



Revista Científica Estudiantil 2 de Diciembre

RECIBIDO: 2025/08/13

ACEPTADO: 2025/10/20

PUBLICADO: 2025/12/24

EDITORES:

Emma Aurora Herrera Solás

Rolando Javier Álvarez Pérez

EDITOR CORRECTOR:

MSc.Lic. Ismara Zamora León

Factores pronósticos de morbilidad en el adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico

Prognostic factors of morbidity and mortality in the elderly with acute surgical abdomen

Mariset Espinoza Benítez¹

● perezmartinezleosdanys5@gmail.com ✉ <https://orcid.org/0009-0003-7374-1176>

Leosdanys Pérez Martínez¹

● <https://orcid.org/0009-0003-3994-6856>

Marelvis La O Mendoza²

● <https://orcid.org/0009-0006-8506-9710>

Mirtha Johnson Quiñones³

● <https://orcid.org/0000-0002-6306-7902>

Arian Miguel Delgado Fernández⁴

● <https://orcid.org/0009-0004-7736-124X>

Melani Guibert de los Angeles Cabrera²

● <https://orcid.org/0009-0008-0320-5403>

¹ Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley. Granma.Cuba,

² Universidad de Ciencias Médicas de Granma.Cuba,

³ Hospital Provincial Ginecoobstétrico Fe del Valle Ramos. Granma.Cuba,

⁴ Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana.Cuba,

RESUMEN

Introducción: el abdomen agudo suele ser la causa más frecuente de cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor, este requiere una atención médica diferente con respecto al paciente joven y se asocia con una alta mortalidad. **Objetivo:** analizar los factores pronósticos asociados con la mortalidad en el adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico. **Método:** se realizó un estudio observacional, analítico, de cohorte, prospectivo durante el período de noviembre del 2021 al 2023, en el Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley, la población estuvo constituido por 479 pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo Quirúrgico. **Resultados:** las variables con valores estadísticamente significativos fueron la hipoalbuminemia (HR = 43,50; IC 95 % 13,66-138,48; p < 0,05), tiempo quirúrgico mayor de 80 minutos (HR = 1,59; IC 95 % 1,00-2,52; p < 0,05), sangrado transoperatorio mayor de 1000 ml (HR = 16,72; IC 95 % 4,92-56,81; p < 0,05), SRS (HR = 4,15; IC 95 % 2,61-6,59; p < 0,05) y polifarmacia (HR = 3,77; IC 95 % 3,36-6,02; p < 0,05). **Conclusiones:** la hipoalbuminemia se comporta como uno de los principales factores pronóstico de morbilidad quirúrgica en el adulto mayor con abdomen agudo.

Palabras clave: Abdomen Agudo, Adulto Mayor, Cirugía Abdominal, Factores De Riesgo, Morbilidad, Mortalidad.

ABSTRACT

Introduction: acute abdomen is usually the most frequent cause of emergency abdominal surgery in the elderly. It requires a different medical approach compared to younger patients and is associated with high mortality. **Objective:** To analyze the prognostic factors associated with mortality in elderly patients with surgical acute abdomen. **Method:** an observational, analytical, prospective cohort study was conducted from November 2021 to 2023 at the Celia Sánchez Manduley Clinical-Surgical Hospital. The population consisted of 479 patients diagnosed with surgical acute abdomen. **Results:** the variables with statistically significant values were hypoalbuminemia (HR = 43.50; 95% CI 13.66–138.48; $p < 0.05$), surgical time greater than 80 minutes (HR = 1.59; 95% CI 1.00–2.52; $p < 0.05$), intraoperative bleeding greater than 1000 ml (HR = 16.72; 95% CI 4.92–56.81; $p < 0.05$), SRS (HR = 4.15; 95% CI 2.61–6.59; $p < 0.05$), and polypharmacy (HR = 3.77; 95% CI 3.36–6.02; $p < 0.05$). **Conclusions:** the index developed and validated satisfactorily predicts surgical mortality in elderly patients with acute abdomen, as demonstrated by its discrimination and calibration.

Keywords: Acute Abdomen, Elderly, Abdominal surgery, Risk factors, Morbidity, Mortality.

