ARTÍCULO ORIGINAL

Morbilidad y mortalidad de la cirugía mayor electiva en el Servicio de Cirugía General en Cienfuegos 2019-2025

Morbidity and Mortality of Elective Major Surgery in the General Surgery Service in Cienfuegos 2019-2025

José Alberto Puerto Lorenzo[1] Lidia Torres Aja[1] Eslinda Cabanes Rojas[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Lorenzo J, Torres-Aja L, Rojas E. Morbilidad y mortalidad de la cirugía mayor electiva en el Servicio de Cirugía General en Cienfuegos 2019-2025. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Sep 6]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53278

Resumen

Fundamento: la cirugía mayor electiva representa el mayor porciento de las intervenciones y comprende los procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad.
Objetivo: caracterizar la morbilidad y la mortalidad de las principales enfermedades que requirieron tratamiento quirúrgico mediante cirugía mayor electiva en el Servicio de Cirugía del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos, de los pacientes intervenidos por cirugía mayor electiva en un periodo de 7 años, desde 2019 al 2025. La muestra fue de 5 639 pacientes, coincidió con el universo. Se revisaron las historias clínicas y los formularios de recolección de datos, los resultados se presentaron en forma de tablas en números y porciento. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, diagnóstico clínico, estadía hospitalaria ubicación postoperatoria, complicaciones y el estado del paciente al egreso.
Resultados: predominaron las féminas con el 55,4 % y el grupo etario de 61 a 70 años con el 19,3 %. Prevaleció la hernia inguinal, 22,6 %, en el sexo masculino y el tumor benigno de mama, el 14 %, en las féminas. La estadía hospitalaria predominante fue ambulatoria, los de mayor estadía fueron los operados de cáncer de pulmón y de litiasis vesicular y coledociana. Predominó la sepsis de la herida quirúrgica, 50,4 % y el estado vivo y sano al egreso en el 86,2 % de los casos.
Conclusiones: la cirugía mayor electiva es la que hace referencia a los procesos quirúrgicos más complejos, frecuentemente, realizados con anestesia general o raquídea y con mayores riesgos de morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: cirugía mayor electiva, mortalidad, morbilidad

Abstract

Foundation: elective major surgery represents the largest percentage of interventions and comprises the most complex surgical procedures.
Objective: to characterize the morbidity and mortality of the main diseases requiring surgical treatment through elective major surgery in the Surgery Department of the Dr. Gustavo Aldereguía Lima University General Hospital in Cienfuegos.
Methods: a descriptive, retrospective case series study was conducted on patients undergoing elective major surgery over a 7-year period, from 2019 to 2025. The sample consisted of 5,639 patients, which coincided with the population. Medical records and data collection forms were reviewed, and the results are presented in tables as numbers and percentages. Variables studied: age, sex, clinical diagnosis, hospital stay, postoperative location, complications, and patient status at discharge.
Results: females predominated (55.4 %), as did the 61-70 age group (19.3 %). Inguinal hernia was the most prevalent condition (22.6 %) in males, while benign breast tumors were the most common in females (14 %). Outpatient care was the predominant type of hospital stay, with longer stays observed for lung cancer and gallbladder and choledocholithiasis. Surgical wound sepsis was the most common complication (50.4 %), and 86.2 % of patients were alive and well at discharge.
Conclusions: elective major surgery refers to the most complex surgical processes, frequently performed with general or spinal anesthesia and with higher risks of morbidity and mortality.

Key words: elective major surgery, mortality, morbidity

Aprobado: 2026-05-12 16:05:01

Correspondencia: José Alberto Puerto Lorenzo. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba. jose.puerto@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En la práctica quirúrgica, la organización, planificación y cumplimiento de las cirugías mayores electivas son etapas fundamentales para una atención de calidad y, así obtener, indicadores hospitalarios satisfactorios, minimizar los gastos y el dispendio de recursos.[1]

Reducir la morbilidad y mortalidad es un objetivo clave para cualquier práctica anestésica o quirúrgica. Una cuidadosa evaluación y manejo de los pacientes antes de la cirugía puede hacer mucho para asegurar esos objetivos. Es responsabilidad del cirujano y del anestesiólogo que evalúa inicialmente al paciente asegurar que esté preparado para la cirugía y la anestesia.[1]

Las tasas de mortalidad y de complicaciones postoperatorias de muchos procedimientos quirúrgicos varían entre centros, incluso tras ajustar los factores de riesgo, lo que ha puesto de manifiesto la relevancia del factor "cirujano" en los resultados de las intervenciones quirúrgicas tanto a corto como a largo plazo.[2]

La población mayor de 65 años requiere con mayor frecuencia de procedimientos quirúrgicos, las presentaciones clínicas de las diferentes entidades responsables, generalmente son atípicas, muchas veces, el deterioro agudo funcional o cognitivo es el primer signo de un cuadro de este tipo; por lo que las cifras de morbilidad y mortalidad por causas específicas en cirugía mayor electiva, son más elevadas en este grupo etario.[3]

