

64
2ej



**Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Medicina.
División de Estudios de Postgrado.
Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".
I.S.S.S.T.E.**

Manejo del senil en cirugía general.

**Tesis de postgrado
para obtener el título de especialización en**

CIRUGIA GENERAL

Presenta.

Dr. Carlos Agustín Rodríguez Paz.

Asesor.

Dra. Rebeca Gutiérrez Martín.



1999



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

273883





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

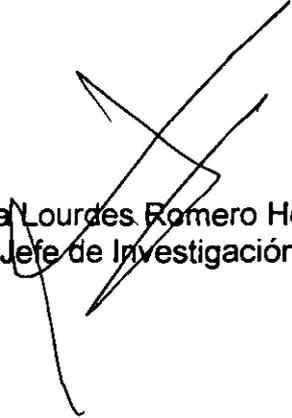


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

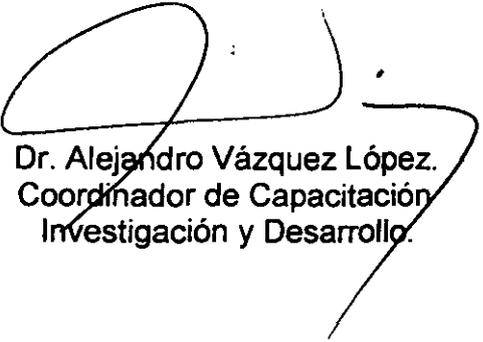
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

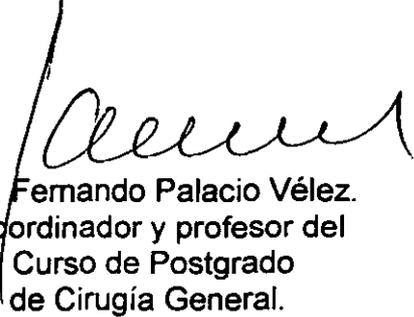
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dra. María Lourdes Romero Hernández.
Jefe de Investigación



Dr. Alejandro Vázquez López.
Coordinador de Capacitación
Investigación y Desarrollo.



Dr. Fernando Palacio Vélez.
Coordinador y profesor del
Curso de Postgrado
de Cirugía General.

Dr. Arcenio Vargas Avila.
Jefe de Enseñanza
del servicio de Cirugía General.



Dra. Rebeca Gutiérrez Martín.
Asesor de tesis.

C.Rodríguez. Manejo del senil en cirugía.

1

MANEJO DEL SENIL EN CIRUGIA GENERAL.

Título corto : Manejo del senil en cirugía.

Rodríguez-Paz Carlos Agustín (1,2,3).

Palacio Vélez Fernando (1,2).

Ayala Aguilar Modesto (1,2).

Vargas Avila Arcenio (1,2).

Castro Mendoza Antonio(1,2).

Gutiérrez Martín Rebeca (1,2).

1) Médico Cirujano.

2) Unidad de Cirugía General. Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”; I.S.S.S.T.E.

3) Programa AFINES; Facultad de Medicina, U.N.A.M.

Carlos Agustín Rodríguez-Paz, M.C.

Av. De los Montes 33, Colonia Miravalle.

México D.F., C.P. 03570. Teléfono 674-0633

Abstract :

Background : We describe the management at surgical elderly patient, their prevalence, perioperative status and principals surgery problems. Method : We described the differences from 1991 to 1995 in elderly surgery patients, analized the depression, preoperatrive situation, desition on the elderly about their surgical procedure and, describe the managements at colecistitis (CL) and small bowel obstruction (IO) in elderly. Analysis was made with Xi² and $P < 0.05$. Results : in geriatric patients prevalence in 1991 was 10.6% and hernia was the first cause (21.5%), in 1995 CL (26.8%) was a first surgical problem, with general prevalence of 15.5% ($P < 0.001$). We has a 46% of preoperative depression, 100% to accepted to live and 74% who autorized him the operation. In 64 cases of CL we has 3.5% morbidity and 6.5% conversion. In emergency surgery 38% was IO, with 35% of inguinal deffect. Conclusion: Our study describe the hight prevelnce at surgical procedures in elderly with increment in electives CL, and in emergency by hernias in IO. We has a great level at depression and ethical opinion in the elderly from the autonomy, need from to obtain a gol in geriatric surgery.

Key words : elderly surgery, prevalence, Mexico.

Resumen :

Antecedentes: Buscamos las principales entidades operadas en seniles, sus diferencias en dos periodos de tiempo, la actitud del anciano ante la cirugía, y los resultados del manejo de la obstrucción intestinal (OI) y la colecistectomía laparoscópica (CL). Metodología: Se analizaron los casos atendidos entre 1991 a 1998 con estudio estadístico de χ^2 para diferencias de $P > 0.05$.

Resultados : en 1991 de 130 seniles operados, predominó las hernias (21.5%), a diferencia de 1995 con 180 casos y predominio de colecistitis (26.8%), con escasa morbilidad cuando se manejó por laparoscopia (3.4%); la prevalencia general en 1991 fue de 10.6% contra 15.5% en 1995 ($P < 0.001$). Se encontró depresión del 45.3%, deseo de vivir del 100%, autorización de cirugía por el senil del 74%, retardo por falla en el diagnóstico del 39.8%. Manejo de la OI con 40% de casos por hernias de pared. Conclusiones : demostramos un cambio en el tipo de entidades operadas en el anciano, así como incremento en el número de casos atendidos en dos periodos de tiempo, mejor respuesta cuando se operan por cirugía laparoscópica, un respeto al principio de autonomía del senil y urgencias por OI por hernia de pared.

