

"MORTALIDAD OPERATORIA EN 605 CASOS DE MUJERES
SOMETIDAS A CIRUGIA DE LAS VIAS BILIARES EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT. ESTUDIO DE TRES AÑOS"

LAURO ANTONIO RIVERA LUTHER

Guatemala, Junio de 1977

PLAN DE TESIS

I. PRESENTACION

II. INTRODUCCION

III. OBJETIVOS

IV. MATERIAL Y METODOS

V. PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

VI. ANALISIS DEL CASO CLINICO DE FALLECI-
MIENTO.

VII. DISCUSION

VIII. GRAFICAS

IX. CONCLUSIONES

X. RECOMENDACIONES

XI. BIBLIOGRAFIA

XII. RECONOCIMIENTOS.

II. INTRODUCCION

Aún en la actualidad existe en muchos la creencia de que la Cirugía es una Ciencia que utiliza métodos "torturadores", con el fin de tratar enfermedades; métodos con cuya aplicación puede perderse la vida del paciente o dejar, como consecuencia, lesiones incapacitantes que talvés aceleren la llegada de su muerte; y esto es equivocado, puesto que el pronóstico general de los pacientes sometidos a cirugía, actualmente, suele ser halagador.

Particularmente, la cirugía de las vías biliares, requiere de las mejores aptitudes del cirujano, tanto por las dificultades técnicas que ofrece, como por las variaciones anatómicas de esta región, lo cual exige cuidados especiales durante el acto quirúrgico; también es de la mayor importancia, tener una indicación precisa y procurar una preparación preoperatoria adecuada, ya que de lo contrario, se elevaría considerablemente la mortalidad (1).

En nuestro estudio, se pudo observar que, a pesar de que muchas pacientes llegaron en malas condiciones generales, fueron intervenidas de urgencia, obteniéndose buenos resultados en la mayoría de los casos.

III. OBJETIVOS

- 1.- Demostrar que a pesar de ser considerada técnicamente difícil, la cirugía, en las enfermedades de las vías biliares, la mortalidad es baja.
- 2.- Estimar la efectividad observada en este estudio de cirugía de las vías biliares, la cual siempre se ha considerado como difícil en su manejo.
- 3.- Demostrar que el pronóstico es bueno cuando se hace diagnóstico y tratamiento tempranos.

IV. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

- 1.- Libros de Sala de Operaciones de Adultos del Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt.
- 2.- Papeletas Clínicas de las pacientes operadas por enfermedad de las vías biliares.
- 3.- Comunicación personal con los Doctores Carlos Galdo Flores y Susarte Hernández.

METODOS:

Se procedió a revisar los Libros de Sala de Operaciones de Adultos, para obtener datos y localizar los números de Registro Médico de las pacientes que fueron sometidas a cirugía de las vías biliares, durante el período comprendido del 1 de Enero de 1972 al 31 de Diciembre de 1974.

V. PRESENTACION ANALISIS DE LOS DATOS.

La población estudiada consistió en 605 casos de mujeres que fueron sometidas a cirugía de las vías biliares en el Hospital Roosevelt durante los años de 1972, 1973 y 1974, por presentar diagnóstico compatible con enfermedad de las vías biliares, o bien, que fueron llevadas a sala de operaciones con otro diagnóstico pero que como hallazgo operatorio, presentaron enfermedad de las vías biliares. La distribución de los casos en cada uno de los años fue en orden decreciente, la explicación de esto, obedeció a causas de origen económico del Hospital según lo hacen ver los Drs. Gallardo y Hernández (9). En el año de 1972 se operaron a 220 mujeres por problemas de las vías biliares, en 1973 a 218 mujeres y en 1974 el número de operadas fue de 167 mujeres. (Ver gráfica No. 1). Una parte de las pacientes recibió tratamiento de urgencia, mientras que la mayoría de pacientes fueron tratadas en forma electiva; debemos recordar que mientras más urgente es el tratamiento, la preparación pre-operatoria es menos cuidadosa. Como rutina pre-operatoria en el Hospital Roosevelt, a todo paciente que va a someterse a alguna intervención quirúrgica se le exigen ciertas condiciones, entre las que pueden mencionarse: Buen estado general y nutricional, valor de Hemoglobina de 10 g./100 ml., Hematocrito de 30%, una radiografía del tórax que demuestre ausencia de enfermedad pulmonar, un Electrocardiograma Normal (si las pacientes son mayores de 45 años) y estudios de la coagulación sanguínea. Todo lo anterior no se lleva a cabo en forma completa cuando se trata de una urgencia quirúrgica y se hace una preparación mínima, lo cual podría estar a favor del apareamiento de complicaciones operatorias y post-operatorias, sin embargo en este estudio este aspecto parece no haber tenido mucha importancia, en general.