Los estudios revelan que la morbilidad y la mortalidad en grupos de pacientes ancianos está directamente influenciada por el incremento de la edad, en la que el diagnóstico y tratamiento quirúrgico son procesos difíciles y complicados. El estado nutricional es otro factor que influye en la evolución postoperatoria y en la morbilidad y mortalidad de los pacientes.[4]

La cirugía mayor ambulatoria es una alternativa a la cirugía con hospitalización y al ser un modelo de asistencia quirúrgica sin pernoctación, permite optimizar los recursos sanitarios. En Cataluña, la tendencia es a incrementar la actividad quirúrgica ambulatoria y a disminuir la actividad de cirugía con hospitalización. La Unión Europea reporta un 91 % en Dinamarca y 64 % en Noruega, mientras que, en Italia, Bélgica y Portugal, tienen valores iguales o cercanos al 50 %.[5]

En la historia de la humanidad, la mortalidad por tumores malignos siempre ha constituido una amenaza. Anualmente, fallecen en el mundo más de 5 millones de seres humanos por afecciones de este tipo, que constituyen el 20 % de todas las defunciones que se producen en los países desarrollados.[6] Cuba es un país en vías de desarrollo, pero el cáncer ocupa el segundo lugar dentro de la mortalidad general como ocurre en los países desarrollados.[6]

En Cuba se ha producido un incremento de la incidencia de todos los cánceres, en gran medida debido al notable envejecimiento de su población en los últimos años. El Registro Nacional de Cáncer en Cuba sitúa la incidencia del cáncer de colon en el cuarto lugar, seguido por el de pulmón, próstata y piel y la provincia Cienfuegos ocupó el indicador más alto de mortalidad.[6]

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de serie de casos de los pacientes que fueron intervenidos por cirugía mayor electiva en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima en la provincia Cienfuegos durante un periodo comprendido desde el 1ro de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2025.

Se analizaron las variables: edad, sexo, diagnóstico clínico, estadía hospitalaria, ubicación postoperatoria, complicaciones y el estado del paciente al egreso.

El universo estuvo compuesto por 5 639 pacientes atendidos en la Institución que requirieron de cirugía mayor electiva. Se trabajó con la totalidad de los pacientes.

Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes de 15 años y más.
- Pacientes sometidos a cirugía mayor electiva por vía convencional.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes menores de 15 años.
- Pacientes sometidos a cirugía mayor electiva por vía endoscópica.

La fuente primaria para la recogida de la información fue la historia clínica individual, que constituye un documento médico-legal del

hospital. Esta información se plasmó en un modelo recolector de datos para su utilización durante el estudio. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencia y de relación de variables, expresados en números y porcientos. El procesamiento estadístico se realizó con el *software* SPSS versión 21.0.

Como toda investigación acerca del proceso salud-enfermedad, fueron respetados aspectos éticos, tales como: no revelar la identidad de las pacientes, la selección no discriminatoria de la muestra, la cual coincidió con el universo y la discreción sobre los resultados. La información obtenida fue objeto de estricta reserva y se utilizó solo con el propósito de mejorar la atención y calidad de vida de los pacientes. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética y el Consejo Científico de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

RESULTADOS

La descripción de los pacientes operados por cirugía mayor electiva según las variables socio-demográficas: sexo y grupo de edades, mostró un predominio de las féminas con un 55,4 %; en cuanto a la edad el grupo predominante fue el de 61 a 70 años, con un 19,3 %, seguido del grupo de 41 a 50 años, para un 18,3 %. (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según sexo y grupos de edades

Variable	No.	%
Sexo		
Femenino	3 121	55,4
Masculino	2 518	44,6
Grupo de edades		
De 20 años y menos	375	6,7
De 21 a 30 años	576	10,2
De 31 a 40 años	779	13,8
De 41 a 50 años	1 031	18,3
De 51 a 60 años	870	15,4
De 61 a 70 años	1 091	19,3
De 71 años y más	917	16,3
Total	**5 639**	**100**

La relación existente entre el sexo y el diagnóstico clínico, permitió apreciar que en el sexo femenino la mayor incidencia la tuvo el tumor benigno de mama, con el 14 %, mientras que en el sexo masculino el diagnóstico clínico más representativo fue la hernia inguinal, con un 22,6 %. (Tabla 2).

Tabla 2. Relación entre el sexo y el diagnóstico clínico

Diagnóstico clínico	Femenino		Masculino		Total	%
	No.	%	No.	%		
Tumor benigno de la mama	791	14,0	6	0,1	**797**	**14,1**
Cáncer de mama	319	5,7	19	0,3	**338**	**6,0**
Hernia inguinal	779	13,8	1 273	22,6	**2 052**	**36,4**
Hernia crural	346	6,1	260	4,6	**606**	**10,7**
Hernia umbilical	74	1,3	203	3,6	**277**	**4,9**
Hernia epigástrica	58	1,0	260	4,6	**318**	**5,6**
Hernia incisional	89	1,6	143	2,6	**232**	**4,2**
Tumor benigno de tiroides	333	6,0	59	1,0	**392**	**7,0**
Cáncer de tiroides	83	1,5	44	0,8	**127**	**2,3**
Cáncer de colon	46	0,8	88	1,6	**134**	**2,4**
Cáncer de pulmón	27	0,5	61	1,1	**88**	**1,6**
Litiasis vesicular y coledociana	110	1,9	65	1,2	**175**	**3,1**
Cáncer gástrico	13	0,2	23	0,4	**36**	**0,6**
Ulcera gastroduodenal	10	0,2	26	0,4	**36**	**0,6**
Cáncer de páncreas	12	0,2	19	0,3	**31**	**0,5**
Total	**3 121**	**55,4**	**2 518**	**44,6**	**5 639**	**100**