Palabras clave : Cirugía en ancianos, México, prevalencia.

Introducción.

En México los mayores de 65 años de edad representan una población en incremento (1), pasando de 5.5 en 1950 a 6.14% en 1990 (2), con un 5.37% de ancianos en el Distrito Federal para 1995 (3) e incremento de su porcentaje en países desarrollados del 20 al 25% para fines de este siglo (4); lo que incrementa sus necesidades de salud (5) y la necesidad de ser operado, dependiendo el éxito de la cirugía del certero diagnóstico y adecuado manejo en la etapa perioperatoria (6). En Norteamérica predominaron cirugías de pared abdominal y oncológicas (4), mientras que nuestro país las entidades gástricas, de vía biliar (7) y necrobiosis diabética (8) son mayoría con morbilidad del 23 al 46% y mortalidad del 1.17 al 11.7% (9,10).

De las entidades operadas electivamente, la colecistectomía (CL) es la primer causa de cirugía en el senil (11) después de las plastías de pared (12). Respecto de los procedimientos de urgencia, la obstrucción intestinal (OI), esta posterior a enfermedad diverticular y entidades de vía biliar (13), sin que se conozca en nuestro país su situación en seniles. Igualmente, se desconoce las preferencias del anciano hacia el acto quirúrgico, que ideas o angustias le rodean respecto del acto operatorio y el estado de depresión que pueda

comprometer la cirugía (14).

Nuestros objetivos fueron determinar la variación en las entidades y cantidad de pacientes seniles operadas en dos periodos de tiempo, las diferencias de morbilidad y mortalidad en esos lapsos, conocer algunas de las condiciones médicas preoperatorias (Depresión, aceptación del acto quirúrgico) y del resultado tanto del manejo de la colecistectomía laparoscópica como de la obstrucción intestinal.

Metodología.

El estudio se dividió en tres etapas; la primera retrospectiva, fue para enumerar los casos intervenidos en ancianos de marzo de 1991 a febrero de 1992 y comparar con el periodo de marzo de 1995 a febrero de 1996 en la población del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (HGIZ); en la segunda parte transversal, se estableció la depresión y aceptación del acto quirúrgico de los pacientes operados por urgencia y electivos entre enero a junio de 1997, recabando en una cédula de captación de datos las variables de edad, procedimiento operatorio, morbilidad y mortalidad, escala de depresión de Yesavage (15) con normalidad hasta 10 puntos y límite 13 puntos (16), aceptación del acto operatorio por el deseo de vivir, autorización por el senil del acto quirúrgico, temor de su intervención, motivo de retardo de la cirugía y motivaciones de ser intervenido.

No se efectuó cambios en el manejo quirúrgico habitual, ni en la seguridad o integridad del paciente; solo se captaron los datos por lo cual el estudio se clasificó como sin riesgo según la ley general de salud en materia de investigación en humanos artículo 17, capítulo I (17). Se excluyeron los

pacientes ingresados para protocolo de estudio o fallecidos antes del acto quirúrgico; en la tercera etapa, prospectiva, se analizó los casos de CL de enero de 1995 a julio de 1998 de manera electiva que cumplieran con los criterios de Alponat (18) y Voyles (19), con Goldman <II y ASA <III (6). Del 1 de diciembre de 1996 al 31 de julio de 1998 se estudió el manejo del paciente con OI. Se establecieron las diferencias para los dos periodos de tiempos y de los casos atendidos de urgencia contra electivos tabulando los datos globales y comparandolos por medio de chi cuadrada con $P < 0.05$.

Resultados.

En el primer periodo se realizaron 1231 procedimientos con 10.6% de ancianos, para el segundo se realizaron 1226 actos operatorios con 15.5% en seniles, e incremento de los casos operados ($\chi^2=10.34$, $P < 0.0001$). La mortalidad se incrementó por el tipo de diagnósticos atendidos por urgencias y la morbilidad se decrementó gracias a mejoras del manejo perioperatorio, con diferencias en la morbimortalidad en ambos periodos (cuadro 1). Existieron diferencias entre los cuadros operados en 1991, donde las enfermedades de pared fueron mayoría sin percibirse en los cinco primeros lugares problemas oncológicos (Cuadro 2), a diferencia de 1995 donde las entidades dependientes de la vía biliar son las más relevantes con tendencias a presentarse casos oncológicos (Cuadro 3).

Respecto de las preferencias del senil a ser operado, se analizaron 83 casos, con un 100% de referencia de deseo de seguir viviendo, contar con apoyo familiar 96.4%, sus parientes como motivación de vivir 37.3%; falla en el diagnóstico y retardo en su envío en 39.8% (Cuadro 4), autorización del acto operatorio por el mismo anciano 74.7%. Solo 4 casos no desearon ser

operados por recomendación esto de otro médico, ya que refirieron que por ancianos morirían si eran intervenidos, lo que sucedió en 2 casos sin poder ser sometidos a cirugía por su expresa solicitud y dos casos se dieron de alta voluntaria.

Respecto de depresión, se encontró en 83 casos una prevalencia del 25.3%, con situación limítrofe de 20.5% siendo en total el 45.3%. De 47% de casos electivos y 53% de urgencia, existió una mayoría de personas deprimidas por urgencia, que programados no deprimidos con $\chi^2 = 12.47$ y $P < 0.001$ con diferencia estadísticamente significativa (Cuadro 5).