Introducción

Se define abdomen agudo aquella situación crítica que cursa con síntomas abdominales graves y de evolución rápida, que se desarrolla en la cavidad peritoneal, y que, por lo general, exige la intervención quirúrgica urgente para evitar complicaciones graves o la muerte.(1)

Suele ser la causa más frecuente de cirugía abdominal de urgencia; el adulto mayor tiene un papel protagónico en las urgencias; requiere una atención médica y quirúrgica diferente con respecto al paciente joven y se asocia con una alta mortalidad.(1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como personas adultas mayores (PAM) a aquellas que tienen 60 o más años.(2) La población mayor de 60 años es el grupo de mayor crecimiento en el mundo. Representan el 10 % de la población mundial, se estima que las personas mayores de 60 años representarán el 32% de la población mundial en el año 2050, y se prevé que superarán el número de los niños.(2)

En Estados Unidos, Europa y Asia el envejecimiento presenta un ritmo progresivo. En América Latina y Cuba el envejecimiento es muy rápido, puesto que el promedio de vida al nacer en Cuba es de 78,15% en la mujer y 75,33% en el hombre. La isla exhibe uno de los envejecimientos más importantes del mundo de 22,3 %.(3)

El anuario demográfico de Cuba en el 2023 muestra un aumento progresivo de los mayores de 60 años, una población de 2 478 087 personas. En el año 2020 se realizaron más de 1 millón de intervenciones quirúrgicas en los adultos mayores y la entidad predominante fue el abdomen agudo quirúrgico con una mortalidad de 17 %.(4)

El abdomen agudo en el adulto mayor, no presentan las características clínicas típicas que el cirujano esperaría en ciertas afecciones intraabdominales, lo que contribuye además al retraso o al error diagnóstico. Por consiguiente, para llegar a la obtención de un correcto diagnóstico, es necesaria la valoración cuidadosa de la sintomatología en el adulto mayor.(5)

La tasa de mortalidad después de la cirugía urgente es considerablemente más alta en los ancianos, incluso en afecciones que generalmente se consideran de baja mortalidad. La mortalidad perioperatoria después de la cirugía abdominal urgente está entre el 15 y el 20 %, dependiendo de la edad y el diagnóstico y aumenta con cada década de edad más allá de los 50 años y llega a un 40-50 % en las personas mayores de 80 años.(5)

La investigación actual se realizó con el objetivo de determinar los factores pronósticos de mortalidad precoz en el adulto mayor con abdomen agudo quirúrgico.

Método

Se realizó un estudio observacional, analítico, de cohorte, con recogida prospectiva de datos en el servicio de Cirugía General del Hospital Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, en el período de noviembre de 2021 a noviembre de 2023. El universo estuvo constituido por 496 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico y la muestra se calculó por la fórmula de Freeman: $[n = 10 * (k + 1)]^7$, siendo k el número de variables independientes, quedando constituida por 479 pacientes.

Criterios de Inclusión

Pacientes mayores 60 años que se intervengan quirúrgicamente de forma urgente.

Pacientes que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes a los cuales no se confirme el diagnóstico de abdomen agudo por laparotomía.

En la investigación se describen dos etapas estrechamente relacionadas (identificación de factores de riesgo)

En la primera etapa, para conformar el modelo de desarrollo, se seleccionaron 239 pacientes, fueron identificadas dos cohortes: fallecidos ($n = 74$) y vivos ($n = 165$). En la segunda etapa se seleccionaron 240 pacientes que conformaron el modelo de validación. Igualmente fueron identificadas dos cohortes: fallecidos ($n = 50$) y vivos ($n = 190$).

Se evaluaron variables dependientes como fue en el caso de la mortalidad y variables independientes dentro de ellas están las sociodemográficas, clínicas, nutricionales, quirúrgicas, de laboratorio, como fueron : edad , sexo , comorbilidad, Albúmina media hipoalbuminemia, pliegue cutáneo, bajo peso , tiempo quirúrgico, neoplasias , sangrado transoperatorio, ASA III , SRS , número de fármacos, polifarmacia , índice de Barthel, Deterioro cognitivo, Delirium. El análisis estadístico incluyó Hazard Ratios (HR) y regresión multivariada. Se utilizaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos.

Todos los datos se recogieron de forma personal por los investigadores. Se diseñó una planilla confeccionada para asentar los datos en el proceso de su recogida .A cada paciente se le asignó un número de orden acorde con su inclusión en la investigación y luego fueron borrados todos los datos de identidad personal.

