

Enfermedades trazadoras del abdomen agudo quirúrgico no traumático

Tracer diseases in non-traumatic surgical acute abdomen

Dr. Pedro Rafael Casado Méndez; MSc. Moraima Emilia Vallés Gamboa; Dra. Yanet Corrales Caymari; Dr. Yulier Cabrera Zambrano; MSc. Onelia Méndez Jiménez.

Hospital Provincial Universitario Celia Sánchez Manduley. Granma, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: las enfermedades trazadoras del abdomen agudo quirúrgico no traumático son responsables de una elevada carga de morbilidad y mortalidad en los cuerpos de guardia de cirugía.

Objetivo: describir el comportamiento del abdomen agudo quirúrgico no traumático a partir de enfermedades trazadoras.

Método: se realizó un estudio prospectivo, observacional y descriptivo de corte transversal en un universo de 1037 pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad del abdomen agudo quirúrgico no traumático atendidos en el cuerpo de guardia del servicio de Cirugía General, del Hospital Provincial Universitario Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, en el año 2013.

Resultados: la apendicitis aguda fue la enfermedad más frecuente con el 57,28 % del total de casos. La edad media fue de 29 a 67 años. Predominó el sexo masculino, el tratamiento quirúrgico y la evolución satisfactoria. Las complicaciones más frecuentes fueron los trastornos hidroelectrolíticos y ácido/base, la infección del sitio quirúrgico y el íleo paralítico. La estadía hospitalaria media fue de 11,3

días, la mortalidad fue de 4,09 % y el índice de reintervenciones fue de 2,03 %.

Conclusiones: la apendicitis aguda es la enfermedad trazadora del abdomen agudo quirúrgico no traumático más frecuente.

DeCS: ABDOMEN AGUDO/complicaciones; APENDICITIS; PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS; ADULTO; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA.

ABSTRACT

Background: tracer diseases in no-traumatic surgical acute abdomen are responsible for a great rate of morbidity and mortality in the surgical emergency medical service.

Objective: to describe the behaviour of non-traumatic surgical acute abdomen taking into account tracer diseases.

Method: a prospective, observational, descriptive cross-section study was conducted in a universe of 1037 patients diagnosed with any of the non-traumatic surgical acute abdomen diseases who were attended at the emergency medical service of the General Surgery Department of the Celia Sánchez Manduley Teaching Provincial Hospital, Manzanillo, Granma, in 2013.

Results: acute appendicitis was the most frequent disease in the 57, 28 % of the total of cases. The average age was 29-67 years old. Male sex (58, 24 %), surgical treatment (88, 14 %), and the satisfactory evolution of patients (91, 99 %) predominated. The most frequent complications were hydro-electrolyte and acid/base disorders (28, 35 %), infections of the surgical site (20, 06 %) and paralytic ileus (9, 93 %). Hospitalization stay rate was of 11, 3 days; the mortality was of 4, 09 %; and the re-operation rate was of 2, 03 %.

DeCS: ABDOMEN, ACUTE/complicaciones; APENDICITIS; SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE; ADULT; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE.

INTRODUCCIÓN

El término abdomen agudo fue propuesto desde el *Lankenau Hospital*, Filadelfia, por John B. Deaver (1855-1931). La frase se popularizó y a pesar de su abstraccionismo es asumida universalmente para referirse a cualquier afección aguda de la cavidad abdominal que necesita tratamiento urgente, en ocasiones médico, pero la mayoría de las veces quirúrgico en cuyo caso debe llamarse abdomen agudo quirúrgico. Deaver citado por Rodríguez-Loeches Fernández y Pardo Gómez ¹ sugiere que en los casos de abdomen agudo debe pensarse en el apéndice, antes, ahora y siempre.