En la CL se captaron 728 adultos con 62 seniles (7.14%) con edad promedio de 69.9 (65 a 84) años de edad; 82% mujeres y 18% hombres; promedio de tiempo operatorio 78 (35 a 225) minutos (Cuadro 6).

De 1359 cirugías realizadas entre diciembre de 1996 a julio de 1998, 348 procedimientos fueron en seniles, con 29.8% casos manejados como urgencia, siendo la OI la primer causa de intervención (Cuadro 7); de los motivos de OI, predominó los problemas de pared en 37.5% seguido de los de adherencias (Cuadro 8).

Discusión.

El incremento de ancianos en México es comparable al de nuestro estudio que pasó de 1991 en 10.6% a 1995 con 15.5% ($p < 0.0001$) sin aumentar el número de procedimientos quirúrgicos en la población adulta general ($p > 0.5$), haciéndonos parte del grupo de países que experimentará un incremento de este tipo de población en el próximo siglo (4). Establecido el parámetro de 1991 en nuestro estudio, se observa un paso de las entidades de pared al de entidades de la vía biliar que se asemeja con otros estudios nacionales (7,8) pero con la tendencia descrita en Norteamérica respecto de las entidades oncológicas (4), es de especial atención en nuestra población de bajos recursos que siga en frecuencia las entidades dependientes de pie diabético (8), mientras que en otras de mejor nivel social, se describen entidades dependientes de estómago (9).

Respecto de la morbilidad tenemos un nivel similar en ambos periodos con significancia ($p < 0.01$), que está dentro de los parámetros nacionales del 23 (10) a 46% (9). El incremento en la mortalidad (4.4%) se ha presentado por el grado de gravedad de los pacientes operados por urgencias, aunque se encuentre dentro de los rangos nacionales que van de 1.1 (10) a 11.7% (9).

El estado perioperatorio del paciente influye en gran medida del resultado final de la cirugía en seniles, de esto, la depresión juega un papel básico en la sobrevida del paciente tanto por la aceptación de su acto operatorio (14), como se ha observado una asociación de mortalidad con este estado en paciente no quirúrgicos (20), relación que se observó en nuestro estudio con un incremento de casos ingresados por urgencias deprimidos con relación a los electivos, así como una falta de cabal aceptación del acto operatorio en 4 de estos sujetos, con peor pronóstico los deprimidos que los no deprimidos con $P < 0.001$ (Cuadro 5); así mismo, se estableció una prevalencia mundialmente no detectada antes en pacientes quirúrgicos de depresión que, para nuestra unidad fue del 45.3%. Respecto de este estado perioperatorio, éticamente implica mucho la actitud del anciano hacia su acto operatorio, por lo que recomendamos una triple toma de decisión y cooperación del paciente senil, los familiares y el cirujano tratante para el éxito del procedimiento (21), por encontrar tanto una determinación personal del anciano de ser intervenido hasta en 74% de los casos, con 100% de deseo de vivir; que no fue el retardo por su decisión, sino la incorrecta y lenta referencia del médico general, en la mayor parte de los casos médicos

particulares: Si bien se encontró un apoyo familiar del 94% y una motivación al senil del 37%.

Respecto de las entidades sometidas a CL se encuentra marcadas diferencias al comparar con otros estudios los beneficios de someter a cirugía electiva de colecistitis crónica (Cuadro 6). Destacamos el beneficio de actuar con criterios éticos que beneficien a la reincorporación del paciente senil (22) y un rápido egreso, limitando entidades nosocomiales (23), y reintegrarlo a su vida familiar con el mínimo trauma psíquico y operatorio (24).

Los procedimientos de urgencia siempre se han distinguido en seniles por su alta mortalidad (7); sobretodo, por el retardo en la cirugía tanto por mal diagnóstico por lo confuso del cuadro clínico dado el alto umbral al dolor (25), así como por el diferimiento del procedimiento en sí (26). Varió nuestra población respecto a lo que se tiene entendido como causa de OI siendo en otras referencias la colecistitis (13), siendo en nuestro estudio los problemas de pared, los cuales no se identificaron o referenciaron de primer a segundo nivel, por lo que estas urgencias pudieron haberse manejado electivamente.

Conclusiones.

La necesidad de atención en el paciente anciano por incremento de su importancia poblacional en una nación (5) y las variables que se dan por cambios en su metabolismo en el acto quirúrgico (6) hacen de este tipo de pacientes, objeto de un cuidadoso manejo perioperatorio sin que la edad en sí sea un factor en contra (7). Encontramos un incremento del número de casos operados en seniles en nuestra unidad (15.5%), así como de una variación en el tipo de entidades operadas, pasando de los problemas de pared que si bien, representan problemas graves en estos pacientes (11), han dejado a las entidades de la vía biliar su predominio en este y otras series consultadas (7,9,10) con variaciones en resto de las entidades predominantes, probablemente por razones socioeconómicas. También existió una variación de los casos de urgencia en nuestra serie ya que las entidades de pared abdominal predominan sobre las de vía biliar existentes en otras series, por lo que habrá de remitirnos en el ámbito de referencia para detectar a tiempo estas y tratarlas de manera electiva.