Los datos así obtenidos fueron agrupados en tablas y distribuidos en números absolutos y tanto por ciento. Se utilizaron los elementos del Microsoft Windows XP, en el caso de procesadores de datos numéricos el Excel, procesadores de textos como el Word y presentadores de resultados como Power Point para facilitar la comprensión de los mismos.

Durante el proceso de la investigación se recogieron todos los datos necesarios para la realización de la misma desde las Historias Clínicas (H.C) y las entrevistas realizadas a cada paciente. Se protegió la confidencialidad de los datos personales obtenidos en los registros médicos de cada paciente, los cuales sólo se usaron con fines investigativos y no divulgables en el orden personal. Se utilizaron las normas de la Declaración de Helsinki.

Resultados

En la **TABLA 1** se muestra que entre los datos antropométricos recogidos, se obtuvo la media de edad, que se situó $72.61 \pm 8,61$ años y con respecto al sexo el 58.6%(140) fueron masculino y el 41.4%(99) fueron femenino.

Tabla 1. Características de la primera cohorte de estudio

	Mortalidad		Total n = 239
	Fallecidos (n = 74)	Supervivientes (n = 165)	
Variables sociodemográficas			
Edad (años) media \pm DE	73,86(8,92)	72,05(8,43)	72,61(8,61)
	60 a 74 años	37(50)	99(60)
	75 a 84 años	27(36,5)	51(30,9)
	85 o más años	10(13,5)	15(9,1)
	Masculino	41(55,4)	99(60)
	Femenino	33(44,6)	66(40)
Variables de comorbilidad			
Comorbilidad n (%)	23(31,1)	56(33,9)	79(33,1)
Variables nutricionales			
Albumina media \pm DE	28,68(2,08)	33,45(3,03)	31,97(3,54)
Hipoalbuminemia n (%)	71(95,9)	37(22,4)	108(45,2)
Pliegue cutáneo n (%)	4(5,4)	7(4,2)	11(4,6)
Bajo peso n (%)	4(5,4)	7(4,2)	11(4,6)
Variables quirúrgicas			
Tiempo quirúrgico media \pm DE	81,66(36,24)	73,42(41,04)	75,97(39,72)
Neoplasia n (%)	4(5,4)	10(6,1)	14(5,9)
Sangrado transoperatorio n (%)	3(4,1)	0	3(1,3)
ASA III o superior n (%)	36(48,6)	72(43,6)	108(45,2)
SRS > 9 alto riesgo	38(51,4)	24(14,5)	62(25,9)
Variables farmacológicas			
Número de fármacos \pm DE	2,96(1,19)	2,27(1,01)	2,48(1,12)
Polifarmacia n (%)	42(56,8)	29(17,6)	71(29,7)
Variables de función física			
	Leve	53(71,6)	117(70,9)
	Moderado	18(24,3)	40(24,2)
	Grave	3(4,1)	8(4,9)
Barthel menor de 59 n (%)		2(2,7)	5(3)
			7(2,9)
Variables síndromes geriátricos			
Deterioro cognitivo n (%)	72(97,3)	161(97,6)	233(97,5)
Delirium n (%)	3(4,1)	6(3,6)	9(3,8)

En la **TABLA 2** se muestra que las variables que se destacaron mostrando valores estadísticamente significativos fueron: la hipoalbuminemia presente en 108 pacientes (45,2 %), y el tiempo quirúrgico mayor de 80 minutos en 95 paciente (39,7 %).

Tabla 2. Análisis bivariado de factores pronósticos de mortalidad en la primera cohorte de estudio.

