

Supervivencia en pacientes de la cuarta edad de vida sometidos a cirugía abdominal en un centro médico militar

Survival in patients of the fourth age of life undergoing abdominal surgery in a military medical center

Magdiel José Manuel Gonzales Menéndez,^{1,2} Cecilia Roxana Salinas Salas,^{2,3}
José Flores Yábar^{1,2}

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la supervivencia de los pacientes en la cuarta edad de vida sometidos a cirugía abdominal en un Centro Médico Militar entre 2005 y 2009. **Material y Métodos.** Se revisaron todos los pacientes atendidos en el servicio de cirugía general del Centro Médico Naval (CEMENA) mayores de 75 y que se operaron de cirugía abdominal entre el 2005 y 2009. La selección de los pacientes se realizó desde los libros de reportes operatorios de dicho servicio. Posteriormente se procedió a revisar las historias clínicas de dichos pacientes en el archivo de historias clínicas del CEMENA. Se excluyeron los pacientes cuyas historias clínicas estuvieron incompletas. **Resultados.** En nuestro estudio se tuvieron 103 hombres y 65 mujeres, que representan el 61,31 % y 38,69 % respectivamente. En el presente trabajo los pacientes se concentraron entre los entre 75 y 79 años. El 57,23 % de las operaciones practicadas fueron programadas y el 42,77 % emergencias. De los 166 pacientes estudiados 102 (61,45 %) no reportaron complicación post operatoria alguna, 55 (33,13 %) presentaron una sola complicación y 9 (5,42 %) tuvieron dos complicaciones. En nuestra serie sólo tres de los pacientes fallecieron (1,68 %), pero sólo uno (0,61 %), a quien se le realizó laparotomía exploratoria por carcinomatosis; cursó con neumonía como complicación en el postoperatorio y el deceso fue por falla multiorgánica. Los otros dos no desarrollaron complicaciones postoperatorias. **Conclusiones.** En nuestra serie, el 98,19 % (163) de todos los pacientes fueron dados de alta y sólo 1,68 % (3) fallecieron, sólo uno (0,61 %) cursó con neumonía como complicación postoperatoria; y dos no desarrollaron complicaciones postoperatorias, más bien fallecieron por problemas de sus enfermedades de fondo.

Palabras clave. Supervivencia; cuarta edad de la vida; cirugía abdominal; centro médico militar.

ABSTRACT

Objective. To evaluate the survival of patients in the fourth age of life undergoing abdominal surgery in a Military Medical Center between 2005 and 2009. **Material and Methods.** All patients over 75 who underwent surgery in the Naval Medical Center for abdominal surgery between 2005 and 2009 were reviewed. The patient selection was made from the books of reports of the operatory service. Then proceeded to review the medical records of these patients. Those patients whose records were incomplete were excluded from the archive. **Results.** In our study, 103 men and 65 women, representing 61,31 % and 38,69 % respectively were taken. Patients were concentrated between ages 75 to 79. Out of 166 patients studied, 102 (61,45 %) did not report any postoperative complication, 55 (33,13 %) had a single complication and 9 (5,42 %) had two complications. Only 1,68 % (3) of the patients died, but only one (0,61 %) of them who underwent exploratory laparotomy for extended cancer with pneumonia as a complication in the postoperative period and death was due to multiple organ failure, the other two did not develop postoperative complications. **Conclusions.** In our series 98,19% (163) of all patients were discharged and only 1,68% (3) died, only one (0,61%) coursed with pneumonia and postoperative complication, and two did not sevelop postoperative complications rather died of disease problems in their background.

Key words. Survival; fourth age of life; abdominal surgery; military medical center.

1. Cirujano General Centro Médico Naval.
2. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma.
3. Médico Asistente de Geriatría Hospital Central FAP.

INTRODUCCIÓN

En los próximos años, nuestro sistema de salud continuará siendo sacudido por la necesidad de proporcionar atención quirúrgica que no sólo sirve para prolongar la vida, sino que también promueve el mayor nivel de independencia funcional para los pacientes mayores, sin un riesgo excesivo de complicaciones.