La evolución del abdomen agudo quirúrgico no traumático (AAQNT) ha sido constantemente modificada por la revolución científico-técnica pero su signo capital, el dolor abdominal agudo (DAA), es uno de los problemas más frecuente en la práctica médica diaria; se asume que su nivel de presencia constituye la vigésima parte de las consultas; aclarándose por otros, que esta afección aparece en cerca del 10 % de los casos urgentes atendidos en cuerpos de guardias. ²⁻⁴ El DAA se presenta hasta en el 5 % de los pacientes que consultan en las salas de emergencia y el 10 % de estos pacientes tiene una causa grave que pone en riesgo la vida o requiere tratamiento quirúrgico. El DAA, ocupa entre el 15,5 % y el 36 % de las admisiones a los hospitales. ⁵ En Cuba se producen anualmente más de 100 000 intervenciones urgentes mayores de todo tipo y el volumen total de egresos hospitalarios supera el millón de pacientes (1 145 000 egresos), de los cuales un 10,0 % lo hace luego de haber sido objeto de una intervención quirúrgica mayor. En el 2012 el 2 % (20 610 pacientes aproximadamente) de los egresos tuvieron un diagnóstico definitivo de apendicitis aguda, mientras que cerca de 13 740 pacientes lo hicieron por haber presentado Colecistitis y Colelitiasis y 12 595 por hernia. ^{2,3} Siguiendo el marco de referencia propuesto por Kessner y citado por Marteau S, et al, ⁶ una enfermedad o un evento trazador se definieron como aquello que reúne por lo menos tres de los siguientes requisitos:

1. Tener un impacto potencial sobre las condiciones de salud dada la prestación de determinado servicio.
2. Estar relativamente bien definida y ser de fácil diagnóstico.
3. La tasa de prevalencia debe ser lo suficientemente alta para que se puedan recopilar adecuadamente los datos en una población limitada.

4. La historia natural de la enfermedad debe variar con la atención médica.
5. El evento trazador debe permitir que el fenómeno de estudio se visualice mediante su análisis.

En el Hospital Provincial Universitario Celia Sánchez Manduley, en el año 2013, se produjeron 3 458 egresos del servicio de Cirugía General de los cuales 1037 padecieron de alguna enfermedad del AAQNT.⁷ Las enfermedades trazadoras en el AAQNT constituyen afecciones quirúrgicas de gran interés para la Salud Pública. Ante la sostenida carga de morbilidad por estas enfermedades el objetivo de la investigación es mostrar el comportamiento del AAQNT a partir de enfermedades trazadoras.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo de series de casos en un universo de 1 037 pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad del AAQNT atendidos en el cuerpo de guardia, del servicio de Cirugía General, del Hospital Provincial Universitario Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, en el año 2013. Los trazadores definidos para este estudio fueron: apendicitis aguda, colecistitis aguda y oclusión intestinal pues todas ellas constituyeron el 84,37 % de los 1 037 pacientes egresos por alguna enfermedad del AAQNT. Se confeccionó un formulario donde se recopiló la información de las variables: edad, sexo, enfermedad del AAQNT, tipo de tratamiento, evolución, complicaciones, estadía hospitalaria, mortalidad y reintervención. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS 15.0.1. Se usó la media aritmética y el método porcentual. Los resultados se presentaron en tablas especificando la fuente de información. No fue necesario el consentimiento informado de los pacientes.

RESULTADOS

De los 1 037 pacientes portadores de alguna enfermedad del AAQNT el 58,24 % (604 pacientes) eran del sexo masculino. La edad media fue de 31,67 años. La apendicitis aguda, la colecistitis aguda y la oclusión intestinal mecánica fueron las enfermedades trazadoras del AAQNT para un (84,37 %). ([Tabla 1](#))

Tabla 1. Distribución de los pacientes con enfermedades del AAQNT según diagnóstico nosológico y sexo

Diagnóstico nosológico	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n= 1 037	
	n= 433		n= 604			
	No.	%	No.	%	No.	%
Apendicitis aguda	201	46,42	393	65,07	594	57,28
Oclusión intestinal mecánica	49	11,32	96	15,89	145	13,98
Colecistitis aguda	93	21,48	43	7,12	136	13,11
Embarazo ectópico	26	6,01	-	-	26	2,51
Quiste de ovario complicado	30	6,93	-	-	30	2,92
Úlcera péptica perforada	9	2,08	24	3,97	33	3,18
Pancreatitis aguda	3	0,69	8	1,32	11	1,06
Otras	22	5,07	40	6,62	62	5,96

Fuente: ficha de recolección de datos.