En las enfermedades de las vías biliares la inflamación

de la vesícula tiene un papel prioritario; se dice que la colecistitis es la segunda causa de dolor abdominal y de intervención quirúrgica del abdomen después de la apendicitis, lo que demuestra la importancia que tiene ésta en la práctica clínica (10). Frecuentemente acompañando a la inflamación hay cálculos de la vesícula y el tratamiento de elección es la Colectomía (8). Esta situación es común en nuestro medio (Ver gráfica No. 3). El Dr. Schwank Vassaux en su trabajo de Tesis presenta un estudio de 100 pacientes, en el que encontró que el hecho de efectuar la Coledocostomía aumenta la mortalidad en la cirugía de las vías biliares, (2). En nuestro estudio no encontramos datos que se relacionen con esta situación, el porcentaje de Coledocostomías, sola o asociada con otras técnicas aunque no fue muy bajo no dió detalles en este sentido. Cabe aclarar que en varias de las pacientes se efectuó apendicectomía que fue en la mayoría de los casos como profiláctica. La colecistectomía, sola o asociada con otras técnicas quirúrgicas fue la operación más frecuente; ella es considerada como un método de reconocida seguridad para el paciente con mortalidad baja (4), en este sentido, el Dr. Oscar Flores Carravantes apoya el método de efectuar tratamiento quirúrgico temprano y afirma que da mejores resultados en nuestro medio.

El Dr. Susarte Hernández menciona que en el Hospital-Roosevelt, se sigue la Escuela de efectuar tratamiento temprano - en los casos agudos, es decir, entre las 24 a 72 horas de iniciado el proceso, a diferencia de lo que se hace en otros lugares en donde siguen la escuela de esperar a que desaparezcan los síntomas, o bien, esperar de 2 a 4 semanas para la intervención quirúrgica.

A menudo, la mortalidad en la Cirugía de las Vías Biliares, es muy bajo según lo indican varios autores; en este estudio la mortalidad operatoria fue muy baja (0.165%), y según se puede ver, el caso de la paciente fallecida a quien corresponde el anterior porcentaje fue de una paciente que llegó en muy malas condiciones generales, lo cual contribuyó notablemente en su

olución; si se quiere pensar así, se podría decir que de no haber sido por tales condiciones, la mortalidad operatoria habría - do Cero.

Los parámetros investigados, fueron los siguientes:

1. Registro Médico
2. Edad de las pacientes
3. Fecha de ingreso
4. Fecha de operación
5. Fecha de egreso
6. Tratamiento: de urgencia o electivo
7. Diagnóstico pre-operatorio
8. Preparación pre-operatoria
9. Operación efectuada
10. Complicaciones operatorias
11. Hallazgos operatorios
12. Diagnóstico post-operatorio

REGISTRO MEDICO:

Este dato fue utilizado para localizar las papeletas clínicas de las pacientes fallecidas. (1 caso)

EDAD: La mayor frecuencia de edades de las pacientes, se encontró en la tercera y cuarta décadas de la vida (9), la - paciente fallecida era de 19 años.

4. y 5. Las fechas de ingreso, de operación y egreso, solo - fueron tomadas en cuenta en el caso de fallecimiento.

TRATAMIENTO: DE URGENCIA O ELECTIVO:

De las operaciones efectuadas en vías biliares en 1972, 41

(6.78%), fueron de urgencia y 179 (29.59%), electivas; en 1973, 59 fueron de urgencia (9.75%) y 159 (26.28%), electivas; y en 1974, 47 fueron urgencias (7.77%) y 120 fueron electivas (19.83%). En total durante el período estudiado hubo 147 operaciones de urgencia (24.30%) y 458 (75.70%) electivas. (Ver gráficas - No. 2 y 4).

7. DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO:

El diagnóstico más frecuente durante cada uno de los años - revisados, fue de Colecistitis crónica con cálculos. En 1972, se presentaron 93 casos; en 1973, 115 casos y en 1974, 71 casos; lo que corresponde a los porcentajes respectivos siguientes: 15.87%, 19.00% y 11.73%; es decir, un total de 46.11%, lo que corresponde a 279 casos. Le siguió en frecuencia el diagnóstico de colecistitis aguda, del cual se presentaron, en 1972, 52 casos (8.59%), en 1973, 62 casos (10.24%) y en 1974, 40 casos (6.61%). El siguiente diagnóstico más frecuente en orden descendente, fue colelitiasis, con 25 casos en 1972 (4.13%), 12 casos en 1973, (1.98%) y en 1974 también 12 casos (1.98%).