El envejecimiento de la población en el mundo está bien documentado en países desarrollados y avanza con rapidez, con incremento en las cifras absolutas y relativas de personas mayores de 65 años. El estudio de las características y condiciones de salud de este grupo poblacional adquiere cada vez mayor importancia, lo que ha impulsado a diferentes organismos a analizar el tema y elaborar planes y programas para dar respuestas oportunas, adecuadas y económicamente factibles a los efectos de dicho envejecimiento.¹

Para Richard Suzman y John G. Haaga, el envejecimiento de la población está transformando al mundo de manera notable y fundamental. Indican, además, que las distribuciones por edad de las poblaciones se modificaron y seguirán cambiando de manera radical por efecto de la declinación persistente de las tasas de fecundidad y la reducción de las tasas de mortalidad.²

El 26 de octubre de 1998 la sección Población del Departamento de asuntos económico-sociales de las Naciones Unidas publicó una actualización de los cálculos y proyecciones en materia demográfica. En lo referente al aumento del número de personas ancianas, destaca, entre otras cosas, que los 66 millones de persona de más de ochenta años de edad, presentes hoy en el mundo, van a aumentar hasta 370 millones en el año 2050, cuando se contarán entre ellos 2,2 millones de centenarios.³ Asimismo, diversos estudios de las Naciones Unidas muestran que la población mundial ha venido experimentando un envejecimiento progresivo y constante.⁴

En nuestro país, datos del censo de población y vivienda 1993 indican que un 4,7 % de la población eran mayores de 65 años, mientras que para el censo de 2005 los mayores de 65 años llegan a 5,2 % y para el 2007 esta cifra llegó al 6,4 %.⁵ Otro aspecto que se deberá tener en cuenta es el aumento de la esperanza de vida geriátrica. Así, entre 1950 y 1955 la esperanza de vida se calculaba en 43,9 años; para 1990-95, en 66,7 años; y se estimó que

para el periodo 2000-2005 llegó a 69,8 años; según cifras del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), para el 2005, el promedio de vida para los hombres era de 68,5 y para las mujeres de 76,5. El INEI ha determinado que la esperanza de vida al nacer entre el 2005 y 2010 en nuestro país es de 73.7 años, teniendo a la provincia Constitucional del Callao como la de mayor esperanza de vida con 76.9 años y el departamento de Huancavelica con la menor cifra con 68.6 años; si analizamos nuevas cifras obtenidas del INEI, la esperanza de vida nacional para el período 2010-2015 llegará a 74.1. Estadísticas de América indican que la esperanza de vida en Cuba ha crecido en 19,5 años para los hombres y 21,1 para las mujeres que alcancen los 60, lo que hace que más de la tercera parte de la población anciana rebase los 75 años, edad considerada de forma diferenciada hoy como la cuarta edad, que posibilita la aparición de los llamados viejos-viejos o longevos que superan los 90 años.³

Nuestro país no es el único de América Latina y del Caribe que exhibe tasas de crecimiento poblacional tan cercanas a la de países desarrollados. También tenemos a México, Cuba, Costa Rica, Uruguay y Argentina, entre otros.

El incremento de este sector de la población genera mayor presencia de ancianos en los servicios quirúrgicos, muchas veces motivados por enfermedades de largos años de evolución o para operarse de urgencia por afecciones ya conocidas y que fueron rechazados en cirugía electiva sobre la base de su edad.⁴

El envejecimiento tendrá un efecto profundo en la sociedad y absorberá cada vez más atención de los encargados de la formulación de políticas en el siglo XXI. En el mundo desarrollado, y también en muchas partes del mundo en desarrollo, la proporción de personas mayores en la población aumenta rápidamente.⁶

A su vez, la información epidemiológica oportuna y sistemática que brindan los diferentes sistemas de información, aun con sus limitaciones, permitirá conocer los principales riesgos y daños a la salud con el fin de establecer las necesidades y demandas de esta población y planear la infraestructura de los servicios de salud, o en su caso, proponer medios alternativos que beneficien al adulto mayor y ofrecer mejor calidad de vida para ellos y sus familias, lo que representa un menor costo para los servicios institucionales.

