONAL , QUÍMICO, SOCIAL Y SOCIOLÓGICO PERO LOS CAMBIOS QUE OCURREN A TRAVÉS DE LA VIDA SON A NIVEL MOLECULAR, EN ÓRGANOS Y SISTEMAS (12,16). DENTRO DE LAS TEORÍAS CON FUNDAMENTO DEL ENVEJECIMIENTO CELULAR TENEMOS.

- 1.- TEORÍA DEL DESGASTE O DETERIORO NATURAL
- 2.- TEORÍA BASADA EN EL GÉNOMA.

LA PRIMERA MENCIONA QUE EL ENVEJECIMIENTO CELULAR ES A CONSECUENCIA DE LA EXPOSICIÓN DE INFLUENCIAS EXÓGENAS O SUSTANCIAS ENDOVENOSA FORMADAS O A RADICALES LIBRES O A LA FORMACIÓN DE PROTEÍNAS ANORMALES QUE VAN PARANDO LA VIDA CELULAR EN OCACIONES POR ERROR EN LA TRANSCRIPCIÓN Y TRADUCCIÓN DE ÁCIDOS NUCLEICOS. LA SEGUNDA ESTA BASADA EN LA OBSERVACIÓN DE QUE CUANDO LOS ANCIANOS SON MUY LONGEVOS, LOS HIJOS SERÁN TAMBIÉN, SUGIRIENDO UN CONTROL GENÉTICO PREESTABLECIDO Y AQUÍ LOS ERRORES PUDIERAN ESTAR EN EL D.N.A DIRECTAMENTE O BIEN POR PROGRAMAS DE REPRESIÓN Y DESREPRESION DE LOS PATRONES GENÉTICOS (12).

LA IMPORTANCIA DE ANALIZAR A ESTE GRUPO DE PACIENTES RADICA EN LA NECESIDAD DE REALIZAR ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA. CONSIDERANDO QUE LA ENFERMEDAD AGUDA DEL PACIENTE ANCIANO ES DIFERENTE EN MUCHOS ASPECTOS Y QUE ES FRECUENTEMENTE DIFÍCIL EL DIAGNOSTICO Y DECIDIR LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL MOMENTO OPTIMO (13).

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS PRESENTAN MARCADAS DIFERENCIAS, YA QUE LOS SINTOMAS EN EL PACIENTE ANCIANO SON MAS INSIDIOSOS, INESPECIFICOS Y ATÍPICOS (14,15), ADEMÁS EL 30% DE LOS PACIENTE TIENEN A LA VEZ 2 O MAS PROBLEMAS MÉDICOS QUE PUEDEN MODIFICAR LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO. OTROS FACTORES QUE INCLUYEN EN EL RESULTADO DE LA CIRUGÍA SON: TABAQUISMO, EDAD, TIPO DE OPERACIÓN, TIPO DE INCISIÓN, TIPO DE ANESTESIA, ÓRGANOS INVOLUCRADOS, PADECIMIENTOS PREEXISTENTES, TIEMPO DE INMOVILIZACIÓN, ETC (12,16). LA INMAGENOLOGIA ES IMPORTANTE Y DEBE REALIZARSE A TODO PACIENTE SENIL ANTE LA SOLO SOSPECHA DE CUALQUIER PATOLOGÍA QUIRÚRGICA (17).

EN LA MAYORÍA DE LAS REVISIONES QUE SE REALIZAN EN PACIENTES ANCIANOS SE OBSERVA COMO CAUSA MAS FRECUENTE DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA: COLECISTITIS, ENFERMEDAD MALIGNA, ILEO, HERNIA COMPLICADA Y APENDICITIS (18); ENFERMEDAD DE LA VÍA BILIAR, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA, DIVERTICULITIS Y APENDICITIS (19); COLELITIASIS, ENFERMEDAD MALIGNA, ILEO, DOLOR INESPECIFICO Y OTROS (20); PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL, ENFERMEDAD VESICULAR Y DE VÍAS BILIARES, GINECOLOGÍAS, TIROIDES (21).

LAS INFECCIONES GRAVES EN LOS PACIENTES ANCIANOS SON PRODUCIDAS PRINCIPALMENTE POR ENFERMEDAD DE LA VÍA BILIAR, APENDICITIS, Y ENFERMEDAD COLONICA (20, 22)

LA ASISTENCIA OPTIMA DE LOS ANCIANOS, TAMBIÉN DESDE EL PUNTO QUIRÚRGICOS, EXIGE COMPRENDER MEJOR LAS ALTERACIONES FISIOPATOLÓGICAS DE LA EDAD AVANZADA Y TENER MEJORES CONOCIMIENTOS SOBRE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES, FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RESULTADO DE LA CIRUGÍA Y COMPLICACIONES, DE ESTA FORMA REDUCIR LOS COSTOS Y LOS ÍNDICES DE MORBI MORTALIDAD EN ESTE GRUPO DE EDAD (23,24).