Hubo algunos diagnósticos cuyos porcentajes no se incluyen, por considerarse no significativos individualmente; por ejemplo: herida por bala, fístula colecisto-entérica, litiasis residual, dilatación del colédoco, hernias, etc.

NOTA: Colelitiasis es lo mismo que colecistitis calculosa -- (aguda o crónica), pero los datos anotados, lo fueron de conformidad con los diagnósticos tomados de las papeletas clínicas respectivas.

8. PREPARACION PRE-OPERATORIA:

Este es uno de los aspectos más importantes que tiene una influencia decisiva en el pronóstico de las pacientes. La Tesis del Dr. Oscar Caravantes Flores, presenta...

que, mientras más temprano sea efectuado el tratamiento, las posibilidades de supervivencia serán mejores (5).

Por otra parte, las condiciones generales en que consultan las pacientes, así como una buena preparación pre-operatoria, contribuyen para obtener buenos resultados en el tratamiento (3).

En nuestro estudio se encontró que un 75.70% (458) casos, fueron operaciones electivas, es decir, que tuvieron una preparación pre-operatoria adecuada, mientras que el 24.30% (147 casos), se trató de operaciones de urgencia, en las cuales hubo una escasa preparación por la emergencia de cada caso. En cuanto a la distribución por años, se presentaron 41 urgencias en 1972 (6.78%), 59 (9.55%) en 1973 y 47 (7.77%) en 1974. Las operaciones electivas fueron: 179 (29.59%) en 1972; 159 (26.28%) en 1973 y 120 (19.83%) en 1974. Cabe consignar que en todas las operaciones, se usó anestesia general.

9. OPERACION EFECTUADA:

Como en su mayoría, la patología encontrada fue colecistitis crónica con cálculos, la operación más frecuente fue la colecistectomía (36.03%) (8), para la cual en gran mayoría, se siguió la técnica de disección de fondo a cístico. La colecistectomía asociada con otras técnicas quirúrgicas, correspondió a un 58.18%.

A continuación se citan las operaciones que se efectuaron, su frecuencia y su porcentaje, con relación al total de operaciones investigadas:

Colecistectomía	218	36.03%
Colecistectomía-Apendicectomía	146	24.13%
Colecistectomía-Coledocostomía	82	13.55%
Colecistectomía-Coledocostomía-Apendicectomía	44	7.27%
Exploración de Vías Biliares	31	5.13%
Coledocostomía	21	3.47%
Colecistectomía-Hernioplastia - Apendicectomía	9	1.49%
Colecistostomía	7	1.16%
Otras (Intervenciones de vías biliares que se efectúan más raramente y cuyos porcentajes son sumamente bajos al calcularlas individualmente)	47	7.77%
T O T A L E S	605	100.00%

En varias de las intervenciones se efectuaron biopsias, como en casos de exploraciones, coledocostomías, etc., en número de 26 de vías biliares, 18 hepáticas, 2 de ganglio, 1 gástrica, 1 de íleon y 1 de epiplón, totalizando 49, con un porcentaje de -- 8.09%.

10. COMPLICACIONES OPERATORIAS:

Las complicaciones sucedidas durante el acto quirúrgico, fueron:

Paro cardíaco reversible (la causa directa predisponente, no fue descrita en las papeletas)	3
Sección del conducto hepático	1
Sección del colédoco	1
Rotura de la vesícula biliar y derrame al peritoneo	1

VIENEN: 6

Ligaduras de arteria hepática y ve-	
na porta, sección del colédoco	1
Muerte en Sala de Operaciones	1
T O T A L E S	<u>8 1.3%</u>

Este porcentaje es tan reducido, tomando en cuenta el número de casos estudiados, que puede considerarse como muy poco significativo.

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Por la índole del trabajo, se refieren los hallazgos del estudio de fallecimiento encontrados durante el estudio, así:

Neuritis aguda, piosalpinx derecho
Material purulento en cavidad perito-
1

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO:

El diagnóstico post-operatorio da cifras muy parecidas al diagnóstico pre-operatorio. A continuación se consignan los datos de los diez principales diagnósticos; el resto, como se indicó en lo referente al diagnóstico pre-operatorio, se toma en conjunto, ya que individualmente, da un porcentaje muy reducido.

Colecistitis crónica calculosa	264	43,64%
Colecistitis aguda	150	24.80%
Colelitiasis	53	8.76%
Cáncer de las vías biliares	23	3.80%
Colédocolitiasis	19	3.14%
Hidrocolecisto	13	2.15%
Colecistitis crónica y hernia	12	1.98%
Ictericia obstructiva	10	1.65%
Litiasis residual	6	0.99%
Otros	55	9.09%
T O T A L E S	605	100.00%

CONDICION AGUDA O CRONICA DE LA ENFERMEDAD:

Durante el año 1972, se presentaron 52 pacientes (8.60%) enfermedad aguda y 168 (27.76%) con enfermedad crónica; 220 casos (36.36%).