El desarrollo de nuevas tecnologías y avances en la medicina, así como el mejorar la prevención de la salud de los pacientes, ha permitido que la esperanza de vida, consecuentemente, mejore. Conforme aumenta la esperanza de vida, el número de pacientes ancianos ha crecido significativamente. A ello se suma el mayor número de procedimientos quirúrgicos, muchos de los cuales son mayormente más complejos, por lo que es necesario que se tenga expertos en tratar a este particular y frágil grupo.⁷

La problemática planteada constituye un reto para la cirugía y fue la motivación de este estudio, con el propósito de caracterizar a los pacientes mayores de 75 años de edad intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General de un Centro Médico Militar, el Centro Médico Naval de Lima Perú, hospital de nivel III-1, ubicado en el Distrito de Bellavista de la Provincia Constitucional del Callao; el cual brinda atención al personal militar, familiares directos, padres y suegros de los miembros de la Marina de Guerra del Perú.

El objetivo de este estudio fue evaluar la supervivencia de los pacientes en la cuarta edad de la vida sometidos a cirugía abdominal en un Centro Médico Militar entre 2005 y 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, retrospectivo y de naturaleza no experimental.

Se tomó pacientes que fueron operados de cirugía abdominal entre el 2005 y 2009 en el CEMENA (Centro Médico Naval). Fueron incluidos pacientes de ambos sexos, mayores de 75 años, intervenidos de cirugía abdominal en el Servicio de Cirugía General del CEMENA, entre 2005 y 2009 y se excluyeron aquellos cuyas historias clínicas se encontraron incompletas.

Previamente se preparó una ficha de observación para la información de los participantes en estudio. La selección se realizó desde los libros de reportes operatorios de dicho servicio. Posteriormente, se procedió a revisar las historias clínicas de dichos pacientes en el archivo de historias clínicas recolectándose información sobre las características de la población en estudio, los procedimientos realizados, las complicaciones y la mortalidad asociada.

Para el procesamiento estadístico de los datos, se utilizaron dos paquetes: Excel 2007 (para la figura) y Statistica 8.0 para calcular las frecuencias absolutas y relativas (%), para las variables categóricas y los valores de resumen de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar y rango) de las variables cuantitativas. No se empleó técnicas de inferencia estadística (estimación de intervalos de confianza y prueba de hipótesis), porque el estudio es descriptivo y, además, se incluyó a toda la población de estudio (interés) atendida en el quinquenio.

RESULTADOS

Gráfico 1. Datos iniciales

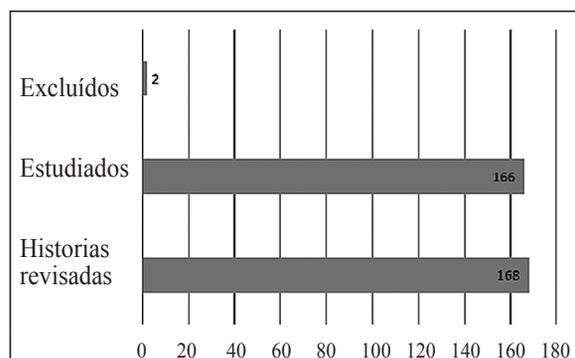


Tabla 1. Atenciones por sexo y año de estudio

Año	Hombres (103)		Mujeres (65)	
	Nº	%	Nº	%
2005	26	25,24	14	21,54
2006	22	21,36	18	27,69
2007	7	6,80	4	6,15
2008	8	7,77	5	7,69
2009	39	37,86	23	35,38
Sin dato*	1	0,97	1	1,54

(*) Historias clínicas extraviadas. Se excluye de análisis.

Se revisaron 168 historias, se excluyeron 2 por falta de datos en la historia clínica.

En nuestro estudio se tuvieron 103 hombres y 65 mujeres.

En 2007, se evidencia el menor número de pacientes 7 (6,8%) varones y 4 (6,15 %) mujeres, mientras que en el 2009 tuvimos 39 varones (37,86 %) y 23 (35,38 %).

Tuvimos dos historias sin datos.

Como diagnóstico postoperatorio más frecuentemente encontrado, tanto en varones (12,65 %, 21) como en mujeres (10,24 %, 17) fue el de colecistopatía.