En la relación entre el diagnóstico clínico y la estadía hospitalaria se comprobó que la mayor cantidad de pacientes, 3 838, el 68,1 % del total, fue ambulatoria, con la mayor presencia de la hernia inguinal con el 34,4 % seguida del tumor benigno de mama en el 13,6 % del total de la cirugía ambulatoria. Un total de 1 230 pacientes tuvieron una estadía hospitalaria de 1 a 3 días, los diagnósticos clínicos de mayor incidencia en esta estadía fueron los pacientes operados de tumor benigno de tiroides para un 6,3 % seguido del cáncer de mama que representó el 6 %. La estadía hospitalaria de hasta 7 días tuvo un total de 309 pacientes, los diagnósticos clínicos que tuvieron mayor incidencia en esta larga estadía fueron los pacientes operados de hernia incisional para un 1,5 % seguidos de la litiasis vesicular y coledociana para un 1,1 %. El cáncer de pulmón y de colon representaron el 1,2 % y 1,0 %, cada uno, de los 199 pacientes que tuvieron una estadía hospitalaria entre 7 y 15 días. Solo 63 pacientes tuvieron estadía de más de 15 días, con la mayor incidencia en los operados de cáncer de pulmón y los de litiasis vesicular y coledociana; ambos representaron el 0,3 %. (Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre el diagnóstico clínico y la estadía hospitalaria

Diagnóstico clínico	Estadía hospitalaria										
	Ambulatorio	%	1-3 días	%	Hasta 7 días	%	7- 15 días	%	Más de 15 días	%	Total
Tumor benigno de la mama	765	13,6	32	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	**797**
Cáncer de mama	0	0,0	338	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	**338**
Hernia inguinal	1 939	34,4	113	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	**2 052**
Hernia crural	539	9,6	67	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	**606**
Hernia umbilical	277	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	**277**
Hernia epigástrica	318	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	**318**
Hernia incisional	0	0,0	147	2,6	85	1,5	0	0	0	0,0	**232**
Tumor benigno de tiroides	0	0,0	357	6,3	35	0,6	0	0	0	0,0	**392**
Cáncer de tiroides	0	0,0	105	1,9	22	0,4	0	0	0	0,0	**127**
Cáncer de colon	0	0,0	0	0,0	60	1,1	57	1,0	17	0,3	**134**
Cáncer de pulmón	0	0,0	0	0,0	1	0,0	68	1,2	19	0,3	**88**
Litiasis vesicular y coledociana	0	0,0	55	1,0	63	1,1	39	0,7	18	0,3	**175**
Cáncer gástrico	0	0,0	0	0,0	10	0,2	21	0,4	5	0,1	**36**
Ulcera gastroduodenal	0	0,0	4	0,1	24	0,4	8	0,1	0	0,0	**36**
Cáncer de páncreas	0	0,0	12	0,2	9	0,2	6	0,1	4	0,1	**31**
Total	**3 838**	**68,1**	**1 230**	**21,8**	**309**	**5,5**	**199**	**3,5**	**63**	**1,1**	**5 639**

En la relación entre el diagnóstico clínico y la ubicación postoperatoria, en la que pudo observarse que, 1 801 pacientes tuvieron estadía hospitalaria. En sala abierta se observaron 1 381 pacientes, los diagnósticos clínicos más representativos en esta ubicación fueron el tumor benigno de tiroides con el 19,7 % seguido del cáncer de mama con el 18,8 %. En la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos se ubicaron 342 pacientes y en correspondencia con lo evaluado en la estadía hospitalaria los diagnósticos clínicos de cáncer de colon y de pulmón tuvieron la mayor incidencia, la primera con el 4,6 % y la segunda con el 4,1 % de los que se ubicaron en esta sala cerrada. En la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos se ubicaron 78 pacientes, el mayor porciento correspondió al diagnóstico clínico de litiasis vesicular y coledociana que representó el 1,3 %. (Tabla 4).