La morbimortalidad varió, acorde a las condiciones del paciente, complicándose en los casos de urgencia (27) como se dio en nuestra serie con

niveles de mortandad de 4.4% y morbilidad del 20%. Para evitar estos problemas, debemos hacer una adecuada valoración del beneficio del procedimiento operatorio en seniles (28), y un adecuado conocimiento de las características de la cirugía en ancianos (29) controlando las entidades agregadas, sobretodo Diabetes Mellitus, cardiopatías y neumopatías (30), mejorando su calidad de vida y brindando una reincorporación adecuada y pronta al entorno del anciano (24), sin dejar escapar aspectos como la depresión con prevalencia en nuestro estudio del 46.3%, que en otras series se acompaña de una terrible predisposición a mortalidad, lo que hace mandatorio controlar este y otras entidades de manera perioperatoriamente.

Respecto de las preferencias del senil, observamos en nuestro estudio un deseo al 100% de vida, así como una autodeterminación al acto operatorio del 74%, constituyendo una triada de responsabilidad con su entorno familiar, para el bioético y clínico éxito del acto operatorio.

Una opción necesaria a corto plazo, es la creación de servicios u hospitales especializados en ancianos, como los de veteranos de Guerra en E.U., la unidad de jubilados de la Secretaria de la Defensa Nacional o la Unidad de Geriatria de C.M.N. siglo XXI (I.M.S.S.), con lo cual se optimiza

los medios y recursos económicos en bien de los derecho habientes, desahogando a los Hospitales de tercer nivel de esta creciente población, al ser tratado por un experto en geriatría (31) y creando un trabajo multidisciplinario tan necesario y reconocido en Europa, Sudáfrica y E.U. para lograr una terapéutica eficaz en el senil (23, 32)

Referencias.

- 1) Gutiérrez R.L.M. Perspectivas para el desarrollo de la Geriatria en México. Sal Pub Méx. 1990 ; 32 : 693 – 701.
- 2) I.N.E.G.I. La tercera edad en México. 2/a edición Ediciones I.N.E.G.I. México 1993.
- 3) I.N.E.G.I. Resultados definitivos del tabulador básico Distrito Federal. Censo 1995. Ediciones I.N.E.G.I. México 1996.
- 4) Zenilman M.E. Intervenciones quirúrgicas en el anciano que está en una casa hogar. Clin Qgc N Am. 1994 ; 74 : 73 – 90.
- 5) Alvarez G.R. Brown M.J. Encuesta de las necesidades de los ancianos en México. Sal Pub Méx. 1983 ; 25 : 21-75.
- 6) Shustad D.G. Linds R.W. Perioperative assessment and management in older patients ; en : Grimey E. Franklin W. Oxford textbook of Geriatric Medical. Oxford Medical Published. Oxford 1992 : 674 – 682.
- 7) García G. Gutiérrez C.A. González O.A. López L.C. Análisis de factores de riesgo para morbilidad y mortalidad en pacientes mayores de 60 años tratados por patología quirúrgica electiva y de urgencia. Cir Gral. 1995 ; 17 : 1 – 6.

- 8) Aragón M.A. González M.D. Patología quirúrgica mas frecuente en pacientes ancianos [Resumen]. Cir Gral. 1996 ; 18(Supl 1) : 27.
- 9) Robledo O.F. Mier D.J. Cirugía en pacientes ancianos, análisis de 500 casos. Cir Gral. 1995 ; 17 : 389 – 394.
- 10) Gil G.C. Chacón A.J.A. Morbimortalidad de la cirugía electiva en pacientes geriátricos [Resumen]. Cir Gral. 1996 ; 18 (Supl 1) : 49.
- 11) O'Shea D. Wynne H.A. Disorders of the liver, gall bladder and pancreas. Rew Clin Gerontol. 1996; 6: 231 – 240.
- 12) Rosenthal R.A. Trastornos del intestino delgado y hernias de la pared abdominal. Clin Qgc N Am. 1994 ; 74 : 301 – 331.
- 13) Abi-Hanna P. Gleckman R. Acute Abdominal pain: a medical emergency in older patients. Geriatrics. 1997; 52 (7): 72 – 74.
- 14) Roca R. Aspectos psicológicos de la asistencia quirúrgica. Surg Clin N Am. 1994; 74: 265 – 285.
- 15) Yesavage J. Brink T.L. Development and validation of a geriatric depression scale. A preliminary report. J Psychiatr Res. 1983; 17: 37 – 49.

- 16) Lachs M.S. Feinstein A.R. Cooney L.M. Drickamer M.A. et.al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med.* 1990; 112: 699 – 706.
- 17) Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud; en: *Ley General de Salud.* 12/a ed. Editorial Porrúa. México 1995 : 412 - 414.
- 18) Alponat A. Predictive factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy. *World J Surg.* 1997; 21: 629 – 633.
- 19) Voyles C.R. Sanders D.L. Hogan R. Common bile duct evaluation in the era of laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg.* 1994; 219: 744 – 752.
- 20) Gazini L. Smith D.M. Fenn D. S. Lee M.A. Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1997; 45: 307 – 312.
- 21) Rodríguez-Paz C.A. Palacio V.F. Ayala M.A. Vargas A.A. Castro M.A. Prevalencia de depresión en el anciano preoperatorio de Cirugía General [Resumen]. *Rev Fac Med UNAM.* 1997; 40 (Supl 1): 20
- 22) Goldstein M.K. Ethical care of the elderly . Pitfalls and principles. *Geriatrics.* 1989; 44 (3): 101 – 106.