Tabla 2. Características de la intervención quirúrgica por año de estudio

Características	2005 (40)		2006 (40)		2007 (11)		2008 (13)		2009 (62)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de cirugía										
Emergencia	21	52,50	16	40,00	4	36,36	2	15,38	28	45,16
Programada	19	47,50	24	60,00	7	63,64	11	84,62	34	54,84
Tipo de anestesia										
General	33	82,50	31	77,50	8	72,73	10	76,92	45	72,58
Epidural	4	10,00	9	22,50	3	27,27	3	23,08	13	20,97
Local + sedación	3	7,50							4	6,45
Número de operaciones por paciente										
1	22	55,00	26	65,00	8	72,73	9	69,23	36	58,06
2	7	17,50	7	17,50	1	9,09	2	15,38	10	16,13
3	11	27,50	4	10,00	1	9,09	1	7,69	10	16,13
4			3	7,50	1	9,09	1	7,69	6	9,68
Fallecimiento										
NO	40	100,00	40	100,00	11	100,00	13	100,00	59	95,16
SI									2	3,23
Falla multiorgánica										
Sepsis severa									1	1,61
Complicaciones post-operatorias										
Ninguna	22	55,00	24	60,00	6	54,55	9	69,23	39	62,90
Una	15	37,50	11	27,50	5	45,45	3	23,08	21	33,87
Dos	2	5,00	4	10,00			1	7,69	2	3,23
Sin dato	1	2,50	1	2,50						
Tiempo operatorio (min) *										
Media	124,58		132,15		116,4		119,23		122,84	
Mediana	87,50		97,50		120,0		110,00		110,00	
Moda	60,0		Múltiple		120,0		Múltiple		Múltiple	
Desviación estándar	83,68		94,68		43,0		50,20		66,84	
	15 -		19 -		60 -		70 -		20 -	
T. mínimo - T. máximo	360		420		210		240		420	

En relación a si fueron intervenciones de emergencia o programadas, en el 2005, el 52,5 % se hicieron de emergencia y 47,5 % programadas; en 2006, el 40 % de las operaciones se realizaron de emergencia y el 60% programadamente; en 2007, 36,36 % de emergencia y el 63,64 % se ejecutaron en forma programada; en 2008 las cirugías de emergencia sólo llegaron al 15,38 % y las programadas representaron el 84,62 %. Finalmente en 2009, el 45,16 % fueron de emergencia y 54,84 %, programadas.

El tipo de anestesia fue mayoritariamente de tipo general con un 82,5 % 77,5 % 72,73% 76,92 % y

72,58 % durante los años 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009, respectivamente.

El número de operaciones por paciente reveló que durante los años del estudio 2005 al 2009, los pacientes sólo fueron sometidos a una sola intervención en forma mayoritariamente 55 % 65 %, 72,73 %, 69,23 % y 58,06 %.

En 2009 se reportaron tres pacientes fallecidos. Sólo uno de ellos, a quien se le realizó laparotomía exploratoria por carcinomatosis, cursó con neumonía como complicación en el postoperatorio

y el deceso fue por falla multiorgánica; los otros dos no desarrollaron complicaciones postoperatorias; más bien fallecieron por problemas de sus enfermedades de fondo.

Como podemos apreciar, no tuvieron complicaciones post operatorias un 55 %, 60 %, 54,55 %, 69,23 % y 62,90 %, respectivamente, durante los años 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009.

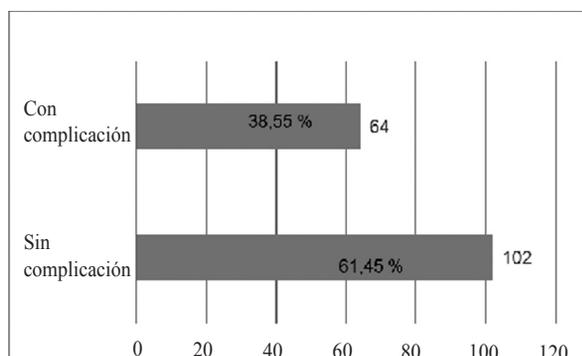


Gráfico 2. Complicación postoperatoria

Se estudiaron 166 pacientes, 102 (61,45 %) no tuvieron complicación postoperatoria y 64 (38,55 %) si tuvieron complicaciones post operatorias.