Tabla 4. Relación entre el diagnóstico clínico y la ubicación postoperatoria

Diagnóstico clínico	Ubicación postoperatoria						
	Sala abierta	%	UCIQ	%	UCIP	%	Total
Tumor benigno de la mama	32	1,8	0	0,0	0	0,0	**32**
Cáncer de mama	338	18,8	0	0,0	0	0,0	**338**
Hernia inguinal	112	6,2	1	0,1	0	0,0	**113**
Hernia crural	67	3,7	0	0,0	0	**0,0**	**67**
Hernia umbilical	0	0,0	0	0,0	0	**0,0**	**0**
Hernia epigástrica	0	0,0	0	0,0	0	**0,0**	**0**
Hernia incisional	209	11,6	23	1,3	0	**0-0**	**232**
Tumor benigno de tiroides	355	19,7	35	1,9	2	**0,1**	**392**
Cáncer de tiroides	104	5,8	20	1,2	3	**0,2**	**127**
Cáncer de colon	32	1,8	83	4,6	19	**1,1**	**134**
Cáncer de pulmón	0	0,0	74	4,1	14	**0,8**	**88**
Litiasis vesicular y coledociana	86	4,8	65	3,6	24	**1,3**	**175**
Cáncer gástrico	15	0,8	15	0,8	6	**0,3**	**36**
Ulcera gastroduodenal	17	0,9	17	0,9	2	**0,1**	**36**
Cáncer de páncreas	14	0,8	9	0,5	8	**0,4**	**31**
Total	**1 381**	**76,7**	**342**	**19,0**	**78**	**4,3**	**1 801**

En la relación entre la aparición de complicaciones y el diagnóstico clínico, se pudo observar que la mayoría de la cirugía mayor electiva practicada para los diferentes diagnósticos clínicos no presentaron complicaciones; solo 421 pacientes presentaron complicaciones, las más frecuentes: la sepsis de la herida quirúrgica y la hemorragia en 213 y 57 pacientes respectivamente; mientras que los diagnósticos clínicos de mayor incidencia de complicaciones fueron la hernia inguinal y la litiasis vesicular y coledociana con el 40,1 % y 14,0 % respectivamente. (Tabla 5).

Tabla 5. Relación entre la aparición de complicaciones y el diagnóstico clínico

Complicaciones	Diagnóstico										
	TM	%	H	%	TT	%	CC	%	CP	%	Total
Sepsis de herida quirúrgica	22	5,2	121	28,7	16	3,8	12	2,8	7	1,6	**178**
Hemorragia	11	2,6	18	4,3	6	1,4	4	1,0	4	1,0	**43**
Dehiscencia de sutura	0	0,0	9	2,1	0	0,0	15	3,6	5	1,2	**29**
Peritonitis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,2	0	0,0	**5**
Sepsis generalizada	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	.0,2	**3**
Desequilibrio hidroelectrolítico	0	0,0	11	2,6	4	1,0	3	0,7	5	1,2	**23**
Sepsis respiratoria	3	0,7	5	1,2	3	0,7	2	0,5	3	0,7	**16**
Atelectasia	1	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,7	4	1,0	**8**
Tromboembolismo pulmonar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,5	**3**
Otras	1	0,2	4	1,0	2	0,5	3	0,7	1	0,2	**11**
Total	**38**	**8,9**	**169**	**40,1**	**31**	**7,4**	**49**	**11,6**	**32**	**6,7**	**319**

Continuación de la tabla 5

	Diagnóstico								
Complicaciones	**LVC**	**%**	**CG**	**%**	**UGD**	**%**	**Cp**	**%**	**Total**
Sepsis de herida quirúrgica	23	5,4	5	1,2	3	0,7	4	1,0	**35**
Hemorragia	10	2,3	1	0,2	0	0,0	3	0,7	**14**
Dehiscencia de sutura	4	1,0	3	0,7	1	0,2	0	0,0	**8**
Peritonitis	6	1,4	1	0,2	5	1,2	0	0,0	**12**
Sepsis generalizada	2	0,5	1	0,2	0	0,0	2	0,5	**5**
Desequilibrio hidroelectrolítico	5	1,2	0	0,0	2	0,5	5	1,2	**12**
Sepsis respiratoria	3	0,7	0	0,0	1	0,2	1	0,2	**5**
Atelectasia	2	0,5	0	0,0	2	0,5	0	0,0	**4**
Tromboembolismo pulmonar	2	0,5	1	0,2	0	0,0	1	0,2	**4**
Otras	2	0,5	0	0,0	1	0,2	0	0,0	**3**
Total	**59**	**14,0**	**12**	**2,9**	**15**	**3,6**	**16**	**3,8**	**102**
Total general									**421**

Nota: TM: Tumor de mama. H: Hernias. TT: Tumor de tiroides. CC: Cáncer de colon. CP: Cancer de pulmón. LVC: Litiasis vesicular y coledociana. CG: Cáncer gástrico. UGD: Ulcera gastro-duodenal. Cp: Cáncer de páncreas

La relación entre el diagnóstico clínico y el estado al egreso, mostró que el mayor número de pacientes egresaron vivos y sanos en el 86,2 % de los casos estudiados. En el estado al egreso vivo y portador de enfermedad se encontraron 696 pacientes, para un 12,3 % y los diagnósticos clínicos más representativos fueron el cáncer de mama y de tiroides en el 5,5 % y 2,2 % del total respectivamente. En el septenio estudiado fallecieron 83 pacientes que fueron sometidos a cirugía mayor electiva, la mayor incidencia estuvo representada por el cáncer de mama y el de colon en el 0,5 % y 0,3 %, en cada caso. (Tabla 6).