Variables	Mortalidad		Total n = 239	HR	IC	p
	Fallecidos (n = 74)	Sobrevivientes (n = 165)				
Edad mayor de 76 años n (%)	35(47,3)	56(33,9)	91(38,1)	1,503	0,945-2,390	0,088
Masculino n (%)	41(55,4)	99(60)	140(58,6)	0,878	0,553-1,395	0,878
Comorbilidad n (%)	23(31,1)	56(33,9)	79(33,1)	0,831	0,500-1,382	0,476
Hipoalbuminemia n (%)	71(95,9)	37(22,4)	108(45,2)	43,500	13,664-138,486	0,000
Pliegue cutáneo n (%)	4(5,4)	7(4,2)	11(4,6)	1,194	0,436-3,274	0,730
Bajo peso n (%)	4(5,4)	7(4,2)	11(4,6)	1,194	0,436-3,274	0,730
Tiempo quirúrgico mayor de 80 minutos n (%)	36(48,6)	59(35,8)	95(39,7)	1,594	1,007-2,523	0,047
Neoplasia n (%)	4(5,4)	10(6,1)	14(5,9)	0,983	0,359-2,696	0,974
Sangrado transoperatorio n (%)	3(4,1)	0	3(1,3)	16,727	4,925-56,813	0,000
ASA III o superior n (%)	36(48,6)	72(43,6)	108(45,2)	1,211	0,765-1,916	0,414
SRS > 9 alto riesgo	38(51,4)	24(14,5)	62(25,9)	4,150	2,612-6,594	0,000
Polifarmacia n (%)	42(56,8)	29(17,6)	71(29,7)	3,779	2,369-6,028	0,000
Barthel menor de 59 puntos n (%)	2(2,7)	5(3)	7(2,9)	1,039	0,255-4,239	0,957
Deterioro cognitivo n (%)	72(97,3)	161(97,6)	233(97,5)	0,924	0,227-3,768	0,912
Delirium n (%)	3(4,1)	6(3,6)	9(3,8)	1,215	0,382-3,862	0,741

La TABLA 3 muestra que de las variables que constituyeron un factor de riesgo más ajustado de los factores predictivos de mortalidad a los 30 días, fue la hipoalbuminemia la que mostró resultados más significativos (IC inferior= 9,85 , superior = 101,46)

Tabla 3. Factores de riesgo de mortalidad primera cohorte.

	B	ET	Wald	p	HR	IC 95 % Exp(B)	
						Inferior	Superior
Hipoalbuminemia	3,45	0,59	33,68	0,00	31,61	9,85	101,46
Sangrado transoperatorio	1,27	0,63	4,00	0,04	3,55	1,03	12,26
SRS	0,98	0,24	15,84	0,00	2,65	1,64	4,29
Polifarmacia	0,81	0,24	10,99	0,00	2,24	1,39	3,61

En la TABLA 4 se puede apreciar que al comparar las diferencias de proporciones entre las principales variables de ambas cohortes solo mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) la hipoalbuminemia en 166 pacientes (34,65 %), ASA III o superior en 166 pacientes (34,65 %), y Barthel menor de 59 en 96 pacientes (20,04 %).

Tabla 4. Comparación entre la cohorte de desarrollo y de validación para las principales variables.

		Cohorte de desarrollo (n = 239)	Cohorte de validación (n = 240)	Total (n = 479)	P
Mortalidad n (%)		74(30,9)	50(20,8)	124(25,8)	0,06
Variables sociodemográficas					
Edad (años) media ±DE		72,61(8,61)	72,63(8,74)	72,62(8,67)	0,81
	60 a 74 años	136(56,9)	136(56,7)	272(56,8)	
Subgrupos de edad n (%)	75 a 84 años	78(32,6)	80(33,3)	158(33)	0,97
	85 o más años	25(10,5)	24(10)	49(10,2)	
Sexo	Masculino	140(58,6)	129(53,8)	269(56,2)	0,28
	Femenino	99(41,4)	111(46,3)	210(43,8)	
Variables de comorbilidad					
Comorbilidad n (%)		79(33,1)	84(35)	163(34,02)	0,65
Variables nutricionales					
Albumina media ±DE		31,97(3,54)	29,62(1,97)	30,79(3,09)	0,32
Hipoalbuminemia n (%)		108(45,2)	58(24,2)	166(34,65)	0,00
Pliegue cutáneo n (%)		11(4,6)	15(6,3)	26(5,42)	0,42
Bajo peso n (%)		11(4,6)	15(6,3)	26(5,42)	0,42
Variables quirúrgicas					
Tiempo quirúrgico media ±DE		75,97(39,72)	77,15(37,03)	76,56(38,36)	0,47
Neoplasia n (%)		14(5,9)	20(8,3)	34(7,09)	0,29
Sangrado transoperatorio n (%)		3(1,3)	2(0,8)	5(1,04)	0,65
ASA III o superior n (%)		108(45,2)	58(24,2)	166(34,65)	0,00
SRS		62(25,9)	56(23,3)	118(24,63)	0,50
Variables farmacológicas					
Número de fármacos ±DE		2,48(1,12)	2,47(1,14)	2,47(1,13)	0,85
Polifarmacia n (%)		71(29,7)	61(25,4)	132(27,55)	0,29
Variables de función física					
	Leve	170(71,1)	156(65)	326(68,05)	
Índice de Barthel n (%)	Moderado	58(24,3)	64(26,7)	122(25,46)	0,17
	Grave	11(4,6)	20(8,3)	31(6,47)	
Barthel menor de 59 n (%)		7(2,9)	89(37,1)	96(20,04)	0,00
Variables síndromes geriátricos					
Deterioro cognitivo n (%)		233(97,5)	188(78,3)	421(87,89)	0,00
Delirium n (%)		9(3,8)	27(11,3)	36(7,51)	0,02