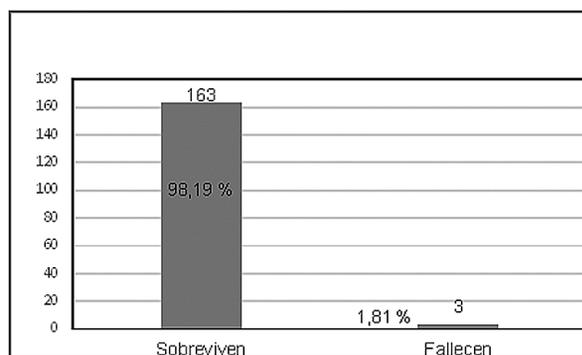


Gráfico 3. Sobrevivientes en el estudio

De los 166 pacientes estudiados, 163 sobrevivieron (98,19 %) y sólo tres murieron (1,81 %).

De los tres que murieron, dos fueron mujeres y uno varón.

Sólo uno de los que murieron (0,61 %) de ellos cursó con neumonía como complicación en el postoperatorio y el deceso fue por falla multiorgánica.

DISCUSIÓN

En la investigación se observó un predominio del sexo masculino, que se puede explicar por la

mayor presencia de varones en las instituciones militares. En el presente trabajo, los pacientes se concentraron entre los entre 75 y 79 años, resultados similares a los reportados por Castillo Lama et ál,¹⁰ Thorpe JA,¹¹ Pérez Reyes et ál,¹² así como lo que encontró Cardelino.⁹ Dentro de las mujeres intervenidas quirúrgicamente la de mayor edad tenía 96 años mientras que en los varones el más longevo tenía 95 años. En la serie de Quintana Proenza,⁴ de los 249 pacientes estudiados, 163 eran hombres y 86 mujeres. La razón hombre mujer fue de 1,9:1, con una relación casi invariable de 2:1 a favor del sexo masculino en todos los grupos de edades. Predominó el grupo de 60 a 69 años de edad (51,01 %) y el paciente de mayor edad tenía 95 años.

Como diagnóstico postoperatorio más frecuentemente encontrado, tanto en varones (12,65 %, 21) como en mujeres (10,24 %, 17) fue el de colecistopatía; dato también obtenido por Cardelino⁹ y Majeski.¹³ Para Soberón Varela¹⁴ la litiasis vesicular fue el hallazgo operatorio más frecuente (134 pacientes; 84,8 %) y la colecistitis aguda se diagnosticó en 6,9 % de los casos durante la operación.

En México, las estadísticas revelan prevalencia de patología de tipo vesicular de 14,3 % pudiendo llegar hasta 35 % en pacientes ancianos. Estudios de Alemania, Estados Unidos e Inglaterra reportan una frecuencia de hasta 25 a 44 % en mujeres mayores de 25 años.¹⁵

Al respecto, debemos indicar que se han realizado estudios ecográficos en poblaciones completas como en Padua, Italia, en donde se investigó la prevalencia de colelitiasis. Se halló alta en ambos sexos, y con frecuencia en asociación con niveles séricos elevados de glucosa y triglicéridos, y con poca asociación con el colesterol y HDL (high density lipoprotein) interviene en la patogénesis vesicular en pacientes de edad avanzada.¹⁶

Así mismo, estudios anatómicos en cadáveres han demostrado que la incidencia de litiasis biliar en el adulto mayor es más del 50% y la tasa se incrementa de progresivamente hasta más del 80 % en la novena década de la vida.¹⁷

El 57,23 % de las operaciones practicadas fueron programadas y el 42,77 %, emergencias. Algo similar describió Sanchez B. et al,¹⁸ así también lo hace ver Granados Romero et al,¹⁵ quienes reportan

en su serie haber realizado cirugía electiva en 57 pacientes (93,4 %) y de urgencia en 4 (6,5 %); Cardelino indica que en su serie se operaron 213 pacientes de manera electiva y cinco pacientes de urgencia. Estos resultados difieren de los reportados por Castillo Lama,¹ quien encontró una relación de 4:1 entre cirugía abdominal electiva y urgente; y con Morales González et ál, los cuales indicaron una relación de 1:3, con un predominio de intervenciones urgentes.¹⁹

