

**ARTÍCULO ORIGINAL****Factores pronósticos de mortalidad en postoperados de abdomen agudo oclusivo****Prognostic factors for mortality in patients postoperatively with acute occlusive abdomen**

Rosibery Samón-Marrero <sup>1</sup> , Yalit Perez-Roblejo <sup>1</sup> , José González-Molina <sup>1\*</sup> , Yanila Savon-Robert <sup>1</sup> , Yanet Blanco-Robles <sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. Guantánamo, Cuba

\*Autor para la correspondencia: [josegonzalezmolina621@gmail.com](mailto:josegonzalezmolina621@gmail.com)

**Recibido:** 21 de noviembre de 2024  
**Aprobado:** 20 de enero de 2025

**RESUMEN**

**Introducción:** la etiología quirúrgica representa un motivo frecuente de ingreso en a la unidad de cuidados intensivos. **Objetivo:** determinar el comportamiento de los factores pronósticos de mortalidad en los pacientes postoperados de abdomen agudo oclusivo que ingresaron en el servicio de cuidados intensivos del Hospital General Dr. Agostinho Neto de 2022-2023. **Método:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos (n = 56) con diagnóstico de posoperado de oclusión intestinal. Se estudió el estado al egreso, edad, sexo, comorbilidad, complicaciones, disfunción de órganos, estado nutricional. Se calculó el odds ratio (OR) para cada variable estudiada. **Resultados:** todas las variables seleccionadas constituyeron factores de riesgo independientes para la mortalidad en los pacientes postoperados de

oclusión intestinal, pero las que presentaron una mayor probabilidad de morir fueron: complicarse con SDRA (OR: 7,1; IC 95 % 5, 1-8, 4) y con Falla multiorgánica (OR: 6,3; IC 95 % 3, 9-8, 6). Presentar un APACHE II mayor de 20 puntos elevo la probabilidad de morir en 7 veces (OR: 6,7; IC 95 % 3, 9-8, 7); tener una edad mayor de 60 años elevo esta probabilidad en 5 veces (OR: 5,1; IC 95 % 2, 1-8, 4). **Conclusiones:** la edad mayor a 60 años, complicarse con SDRA y con falla multiorgánica además de presentar un APCHE II mayor de 20 puntos se erigen como factores causales en la explicación de la mortalidad

**Palabras clave:** mortalidad; pacientes posoperados; oclusión intestinal; complicaciones.

**ABSTRACT**

**Introduction:** surgical etiology is a common reason for admission to the intensive care unit. **Objective:** to

determine the behavior of prognostic factors for mortality in postoperative patients with acute abdominal occlusion admitted to the intensive care unit of Dr. Agostinho Neto General Hospital between 2022 and 2023. **Method:** a descriptive, retrospective, and cross-sectional study was conducted among patients discharged from the intensive care unit (n = 56) with a postoperative diagnosis of intestinal occlusion. The discharge status, age, sex, comorbidity, complications, organ dysfunction, and nutritional status were analyzed. The odds ratio (OR) was calculated for each variable studied. **Results:** all selected variables were independent risk factors for mortality in postoperative patients

with intestinal obstruction, but those with a higher probability of death were complications with ARDS (OR: 7, 1; 95 % CI: 5.1–8.4) and multiorgan failure (OR: 6.3; 95 % CI: 3, 9–8, 6). An APACHE II score greater than 20 points increased the likelihood of death sevenfold (OR: 6.7; 95 % CI: 3, 9–8, 7); being older than 60 years increased this likelihood fivefold (OR: 5.1; 95 % CI: 2, 1–8, 4). **Conclusions:** age greater than 60 years, complications with ARDS and multiorgan failure, and an APACHE II score greater than 20 points were causal factors explaining mortality. **Key words:** mortality; postoperative patients; intestinal obstruction; complications.