En 1973, las pacientes con enfermedad aguda fueron 64 - (10.60%) y con enfermedad crónica, 154 pacientes (25.45%) siendo un total de 218 casos (36.04%).

En 1974, fueron 33 con enfermedad aguda (5.45%) y 134 enfermedad crónica, totalizando 167 casos (27.60%).

Lo anterior indica que durante los tres años, se presentaron 149 casos (24.62%) de enfermedad aguda y 456 (75.37%) de enfermedad crónica, los cuales hacen la suma de 605 casos. Es importante señalar que una gran mayoría de las pacientes que presentaron con enfermedad aguda, fueron operadas como urgencias, lo cual determinó que la preparación pre-operatoria, se llevara a cabo en un tiempo más corto.

ERRORES DE DIAGNOSTICO:

La comparación entre el diagnóstico pre-operatorio y el post-operatorio, mostró una frecuencia de errores de diagnóstico bastante baja, según se observa en el cuadro siguiente:

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO:

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO:

Colecistitis aguda	Cáncer de la vesícula biliar
Colecistitis aguda	Pancreatitis hemorrágica
Colédocolitiasis	Hepatitis y Pancreatitis
Colédocolitiasis	Ictericia hepatocelular
Cáncer de las vías biliares	Hidrocolecisto, coledolitiasis, compresión extrínseca del colédoco.
Absceso hepático	Hidrocolecisto y plastrón vesicular
Apendicitis aguda (tres casos)	Colecistitis aguda.

CATEGORIA DE LA ATENCION:

Es de opinión general que la cirugía de las vías biliares, es considerada como difícil, por este motivo, la mayoría de pacientes son operadas en el Hospital Roosevelt por Residentes de Tercer año, Jefe de Residentes o por Cirujanos Jefes de Servicio.

Según nuestro estudio, de las 605 pacientes operadas durante los tres años, 220 (36.36%), fueron operadas en 1972, de ellas, 94, es decir el 15.54%, lo fueron por Médicos Jefes de Servicio y 126 que hace un 20.82%, por Médicos Residentes. En 1973, fueron operadas 218 (36.03%), 100 (16.53%)

ERRORES DE DIAGNOSTICO:

La comparación entre el diagnóstico pre-operatorio y el post-operatorio, mostró una frecuencia de errores de diagnóstico bastante baja, según se observa en el cuadro siguiente:

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO:

Colecistitis aguda
Colecistitis aguda
Colédocolitiasis
Colédocolitiasis
Cáncer de las vías biliares
Absceso hepático
Apendicitis aguda (tres casos)

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO:

Cáncer de la vesícula biliar
Pancreatitis hemorrágica
Hepatitis y Pancreatitis
Ictericia hepatocelular
Hidrocolecisto, coledolitiasis, compresión extrínseca del colédoco.
Hidrocolecisto y plastrón vesicular
Colecistitis aguda.

CATEGORIA DE LA ATENCION:

Es de opinión general que la cirugía de las vías biliares, es considerada como difícil, por este motivo, la mayoría de pacientes son operadas en el Hospital Roosevelt por Residentes de Tercer año, Jefe de Residentes o por Cirujanos Jefes de Servicio.

Según nuestro estudio, de las 605 pacientes operadas durante los tres años, 220 (36.36%), fueron operadas en 1972, de ellas, 94, es decir el 15.54%, lo fueron por Médicos Jefes de Servicio y 126 que hace un 20.82%, por Médicos Residentes. En 1973, fueron operadas 218 (36.03%), 100 (16.53%) por Jefes de Servicio y 118 (19.50%), por Médicos Residentes; y en 1974, de 167 pacientes (27.60%), 50:

por Jefes de Servicio (9.75%) y por Médicos Residentes, 108 (17.85%). Globalmente, durante los tres años estudiados, 253 (41.82%) fueron intervenidas por Médicos Jefes de Servicio y 253 (41.82%) fueron intervenidas por Médicos Jefes de Servicio y 352 (58.18%) por Médicos Residentes.

VI. ANALISIS DEL CASO CLINICO DE FALLECIMIENTO.

El porcentaje de pacientes fallecidas durante el acto operatorio, fue de 0.165% (1 caso) y el de las pacientes fallecidas en el post-operatorio, fue de 2.64% (16 casos). En general, la mortalidad fue de 2.80% (17 casos), en los 605 casos estudiados de los tres años del estudio.

CASO No. 1:

R. M. No. 436,857.

Datos Generales: Paciente de sexo femenino, de 19 años de edad, soltera, católica, de oficios domésticos, originaria de Pueblo Nuevo Viñas (Depto. de Santa Rosa) y con domicilio en la ciudad capital.