Tabla 6. Relación entre el diagnóstico clínico y el estado al egreso

Diagnóstico clínico	Estado al egreso						
	Vivo y sano	%	Vivo y portador de enfermedad	%	Fallecido	%	Total
Tumor benigno de la mama	797	14,2	0	0,0	0	0,0	**797**
Cáncer de mama	0	0,0	310	5,5	28	0,5	**338**
Hernia inguinal	2051	36,4	0	0,0	1	0,1	**2052**
Hernia crural	606	10,7	0	0,0	0	0,0	**606**
Hernia umbilical	277	4,9	0	0,0	0	0,0	**277**
Hernia epigástrica	318	5,6	0	0,0	0	0,0	**318**
Hernia incisional	232	4,2	0	0,0	0	0,0	**232**
Tumor benigno de tiroides	392	7,0	0	0,0	0	0,0	**392**
Cáncer de tiroides	0	0,0	125	2,2	2	0,1	**127**
Cáncer de colon	0	0,0	117	2,1	17	0,3	**134**
Cáncer de pulmón	0	0,0	77	1,4	11	0,2	**88**
Litiasis vesicular y coledociana	168	3,0	0	0,0	7	0,1	**175**
Cáncer gástrico	0	0,0	28	0,5	8	0,2	**36**
Ulcera gastroduodenal	19	0,3	11	0,2	6	0,1	**36**
Cáncer de páncreas	0	0,0	28	0,5	3	0,1	**31**
Total	**4 860**	**86,2**	**696**	**12,3**	**83**	**1,5**	**5 639**

DISCUSIÓN

En esta investigación se pudo apreciar que el estudio de la morbilidad y mortalidad en la cirugía mayor electiva es de gran importancia, ocasiona un impacto significativo que influye de manera positiva en la calidad de vida de los pacientes operados. En este trabajo se estudiaron un total de 5 639 pacientes que requirieron de este procedimiento quirúrgico; en el periodo de enero del 2019 a diciembre del 2025 en la provincia Cienfuegos.

En esta investigación, el grupo de edades predominante fue el de 61 a 70 años, no coinciden con este resultado los alcanzados por Acosta y cols.[7] en la que la mayor incidencia de pacientes se encontraba en los grupos etarios entre los 51 a 60 años, sin embargo, en el trabajo realizado por Hidalgo y cols.[8] en la provincia Holguín, en los pacientes intervenidos por cirugía electiva con tratamiento con antibiótico; el grupo de edades más representativo fue entre 60 y 69 años, que coincidió con los resultados de esta investigación. Otro trabajo con resultados coincidentes fue el realizado por Zamora y cols. [9] en el que se observó que en 270 pacientes operados predominó una mediana de 61 años, sin diferencias significativas.

En relación con el sexo, predominó el femenino en el 55,4 % de los casos de esta investigación. En el estudio realizado por Acosta y cols.[7] predominó el sexo femenino en el 63,6 % de la muestra examinada; que coincidió con el resultado de esta investigación. Otro trabajo que coincide con este estudio fue el realizado por Hidalgo y cols.[8] donde el sexo femenino fue el predominante, sin embargo, en la investigación realizada por Céspedes y cols.[10] en la provincia Camagüey se encontró que, en los 236 pacientes, el sexo predominante fue el masculino en el 64,8 % de la muestra estudiada, sin coincidir con los

resultados de esta investigación.

En este estudio, la relación existente entre el sexo y el diagnóstico clínico mostró que en el sexo femenino la mayor incidencia la tuvo el tumor benigno de mama con el 14,0 %, mientras que en el sexo masculino el diagnóstico clínico más representativo fue la hernia inguinal en el 22,6 %. Coinciden con los resultados de la investigación, el estudio realizado por Escalona y cols.[11] en 110 pacientes intervenidos quirúrgicamente por enfermedades benignas de la mama en la provincia, Las Tunas, donde predominó el sexo femenino, en el 88,2 % de la muestra estudiada.

Respecto a la relación existente entre el sexo masculino y la predominancia de la hernia inguinal; coinciden con este resultado, lo realizado por Rappoport y cols.[12] en 37 pacientes sometidos a cirugía herniaria electiva en pacientes portadores de tratamiento anticoagulante, 26 pacientes fueron masculinos para el 70,2 % de la muestra estudiada, también, coincidieron con el resultado de esta investigación los obtenidos por *Kojevnikova* [13] en el estudio realizado sobre las complicaciones de las hernioplastias inguinales en 180 pacientes en Managua, Nicaragua, donde todos fueron hombres.

Respecto a la relación entre el diagnóstico clínico y la estadía hospitalaria en esta investigación se comprobó que la mayor cantidad de pacientes, 3 838, que representa el 68,1 % del total, fue ambulatoria, con la mayor presencia de la hernia inguinal con el 34,4 % seguido del tumor benigno de mama en el 13,6 % del total de la cirugía ambulatoria. En el estudio realizado por Sierra[14] donde caracterizaron la actividad quirúrgica; de un total de 4 789 cirugías realizadas, el 75,9 % fueron cirugías mayores y de ellas predominaron las cirugías ambulatorias en el 74,4 %, que coincidió con el resultado de este trabajo. En la investigación realizada por *Turchi* y cols.[15] se realizó un estudio comparativo en 491 pacientes ancianos, mayores y menores de 80 años, de estos, 133 pacientes, 27,1 %, eran mayores de 80 años y fueron sometidos a reparación de una hernia inguinal con técnica de *Liechtenstein* de manera ambulatoria de forma segura y eficaz que coincidió con los resultados de este trabajo.