Predominó el tratamiento quirúrgico (88,14 %) y la evolución satisfactoria con un (92 %). ([Tabla 2](#))

Tabla 2. Distribución de los pacientes con enfermedades del AAQNT según tipo de tratamiento y evolución

Tipo de tratamiento	Evolución				Total	
	Satisfactoria		Insatisfactoria		n= 1 037	
	n= 954		n= 83			
	No.	%	No.	%	No.	%
Médico	92	9,64	31	37,35	123	11,86
Quirúrgico	862	90,36	52	62,65	914	88,14

Fuente: ficha de recolección de datos

La complicación más frecuente fueron los trastornos hidroelectrolíticos y ácido/base (28,35 %) y la infección del sitio quirúrgico en un (20,06 %). ([Tabla 3](#))

Tabla 3. Distribución de los pacientes con enfermedades del AAQNT según complicaciones y sexo

Complicaciones	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		n= 1 037	
	n= 433		n= 604			
	No.	%	No.	%	No.	%
Trastornos hidroelectrolíticos y ácido/base	86	19,86	208	34,44	294	28,35
Infección del sitio quirúrgico	67	15,47	141	23,34	208	20,06
Íleo paralítico	31	7,16	72	11,92	103	9,93
Neumonía/Bronconeumonía	15	3,46	31	5,13	46	4,44
Sepsis urinaria	17	3,93	11	2,54	28	2,70
Evisceración	3	0,69	8	1,85	11	1,06
Dehiscencia de suturas	3	0,69	6	0,99	9	0,88
Abscesos intrabdominales	2	0,46	7	1,16	9	0,88

Fuente: ficha de recolección de datos.

Nota: La sumatoria del número de casos no es coincidente con el total de población ya que un mismo paciente puede presentar varias complicaciones.

Los índices hospitalarios estuvieron en límites aceptables. ([Figura](#))

Figura. Comportamiento de algunos índices hospitalarios de las enfermedades del AAQNT



Fuente: ficha de recolección de datos.

DISCUSIÓN

La atención de pacientes con carácter de urgencia es efectuada en los cuerpos de guardia. En ellos se atienden un número considerable de pacientes con afecciones no urgentes. Este volumen de pacientes limitaría la actuación del personal médico.⁸ Schull M, et al,⁹ demostraron que los pacientes no urgentes no tienen incidencia en los tiempos de atención de los pacientes agudos ni en la saturación de los servicios. De las 12 946 consultas de cirugía de urgencias 1 037 se correspondieron con enfermedades del AAQNT. Estas enfermedades representan el 8,01 % del total de pacientes atendidos y el 42,19 % del total de ingresos (2 458 pacientes) en el servicio de Cirugía General.⁷ Otras investigaciones⁸ no encuentran a estas enfermedades como problema de salud en la Atención Primaria de Salud. Cita Bejarano, et al,¹⁰ que uno de cada 20 pacientes que acuden al servicio de urgencia sin antecedentes de trauma presenta DAA. Más de la mitad de los pacientes atendidos con diagnóstico de alguna enfermedad del AAQNT fueron del sexo masculino con edad promedio de 29,67 años. Bejarano, et al,¹⁰ encontró como más frecuente al sexo femenino con edad promedio de 54,9 años. Bermúdez Balado, et al,¹¹ encontró al sexo masculino entre 15 a 45 años como población más afectada por estas enfermedades. Este último resultado coincide con los hallazgos del presente estudio. Espinoza G, et al,¹² en un total de 30 089 pacientes adultos atendidos, en el Servicio de Urgencia, ingresaron 1 442 (4,8 %), y de ellos, 266 por un cuadro de abdomen agudo (18,4 %). De éstos últimos, 221 eran de hasta 64 años de edad con edad promedio de 36,7 ±14,0 años.