#### Cómo citar este artículo:

Samón-Marrero R, Perez-Roblejo Y, González-Molina J, Savon-Robert Y, Blanco-Robles Y. Factores pronósticos de mortalidad en postoperados de abdomen agudo oclusivo. Gac Med Est Internet]. 2025 [citado día mes año]; 6: 638. Disponible en: <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/638>

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas son unos de los más susceptibles de recibir asistencia intensiva, pues muchos presentan procesos fisiopatológicos complejos que deben ser evaluados y atendidos con métodos que solamente pueden desarrollarse por completo en las UCI.<sup>(1-3)</sup> La obstrucción intestinal mecánica (OIM) o íleo mecánico por definición es la oclusión del intestino que impide el paso hacia adelante del contenido intestinal, causando su acumulación proximal al sitio del bloqueo.<sup>(4)</sup> La evaluación de la mortalidad de los pacientes ingresados a las Unidades de Cuidados Intensivos no puede basarse en un número absoluto, sino en relación al riesgo de cada grupo de pacientes según sus características personales, sus comorbilidades y la severidad de la enfermedad; para lo cual es menester la utilización de alguna de las escalas diseñadas para tal fin, como lo son el APACHE II y III, el SAPS II y el MIPM II.<sup>(5)</sup> Es objetivo de la presente investigación: determinar el comportamiento de los factores pronósticos de mortalidad en los pacientes postoperados de abdomen agudo oclusivo que ingresaron en el servicio de cuidados intensivos del Hospital General "Dr. Agostinho Neto" de 2022-2023.

## MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo en los pacientes postoperados de abdomen agudo oclusivo que ingresaron en el servicio de cuidados intensivos del Hospital General “Dr. Agostinho Neto” de 2022-2023.

El universo estuvo constituido por 91 pacientes postoperados de oclusión intestinal ingresaron en el servicio de cuidados intensivos en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo en el año 2022-2023 ambos inclusive.

La muestra se estimó a partir de la fórmula del tamaño muestral, estimando una proporción para poblaciones finitas, tomando en consideración las siguientes asunciones: bajo el supuesto de un muestreo aleatorio simple para un error alfa 0.05 ( $2 \times 1.96$ ), una precisión de 0.03 (amplitud del intervalo de confianza IC de  $\pm 3\%$ ) y una estimación de “p” (proporción esperada) y “q” ( $1 - “p”$ ) igual a 0.5 (condición más desfavorable). Según los resultados de esta fórmula estadística se determinó el total de pacientes a estudiar, los cuales totalizaron 56 pacientes a estudiar.

*Criterio de inclusión:* aquellos pacientes que durante la revisión de la historia clínica se evidenció toda la información sobre las variables de estudio en el expediente clínico.

*Criterio de exclusión:* se excluyó del estudio aquellos pacientes que durante la revisión de la historia clínica se evidenció falta de información en el expediente clínico y no permitió cumplir los objetivos de la investigación.

*Criterio de casos:* se consideró como casos todos los pacientes que egresaron fallecidos y los que egresaron vivos a los cuales se les realizó operación por abdomen agudo quirúrgico oclusivo en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” durante año 2022-2023.

Los datos fueron incluidos en una hoja de cálculo Excel, luego con el paquete SPSS. Las unidades de análisis se agruparon en dos grupos.

La hoja de cálculo de Microsoft Excel contentiva de la información primaria, fue importada con el paquete estadístico SPSS versión 22, con el cual se realizó todo el procesamiento estadístico.

Para las variables cualitativas se calculó como medidas de resumen el número y el porcentaje; para las cuantitativas se realizará el test de Kolmogorov – Smirnov para establecer la asunción de normalidad de la variable, en caso de que la variable se distribuyera de forma distinta a la normal se previó la realización de una transformación logarítmica (Box Cox) para llevarla a la distribución gaussiana, se calculó la media y la desviación estándar DS luego se estableció la diferencia entre las medias X mediante la prueba t de Student y finalmente deshacer la transformación.

Las variables cualitativas se les aplicó la prueba de ji al cuadrado. Todos los análisis estadísticos se hicieron a dos colas (bilateral) y se consideró estadísticamente significativos los valores de p menores de 0,05.