La estadía hospitalaria de 1 a 3 días estuvo representada por un total de 1230 pacientes, que representaron el 21,8 % del total y los diagnósticos clínicos de mayor incidencia en esta estadía fueron los operados de tumor benigno de tiroides y cáncer de mama con una representación del 6,3 % y el 6,0 % respectivamente. Lorda y cols.[16] en un estudio realizado en La Habana en 307 pacientes con afecciones de la glándula tiroides obtuvo como resultado que en el 99,02 % de los casos, la estancia hospitalaria fue inferior a 24 horas, no coincidió con el resultado de esta investigación, sin embargo, sí, con el estudio realizado por Solarana y cols.[17] en 132 pacientes operados de tiroides predominó la estadía hospitalaria de hasta tres días en el 94,7 % de los casos.

En el trabajo realizado 309 pacientes representaron una estadía hospitalaria de hasta 7 días, con mayor incidencia en los pacientes operados de hernia incisional para un 1,5 % seguido de la litiasis vesicular y coledociana para un 1,1 %. Coinciden con el resultado de esta investigación, el trabajo realizado por Torres y cols. [18] donde pudo apreciar que en los 133 pacientes intervenidos por hernia incisional en Colombia, encontró que el 64,7 % de los pacientes operados tuvieron como promedio de 6 a 7 días de estancia hospitalaria. La investigación realizada por Padilla y cols. [19] estudiaron 612 pacientes intervenidos por hernia ventral por el grupo de pared abdominal, la mediana de la estancia hospitalaria fue de 4 días en el 51 % de los casos, lo que no coincidió con el resultado de este trabajo. Otro estudio con resultados no coincidentes fue el realizado por Arguello y cols.[20] en el que estudiaron 160 pacientes de colecistectomía, la estancia hospitalaria predominante fue de 1 a 3 días en 136 pacientes; lo cual representó el 85 % de la muestra estudiada.

El cáncer de pulmón y el de colon representaron el 1,2 % y 1,0 % respectivamente, de los 199 pacientes que tuvieron una estadía hospitalaria entre 7 y 15 días. No coincidieron con el resultado de esta investigación los del estudio realizado por Siguencia y cols.[21] en el que realizaron un ensayo de la aplicación del protocolo de recuperación acelerada después de la cirugía de colon y recto a 30 pacientes, se observó que, el número máximo de estancia hospitalaria fue de 23 días y el mínimo fue de 3 días, con una media de 4,62 días, sin embargo, en el estudio realizado por *Mohamad* y cols.[22] en 1 917 pacientes que fueron sometidos a resecciones pulmonares, existió un predominio de la estancia hospitalaria prolongada de más de 7 días, lo que coincidió con el resultado de esta investigación.

Respecto a la relación existente entre el diagnóstico clínico y la ubicación postoperatoria en esta investigación se apreció que solo 1 801 pacientes requirieron de ingreso postoperatorio; distribuidos en sala abierta, Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos y la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Los diagnósticos clínicos más representativos fueron el tumor benigno de tiroides con el 19,7 % seguidos del cáncer de mama con el 18,8 %, además del cáncer de colon y de pulmón con el 4,6 % y 4,1 %, respectivamente y por último la litiasis vesicular y coledociana que representaron el 1,3 % de los casos. Coincidieron con este resultado el estudio realizado por Delgado y cols.[23] en 163 pacientes que ingresaron a la UCI del Hospital de Clínicas en el postoperatorio inmediato operados de cirugías electivas; se pudo apreciar que 156 pacientes egresados de la UCI con evolución satisfactoria fueron trasladados a sala abierta en el 95,7 % de la muestra estudiada.

En esta investigación solo 421 pacientes presentaron complicaciones, las más frecuentes fueron la sepsis de la herida quirúrgica y la hemorragia en 213 y 57 pacientes respectivamente; mientras que los diagnósticos clínicos de mayor incidencia de complicaciones fueron la hernia inguinal y la litiasis vesicular y coledociana con el 40,1 % y 14,0 %, respectivamente. Coinciden con este resultado el estudio realizado por Salazar y cols. [24] en 54 pacientes operados de cirugía colorrectal oncológica electiva sin preparación mecánica, se observaron 19 complicaciones postoperatorias, para un 35 %, la infección del sitio quirúrgico fue la más representativa con un total de ocho pacientes para el 15 % de los casos estudiados. El trabajo en el que no coinciden los resultados con los de esta investigación, fue el realizado por *Saliou* y cols.[25] en el que, en los 246 pacientes intervenidos por hernia inguinal de forma electiva, se identificaron 18 complicaciones para el 7,3 % con predominio de las crónicas con 10 para un 4,0 %, fundamentalmente a expensas de los granulomas y recidivas con cuatro cada uno, para el 1,6 %, respectivamente. Las complicaciones agudas se presentaron en 8 pacientes para el 3,3 % con predominio del edema del cordón espermático con el 1,6 %.