Ingreso: 29 de Enero de 1973.

Egreso: 1o. de Febrero de 1973.

Condiciones de ingreso: Pésimas condiciones generales.

Motivo de consulta: Paciente transferida del Depto. de Obstetricia del Hospital Roosevelt.

Historia: Parto eutócico simple (1o. de Enero, 1973), egresó dos días después, en buenas condiciones aparentes, Consultó nuevamente al Servicio de Maternidad el 21 de Enero, 1973, por pre-

flujo vaginal fétido; al examen físico, encontraron los hallazgos siguientes: Paciente consciente, en malas condiciones generales, fiebre de 40°C, P/A: 110/90, frecuencia cardíaca: - 168 x minuto, abdomen globoso, doloroso a la palpación superficial, ruidos intestinales disminuidos en intensidad y frecuencia. Se ingresó con impresión clínica de: 1) Puerperio tardío-complicado; 2) Pelviperitonitis. La paciente fue examinada por el Depto. de Medicina a solicitud del Depto. de Obstetricia, el cual recomendó antibióticoterapia; sin embargo, la evolución de la paciente fue insatisfactoria, por lo cual fue trasladada al Intensivo de Cirugía el 29 de Enero 1973, con impresión clínica de: 1) Endometritis; 2) Shock séptico; 3) Abdomen agudo.

Exámenes de Laboratorio:

Hb. 7.9 g./100 ml. ; Ht. 25%; G.B. 7,200/mm³; (30 Enero, 1973).

Bilirrubinas: Total : 0.6
Directa : 0.6

Rayos X, No. 19404/73: "Abdomen: Imagen de vidrio despu-lido, no hay gas libre".

EKG (30 de Enero, 1973): "Cambios de repolarización e is-quemia subepicardíaca, secundaria, posiblemente a hipopota-semia".

Tratamiento Quirúrgico: Laparotomía exploradora, coledocos-tomía, lavado peritoneal (1o. de Enero, 1973).

Hallazgos operatorios: presencia de material purulento en la-cavidad peritoneal, colecistitis aguda, pñosalpínx derecho.

Complicaciones operatorias: Paro cardio-respiratorio irrever-

versible durante el acto quirúrgico (al cerrar peritoneo).

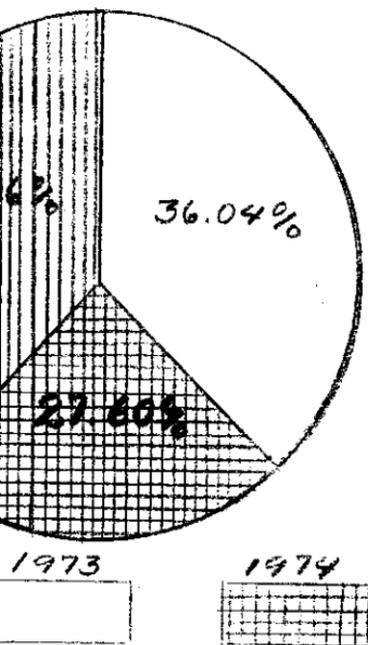
Autopsia:

1. Piosalpinx derecho, pelviperitonitis.
2. Bronco-neumonía confluyente, bilateral, con formación
cesos basales.

VII. DISCUSION DEL CASO

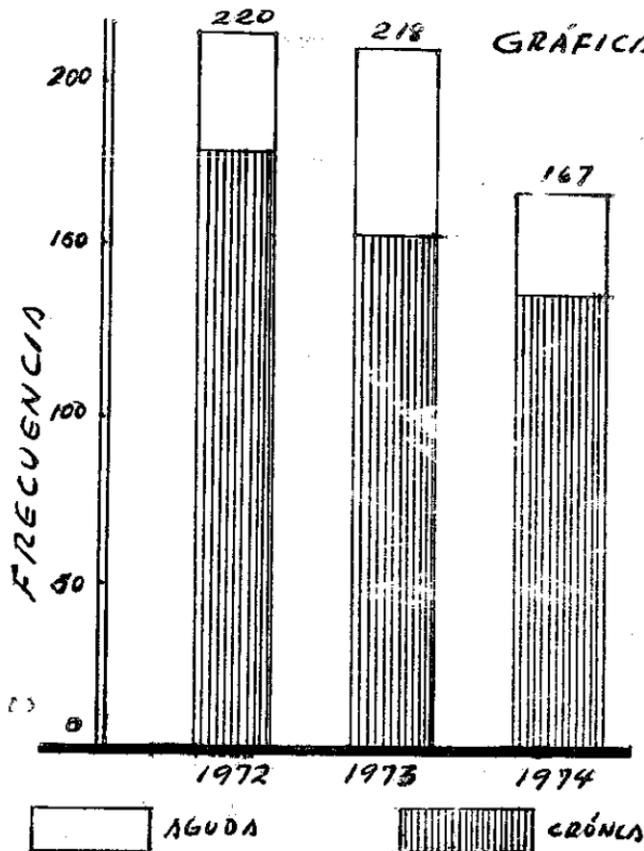
1. La paciente ingresó en pésimas condiciones generales.
2. Llegó transferida del Depto. de Obstetricia, presentando
abdómen agudo.
3. La intervención quirúrgica se efectuó en la paciente d
de los primeros tres días de haber ingresado, por lo que
de considerar como urgencia.