En nuestro trabajo, hallamos que 76.51 % de los pacientes fueron intervenidos con anestesia general, 19.28 % con anestesia peridural y el 4,21 % (4 pacientes) con anestesia local y sedación. De los cuatro pacientes operados con anestesia local y sedación, uno fue por colecistectomía y retiro de tapón hepático, dos por hernioplastía tipo Lichtenstein y el otro por patología ano rectal benigna. Al respecto, Campo Abad et al, refieren que en el anciano la decisión quirúrgica que se tome debe ser individual y en dependencia de las características personales del enfermo. Ante una colecistitis aguda en ancianos desnutridos y con mal estado general, la colecistectomía con anestesia local es una alternativa quirúrgica que se debe considerar.²⁰

En relación al tipo de anestesia utilizada, Cardelino⁹ describió que realizaron 226 anestésias generales, 38 peridural, 7 intrarraquidea, en 52 pacientes utilizaron anestesia local y neuroleptoanalgesia, 15 de los cuales se operaron de hernia inguinal con alta en el día.

De los 166 pacientes estudiados, 102 (61,45 %) no reportaron complicación posoperatoria alguna, 55 (33,13 %) presentaron una sola complicación y 9 (5,42 %) tuvieron dos complicaciones. En nuestra serie, sólo 1,68 % (3) de los pacientes fallecieron, pero sólo uno (0,61 %) de ellos a quien se le realizó laparotomía exploratoria por carcinomatosis cursó con neumonía como complicación en el postoperatorio y el deceso fue por falla multiorgánica; los otros dos no desarrollaron complicaciones posoperatorias más bien fallecieron por problemas de sus enfermedades de fondo; uno tuvo como diagnóstico trombosis mesentérica y perforación gástrica, y dentro de sus antecedentes cursaba con un cuadro de arritmia, murió en el postoperatorio después de laparotomía y rafia gástrica por falla multiorgánica. Finalmente, un tercer paciente murió por sepsis severa después una neumonía aspirativa. A este se le realizó una

gastrostomía, y tenía como comorbilidades secuela de acv (accidente cerebro vascular), y enfermedad de Parkinson. El 98.19 % (163) de todos los pacientes fueron dados de alta.

Sánchez Beorlegui et al,¹⁸ describen dos decesos en pacientes con colecistitis agudas intervenidas de urgencia los que sufrieron graves descompensaciones cardiopulmonares postoperatorias que condujeron a la falla multiorgánica. Granados Romero³¹ en su serie no encontró mortalidad atribuible al procedimiento laparoscópico. Para Bueno Lledó, las complicaciones postoperatorias infecciosas fueron las más frecuentes, sobre todo las de origen respiratorio (causa de 2 fallecimientos) y las colecciones intra abdominales, observadas en la mayoría de los casos (65 %) en colecistitis aguda.²¹ En su serie Quintana Proenza no encontró diferencias significativas entre las causas de muerte, aunque observó un ligero predominio del tromboembolismo pulmonar. Arenal²² reportó como principal causa de fallecimientos a la sepsis generalizada. Altamirano²³ en su serie de 205 pacientes intervenidos, 19 fallecieron durante la cirugía o en el posoperatorio (9,3 %) y 186 fueron dados de alta; siendo la causa de muerte más frecuente la falla orgánica múltiple en seis pacientes seguida por el shock séptico en cinco. Otras causas de muerte fueron bronconeumonía en uno, neumonía en uno, insuficiencia respiratoria en uno, alteraciones cardiológicas en uno, hemorragia en un paciente y paro cardiorrespiratorio en dos.