CONCLUSIONES

EL INCREMENTO EN EL NUMERO DE PACIENTES SENILES QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN MEDICA Y QUIRÚRGICA, SE DEBE AL AUMENTO SUSTANCIAL DE LOS AÑOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN MUNDIAL.

EN NUESTRA SERIE SE OBSERVO QUE LOS CINCO DIAGNÓSTICOS MAS FRECUENTES FUERON COLELITIASIS, APENDICITIS AGUDA, HERNIA INGUINAL NO COMPLICADA, EVENTRACIONES QUIRÚRGICAS NO COMPLICADAS Y ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON, SIENDO ESTOS DIAGNÓSTICOS LOS MAS FRECUENTES EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD ANALIZADOS.

LA COLELITIASIS SE INCREMENTA CON LA EDAD POR LO QUE LOS PROBLEMAS DEL TRACTO BILIAR SON LOS MAS COMUNES, TANTO EN CIRUGÍA ELECTIVA COMO URGENTE. LA APENDICITIS AGUDA, SI BIEN, NO ES TAN FRECUENTE EN EL GRUPO SENIL. LA PRESENTACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO HACE QUE LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA SEA TARDÍA Y AUNADO A LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTE HACEN QUE LAS COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN ESTE GRUPO DE PACIENTES SE INCREMENTE.

LA PATOLOGÍA DE LA PARED ABDOMINAL (EVENTRACION POSTOPERATORIA HERNIA INGUINAL Y UMBILICAL) ES FRECUENTE EN ESTE GRUPO DE EDAD, EL PACIENTE SE PRESENTA PRINCIPALMENTE POR DOLOR CON EL ANTECEDENTE DE LA PATOLOGÍA NO TRATADA POR LO QUE AUMENTA EL NUMERO DE HERNIAS COMPLICADAS EN RELACIÓN DIRECTA CON LA EDAD. LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON ES LA PATOLOGÍA DEL COLON MAS FRECUENTE QUE SE TRATA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL SEGUIDO DE CÁNCER DE COLON Y VOLVULOS DE SIGMOIDES, EN NUESTRO ESTUDIO EL 82% DE ESTA PATOLOGÍA SE RESOLVIÓ EN FORMA URGENTE Y SOLO EL 18% EN FORMA ELECTIVA.

ES POR ESTO QUE EL MEJOR CONOCIMIENTO DE LAS PATOLOGÍAS QUE SE PRESENTAN CON MAS FRECUENCIA, PERMITE UNA ASISTENCIA MEDICA Y QUIRÚRGICA QUE REDITÚA EN UNA MEJOR ATENCIÓN Y EN LA REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD, TOMANDO EN CUENTA QUE LA EDAD NO ES UNA CONTRAINDICACIÓN PARA EL ESTABLECIMIENTO DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REQUERIDO

BIBLIOGRAFIA

1. REISS R, DEUTSCH A, NUDELMAN I. SURGICAL PROBLEMS IN OCTOGENARIANS: EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF 1983 CONSECUTIVES ADMISIONS. WORDL J. SURG 1992; 16: 101-7.
2. REISS R, DEUTSCH A, ALIASHTV A. DECISIÓN MAKING PROCESS IN ABDOMINAL SUGERY IN THE GERIATRIC PATIENTS. WORLD J. SURG 1983; 7: 522
3. MUÑOZ E; STEIRMAN H; GOLDSTEIN J. FINANCIAL RISK AND HOSPITAL COST FOR ELDERLY PATIENTS IN RUN-AGE STRATIFIED SURGICAL DRUGS. ANN SURG 1988; 54:335.
4. WILDER R.J, FISHBEN R.H. OPERATIVE EXPERIENCE WITH PATIENTES OVER 80 YEARS OF AGE. SURG GYNECOL OBSTET 1961; 113: 215.
5. GARDNER B, PALASTI S.A. COMPARISON OF HOSPITAL COST AND MORBIDITY BETWEEN OCTOGENARIANS AND OTHER PATIENTS UNDERGOIN GENERAL SURGICAL OPERATIONS. SURG GINECOL OBSTET 1990; 171 299.
6. DJOKOVIC J, HEDLEY-WHYTE J. PREDICTION OF OUTCOME OF SURGERY AND ANESTHESIA IN PATIENTS OVER 80. JAMA 1979; 2: 2301.
7. WARNER M, HOSKING M, LOBDER P. SURGICAL PROCEDURES AMONG THOSE-90 YEARS FOR AGE. ANN SURG 1988; 207:380.
8. MARSCHAL H, FAHEY P. OPERATIVE COMPLICATIONS AND MORTALITY IN PATIENTS OVER 80 YEARS AGE. ARCH SURG 1960; 80: 897.