GRÁFICA Nº 1



CONDICIÓN POR AÑOS

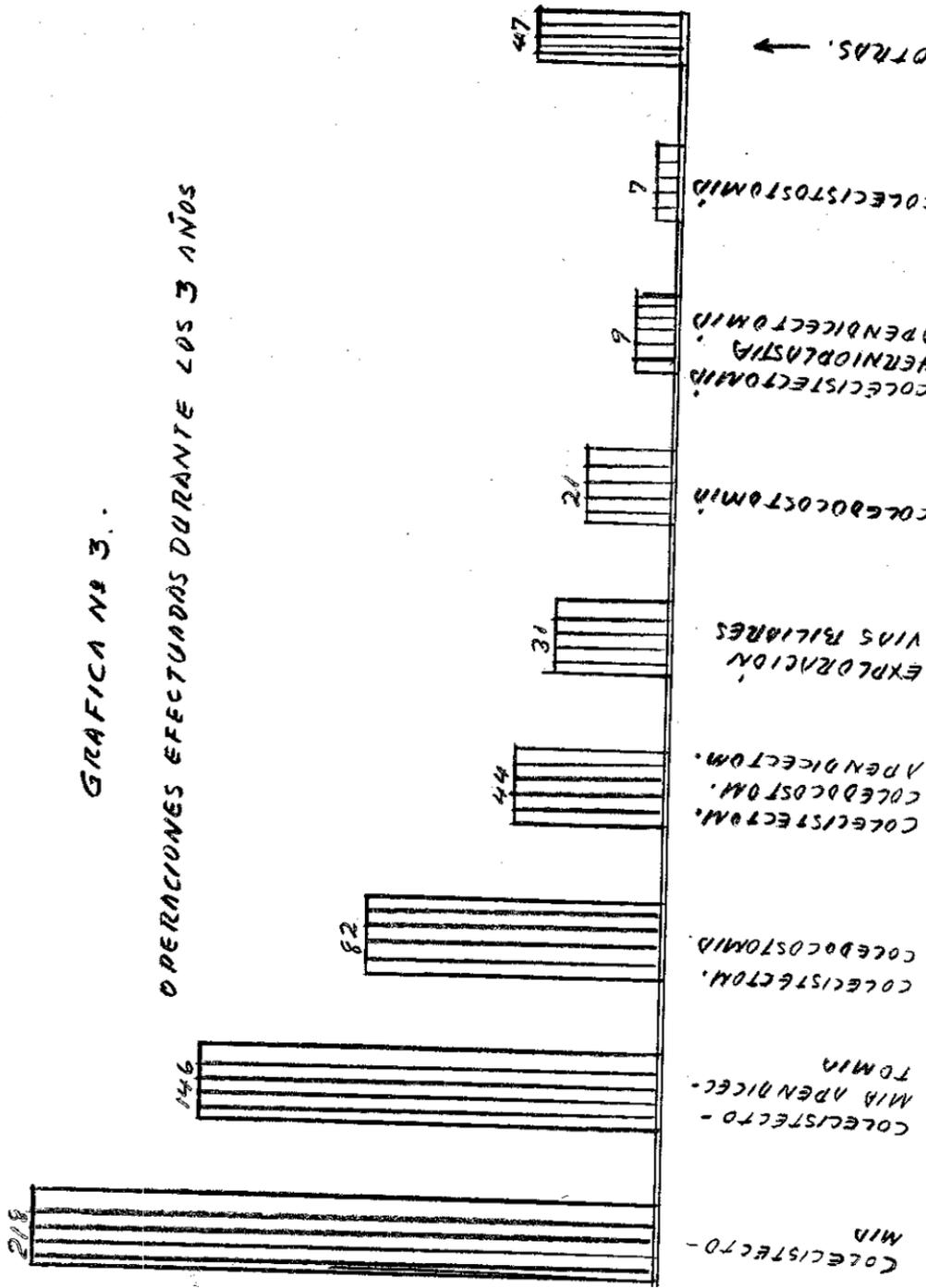
GRÁFICA Nº 2



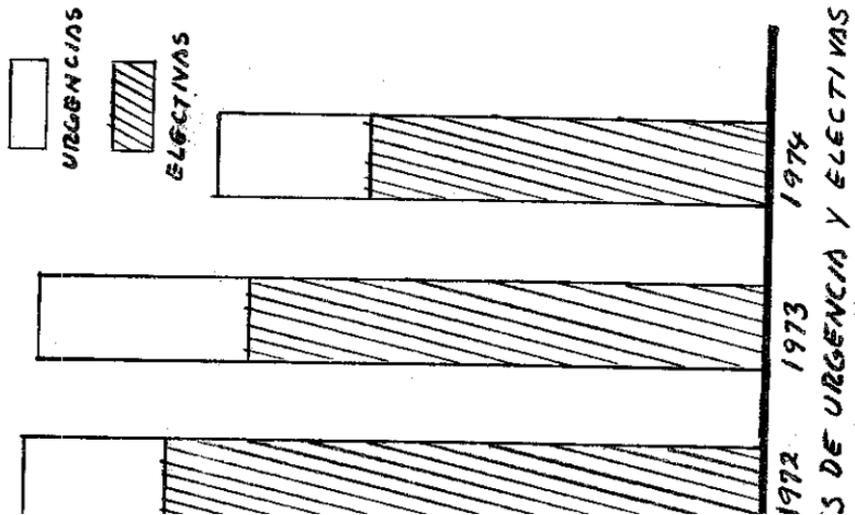
CONDICIÓN AGUDA O CRÓNICA

GRAFICA Nº 3.

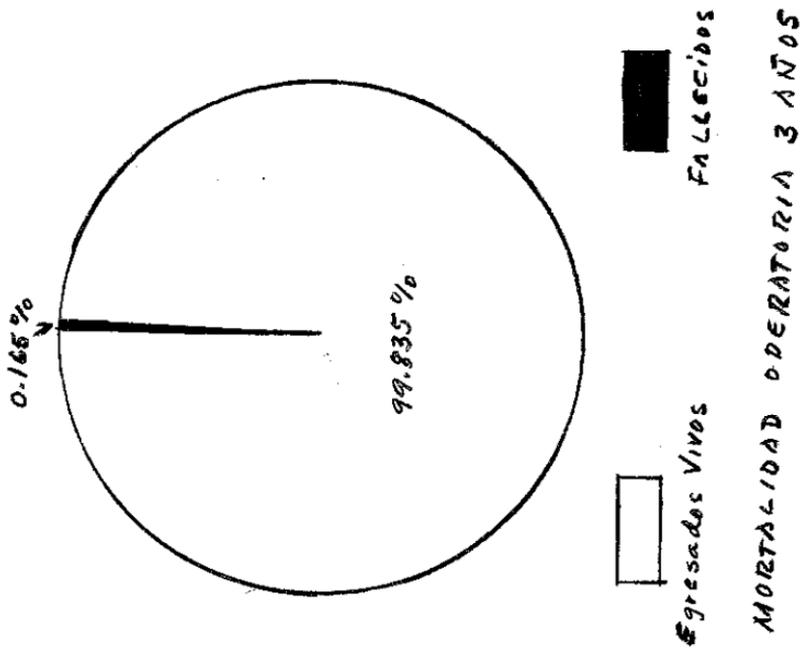
OPERACIONES EFECTUADAS DURANTE LOS 3 AÑOS



GRÁFICA Nº 4



GRÁFICA Nº 5



CASOS DE URGENCIA Y ELECTIVAS

MORTALIDAD OPERATORIA 3 AÑOS

IX. CONCLUSIONES

1. La cirugía de las vías biliares, requiere de experiencia y de las mejores aptitudes por parte del cirujano, ya que - de lo contrario, se eleva considerablemente la mortalidad.
2. Las condiciones generales buenas en las que consultan - las pacientes, así como una adecuada preparación pre- - operatoria, la elección del procedimiento quirúrgico más idóneo y las habilidades del cirujano, contribuyen a redu- - cir la morbilidad y mortalidad operatorias.
3. La operación efectuada más frecuentemente, fue la cole- - cistectomía (36.03%) y asociada con otras técnicas qui- - rúrgicas (51.07%).
4. La mortalidad operatoria durante los tres años estudiados, fue de 0.165% (un caso), la cual puede ser considerada - como poco significativa, especialmente tomando en cuen- - ta que en su mayoría, las operaciones son efectuadas por personal en entrenamiento, así como las pésimas condi- - ciones en que la paciente fallecida durante el acto opera- - torio, ingresó.
5. Las complicaciones operatorias encontradas, representan un porcentaje de 1.32% (ocho casos).
6. Los errores de diagnóstico representaron un porcentaje de 1.48% (nueve casos), en los cuales no hubo complicacio- - nes.
7. La mayoría de las operaciones fue efectuada por Médicos Residentes, correspondiendo al 58.18%.