El tipo de operación mas practicada en varones fue la hernioplastía tipo Lichtenstein con un 19,28 % (32) y en mujeres fue la colecistectomía laparoscópica con un 6,02 % (10). Altamirano et ál, hallaron resultados parecidos, indicando que el 28,8 % de las intervenciones quirúrgicas correspondieron a patología de pared abdominal y el 25,9 %, a patología biliar. Cardelino et al, muestran en su serie de 318 pacientes ancianos, 75 pacientes con diagnóstico de colelitiasis o colecistitis los mismos que se operaron por laparoscopia.⁹

Las complicaciones que más frecuentemente encontramos fueron las de tipo respiratorio 16,07 %, infección de sitio operatorio ISO (infección de sitio operatorio) 5,95 % y el 60,12 % no tuvieron ninguna complicación. Pablo Gonzalo Pol Herrera et al, reportan que la complicación más frecuente fue la recidiva (seis en los pacientes operados por técnicas protésicas y catorce en el grupo de técnicas anatómicas) (1,8 %). La sepsis de la

herida y la bradicardia, tras la anestesia local, ocuparon el segundo lugar.³ Para el grupo de Cardelino, las complicaciones que se presentaron en el perioperatorio afectaron a 52 pacientes, con predominio de patología respiratoria, sepsis y evisceración.⁹

En cuanto a las comorbilidades o enfermedades concomitantes, podemos indicar que la HTA (hipertensión arterial) fue la más frecuentemente observada con el 14,29 %, hallamos que el 16,07 % tuvieron dos comorbilidades y el 20,24 % de nuestros pacientes tenían asociada más de dos enfermedades concomitantes. Similares resultados han obtenido en otras series. Así Cardelino et al reportan como enfermedades concomitantes: depresión, demencia, delirio, déficit neurológico, hipertensión arterial, diabetes, EPOC, arteriopatía coronaria o periférica, insuficiencia renal, artrosis columna, patología valvular cardíaca, insuficiencia cardíaca, desnutrición, obesidad y otras. En estos casos se detectó la existencia de tres o más patologías en algunos pacientes. Sánchez J et al, describieron en su serie las enfermedades concomitantes mediante la clasificación ASA mostró que 11 tenían un ASA I (6,36 %), 34 ASA II (19,65 %), 60 ASA III (34,68 %), 66 ASA IV (38,15 %) y 2 ASA V (1,16 %).²⁴ En este mismo sentido, Granado et al,¹⁵ describieron en su estudio que los principales factores de riesgo asociado a patología vesicular fueron de 80 % tales como: hipertensión arterial sistémica en 14 casos, diabetes mellitus 2 en 15 pacientes, y 20 pacientes con otras entidades dentro de las cuales se encontraron enfermedad pulmonar obstructiva crónica y artritis.