- 23) Chapman T. Jack B. The discharge of elderly patients from hospital.
Rew Clin Gerontol. 1996, 6: 241 – 247.
- 24) Rodríguez-Paz C.A. Palacio V.F. Ayala A.M. et.al. Resultados del
manejo de colecistectomía laparoscópica en seniles [Resumen]. Cir Gral.
1997 ; 19 (Supl 1) : 64.
- 25) Robbins L.J. The hospitalized elderly patient; capítulo 7 en: Schrier
R.W. Geriatric medicine. Saunders company. Philadelphia 1990: 54 – 67.
- 26) Javett S.L. Some aspects of emergency surgery in the geriatric patient.
South Afr Med J. 1972; 46: 2026 – 2032.
- 27) Martínez-De Jesús F.R. Vallejo R.M. Morales G.M. Pérez M.A..
Síndrome abdominal agudo en el anciano, estudio comparativo entre
pacientes diabéticos y no diabéticos. Rev Gastroenterol Méx. 1995 ; 60 :
211 – 214.
- 28) Hirsch C.H. When your patient needs surgery : how planning can avoid
complications. Geriatrics. 1995 ; 50 (3) : 39 – 4
- 29) Garza-Flores J.H. Basurto Kuba E. Vázquez Ortega R. Cirugía en
ancianos. Cir Gral. 1997 ; 19 : 32 – 36.

- 30) Sánchez F.P. Cruz C. Robledo D.F. Mier y Díaz J. Blanco B.R. Cirugía gastrointestinal en pacientes mayores de 65 años. *Cir Cir.* 1997 ; 65 : 2 – 5.
- 31) Rodríguez-Paz C.A. La atención en Geriatria, la necesidad de un Centro Médico Multidisciplinario. *Gac Fac Med UNAM.* 1998 Mar 10; 24 (401): 4.
- 32) Gold S. Bergman H. A geriatric consultation team in the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc.* 1997; 45: 764 – 767.
- 33) Berhman S.W. Laparoscopic cholecisectomy in the geriatric population. *Am Surg.* 1996; 62: 386 – 390.
- 34) Cervantes C.J. Colectomía laparoscópica en la séptima, octava, novena y décima décadas de la vida. *Cir Cir.* 1995; 63: 169 – 173.
- 35) Mangunson T.H. Laparoscopic cholecistectomy in the geriatric population. *Am Surg.* 1997; 63: 91 – 96.
- 36) Solano M.J. Colectitis aguda en el paciente anciano; ¿La cirugía por vía laparoscópica es la mejor elección? [Resumen]. *Cir Gral.* 1997 ; 19 (Supl 1) : 65.

Cuadro 1.

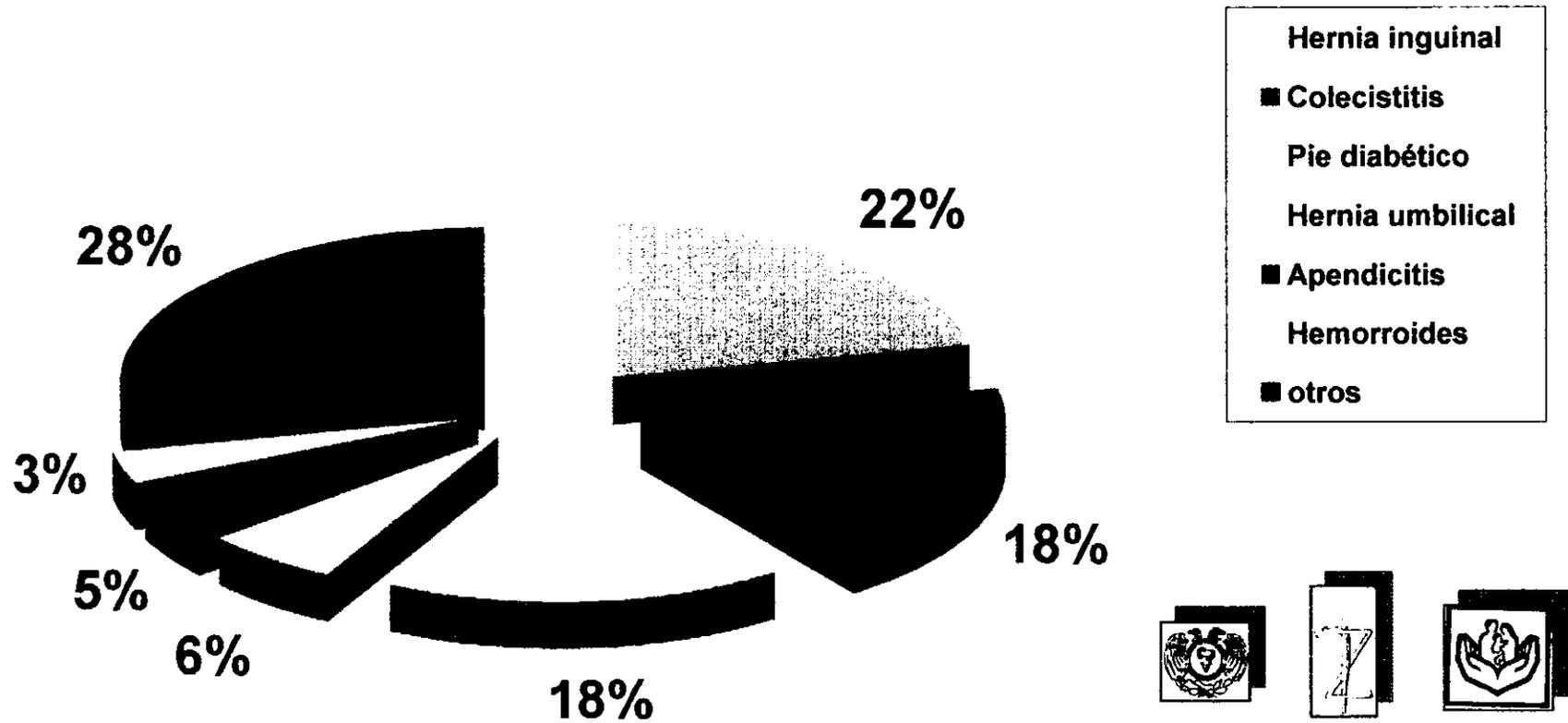
Datos demográficos de los pacientes operados en el Hospital Ignacio