De las 3 882 intervenciones quirúrgicas realizadas por el servicio de Cirugía General el 49,18 % se realizaron con carácter de urgencia (1 909 pacientes) de las cuales 914 se correspondieron a enfermedades del AAQNT.⁷ Algunos estudios han encontrado que las enfermedades de las vías biliares son la principal causa de consulta por DAA y la primera indicación de cirugía abdominal en el anciano; no obstante, en otros estudios estas enfermedades han ocupado el segundo lugar como causa de abdomen agudo después de la apendicitis aguda. Bermúdez Balado, et al,¹¹ encontró a la apendicitis aguda en el 66,6 % y a la colecistitis aguda en el 10 % de los pacientes con AAQNT. La inflamación aguda del apéndice cecal fue la primera causa de AAQNT con 57,28 % seguido de la oclusión intestinal mecánica con el 13,99 % del total de casos. Pichel Loureiro, et al,¹³ reconoce que hasta el 20 % del total de ingresos en servicios quirúrgicos se debe a obstrucciones

intestinales, de las cuales 60–85 % son secundarias a lesiones del intestino delgado, algunas tan raras como las originadas por divertículos de Meckel o hernias internas.¹⁴⁻¹⁶ La tercera causa, no traumática, de intervención quirúrgica de urgencia fue la colecistitis aguda con el 13,11 % capaz de originar el íleo biliar. Esta reducción en la presentación de la inflamación aguda de la vesícula biliar se debe a la práctica sistemática de colecistectomías electivas por litiasis vesicular.¹

Alrededor del 10 % de las laparotomías que se realizan en el mundo tienen como diagnóstico causal apendicitis aguda. En Cuba el 15 % de las cirugías de urgencias se deben a esta enfermedad.¹⁸ Las estadísticas internacionales coinciden en que el cuadro quirúrgico de urgencia abdominal más frecuente y la causa más común de cirugía no electiva es la apendicitis aguda. Es una de las enfermedades clínicas mejor reconocidas, pero una de las que mayores problemas diagnósticos pueden suponer. Las posibilidades diagnósticas son abrumadoras el tener que diferenciarlas, en ocasiones, de enfermedades tan infrecuentes como la paniculitis mesentérica.^{1,17,18}

La modalidad de tratamiento del AAQNT fue quirúrgico en el 88,14 % de los casos. La sistematización de modalidades de tratamiento médico, ante determinadas enfermedades quirúrgicas, ha tenido resultados satisfactorios. El elevado riesgo quirúrgico de algunos pacientes ha hecho posible diferir la cirugía de urgencia y llevarla a la modalidad electiva. En el presente estudio 123 casos fueron atendidos con medicación y vigilancia estrecha sin necesidad de intervención quirúrgica. Estos casos fueron mayormente pacientes ancianos con colecistitis agudas y pacientes con oclusión intestinal mecánica por hernias atascadas reducidas satisfactoriamente. La colecistitis aguda es la enfermedad del AAQNT que más indicaciones encuentra para el tratamiento médico. Algunos autores como Laffita Labañino¹⁹ coinciden en que el tratamiento quirúrgico es de elección pues reducen los costos de atención, eliminan las recurrencias, reduce el peligro de complicaciones en particular la pancreatitis de origen biliar.

El tratamiento médico puede dejar de convertirse en una opción para ser la única solución. En esta situación se incluyen a los pacientes oncológicos en etapa terminal en los cuales por su estado físico no son candidatos para cirugía. A este tipo de oclusión se ha dado en llamar oclusión intestinal maligna no quirúrgica. Della Valle, et al,²⁰ encontró la reversión del cuadro, en seis pacientes de este tipo, en una media de 36 horas con una sobrevida media de 39 días.

Predominaron los trastornos hidroelectrolíticos y ácido/base con un 28,35 % seguido de la infección del sitio quirúrgico con 20,06 %. Los trastornos del agua y los electrolitos es un aspecto poco mencionado en las revisiones sistemáticas de los distintos autores. La práctica médica diaria ha demostrado la necesidad del balance hidromineral y ácido/base en cualquier paciente operado. Esta complicación es la causa de otras complicaciones recogidas en la literatura como el íleo paralítico. El íleo paralítico no dependiente de trastornos del potasio representó una complicación para el 9,93 % de los pacientes estudiados.