Fuentes de financiamiento. autofinanciado.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Epidemiologic aspects of older adult in the Mexican Institute of Social Security Salud Pública Mex 1996; 38:448-457.
- Suzman R, Haaga GJ. Demografía mundial del envejecimiento En: Longo DL, Kasper DL, editores. Harrison: Principios de Medicina Interna. 18 ed. China: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2012. p.
- José Luis Ysern de Arce Universidad del Bio-Bio. Chillán, Chile. Noviembre 1999.
- Quintana Proenza A, Sánchez Rojas T, Quintana Marrero J, Reyes Balseiro ES De la Guardia Gispert E, De la Guardia Milla E. El adulto mayor en cirugía general: Hospital Clínico quirúrgico Provincial Docente "Amalia Simoni", Camagüey. Rev. Cubana Cir. 2001;40(4):305-11.
- <http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/IDSE/> Disponible: 2 de junio de 2014.
- Estudio Económico y Social Mundial 2007: El desarrollo en un mundo que envejece. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas 23 de abril de 2007.
- López-López JM. et al. Análisis conceptual de la evaluación quirúrgica en situación de urgencia del paciente anciano. Rev Med Hosp Gen Mex, Vol. 73, Núm. 3, 2010.
- Justo IA. Estudio comparativo entre receptores de trasplante hepático mayores y menores de 60 años. Resultados a largo plazo. [tesis doctoral J. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012.
- Cardelino LO, Feldman S, Campodónico R, Szafer J, Rezek R. Cirugía en el paciente geriátrico. Reunión de la Sociedad de Cirugía de la Plata. Noviembre 2004.
- Castillo Lama L, Peñate Rodríguez Y, Galloso Cueto GL, Jordán Alonso, Ariel D; Servicio de Cirugía, Norkis; Cabrera Reyes, Javier. Cirugía abdominal de urgencia en la tercera edad: Hospital Militar Docente Dr Mario Muñoz Monroy. Rev. medica electron;31(1), ene.-feb. 2009. tab.
- Thorpe JA. One year incidente of fall and fractures in a 70-77 year old female cohort. Ace ageing 2001;30:42.
- Pérez Reyes R, Pons Mayea GO, Otero Ceballes M. Evaluación de la fractura de cadera en la urgencia, unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Rev Cubana Med Milit 2001;33(4).
- MAJESKI, J. "Cirugía y tercera edad" Colectomía laparoscópica en pacientes Geriátricos. Am. J. Surg. Junio 2004. 187 (6) 747-750
- Soberón Varela I, De la Concepción de la Peña AH, Hernández Varea JA, Luna Gozá M, Gallo Cortés F. Resultados de la colectomía videolaparoscópica en ancianos: Hospital Clínicoquirúrgico «Joaquín Albarrán Domínguez». Rev Cubana Cir 2007; 46 (2).
- Granados Romero JJ, Cabal Jiménez KE, Martínez Carballo G, Nieva Kehoe R, Londaiz Gómez. Colectomía laparoscópica en pacientes mayores de 60 años. Experiencia de un hospital de tercer nivel. Cirugía y Cirujanos. 2001; 69(6): 271-275.
- Okolicsanyi L, Passera D, Nassuato G, Lirussi F, Toso S, Crepaldi G. Epidemiology of gallstone disease in an older Italian population in Montegrotto Terme Padua. J Am Geriatr Soc 1995; 43(8): 902-905.
- Bueno J, Serralta A, Planells M, Rodero DR. Colectomía laparoscópica en el paciente anciano. Cir Esp. 2002;72:205-9.
- Sánchez Beorlegui J, Monsale Laguna E, Aspíroz Sancho A, Moreno de Marcos N. Colectomía laparoscópica en octogenarios. Rev Colomb Cir 2008;23(3):136-145.
- Morales González R.A. Mortalidad posoperatoria intrahospitalaria de los adultos mayores en cirugía general. Rev Cubana Cir 2003;42(4).
- Campo Abad R, Mederos Curbelo OM, Da Costa Fernández JM, Castillo Aguilera MA. Colectomía con anestesia local como recurso en el paciente anciano. Revista Cubana de Cirugía 2011;50(1):96-101
- Bueno Lledó J, Vaqué Urbaneja J, Herrero Bernabeu C, Castillo García E, Carbonell Tatay F, Baquero Valdelomar R, Mir Pallardó J. Colectitis aguda y colectomía laparoscópica en el paciente anciano. Cir Esp. 2007;81(4):213-7.
- Arenal J, Consejo M, Benito C, Sánchez J, García-

- Abril J, Ortega E. Oclusión intestinal en el anciano: factores pronósticos de mortalidad. Rev Esp Enferm Dig 1999;91:838-41.
23. Altamirano C, Catán F, Toledo G, Ormazábal J, Lagos C, Bonacic M, Acevedo F. Cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor: Unidad de Emergencia y Servicio de Cirugía. Hospital del Salvador. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina Oriente, Universidad de Chile. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - N° 6, Diciembre 2002; págs. 654-657.
24. Sánchez Beorlegui Jesús, Lagunas Lostao Emilio, Lamata Hernández Félix, Monsalve Laguna Eduardo

C. Tratamiento de la Colecistitis Aguda en el Anciano: Cirugía Urgente frente a Terapia Médica y Cirugía Diferida. Rev. gastroenterol. Perú, oct./dic. 2009, vol.29, no.4, p.332-340. ISSN 1022-5129.

Correspondencia:

Magdiel José Manuel Gonzales Menéndez
Dirección: Jr. Alfredo Galeón 346-Dpto 303. San Borja.
Teléfono: 2554819 Celular 990455990
Correo electrónico: magdieljose@gmail.com