Zaragoza I.S.S.S.T.E. en 1991 y 1995.

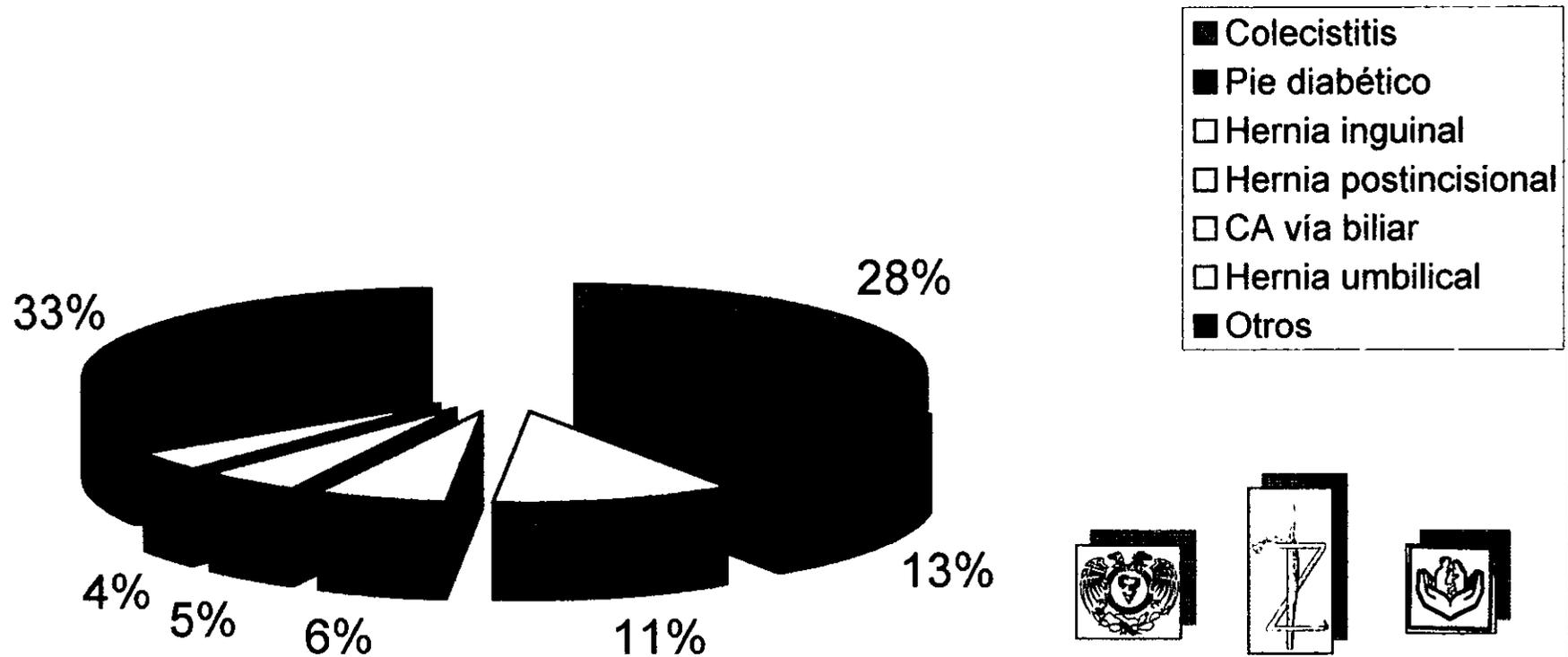
	1991	1995	P
Número de adultos	1321	1226	>0.5
Número de seniles	130	180	<0.0001
Media de edad en seniles	71.5	73.3	S.D.
Rango de edad en seniles	65 - 90	65 - 96	S.D.
Mortalidad	1.5	4.4	<0.0001
Morbilidad	23	20	<0.01

S.D. = no se realizó estudio estadístico.