La peritonitis residual en procesos supurativos o perforativos de diagnóstico temprano son complicaciones que se presentan con elevada frecuencia en los pacientes ancianos. Estas pueden manifestarse con abscesos o colecciones intrabdominales a diferentes niveles que complicarían el pronóstico de estos pacientes, lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio y en trabajos revisados a todos los niveles.²¹ Es importante destacar que 2 % de los pacientes laparotomizados desarrollan sepsis intraabdominal posoperatoria y 29 % de los que tienen este diagnóstico en la cirugía inicial persisten con ella.^{22,23} En nuestra serie los abscesos intrabdominales se reportaron en el 0,88 % de los casos. Bermúdez Balado, et al,¹¹ reporta 40 % de prevalencia de la sepsis de la herida quirúrgica y de la hemorragia posoperatoria como complicaciones fundamentales. Fabars Piñó, et al,²³ encontró a la infección de la herida quirúrgica como complicación más frecuente particularmente en aquellas intervenciones clasificadas como contaminadas y sucias. Estos autores aseguran que estos tipos de cirugía multiplican por seis la ocurrencia de complicaciones. Otras complicaciones son de aparición tardía como la hernia incisional. Cita Satorre Rocha, et al,²⁴ que este tipo de complicación se estima hasta en un 23 % de frecuencia de aparición donde las operaciones ginecológicas son las más propensas.

Los índices hospitalarios son parámetros sistemáticamente revisados y altamente cuestionados pues ellos definen la capacidad resolutive de un centro asistencial. La estadía hospitalaria y la mortalidad son algunos de estos parámetros que en nuestra serie se comportaron con una media de 11,3 días y un índice de 4,09 % respectivamente. La causa directa de la muerte más relacionada fue el tromboembolismo pulmonar. En nuestra institución se encontró, como primera causa de muerte en el servicio de Cirugía General, el tromboembolismo pulmonar seguido del shock séptico. Yora Orta, et al,²⁵ encontró como causa directa de

muerte el tromboembolismo pulmonar y la peritonitis exudativa severa con un índice de mortalidad del 4,1 %, considerándose baja. Despaigne Alba, et al,²⁶ encontró una tasa de mortalidad de 7,7 %, atribuible fundamentalmente a la infección generalizada y el shock séptico.

La reintervención se define como la realización de una nueva operación a causa del fracaso de la anterior por no cumplir el objetivo propuesto, aparición de complicaciones o diagnóstico de iatrogenias; lo que constituye un índice hospitalario evaluador de la calidad de las intervenciones quirúrgicas.^{23,27} La mortalidad por reintervención abdominal varía de 13 a 100 % en relación con las condiciones del enfermo, pero en aquellos sin sepsis sistémica en el momento de la reintervención es de 13 %; en los que tienen sepsis y falla múltiple de órganos, de 50 % y en los pacientes con peritonitis difusa y falla orgánica múltiple se eleva a 100 %. En la bibliografía nacional y extranjera se aborda con poca frecuencia este tema; sin embargo, en Cuba se citan tasas de reintervenciones abdominales entre 1,3 y 2,6 % en servicios de cirugía general, 10,6 % en salas de terapia intermedia de cirugía y hasta 17 % en unidades de cuidados intensivos.²⁸

Autores como Ricardo Martínez, et al,¹⁷ reportan un índice de 5,7 % aunque otros autores comunican un mayor número de reintervenciones en sus series, llegando hasta 10 %. Matos Tamayo, et al,²⁷ encontró en 13 025 intervenciones quirúrgicas un índice de 1,3 % de reintervenciones. En el estudio el índice de reintervenciones fue de 2,03 %. Respecto a las reintervenciones cita Matos Tamayo, et al,²⁷ que en series de Estados Unidos de Norteamérica y España, comprende aproximadamente 2,5 % de las operaciones iniciales. Por lo que se reconsidera a la reintervención como un indicador de calidad, los resultados expuestos coinciden con un índice aceptable.²⁹