En la TABLA 5 se puede observar que al igual que en los resultados de la cohorte de desarrollo, fue la hipoalbuminemia la que mostró resultados más significativos.

Tabla 5. Factores de riesgo de mortalidad en la segunda cohorte.

	B	ET	Wald	p	HR	IC 95 % Exp(B)	Superior
						Inferior	
Hipoalbuminemia	3,77	1,19	10,02	0,01	43,52	4,20	450,17
Sangrado transoperatorio	1,93	0,90	4,53	0,03	6,93	1,16	41,25
SRS	2,56	0,84	9,15	0,01	12,94	2,46	67,93
Polifarmacia	2,16	0,97	4,93	0,03	8,67	1,29	58,35

Discusión

La mortalidad es un indicador demográfico que se mide en tasa y refleja el estado de salud de la población. Pero la tasa cruda de mortalidad en la actividad quirúrgica no permite comparaciones interhospitalarias significativas debido a que no hay ajuste para diferentes poblaciones.(5)

El conocimiento de los factores de riesgo para los pacientes quirúrgicos permite prevenir su aparición y estratificar el riesgo de cada paciente para intensificar nuestra acción terapéutica y así lograr la modificación de estos.(5)

Por otro lado las urgencias en las operaciones incrementan en gran medida el riesgo operatorio en el adulto mayor, desde un 1 % para los casos programados hasta un 45 % para los procedimientos urgentes; sin dudas, resulta importante resolver de forma electiva y rápida todas las enfermedades quirúrgicas del adulto mayor antes de que se conviertan en una urgencia.(6)

En investigaciones recientes a nivel internacional los autores observaron que de una serie de 248 pacientes presentaron una mortalidad a los 30 días el 7.7 % después de una operación de urgencia, contra una de 6.8 % en caso de cirugía electiva. Existe también un consenso universal en que al prolongarse el tiempo quirúrgico, se hace más favorable la aparición de complicaciones intraoperatorias que dificultan el tratamiento y que ensombrecen la evolución y pronóstico de los pacientes, sobretodo en el periodo postoperatorio.(7), (8)

En el análisis multivariado, el tiempo quirúrgico mayor de 80 minutos $n = 36$ (48.6 %); $p = 0.047$ no tuvo significación estadística. Sin embargo Almanza P y col.(9)(2021)determinó que el tiempo quirúrgico fue significativamente inferior en los pacientes egresados vivos (112.8 DE = 44.1), en comparación con (149.2 DE = 57.9) en los fallecidos ($p = 0.001$).

Entre los datos antropométricos recogidos en esta investigación, se obtuvo la media de edad, que se situó $72,61 \pm 8,61$ años, con predominio del 56,9 % para edades comprendidas entre 60 y 74 años; resultado similar lo tuvo Cardozo F. y col.(10)(Paraguay 2017) con un promedio de 74 ± 8 años y 76 ± 8 , años, en hombres y mujeres, respectivamente.

En Cuba se observó que el comportamiento tendió a un incremento de los casos en la tercera edad, de 60-74 años, con un 51 %; y 35 % en el grupo de 75 - 89 años. Este comportamiento se podría explicar porque el índice de envejecimiento ha sido muy rápido en Cuba y además, son estos los que presentan menos limitaciones para ser sometidos a una cirugía mayor.(5)

De los pacientes recogidos en el estudio objetivamos predominio del sexo masculino frente al femenino. Sin embargo en el análisis multivariado, el sexo masculino no tuvo significación estadística. En una muestra similar, fue diferente el resultado Wu H(11) quien observó predominio del sexo femenino (54,7%) sobre el masculino (45,3%).