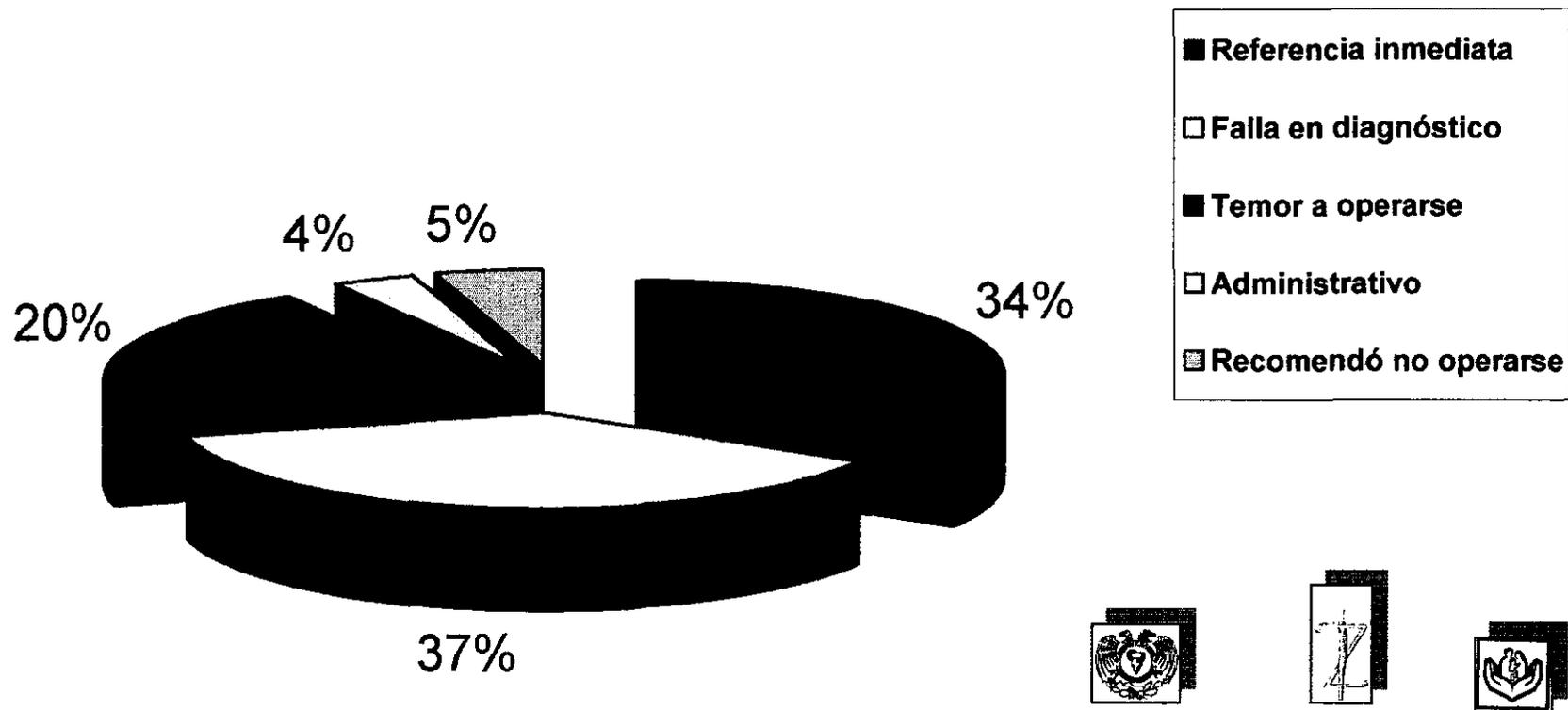
Cuadro 2. Casos operados en seniles en el Hosp. Ignacio Zaragoza en 1991



Cuadro 3.
Casos de pacientes seniles operados en el Hosp. Ignacio
Zaragoza, ISSSTE 1996.

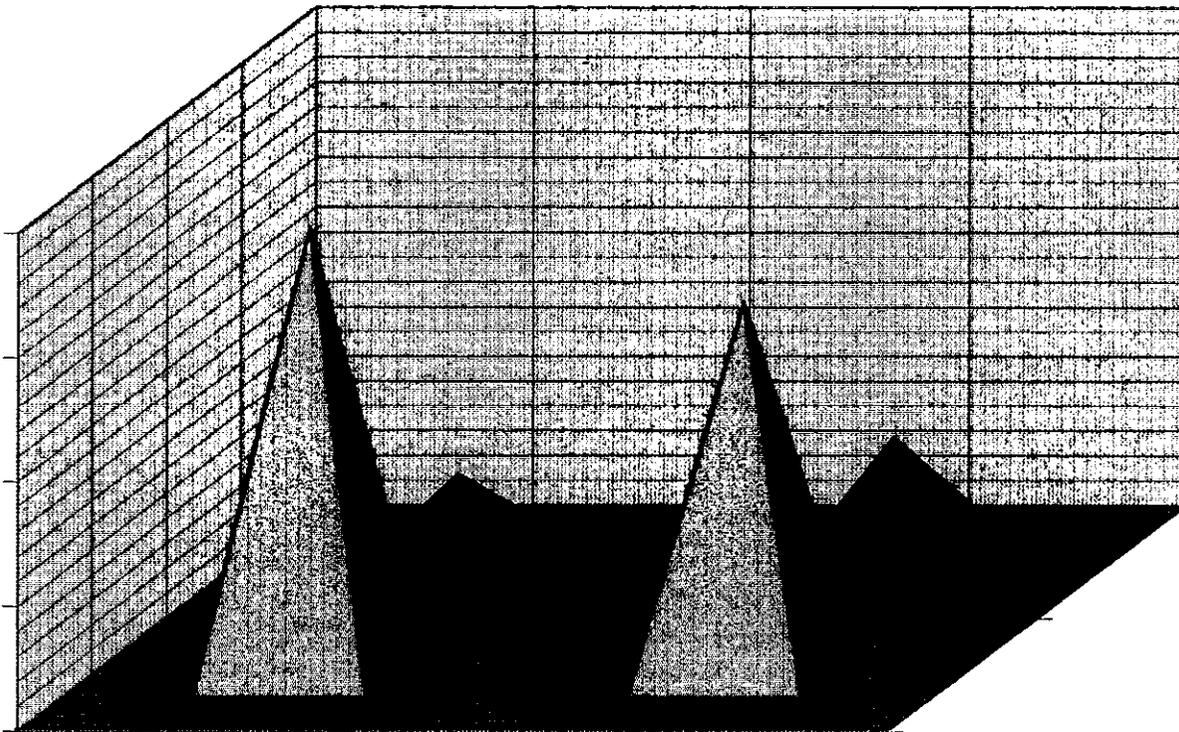


Cuadro 4. Causas de retardo en el manejo operatorio en seniles, 1997



Cuadro 5.