9. PLEWA M. C. RESPUESTA INMUNOLOGICA ALTERADA E INFECCIONES ESPECIALES EN EL ANCIANO. CLIN MED URG N.A. 1990; 2 : 205.
10. SAMIY AH. MEDICINA GERIATRICA CLINICA. CLIN MED NORTE AM. INTERAMERICANA, MEXICO. 1983; 2: 329-40.
11. YOUNG E.A. NUTRICION, ENVEJECIMIENTO Y ANCIANOS CLIN MED N.A. 1982; 2: 295
12. COTRAN RS., KUMAR V., ROBBINS SL. DISEASES OF AGING. PATHOLOGIC BASIS OF DISEASE 4TH ED. WB SAUNDERS CO. PHILADELPIA 1989; 11: 543-51
13. RORBAEK -MADSEN M., DUPONT G., KRISTENSE K., HOLMT, ET. COL. GENERAL SURGERY IN PATIENTS AGED 80 YEARS AND OLDER. BR. J. SURG. 1992; 79: 1216
14. SAMIY A. H. MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ENFERMEDAD EN ANCIANOS. CLIN MED N.A. 1983; 2: 421.
15. ALTMAN D.F. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN ANCIANOS. CLIN MED N.A. 1983; 2-3: 421.
16. PERES ED. PRESSURE ULCERS. UPDATED GUIDELINES FOR TREATMENT AND PREVENTION. GERIATRICS 1993; 48: 39-41 Y 43-44.
17. LOBERANT N., ROSE C.H. CARACTERISTICAS DE LAS IMAGENES DE DIAGNOSTICO EN EL PACIENTE GERIATRICO QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS. CLIN MED URG. N.A. 1990; 2: 409.

18. FENYO G. ACUTE ABDOMINAL DISEASE IN THE ELDERLY. AM J. SURG 1982; 143: 751
19. BENDER J. S. CUADRO ABDOMINAL AGUDO. CLIN MED N.A 1989; 6: 1549
20. BALSANO N. CAYTEN C.G. URGENCIAS ABDOMINALES QUIRURGICAS. CLIN MED URG N.A. 1990; 2: 451.
21. GARZA-FLORES J.H. BASURTO K. E., VAZQUEZ O. R. CIRUGIA EN ANCIANOS. CIRUJANO GENERAL 1997; 19: 1 32-36
22. WAKEFIELD K.M., HENDERSON S.T. STREIT J.G. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN EL ANCIANO. CLIN PRAC MED 1989; 2: 515
23. STEWART JT. DIAGNOSING AND TREATING DEPRESSION IN THE HOSPITALIZED ELDERLY. GERIATRICS 1991; 46: 64-72
24. NICKEL JC. PIDUTTI R.A. RATIONAL APROACH TO URINARY TRACT INFECTIONS IN OLDER PATIENTS. GERIATRICS 1992; 47: 49-55
25. HIRSCH CH. WHEN YOU PATIENTS NEEDS SUGERY: HOW PLANNING CAN AVOLD COMPLICATIONS. GERIATRICS 1995 FEB; 50 (2): 39-44
26. HIRSCH CH. WHEN YOU PATIENTS NEEDS SUGERY: WEIGHING RISKS VERSUS BENEFITS GERIATRICS. 1995 JAN, 50 (1) 26-31.
27. BUTLER-RN WE. MUST HAVE A SURGEON GENERAL. THE SPECIAL HEALTH NEEDS OF THE AMERICAN PUBLIC REQUIRE AN INDEPENDENT CHAMPION. GERIATRICS. 1996 JUN; 51 (6): 9-10

28. NANO M. NEW FRONTIERS IN GERIATRIC SURGERY. MINERVA CHIR. 1996 SEP; 50 (9 SUPPL): 138-9

29. BUFALARI A, FERRI-M, LOLL-G., FABBRI-C., BISACCI-R. GENERAL SURGERY IN THE OCTOGENARIAN PATIENT. ONE YEAR'S CLINICAL EXPERIENCE. MINERVA CHIR. 1996 JUN; 51 (6): 383-8.