CONCLUSIONES

La apendicitis aguda es la enfermedad trazadora del AAQNT. El tratamiento es eminentemente quirúrgico donde los trastornos hidroelectrolíticos, ácido/base y la infección del sitio quirúrgico son causas principales de complicaciones. La estadía hospitalaria, la mortalidad y el índice de reintervenciones se mantuvieron en límites aceptables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez-Loeches Fernández J, Pardo Gómez G. Abdomen Agudo. En: Rodríguez-Loeches Fernández J, Pardo Gómez G, editores. Temas de Cirugía. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 925-40.
2. Ministerio de Salud Pública, Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud, 2011. La Habana: MINSAP; 2012.
3. Ministerio de Salud Pública, Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud, 2012. La Habana: MINSAP; 2013.
4. Shaff MI, Tarr R, León Portain C, James EA. Tomografía computarizada y Resonancia magnética en el cuadro abdominal agudo. *Clín Quir Nort*. 1988;2:253-76.
5. Cartwright SL, Knudson MP. Dolor abdominal agudo en los adultos. Algoritmos para la población general y poblaciones especiales. *Am Fam Physician*. 2008;77(7):971-8.
6. Marteau SA, Perego H. Modelo del Costo Basado en la Actividad aplicado a consultas por trazadores de enfermedades cardiovasculares. *Salud pública Méx* [Internet]. 2001 Feb [citado 2013 Ene 14];43(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000100005&lng=es.
7. Ministerio de Salud Pública, Dirección nacional de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud, 2013. La Habana; 2014.
8. Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias* [Internet]. Ene-Feb 2011 [citado 3 Feb 2013];23(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3423253>
9. Schull M, Klss A, Szala J. The effect of low complexity patients on emergency department times. *Ann Emerg Med*. 2007;49:257-64.
10. Díaz Novás J, Gallego Machado BR, León López R. El perfil de la práctica del médico de familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. Mar 2007 [citado 5 May 2013];23(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100010&lng=es.

11. Bejarano M, Gallego Cristal X, Gómez Julián R. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. Rev Colomb Cir [Internet]. Mar 2011 [citado 10 Jun 2013];26(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S2011-75822011000100005 & lng=en
12. Bermúdez Balado A, Rivero Ramos A, Barroetabeña Riol Y, Padierno Olivera R. Caracterización de los pacientes con Abdomen Agudo Quirúrgico atendidos en el Centro Médico de Diagnóstico Integral. Municipio Pampán. MEDICIEGO [Internet]. 2012 [citado 17 Mar 2013];18(Supl.1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl1_2012/articulos/t-9.html
13. Espinoza GR, Balbontín MP, Feuerhake LS, Piñera MC. Abdomen agudo en el adulto mayor. Rev Méd Chile [Internet]. Dic 2004 [citado 4 May 2013];132(12):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0034-98872004001200008 & lng=es
14. Pichel Loureiro A, Benito García JI. Obstrucciones intestinales. Formación Médica Continuada en Atención Primaria [Internet]. Ago-Sep 2012 [citado 11 Abr 2013];19(7):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134207212704255?via=sd>
15. Ostiz LLanos M. Apendicitis aguda atípica diagnosticada durante una colonoscopia. Anales Sis San Navarra [Internet]. Ene-Abr 2013 [citado 31 May 2013];36(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext & pid=S1137-66272013000100015 & lng=es>.
16. Abreu Jarrín M, Hernández Valdés E, Díaz Sánchez JA, Morales Suárez MC. Oclusión intestinal por hernia diafragmática derecha encarcelada. Rev Méd Electrón [Internet]. May-Jun 2013 [citado 17 Mar 2013];35(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol3%202013/tema08.htm>
17. García-Oria M, Muñoz de la Fuente A, Peraza Casajús JM, Bodega Quiroga I, Martínez Pozuelo A, Serrano Muñoz A. Hernia interna de Quain como causa de abdomen agudo. Sanid Mil [Internet]. Dic 2012 [citado 10 Ago 2013];68(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1887-85712012000400006 & lng=es.
18. Ricardo Martínez D, Pérez Suárez MJ, Pérez Suárez CM, Pujol Legrá PM. Resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con apendicitis aguda. Centro de Salud Integral María Genoveva Guerrero Ramos, 2007 – 2011. Multimed [Internet].