Respecto a las categorías nutricionales, la albumina media fue de 31,97 g/l. Resulta paradójico que mientras 108 pacientes presentaban riesgo de malnutrición por hipoalbuminemia, en 45,2 % el pliegue cutáneo y el bajo peso representó el 4,6 %. Cabe destacar que más del 50 % de la población presentó valores de índices antropométricos correspondientes con buen estado nutricional. Esto puede ser consecuencia de la dependencia de las variables de talla y peso según la edad.(12)

La comorbilidad estuvo presente en 79 pacientes que representa el 33,1 %, lo que es una característica del adulto mayor, es decir la presencia de la polipatología. En el análisis multivariado no tuvo significación estadística. Sin embargo, lo reportado por la literatura(9)es que la tercera edad padece de pluripatología: 3 - 4 en los pacientes ambulatorios y de 5 - 6 en los internados.

Llama la atención la alta incidencia (170 pacientes, 71,1 %) de deterioro funcional basal al ingreso, aunque presentaron un índice de Barthel leve, solo el 4,6 % con 11 pacientes, presentó índice de Barthel grave.

Destaca Lizarbe y col.(13)en su serie (incidencia de 67,10 %) resultados que demuestran que existe una asociación significación $p = 0.0001$ (OR: 25.50; IC: 9.50 – 69.9) entre el riesgo de presentar complicaciones intrahospitalarias y la disminución de las actividades de la vida diaria funcionales.

En el estudio realizado, solo 9 (3,8 %) pacientes presentaron delirium en el análisis multivariado (HR = 1.215; IC 95 % 0.382 – 3.862; $p < 0,05$) $p = 0.741$ no presentó significación en la mortalidad. Esto se explica porque no se recoge en la historia clínica de forma habitual esta complicación ni por cirujanos ni por anestesiólogos, en el momento del posoperatorio inmediato, por lo que existen pocos registros de esta afección.

Respecto al deterioro cognitivo, los resultados obtenidos en el estudio realizado ,el 97,3 % de los pacientes fallecidos (con 72 casos) lo presentaron ,aunque en el análisis multivariado (HR = 0.924; IC 95 % 0.2275 - 3.768; $p < 0.05$) no presentó significación en la mortalidad. Destaca García Morales(14). en su tesis doctoral, que al 77,8 % se les aplicó el test, sufriendo deterioro el 67,7 %, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres.

En los casos estudiados se presentó hemorragia transoperatorio en 3 casos y los tres fallecieron, representaron el 1,3 % del total de pacientes; sin embargo, en el análisis multivariado, el sangrado transoperatorio mayor de 1000 ml mostró (HR = 16.72; IC 95 % 4.92 – 56.81; $p < 0.05$) alta significación estadística con una $p = 0.000$, constituyendo un factor predictor de mortalidad, por lo que se incluye en el modelo.

En un estudio sobre mortalidad perioperatoria de los pacientes quirúrgicos sobre 88 412 pacientes, encontrando que las complicaciones intraoperatorias, en especial la hemorragia y las complicaciones cardiacas se presentan en los casos de cirugía más compleja y que fallecieron durante el acto quirúrgico.(12)

La distribución de pacientes respecto a la clasificación de ASA con 45,2 %, clasificaron en la categoría III o superior. En el análisis bivariado la $p = 0.414$, no fue significativa.A diferencia de Cardozo Fernández(10)con predominio de ASA III (33,3%), seguidos de la ASA II y I, ningún caso estuvo en la categoría V.

El número de fármacos utilizados por los adultos mayores en la cohorte fue de 2,48 con una desviación estándar de 1,12. La polifarmacia en el análisis multivariado fue significativa (HR = 2.24; IC 95 % 1.39 – 3.60; $p < 0.05$).