En este estudio el 86,2 % de los pacientes egresaron vivos y sanos; los diagnósticos clínicos más representativos fueron el cáncer de mama y de tiroides en el 5,5 % y 2,2 % del total, respectivamente. Solo 83 pacientes fallecieron y los diagnósticos clínicos de mayor incidencia fueron el cáncer de mama y de colon en el 0,5 % y 0,3 %, respectivamente. Coinciden con este resultado el trabajo realizado por Delgado y cols.[23] en la UCI del Hospital de Clínicas en 163 pacientes que ingresaron, los cuales se encontraron en el postoperatorio inmediato operados de cirugías electivas; donde se pudo apreciar que 156 pacientes egresaron vivos y sanos con evolución satisfactoria lo cual representó el 95,7 %, solo 7 pacientes fallecieron, lo que representó el 4,3 % de la muestra estudiada. Otro estudio que, también, coincidió fue el realizado por Céspedes y cols.[10] en el que se encontró que, en los 236 pacientes estudiados, la mayor parte egresaron vivos y sanos en el 69,9 %, solo el 30,1 % fallecieron.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses relacionados con el estudio.

Contribuciones de los autores

1-Conceptualización: José Alberto Puerto Lorenzo.

2-Curación de datos: José Alberto Puerto Lorenzo.

3-Análisis formal: José Alberto Puerto Lorenzo.

4- Investigación: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja, Eslinda Cabanes Rojas.

5- Adquisición de fondos. Este artículo no contó con la adquisición de fondos.

6-Metodología: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja, Eslinda Cabanes Rojas.

7- Software: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja, Eslinda Cabanes Rojas.

8- Supervisión: José Alberto Puerto Lorenzo.

9-Validación: José Alberto Puerto Lorenzo.

10-Visualización: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja.

11-Redacción del borrador original: José Alberto Puerto Lorenzo.

12-Redacción revisión y edición: José Alberto Puerto Lorenzo, Lidia Torres Aja, Eslinda Cabanes Rojas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Urquiaga T, Tacilla J, Bueno S, Cabrera E. Análisis de factores relacionados con la suspensión de Cirugías electivas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca entre 2014 y 2018. Rev Méd Trujillo[Internet]. 2021[citado 7/6/25];16(3):[aprox. 9p.]. https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/3948/4490.

2- Acosta MA, Álava ME, Muñoz AJ, Rizo ML. Prácticas seguras y su relación con complicaciones quirúrgicas. III Congreso Internacional de Ciencias de la Salud. Journal Science Research[Internet]. 2025[citado 7/3/26];10(3):[aprox. 11p.]. Disponible en: https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/download/3981/3640/14071#pdfjs.action=download.

3- Sierra JA, Sierra T. Cirugía Oncológica en pacientes ancianos, revisión de la literatura. Ciencia Latina Rev Cient Multidis[Internet]. 2025[citado 9/2/26];9(2):[aprox. 11p.]. Disponible en: https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/16915/24291.

4- Onishi O, Luna A, Arismendi S. Evaluación preoperatoria del paciente adulto mayor. Rev Méd La Paz[Internet]. 2025[citado 9/2/2026];31(1):[aprox. 9p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v31n1/1726-8958-rmcmlp-31-01-103.pdf.

5- Sierra V. Caracterización de la productividad quirúrgica del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Aleida Fernández Chardiet, 2010-2017. Medimay[Internet]. 2019[citado 9/6/25];26(2):[aprox. 14p.]. Disponible en: https://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1405/1642.

6- Ministerio Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2023. La Habana:MINSAP;2024[citado 14/1/25]. Disponible en: https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2024/09/30/anuario-estadistico-de-salud-2023/.

7- Acosta JM, Labrada DA, Ortíz Y, Ceiro J, Acosta G. Utilidad de estudios preoperatorios en pacientes evaluados para cirugía electiva. Multimed[Internet] 2025[citado 14/1/26];29(1):[aprox. 17p.]. Disponible en: https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/3159/3082.

8- Hidalgo E, Rodríguez Y, Domínguez AY, Pérez A. Cirugía electiva en el adulto mayor: uso de antibiótico. Rev Cubana Cir[Internet]. 2023[citado 15/1/25];62(4):[aprox. 16p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034749320230004000006.

9- Zamora O, Quesada S, Licea M, Palacios I, Escobar I, González JL. Cirugía mayor abdominal electiva sin descompresión nasogástrica y con apertura precoz de vía oral**.** Rev Cubana Cir[Internet] 2021[citado 15/1/26];60(2):[aprox. 18p.]. Disponible en: https://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1089/578.

10- Céspedes HA, Bello A, Fernández R. Morbimortalidad de las reintervenciones en la cirugía abdominal urgente y electiva**.** Rev Cubana Cir[Internet] 2021[citado 20/1/25];60(1):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932021000100002.