- Ene-Mar 2013 [citado 17 Mar 2013];17(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en:
<http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-1/9.html>
19. Fatahi Bandpey ML, Yago Escusa MD, Sánchez Santos PJ, Fatahi Bandpey B, Roig Salgado C, Olimpiu Lenghel F. Paniculitis mesentérica como causa poco frecuente de dolor abdominal agudo. Rev Argent Radiol [Internet]. Oct-Dic 2012 [citado 31 May 2013];76(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en:
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1852-99922012000400005 & lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922012000400005&lang=pt)
20. Laffita Labañino W. Tratamiento de la enfermedad litiásica biliar en el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. Mar 2011[citado 8 Ene 2013];37(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0138-600X2011000100009 & lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100009&lng=es)
21. Della Valle A, Wolaj M, Santos D, Mesa F, Treglia A. Manejo terapéutico actual de la oclusión intestinal maligna no quirúrgica. Rev Méd Urug [Internet]. Oct-Dic 2012 [citado 10 Jun 2013];28(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en:
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php? script=sci_arttext & pid=S0303-32952012000200004 & lng=es&nrm=iso & tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952012000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
22. Sánchez Portela CA, Delgado Fernández JC, García Valladares A. Comportamiento de las reintervenciones en cirugía general. Hospital General Docente Abel Santamaría. Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Feb 2012 [citado 8 Ago 2013];16(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1561-31942012000100004 & lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100004&lng=es)
23. Villa Valdés M, García Vega ME, Sáez Zúñiga G. Comportamiento de la reintervención abdominal en una unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Rev Cub Med Int Emerg [Internet]. 2010 [citado 12 Sep 2011];9(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_4_10/mie08410.htm
24. Fabars Piñó LL, García Cisnero A, Navarro Ramos M, Busquet Borges K, Guzmán Pérez N. Infecciones posquirúrgicas en pacientes laparotomizados. MEDISAN [Internet]. Feb 2012 [citado 25 May 2013];16(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_2_12/san06212.htm
25. Satorre Rocha J, Pol Herrera PG, López Rodríguez P, León González O, Anaya González JL. Revisión de casos sobre hernia incisional en el período de 2004 a 2010. Rev Cubana Cir [Internet]. Jun 2012 [citado 8 Ago 2013];51(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0034-74932012000200003 & lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000200003&lng=es)

26. Yora Orta R, Seguras LLanes O, Rivas Pardo LA, Pompa Rodríguez DY. Morbilidad y mortalidad del paciente geriátrico intervenido de urgencia. Rev Cuba Anestesiol Reanim [Internet]. Dic 2012 [citado 10 Jun 2013];11(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1726-67182012000300006 & lng=es.
27. Despaigne Alba I, Rodríguez Fernández Z, Romero García LI, Pascual Bestard M, Ricardo Ramírez JM. Morbilidad y mortalidad por infecciones posoperatorias. Rev Cubana Cir [Internet]. Mar 2013 [citado 8 Ago 2013];52(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S0034-74932013000100003 & lng=es
28. Matos Tamayo ME, Wendy G, Rodríguez Fernández Z. Caracterización de las reintervenciones en cirugía general. MEDISAN [Internet]. Jun 2013 [citado 1 Ago 2013];17(6):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext & pid=S1029-30192013000600002 & lng=es.
29. Sarduy Ramos CM, Pouza González I, Pérez Sarmiento R, González Salom L. Sepsis intraabdominal postquirúrgica. AMC [Internet]. 2011[citado 12 Sep 2011];15(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552011000200004 & script=sci_arttext

Recibido: 14 de marzo de 2014

Aprobado: 4 de junio de 2014

Dr. Pedro Rafael Casado Méndez. Especialista de I Grado en MGI. Residente de 4to año en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Provincial Universitario Celia Sánchez Manduley. Manzanillo, Granma, Cuba. Email: pcasado@grannet.grm.sld.cu