En todas las variables categóricas nominales y ordinales, se estimará la fuerza de asociación del riesgo mediante el cálculo del odds ratio (OR) o razón de productos cruzados como medida para cuantificar la fuerza de la asociación, con sus respectivos intervalos de confianza.

Para la estimación del riesgo en variables politómicas se emplearán variables dummy. Las variables cuantitativas serán transformadas a variables categóricas teniendo en cuenta los valores con significancia clínica o en los valores reportados en publicaciones incluidas en este estudio, esto permitirá analizarlas y establecer la fuerza de asociación de riesgo mediante el OR y su intervalo de confianza. El intervalo de confianza que se utilizará será del 95 % y el valor p menor de 0,05.

Para probar la asociación de cada variable con el estado al egreso fallecido por oclusión intestinal, se construyeron modelos simples de regresión con una sola variable independiente (variable que se debe probar) y la variable estado al egreso como variable dependiente. Se determinó la probabilidad de fallecer por oclusión intestinal, atribuible al factor de riesgo identificado en cuestión, para ello se calculó la probabilidad (P).

En la investigación se consideraron los siguientes aspectos éticos:

- El investigador aseguró el anonimato de la información suministrada por ellos. El investigador se responsabilizó de la protección contra riesgos, daños y amenazas que pudieran afrontar los participantes en la investigación. El autor obtuvo las debidas autorizaciones para acceder al servicio de salud, observará y cumplirá las reglas de este servicio de salud. Durante la colección de la información básica para desarrollar el estudio y en el análisis de los resultados se consideraron todos los puntos de vista. Los resultados del estudio se reportaron con honestidad.
- A todos los pacientes incluidos o sus familiares, se les solicitó su consentimiento informado para la realización del estudio.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se puede mostrar que la edad media de todos los pacientes estudiados fue 59, 5 años con una desviación estándar de 18; para el grupo casos (fallecidos), la edad media fue de 60, 3 y para los egresados vivos de 52, 6 años; este resultado fue estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). El grupo etario que más incidió fue el de mayor de 60 años con el 53, 6 % ( $n=30$ ), siendo para los fallecidos en el 35, 7 % ( $n=20$ ). Hubo un discreto predominio del sexo femenino con el 53, 4 % ( $n=30$ ), pero al comparar ambos grupos no fue estadísticamente significativo ( $p > 0,05$ ). La edad media de todos los

pacientes en la UCI fue 13, 0 días y en el hospital de 18, 6 días; al comparar ambos grupos no fue estadísticamente significativo ( $p>0,05$ ).

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según variables demográficas y de interés

| Variables           | Población(N=56) | Grupo 1(N=27; 48,2%) | Grupo 2 (N=29; 51,8%) | P     |
|---------------------|-----------------|----------------------|-----------------------|-------|
| Edad X DS           | 59,5±18         | 60,3±9,3             | 52,6±10,4             | 0,034 |
| < 50                | 16 28,6         | 5 8,9                | 11 19,6               |       |
| 51-60               | 10 17,9         | 2 3,6                | 8 14,3                |       |
| >60                 | 30 53,6         | 20 35,7              | 10 17,9               |       |
| Sexo                |                 |                      |                       | 0,01  |
| Masculino           | 26 46,4         | 13 23,2              | 13 23,2               |       |
| Femenino            | 30 53,6         | 14 25,0              | 16 28,6               |       |
| Días en UCI         | 13,0±4,18       | 14,5±6,5             | 10,7±2,6              | 0,053 |
| Días en el hospital | 18,6±3,15       | 9,8±4,2              | 17,2±5,1              | 0,051 |

Fuente: Análisis estadístico

En la Tabla 2 se puede observar que la comorbilidad con mayor incidencia fue la HTA con 53, 6 % (n=30), seguido posteriormente por la diabetes mellitus con el 41, 1 % (n=23) y posteriormente por los procesos neoplásicos; pero la que resultó estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ) fue la diabetes mellitus ya que en los casos fue de 26, 7 % (n=15) y en los controles de 14, 3 % (n=8). En el 42, 8 % (n=24) de todos los pacientes estudiados el índice de masa corporal clasificó como normo peso; de forma general el IMC medio fue 29, 0 para toda la población estudiada, siendo para los casos de 23,8 y para los controles de 28,7; este resultado fue estadísticamente significativo ( $p<0,05$ )

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes según las comorbilidades y el índice de masa corporal

| Variables        | Población(N=56) | Grupo 1(N=27; 48,2%) | Grupo 2(N=29; 51,8%) | p     |
|------------------|-----------------|----------------------|----------------------|-------|
| Comorbilidad     |                 |                      |                      | 0,024 |
| HTA              | 30 53,6         | 19 33,9              | 11 19,6              |       |
| DM               | 23 41,1         | 15 26,7              | 8 14,3               |       |
| Neoplasias       | 14 25,0         | 8 14,3               | 6 10,7               |       |
| EPOC             | 9 16,0          | 4 7,1                | 5 8,9                |       |
| Anemias          | 7 12,5          | 4 7,1                | 3 5,3                |       |
| Cardiopatía      | 9 16,0          | 8 14,3               | 1 1,8                |       |
| IRC              | 5 8,9           | 4 7,1                | 1 1,8                |       |
| IMC X DS         | 29,0±5,5        | 23,8±5,5             | 28,7±2,8             | 0,00  |
| Bajo peso        | 7 12,5          | 6 10,7               | 1 1,8                |       |
| Normo Peso       | 24 42,8         | 12 21,4              | 12 21,4              |       |
| Sobrepeso        | 23 41,0         | 9 16,0               | 14 25,0              |       |
| Obesidad Grado I | 2 3,6           |                      | 2 3,6                |       |

Fuente: Análisis estadístico

Leyenda. IMC: índice de masa corporal.

La puntuación media del APACHE II para todos los pacientes estudiados fue de 16, 1 con una desviación estándar de 3, 5; siendo de 27, 7 para los casos y de 15, 3 para los controles, este resultado fue estadísticamente significativo ( $p<0,05$ ). Se pudo comprobar que en la medida que se elevaba la escala aumentaba la proporción del grupo fallecido (casos). Por su parte según el score SOFA, la distribución media de todos los pacientes estudiados 6, con una desviación estándar de 1, 7; siendo de 8, 0 para los casos con una

desviación estándar de 2, 1 y en los controles de 3,0 con una desviación estándar de 1,0, este resultado fue estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). (ver Tabla 3)

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes según las escalas de gravedad.

| Variables      | Población (N=56) | Grupo 1 (N=27; 48,2%) | Grupo 2 (N=29; 51,8%) | p     |
|----------------|------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| APACHE II X DS | 16,1±3,5         | 27,7±5,3              | 15,3±6,8              | 0,021 |
| < 10           | 15 26,8          | 2 3,6                 | 13 23,2               |       |
| 11-14          | 15 26,8          | 4 7,1                 | 11 19,6               |       |
| 15-19          | 13 23,2          | 8 14,3                | 5 8,9                 |       |
| ≥20            | 13 23,2          | 13 23,2               | - -                   |       |
| SOFA X DS      | 6,0±1,7          | 8,0±2,1               | 3,0±1,0               | 0,000 |

Fuente: Análisis estadístico

En el 35, 7% (n=20) el ASA 2 fue la que más insidió, siendo para los egresados fallecidos de 12,5% (N=7) y para los egresados vivos de 10, 7 % este resultado no fue estadísticamente significativo ( $p > 0,05$ ). El ASA 3 y 4 mostraron una igual proporción en todos los pacientes estudiados, pero al comparar en el ASA 4, en los casos fue del 16, 0 % (n=9) y en los controles de 7, 1 % (n=4) este resultado fue estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). (ver Tabla 4)

**Tabla 4.** Distribución de los pacientes según el estado clínico

| Variables | Población en estudio (N=56) | Grupo 1 (N=27; 48,2%) | Grupo 2 (N=29; 51,8%) | P     |
|-----------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| ASA 1     | 9 16,0                      | - -                   | 9 16,0                | 0,063 |
| ASA 2     | 20 35,7                     | 9 16,0                | 11 19,6               | 0,071 |
| ASA 3     | 13 23,2                     | 7 12,5                | 6 10,7                | 0,060 |
| ASA 4     | 13 23,2                     | 9 16,0                | 4 7,1                 | 0,025 |
| ASA 5     | 1 1,8                       | 1 1,8                 | - -                   | 0,056 |

Fuente: Análisis estadístico

Las complicaciones que más incidieron fueron: la falla multiorgánica con el 21, 4 % (n=12), siendo para los casos de 19, 6 % (n=11) este resultado fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) al compararlo con el grupo casos; le siguió en orden de frecuencia el síndrome de dificultad respiratoria aguda con el 19,6% (n=11) reportándose en los casos en el 16,1 (n=9) siendo este resultado estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). La peritonitis se reportó en 17,8% pero no tuvo asociación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). La otra complicación que tuvo una asociación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) fue la insuficiencia renal aguda que estuvo presente en el 16, 1 % (n=9), estando presente en 14, 3 % (n=8) de los casos. (ver Tabla 5)

**Tabla 5.** Distribución de los pacientes según las complicaciones realizadas.

| Complicaciones      | Población en estudio (N=56) | Grupo 1 (N=27; 48,2%) | Grupo 2 (N=29; 51,8%) |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| TEP                 | 8 14,3                      | 7 12,5                | 1 1,8                 |
| Falla multiorgánica | 12 21,4                     | 11 19,6               | 1 1,8                 |
| Peritonitis         | 10 17,8                     | 7 12,5                | 3 5,3                 |
| BNB                 | 8 14,3                      | 5 8,9                 | 3 5,3                 |
| Shock séptico       | 6 10,7                      | 6 10,7                | - -                   |
| SDRA                | 11 19,6                     | 9 16,1                | 2 3,6                 |

|                       |   |      |   |      |   |     |
|-----------------------|---|------|---|------|---|-----|
| Dehiscencia           | 5 | 8,9  | 3 | 5,3  | 2 | 3,6 |
| IRA                   | 9 | 16,1 | 8 | 14,3 | 1 | 1,8 |
| Absceso Intrabdominal | 2 | 3,6  | - | -    | 2 | 3,6 |
| Sepsis de la herida   | 7 | 12,5 | 2 | 3,6  | 5 | 8,9 |

Fuente: Análisis estadístico

Legenda: TEP: Tromboembolismo pulmonar; IRA: Insuficiencia renal aguda.

En la Tabla 6 se muestra el modelo predictivo de mortalidad según variables seleccionadas. Todas las variables seleccionadas constituyeron factores de riesgo independientes para la mortalidad en los pacientes postoperados de oclusión intestinal, pero las que presentaron una mayor probabilidad de morir fueron: complicarse con SDRA (OR: 7,1; IC 95 % 5,1-8,4) y con Falla multiorgánica (OR: 6,3; IC 95 % 3, 9-8, 6). Presentar un APACHE II mayor de 20 puntos elevo la probabilidad de morir en 7 veces (OR: 6,7; IC 95 % 3, 9-8, 7); tener una edad mayor de 60 años elevo esta probabilidad en 5 veces (OR:5, 1; IC 95 % 2, 1-8, 4)