Conclusiones

La hipoalbuminemia es un factor pronóstico crítico para la morbilidad en adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico (HR 43,50). Es esencial optimizar el estado nutricional y manejar adecuadamente el sangrado intraoperatorio. Además, el SRS (HR 4,15) sugiere una respuesta inflamatoria severa, requiriendo vigilancia continua y revisión de medicamentos para minimizar complicaciones postoperatorias.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

MEB: Conceptualización; Análisis formal; Investigación; Metodología; Administración del proyecto; Recursos; Supervisión; Validación; Visualización; Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición

LPM: Análisis formal; Investigación; Metodología; Software; Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición

MLM: Curación de datos; Investigación; Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición

MJQ: Investigación; Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición

AMDF: Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición

MGAC: Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rodríguez Pascual Y, Solarana Ortiz J, Domínguez López AY, Hidalgo Vega E. Abdomen agudo quirúrgico en adultos mayores. Rev Cubana Cir [Internet]. 2024 [citado 13 Ene 2026];63:e-1658. Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1658/880>
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y salud: Datos y cifras [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2025 [citado 13 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- (3) Carrillo EA. Fragilidad como predictor de morbilidad postoperatoria [Internet]. Bucaramanga, Santander, Colombia: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Escuela de Medicina; 2025 [citado 13 Ene 2026]. Disponible en: <https://noesis.uis.edu.co/server/api/core/bitstreams/646af90b-4daf-480e-b885-a38825136df5/content>
- (4) Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud [Internet]. 2022 ed. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2023 [citado 13 Ene 2026]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2023/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022.pdf>
- (5) Hinojosa Elías R, Rodríguez Fernández Z, Calás Balbuena RM. Caracterización clínica, evolutiva y terapéutica de los pacientes con complicaciones tras cirugía abdominal de urgencia. Rev. cuba. med. mil [Internet]. 10 de junio de 2025 [citado 13 de enero de 2026];54(2):e025076254. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/76254/3009>
- (6) Calás Balbuena RM, Falcón Vilariño GC, Rodríguez Fernández Z, Romero García LI, Piña Prieto LR. Factores predictores de complicaciones quirúrgicas infecciosas en adultos mayores tras cirugía abdominal de urgencia. Rev. cuba. med. mil [Internet]. 2022 [citado 13 Ene 2026];51(4):e02202047. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2047/1594>
- (7) Heutlinger O, Acharya N, Tedesco A, Ramesh A, Smith B, Nguyen NT. Optimización nutricional del paciente quirúrgico: una revisión narrativa. Adv Nutr [Internet]. 2025 [citado 13 Ene 2026];16(1):100351-62. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/translate/goog/science/article/pii/S2161831324001856?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc
- (8) Repositorio institucional UNCP .Morbilidad en pacientes adultos mayores con abdomen agudo quirúrgico.[Internet]. 2026 . Disponible en : <https://repositorio.uncp.edu.pe/items/af72490d-5abb-4488-a153-f27f65b18ac0>
- (9) Almanza Pérez, Tamayo Mirl, Hidalgo Hechavarría R. Caracterización de la mortalidad quirúrgica en el servicio de cirugía general del hospital Dr. Ernesto Guevara de la Serna. Año 2019-2020. Opuntia Brava [Internet] 2021 [citado 2 de junio del 2025];13(1):190-7. Available from: <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1194>
- (10) Cardozo Fernández OM, Aguilera Gaona E, Ferreira Gaona MI, Díaz Reissner CV. Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud [Internet]. 2017 [citado 13 ene 2026];15(1):48-56. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1891/1830>
- (11) Wu H, Yan S, Cao H, Feng C, Zhang H. Unraveling the impact of frailty on postoperative delirium in elderly surgical patients: a systematic review and meta-analysis. BMC Anesthesiol [Internet]. 2025 [citado 13 Ene 2026];25:114-24. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12871-025-02994-3.pdf?>
- (12) De la Torre Morales R , Remedios Brismat I , Marza Pierre R , Sosa González G. Factores pronósticos de mortalidad por abdomen agudo no traumático en adultos mayores. La Habana.2020 .[Internet] 2020 [citado 13 Ene 2026] ; 30(25). Disponible en : <https://share.google/dGEidHSTw2fJzw017>
- (13) Lizarbe Castro MV, Gamarra Samaniego P, Parodi García JF. Factores de riesgo asociados a complicaciones intrahospitalarias, en adultos mayores del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima, 2010. Horiz. Med. [Internet]. 2015 [citado 13 ene 2026];15(1):38-48. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12959/284/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20a%20complicaciones%20intrahospitalarias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

(14) García Morales D . Morbimortalidad de la cirugía de urgencia en el paciente octagenario . México 2024 . [Internet] 2024 [citado 13 Ene 2026]; 18(4) . Disponible en : https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2024000400469



Este artículo está publicado bajo la licencia **Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)**. Se permite su reproducción, distribución y adaptación siempre que se cite correctamente la fuente original.