8. La mayor parte de las operaciones fueron electivas: 76.70%.
9. Considerando el número de casos estudiados (605), la mortalidad global es baja (2.80%), un total de 17 casos.

X. RECOMENDACIONES

1. Que las pacientes sintomáticas que lleguen a la consulta Externa, sean estudiadas en forma rápida y eficiente, para poder hacer diagnóstico y tratamiento tempranos.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. Arroyave Borjes, Roberto. COLECISTECTOMIA, Revista Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Volúmen 2. Junio 1955. pp. 126/132.
2. Schwank Vassaux, William A. COLEDOCOSTOMIA Y SU MANEJO EN EL HOSPITAL ROOSEVELT. REVISION DE CINCUENTA CASOS EN UN AÑO. Trabajo de Tesis, 1972.
3. Molina M., Francisco. COLECISTECTOMIA. Trabajo de Tesis, 1966.
4. Henry Leiva, Jorge Alberto. CONSIDERACIONES SOBRE COLECISTECTOMIA, COMPLICACIONES FRECUENTES EN EL DIAGNOSTICO DE ESTAS, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN. Trabajo de Tesis, 1970.
5. Caravantes Flores, Oscar. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO MEDICO DE LA COLECISTITIS AGUDA. Trabajo de Tesis, 1970.
6. Quintero G., Manuel H., CONSIDERACIONES SOBRE COLECISTECTOMIA DE URGENCIA. Trabajo de Tesis, 1970.
7. Glenn, Frank., M. D. F. A. C. S. TRENDS IN SURGICAL TREATMENT OF CALCULOUS DISEASE OF THE BILIARY TRACT. Surg. Gyn. and Obs., 1975. pp 140/877.
8. Sabiston, David. TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE DAVIS CHRISTOPHER. Tomo I. 10a. Edición. Editorial Interamericana. México, 1974. p. 1026.
9. Gallardo Flores, Carlos y Hernández, Susarte. CIRUGIA DE VIAS BILIARES. XVI CONGRESO MEDICO CENTROAMERICANO, VII CONGRESO CENTROAMERICANO DE CIRUGIA GENERAL, SAN SALVADOR, EL SALVADOR GUATEMALA, Diciembre 1975.
10. Robbins, Stanley L. M.D. TRATADO DE PATOLOGIA. Edición, Editorial Interamericana. México, 1968. pp. 8

XII. RECONOCIMIENTOS

Me es muy grato expresar mi profundo reconocimiento por su valiosa colaboración y sabios consejos, a los Doctores CARLOS GALLARDO FLORES y SUSARTE HERNANDEZ, así como a todas aquellas personas que en una u otra forma, contribuyeron en la realización de este trabajo, muy especialmente a la Dra. MARIA MAGDALENA GRAMAJO, quien participó directamente en la ardua tarea de investigación y tabulación respectivas, al Sr. Director del Hospital Roosevelt, quien me brindó su autorización para poder consultar los archivos de dicho Centro y al Sr. ANTONIO GONZALEZ, Jefe del Depto. de Registros Médicos, cuya ayuda fue efectiva para el logro del trabajo.

FE DE ERRATAS

Página 2, línea 5: dice: tal vés... Léase: talvez...

Página 4, línea 9: dice: causad... léase: causas...

Página 5, línea 16: dice: profilática... Léase: profilácti-
ca...

Página 9, línea 23: dice: complidaciones... Léase: com-
plicaciones...

Página 13, líneas 2, 3 y 4: dice: 253 (41-82 %) fueron -
intervenidas por médicos jefes de servicio y 253 (41-82-
%) fueron intervenidas por médicos jefes de servicio ...

Habiendo repetición de este texto, debe leerse una sola
vez.

Página 14, línea 21: dice: subepicardíaca... Léase: sube-
picárdica...

Página 14, línea 23: dice: (1o. de Enero, 1973), debe de-
cir: (1o. de Febrero, 1973).

DR.

Lauro Rivera
Lauro Antonio Rivera Luther.

Carlos Flores

Accesor.

Dr. Carlos Gallardo Flores.

Susarte Hernandez

Revisor.

Dr. Susarte Hernandez.

Julie De León

Director de Fase III.

Dr. Julie De León.

Mariano Guerrero

Secretario General

Dr. Mariano Guerrero.

Vo. Bo.

Carlos Armande Sete

Decano

Dr. Carlos Armande Sete.