Comparación entre pacientes seniles deprimidos operados en el Hosp. Ignacio Zaragoza, 1997



	Programado	Urgencia
■ No deprimido	36	30
■ Deprimido	7	10

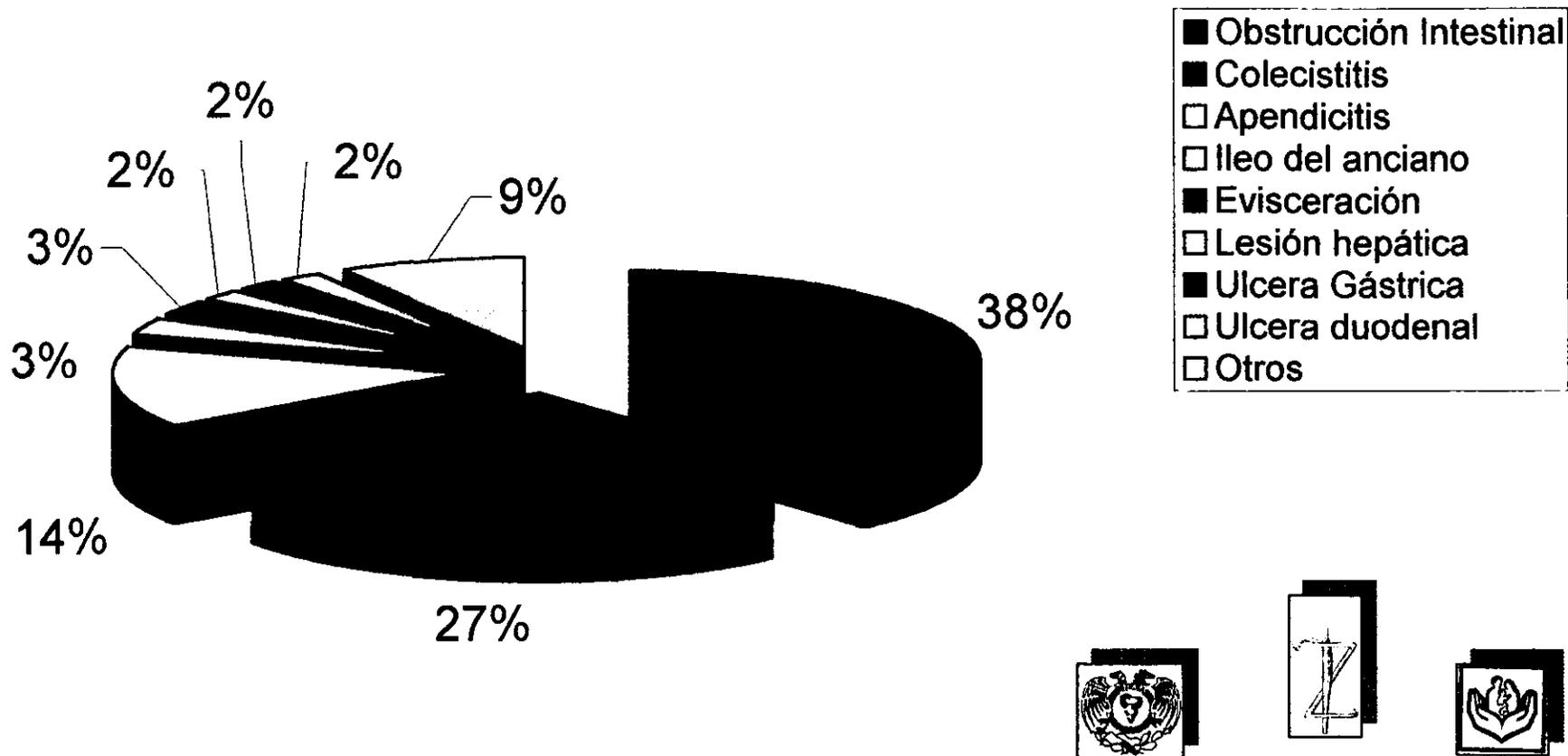
$\chi^2 = 12.47; P < 0.001 .$

Cuadro 6.

Resultados del manejo de colecistectomía laparoscópica en seniles en diversas series.

Autor	Casos (n)	Electivos (n)	Urgencias (n)	Morbilidad (%)	Mortalidad (%)	Conversion (%)
Berlman (33)	72	58	14	14	0	35
Cervantes (34)	187	114	73	11.7	1.6	2.6
Mangunson (35)	62	20	42	18	0	35
Rodríguez (24)	62	62	0	3.5	0	6.45
Solano (36)	153	116	37	32	0	24

Cuadro 7.
Motivos de cirugía de urgencia en seniles, Hosp. Ignacio Zaragoza, ISSSTE;
1996-1998



Cuadro 8.

**Causas de obstrucción intestinal en seniles,
Hosp. Ignacio Zaragoza, ISSSTE; 1996-1998.**