**Tabla 6.** Modelo predictivo de mortalidad según variables seleccionadas

| Variables           | OR  | IC-95%   | P     |
|---------------------|-----|----------|-------|
| Edad > 60 años      | 5,1 | 2,1-8,4  | 0,02  |
| DM                  | 3,2 | 2,01-5,1 | 0,05  |
| IMC < 30            | 5,2 | 2,9-8,5  | 0,005 |
| APACHE II >20       | 6,7 | 3,9-8,7  | 0,010 |
| SOFA >4             | 4,6 | 2,1-7,7  | 0,024 |
| ASA ≥4              | 2,8 | 1,01-4,9 | 0,043 |
| Falla multiorgánica | 6,3 | 3,9-8,6  | 0,001 |
| SDRA                | 7,1 | 5,1-8,4  | 0,002 |

Fuente: Análisis estadístico

Legenda: DM: Diabetes mellitus; IMC: Índice de masa corporal; SDRA: Síndrome de dificultad respiratoria aguda.

## DISCUSIÓN

Los resultado obtenidos en el estudio en cuanto a la edad difieren a los obtenidos por Manassero y et al <sup>(3)</sup> obtuvieron una edad promedio de 62, 4 años, mientras que Hernández Roca et al <sup>(3-4)</sup>, en España, encontraron una edad media de 65, 7 años. Ambos estudios se encuentran por encima de los resultados de la presente investigación (60 años), aunque por un rango mínimo de diferencia, y en cuanto al sexo donde predomino el sexo masculino, en cuanto a estudio realizado por Domínguez González <sup>(5)</sup> et al, los resultados difieren en cuanto al grupos etario donde predomino los menores de 60 años para un 62, 2 % ,no siendo así en el sexo donde coincide con el estudio con el sexo femenino.

Figueredo Lacasse. <sup>(6)</sup>En relación al sexo de los pacientes quirúrgicos ingresados em El servicio, se observa que hubo um predominio del sexo femenino (52, 9 %) respecto al masculino se encontró relación en cuanto a la edad mayor a 67 años y la mortalidad, datos que concuerdan con varios artículos <sup>(5-6)</sup> donde exponen como factor pronóstico de muerte, una edad mayor a los 65. Esto puede ser consecuencia de la inmunodepresión que suelen que los pacientes con esta edad; característica que los predispone a padecer



una enfermedad y limita la capacidad de respuesta de su organismo para enfrentarla, además Arbelo Hernandez<sup>(4)</sup> et al, cita en su estudio, según las guías internacionales de prácticas clínicas las cuales informan que la edad mayor de 40 años resulta un factor importante en la enfermedad

Según los resultados obtenidos Figueredo Lacasse en sus estudios donde plantea que la estadia hospitalaria jugo un papel importante en la identificación de complicaciones y de mortalidad en el paciente quirúrgico, citando a varios autores los cuales refirieron que la estancia hospitalaria postoperatoria mayor de 48 horas se relacionó con la presencia de riesgo, complicaciones médicas y mortalidad. Sin embargo, han mostrado um efecto en la mortalidad a largo plazo, principalmente posterior al alta hospitalaria y de manera independiente a otros factores de riesgo. <sup>(7)</sup>

En cuanto a la comorbilidad detectadas en el estudio están muy relacionadas con el deterioro funcional esperado para este tipo de pacientes y existe correspondencia con los reportes de otros autores como Vásquez Márquez P y otros. <sup>(8)</sup>. Estudios observacionales realizados han determinado que la hipertensión arterial preoperatoria se asocia con un aumento de 35 % de las complicaciones cardiovasculares. <sup>(8-9)</sup>

La presencia de diabetes mellitus en la presente investigación concuerda con la literatura revisada donde se le considera como el trastorno metabólico más común en Europa. Su presencia promueve la aterosclerosis, la disfunción endotelial, la activación plaquetaria y la síntesis de citocinas proinflamatorias. <sup>(10)</sup> En estudio realizado por Figueredo Lacasse et al. <sup>(11)</sup> según los resultados del estado al egreso del paciente sometido a cirugía abdominal en relación con las escalas pronósticas APACHE y SOFA, según escala APACHE predomino la puntuación mayor que 11 con un 64, 3 % en la población, con un predominio del grupo de los vivos con un 62, 3 %. Por otra parte la escala SOFA reflejó una tasa de mortalidad mucho mayor en aquellos pacientes con puntaje de 5 o más puntos, casi 2, 5 veces mayor. Estos resultados tienen un comportamiento similar con el estudio realizado. La escala SOFA ha experimentado varias aplicaciones, por lo que cada día, se observa la utilidad de sus valores como pronóstico de mortalidad. Según cita en su trabajo Figueredo Lacasse

Caracterización de los pacientes con cirugía abdominal ingresados en La Unidad de Cuidados Intensivos, de los autores Wang Y, Wang et al <sup>(12)</sup>, Innocenti F et al <sup>(46)</sup>, los cuales plantean que es tal la magnitud de la aplicación de estas escalas pronósticas, que diversos autores la han utilizado en servicios de urgencias y otros para determinar los pacientes que requerirán o no tratamiento en los cuidados intensivos.

Al analizar del estudio se constató que existió un predominio de pacientes en según escala ASA, de la clases ASA mayor que tres con un 47, 9 %, pero en cuanto al comportamiento de los fallecidos en las clasificaciones de 1 y 2 es 2 veces mayor la mortalidad en el grupo de puntuación de 1 y 2 que los mayores que tres, este resultado coincidió parcialmente con los resultados obtenidos en estudio realizado por los autores Ochoa Parra <sup>(7)</sup>, Vera



Carrasco<sup>(8)</sup> ,Figueredo Lacasse<sup>(13)</sup> en cuanto al estado físico de los pacientes evaluado con el indicador ASA el 72, 9 % de los pacientes presentó una clase mayor o igual a tres.

Segun diferentes estudios las complicaciones desarrolladas en los pacientes quirúrgicos después de su ingreso a una UCI suelen estar relacionadas con patologías médicas en la mayoría de los casos. Este grupo de pacientes presenta complicaciones hasta en un 88 % de los casos. Son particularmente frecuentes las complicaciones relacionadas con los cuidados de la salud, siendo aún más comunes en los pacientes quirúrgicos que en los pacientes con patologías médicas (39, 10 % versus 22, 60 %). Las complicaciones más frecuentes que se presentan durante una estancia en UCI por patologías quirúrgicas son las infecciones en un 17, 0 % de los casos<sup>(9)</sup> , las alteraciones pulmonares (84 %) <sup>(14)</sup> , las alteraciones miocárdicas (10 %) y La necesidad de reintervención (5, 38 %).

Se ha mostrado que La proporción de lesión miocárdica, necesidad de reintervención y la presencia de alteraciones pulmonares, es significativamente menor (todos con  $p < 0.05$ ) cuando se evita el ayuno prolongado previo a una cirugía<sup>(5)</sup>.

Reducir el tiempo de ayuno en pacientes sometidos a cirugía electiva es ideal para disminuir El riesgo de complicaciones en general <sup>(15)</sup> .En La investigación realizada por Quintero Infante obtuvo como principales resultados que el mayor número de complicaciones estuvo relacionado con los trastornos del medio interno (71, 9 %). Igualmente, fue elevada La mortalidad entre los pacientes com insuficiencia renal aguda (100 %) y tromboembolismo pulmonar (66,7 %)

## CONCLUSIONES

- La edad mayor a 60 años, complicarse con SDRA y con falla multiorgánica además de presentar un APACHE II mayor de 20 puntos se erigen como factores causales en la explicación de la mortalidad
- Las complicaciones médicas más habituales la fallan multiorgánica, son el síndrome de dificultad respiratoria aguda y la insuficiencia renal aguda
- Relevante importancia de la aplicación de las escalas pronósticas para la evaluación inicial del paciente en UCI y establecer un pronóstico para el mismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Ruíz A, Vinent Llorente JA, Delgado Fernández RI, Castillo Cuell JJ. Factores que influyen en la mortalidad en los pacientes graves con cirugía abdominal. Revista Cubana de Cirugía, Vol. 53, No. 2 (2016)(visto abril 2021) disponible en : <http://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/rt/printerF>
2. Martín Bourricaudy N, Rodríguez Delgado R, Rodríguez Rodríguez I, Sosa Palacios O, Reyes de la Paz A. Factores de riesgo relacionados con las relaparotomías después de cirugía gastrointestinal. Rev Cubana Med Mil. 2017 [citado 16 abril 2021];37(1). Disponible

en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572017000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572017000100005&lng=es)

3. Peacock O, Bassett MG, Kuryba A, Walker K, Davies E, Anderson I, et al. Thirty-day mortality in patients undergoing laparotomy for small bowel obstruction. *British Journal of Surgery*. 2018; 105(8): p. 1006-1013.
4. Dare AJ, Ng-Kamstra JS, Patra J, Fu SH, Rodriguez PS, Hsiao M, Jotkar RM, Thakur JS, Sheth J, Jha P. Deaths from acute abdominal conditions and geographical access to surgical care in India: a nationally representative spatial analysis. *The Lancet Global Health*. 2015 Oct 1;3(10):e646-53.
5. Domínguez GE. Factores predictivos de mortalidad en la oclusión intestinal por bridas. *Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía*. 2016; 25(3): p. 163-167. Valencia F, Morales M, Rinchon C, Navarro E, Bautista C, De la Cerda L, Rea L, López C. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev Gastroenterol [Internet]* 2016 [consultado 12 de abril de 2021]; 85 (1): p.1-7 Disponible en sección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. *Anuario Estadístico de Salud*, 2011. La Habana: MINSAP; 2012.
6. Ministerio de Salud Pública, Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. *Anuario Estadístico de Salud*, 2012. La Habana: MINSAP; 2013.
7. Shaff MI, Tarr R, León Portain C, James EA. Tomografía computarizada y Resonancia magnética en el cuadro abdominal agudo. *ClínQuirNort*. 1988;2:253-76.
8. Durán Pérez J, Rodríguez García LC, Alcalá-CerraG .Mortalidad e infecciones nosocomiales en dos unidades de cuidados intensivos de la ciudad de Barranquilla (Colombia) *Salud Uninorte*, vol. 24, núm. 1, 2017, pp. 74-86 (INTERNET)(visto abril 2021)disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724109>
9. Llera Domínguez G. Infecciones intra-abdominales. Evolución no satisfactoria. Facultad de Medicina Hospital General Docente Calixto García. La Habana; 2007
10. García Vega ME. Reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. *Rev Cubana MedMilit*. 2005;34(4):89-94.
11. Penner R, Mujumdar S. Diagnostic approach to abdominal pain in adult. Fletcher R, Sokol N, editors (actualizado abril 2016; revisado abril 2021 )disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
12. Quintero Infante A, Pérez Assef A, Díaz Mayo J. Influencia de la albúmina sérica en la evolución de la cirugía abdominal en una unidad de cuidados intensivos de un hospital provincial de la Habana. *Rev Cuba Aliment y Nutr*. INTERNET 2018 [citado 2022 Feb 25]; 28(2):356–69. Disponible en: <https://revalnutricion.sld.cu/rcan/article/view>

13. Zhou G, Zhu F, An Y, Qin L, Lv J, Zhao X, et al. Prolonged preoperative fasting and prognosis in critically ill gastrointestinal surgery patients. Asia Pac J Clin Nutr. INTERNET 2022, [citado 2022 Feb 25];;29(1):41–7 disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

14. Pimenta GP, De Aguilar-Nascimento JE. Prolonged preoperative fasting in elective surgical patients: Why should we reduce it? Nutr Clin Pract. INTERNET 2014, [citado 2022 Feb 25];;29(1):22–8 disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

#### **Declaración de conflictos de intereses:**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

#### **Contribución de los autores:**

RSM, YPR, JGM, YSR y YBR: conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, recursos, supervisión, validación, verificación, visualización, redacción-borrador original, redacción, revisión y edición.

#### **Financiación:**

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