11- Escalona LA, Ramírez A, Escobar O. Enfermedades benignas de la mama en pacientes atendidos en el hospital Guillermo Domínguez López. Rev Electrón Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta[Internet]. 2020[citado 20/6/25];45(6):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/download/2332/pdf_735/6949.

12- Rappoport J, Cuneo N, Domínguez C, Sotomayor C, Jáuregui C, Silva JJ. Cirugía herniaria electiva en pacientes portadores de tratamiento anticoagulante. Rev Cir[Internet]. 2019[citado 20/1/25];71(6):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/412/306.

13- Kojevnikova EB. Complicaciones de las hernioplastias inguinales en pacientes del servicio de Cirugía General, Hospital Escuela Carlos Roberto Huembés, diciembre del 2013[Internet]. Managua:UNAN;2019[citado 20/6/25]. Disponible en: https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/11513/1/100356.pdf.

14- Sierra VM. Caracterización de la actividad quirúrgica departamental del Hospital Aleida Fernández Chardiet. Medimay[Internet]. 2022[citado 23/10/2025];29(2):]aprox. 21p.]. Disponible en:

https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2022/cmh222g.pdf.

15- Turchi MJ, López PV, Crivelli FJ, Laborda N, Maldonado JM, Montanelli A, et al. Cirugía ambulatoria de la hernia inguinal en pacientes ancianos. Estudio comparativo entre mayores y menores de 80 años. Rev Argent Cirug[Internet] 2020[citado 23/1/26];112(3):[aprox. 9p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2020000300293.

16- Lorda L, Navas JO, Hidalgo M, Rodríguez Y. Tratamiento quirúrgico ambulatorio en la solución de las afecciones de la glándula tiroides. Rev Cubana Med Mil[Internet]. 2022[citado 24/6/25];51(2):[aprox. 5p.] Disponible en: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2010/1378.

17- Solarana JA, Lorenzo JG, Santiesteban NB, Rodríguez Y, Batista R, Cuello EJ. Caracterización de pacientes operados de la tiroides en los dos hospitales provinciales de Holguín. CCM[Internet]. 2021[citado 25/6/25];25(4):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4048/1997.

18- Torres JM, Espinosa MF, Medina R, Rojas SM, Sanjuan JF, Botache WF, et al. Experiencia del tratamiento de la hernia incisional en un hospital de tercer nivel en Colombia. Rev Colomb Cir[Internet]. 2023[citado 25/6/25];38(2)[aprox. 8p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822023000300483.

19- Padilla CJ, Vega NV, Barrios AJ, Ruiz JP, Lora A. Análisis multicéntrico del reparo de la hernia ventral en instituciones de IV nivel, 2015-2019. Rev Colomb Cir[Internet] 2020[citado 26/6/25];35(1):[aprox. 7p.]. Disponible en: https://revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/587/442.

20- Arguello O, Arguello AI. Principales complicaciones postoperatorias en pacientes a los que se realizó colecistectomía entre las edades de 20 a 80 años en el Hospital Bolonia, Managua, durante el periodo 2020 al 2021. Juigalpa, chontales[Internet]. Managua:UNIDES;2022[citado 23/1/25]. Disponible en: https://repositorio.unides.edu.ni/id/eprint/195/1/tesis%202022%20final.pdf.

21- Siguencia JM, Acosta CG, Pozo FP, Vásquez de la Bandera PD. Ensayo de la aplicación del protocolo de recuperación acelerada después de cirugía de colon y recto, descripción de la morbilidad asociada en pacientes en hospital de México. Rev Uniandes Cien Salud[Internet]. 2022[citado 23/1/25];5(2):[aprox. 18p.]. Disponible en: https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/download/2374/2004/10569.

22- Mohamad A, Fernández AL, Rivo JE. Resección pulmonar anatómica uniportal versus multiportal: una aproximación a través de la medicina personalizada[Internet]. Coruña:Universidad Santiago Compostela;2021[citado 23/1/25]. Disponible en: https://minerva.usc.gal/entities/publication/8409eaec-f46f-4b04-aa90-228cc422d7eb.

23- Delgado W, Alonso R, Sala C, Vega E. Caracterización de pacientes postoperados de cirugías electivas que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Clínicas. Mem Inst Investig Cienc Salud[Internet]. 2021[citado 2/2/25];19(1):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/946/981.

24- Salazar L, Romero R, Díaz R, Angulo A, Salazar LD. Evaluación de la cirugía colorrectal oncológica electiva sin preparación mecánica del colon. Rev Cienc Méd[Internet]. 2024[citado 2/2/25];28(3):[aprox. 12p.]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942024000400003&lng=es&nrm=iso.

25- Saliou M, Rodríguez Z, Joubert G, Gavilán RL, Casamayor E. Factores asociados a las complicaciones de la cirugía electiva de las hernias inguinales. Rev Cubana Med Mil[Internet]. 2019[citado 3/2/25];48(4):[aprox. 15p.]. Disponible en: https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/413/412

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS