

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias Médicas

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

**“ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE DE
TACNA 2000 - 2005”**

TESIS

Presentado Por:

Bach. Lina Evelyn Flores Cori

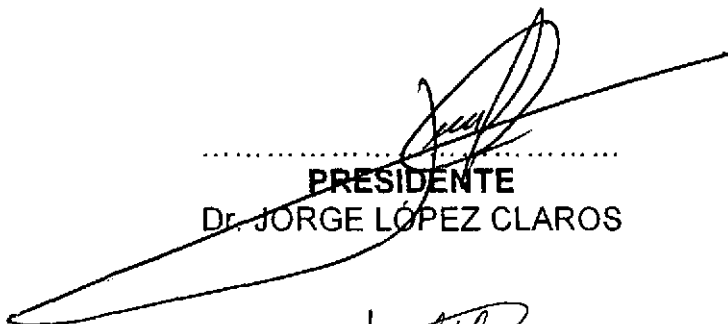
Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

TACNA - PERÚ

2006

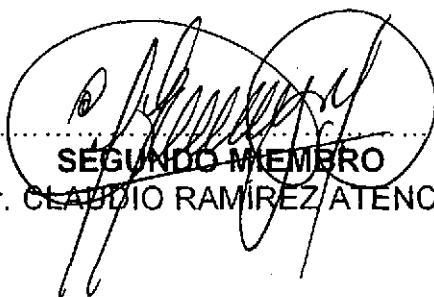
El presente trabajo de investigación ha sido aprobado por el siguiente jurado :



.....
PRESIDENTE
Dr. JORGE LÓPEZ CLAROS



.....
PRIMER MIEMBRO
Dr. ROBERTO PINTO MONRROY



.....
SÉGUNDO MIEMBRO
Dr. CLAUDIO RAMÍREZ ATENCIO



.....
DIRECTOR DE TESIS
Dr. NOÉ FLORES VIZCARRA

*El presente trabajo esta dedicado a la persona que me incentiva
y apoya incondicionalmente, mi madre; y a todos aquellos que
confian en mi.*

La perseverancia es la base del éxito

INDICE

Página

INDICE	1
RESUMEN	3
SUMMARY	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I : PROBLEMA	7
1.1 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.1.3.- OBJETIVOS	10
1.1.3.1- OBJETIVO GENERAL	10
1.1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.1.4. JUSTIFICACIÓN	12
1.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	13
1.2.1.- ANTECEDENTES	13
1.2.2.- MARCO CONCEPTUAL	15
1.2.2.1. GENERALIDADES	15
1.2.2.2 DEFINICIÓN	16
1.2.2.3. ETIOLOGÍA	17
1.2.2.4. FISIOPATOLOGÍA	21
1.2.2.5. CLÍNICA	27
1.2.2.5.1. Dolor	27
1.2.2.5.2. Distensión Abdominal	28
1.2.2.5.3. Vómitos	28

1.2.2.5.4. Ausencia de emisión de gases y heces	29
1.2.2.6. DIAGNÓSTICO	29
1.2.2.6.1. Exploración Física	29
1.2.2.6.2. Datos Analíticos	30
1.2.2.6.3. Datos Radiológicos	31
1.2.2.7. TRATAMIENTO	33
1.2.2.7.1. Tratamiento Preoperatorio	33
1.2.2.7.2. Tratamiento Quirúrgico	34
1.2.2.7.3. Otros Tratamientos	35
1.2.2.7.4. Clasificación de Colostomías	37
CAPÍTULO II : MATERIAL Y MÉTODOS	41
2.1- TIPO DE ESTUDIO	42
2.2.- ÁMBITO DE ESTUDIO	42
2.3 UNIDAD DE ESTUDIO	43
2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	43
2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	44
2.4 UNIVERSO Y MUESTRA	44
2.5 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	45
CAPÍTULO III : RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
CAPITULO IV : DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	97
CAPITULO V : CONCLUSIONES	108
CAPÍTULO VI : RECOMENDACIONES	112
BIBLIOGRAFÍA	114
ANEXOS	120

RESUMEN

El presente trabajo de investigación está referido al "Estudio de los pacientes con Diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna 2000 – 2005, encontrándose la distribución de casos por año, mayor durante los años 2000 y 2001, la distribución por sexo, más frecuente fue masculino, según edad es mayor entre 21 y 30 años. En cuanto al tiempo de enfermedad fue mayor de 4 días. Presentaron dolor abdominal en el 100% de los casos. El signo más frecuente fue distensión abdominal, con hemograma normal en un 62.5%, y la presencia de Niveles hidroaéreos con 30.56%. La causa más frecuente de Obstrucción Intestinal Mecánica fue por Bidas y Adherencias, con antecedente quirúrgico en el 86.67% de los casos. y el tiempo transcurrido de la última intervención, en su mayoría dentro de 1 a 6 meses, y el motivo de cirugía fue por Obstrucción Intestinal. Dentro de los hallazgos intraoperatorios se encontró en la mayoría con intestino viable, y que la localización más frecuente fue el Colon Sigmoides. Además el método quirúrgico más utilizado fue de Liberación de Bidas y Adherencias. Según el grado de contaminación se encontró como Contaminada en 54.17%. Con complicaciones post-operatorias 29.17%, la más frecuente Sepsis. La estancia hospitalaria en su mayoría fue de 6 a 10 días, la condición de egreso, es con mayor frecuencia Curado (55.56%), la mortalidad de los pacientes fue de 4 casos.

SUMMARY

The investigation work present is referred as "Study of the patients with diagnosis of Mechanical Intestinal Obstruction, in the Hospital of Support Hipólito Unanue of Tacna 2000 – 2005", being found the distribution of per year, greater cases during the years 2000 and 2001, the distribution by sex, more frequent was male, according to age is greater between 21 and 30 years. As soon as a time of illness was over 4 days. They presented abdominal pain in the 100% of the cases. The most frequent sign was abdominal distension, with normal hemogram in a 62.5%, and the presence of levels hidroaéreos with 30.56%. The most frequent cause of Mechanical Intestinal Obstruction was by Flanges and Adhesions, with surgical antecedent in the 86.67% of the cases, and the time elapsed of the last intervention, mostly inside 1 to 6 months, and the motive of surgery was by Intestinal Obstruction. Inside the finds intraoperatorios was found in the majority with viable intestine, and that the most frequent locating was the Colon Sigmoides. Besides the most it utilized surgical method was of Liberation of Flanges and Adhesions. According to the degree of contamination was found like Contaminated in 54.17%. With post-operating complications 29.17%, the most frequent one Sepsis. The hospital stay mostly was from 6 to 10 days, the condition of expense, is with greater frequency cured (55.56%), the mortality of the patients was of 4 cases.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación está referido al Estudio de los pacientes con Diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tachna (HAHUT) durante el período 2000 al 2005.

Se llama síndrome de obstrucción intestinal al conjunto de síntomas y signos que se desarrollan como consecuencia de una interrupción o disminución del tránsito normal del contenido intestinal. (1)

La obstrucción intestinal es una de las causas más frecuentes entre las urgencias quirúrgicas. En muchos hospitales, la quinta parte de los ingresos quirúrgicos se debe a este problema. (2)

El cuadro clínico en todos los casos de obstrucción intestinal es muy similar en su sintomatología y el diagnóstico se efectúa, además de los síntomas principales, con los datos de la signología y se confirman a veces por un estudio radiológico simple. (3)

El tratamiento suele ser quirúrgico, salvo en los casos de parálisis intestinal (Ileo Adinámico) que resultan como consecuencia de otro proceso médico concomitante. (2)

La mortalidad y morbilidad de este grupo de procesos fueron muy altas en el pasado, pero con los actuales medios auxiliares de diagnóstico, los mejores conocimientos de su fisiopatología y el empleo de elementos terapéuticos más eficaces, la mortalidad ha disminuido en muchos centros hospitalarios a 3.5% en los casos de obstrucción simple. No obstante, cuando existen gangrena y necrosis del intestino, esta mortalidad puede llegar hasta el 37%. (4)

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obstrucción intestinal es una entidad clínica conocida desde la antigüedad, que ya fue observada y tratada por Hipócrates. La primera intervención registrada, fue realizada por Praxágoras, el año 350 AC. (5)

Constituye uno de los cuadros quirúrgicos urgentes que se observan con más frecuencia en la práctica clínica. (6)

El Abdomen Agudo Quirúrgico se clasifica de la siguiente manera y en orden de frecuencia: en primer lugar el tipo Inflamatorio, en segundo lugar el Obstrutivo, en tercer lugar el Traumático, y cuarto lugar el Vascular. (7)

La Obstrucción Intestinal Mecánica es la cuarta patología en Cirugía de ocurrencia en nuestro medio hospitalario por lo que el averiguar su espectro real es motivo del desarrollo del presente trabajo. No se pretende concluir y generalizar, realizando aseveraciones que pudieran ser válidas para Lima o el Perú, o realizar asociaciones de causa efecto, por cuanto la naturaleza del estudio de tipo descriptivo, retrospectivo no nos permite hacerlo, pero sí el tener un marco teórico más propio que sí sirva de base para el desarrollo de investigaciones

prospectivas o experimentales futuras de aspectos poco conocidos de esta patología. (8)

Una de las características más importantes en la descripción de esta patología es la frecuencia de sus causas, desde hace mucho tiempo esta ha estado relacionada con las siguientes patologías importantes: Bridas y adherencias, Hernias Complicadas, Vólvulos y Neoplasias. (9)

En el desarrollo del presente trabajo se hace una descripción de las razones por las que el nivel de casos de bridas y adherencias está relacionado con el antecedente de haber sido intervenido quirúrgicamente alguna vez; además de otras causas cuya menor frecuencia no las hace despreciables sino importantes y que se presentan por razones de orden geográfico o de costumbres locales, tal como ocurre en nuestro medio con el Vólvulo de Sigmoides. (4)

1.1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Formulamos nuestro problema de estudio de la siguiente manera:

¿ CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EN EL ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, DURANTE EL PERIODO 2000–2005 ?

1.1.3. OBJETIVOS

1.1.3.1. OBJETIVO GENERAL

* Determinar las principales características de los pacientes con Diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo 2000 – 2005.

1.1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar en que género y grupo etáreo es más frecuente la patología de Obstrucción Intestinal Mecánica, en los pacientes hospitalizados en el HAHUT, durante los años 2000 al 2005.
- Determinar el tiempo de enfermedad usual, los síntomas y signos más relevantes en pacientes hospitalizados con diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, en el HAHUT, en los años 2000-2005.
- Señalar cuáles fueron los hallazgos de laboratorio y radiológicos más frecuentes en pacientes hospitalizados con diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, en el HAHUT, en los años 2000-2005.

- Conocer los hallazgos intraoperatorios (viabilidad intestinal y localización en el tracto digestivo de la OI) y el manejo quirúrgico (métodos quirúrgicos) más frecuentes en pacientes hospitalizados con diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica en el HAHUT, en los años 2000-2005.
- Determinar las complicaciones post-operatorias (Morbilidad) que fueron más frecuentes, la estancia hospitalaria, la condición de egreso y la mortalidad operatoria (\leq 30 días Post-operatorio) de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, en el HAHUT, en los años 2000-2005.

1.1.4. JUSTIFICACIÓN

Como se mencionó con anterioridad la obstrucción intestinal constituye el segundo lugar en orden de frecuencia dentro de la patología de abdomen agudo quirúrgico, lo cual se refleja en nuestra práctica clínica donde se ha evidenciado la alta frecuencia de casos de Obstrucción Intestinal Mecánica, sobre todo aquella causada por patologías extrínsecas, por ende nos encontramos frente a un problema vigente. (10)

Considerando que en la actualidad no existe un trabajo reciente que aborde este problema, es imprescindible conocer las principales características de los pacientes hospitalizados con Diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, en el HAHUT, para de esa manera reconocer signos y síntomas en forma oportuna, y dar un manejo correcto, que permita mejorar el pronóstico de dicha patología, además de evitar fracasos terapéuticos.

Por todas estas consideraciones, creemos que el desarrollo del tema propuesto es importante, necesario y se justifica por tales motivos, además cabe mencionar que servirá de referencia para otros trabajos de investigación que puedan suscitarse.

1.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.2.1. ANTECEDENTES

- El estudio: **Obstrucción Intestinal como cirugía de emergencia. Junio 1997, que se realizó en el Servicio de Cirugía General de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo**, considerándose como casos a todos aquellos pacientes que hubieran sido intervenidos quirúrgicamente por Obstrucción Intestinal Mecánica, durante el período comprendido entre diciembre de 1995 y noviembre de 1996. Donde encuentra que la causa más frecuente fue Bridas y Adherencias con un 31.8 %, seguida de Vólvulo de Sigmoides con un 20.2 %, y en tercer lugar Hernia Inguinal con un 7.2 % y en cuarto lugar Neoplasia de Colon con un 5.7 %. La morbilidad general alcanzó un 39%. (11)
- **José Cabala Chiang**, en su estudio realizado en el Hospital Nacional del Sur de Arequipa durante el año 1996, sobre 50 pacientes con Obstrucción Intestinal, operados en el área de cirugía de abdomen del mismo hospital. El tiempo de enfermedad fue hasta 3 días en el 66% de pacientes, los que fueron varones; el 32% de pacientes fueron de la séptima década o más. La causa más frecuente fueron las Bridas y Adherencias pos-operatorias en el 68% seguida de vólvulo de sigmoides con 14%. Dentro las complicaciones más frecuentes se encuentra la infección de herida operatoria con 18%. La mortalidad fue de 0%. (12)

- **Edmundo Casas Díaz**, en su estudio Vólvulo de Sigmoides años 1991-2001. Hospital Alberto Hurtado Abadía, encuentra que de los 117 pacientes en estudio, la mortalidad baja, debido a que los pacientes han acudido en un tiempo relativamente corto (por debajo de 2 días). Motivo por el cual la mortalidad es de 7.8%. (13)
- El término Dolicomegacolon Andino fue introducido en el año 1976 por el **Dr. David Frisancho Pineda**, quien es reconocido internacionalmente por sus trabajos acerca de esta patología. Los habitantes de regiones con altitudes superiores a 3000 metros sobre el nivel del mar, presentan modificaciones anatómicas y funcionales de los diferentes órganos que conforman el aparato digestivo. Una de esas modificaciones se presenta a nivel del colon sigmoides, está caracterizada por un aumento de longitud (dólico), y un aumento del diámetro (mega). Dicha alteración se explica por la ley física de los gases de Boyle y Mariotte, y también por el régimen alimenticio del habitante de zonas altas. Dicha alteración física puede ser asintomática, o generar algunas manifestaciones clínicas como distensión abdominal, meteorismo, estreñimiento, etc. En la mayoría de los pacientes la patología se pone de manifiesto cuando se presenta el **vólvulo de sigmoides**, que es una de las **emergencias quirúrgicas más frecuentes** en nuestros hospitales.

1.2.2. MARCO CONCEPTUAL

1.2.2.1. GENERALIDADES

La obstrucción intestinal es una entidad clínica conocida desde la antigüedad, que ya fue observada y tratada por Hipócrates. Constituye uno de los cuadros quirúrgicos urgentes que se observan con más frecuencia en la práctica clínica. (14)

PRAXAGONAS (350 a.C.) realizó la primera operación de obstrucción intestinal. En esta época se utilizaba opio para aliviar el dolor, mercurio y municiones de plomo para abrir las asas ocluidas y lavados gástricos.(15)

HARTWELHOUGDE (1912), observa que al administrar soluciones salinas se prolongaba la vida a pacientes con obstrucción intestinal. (15)

En 1920, con el advenimiento de los rayos X (las radiografías) se mejora el diagnóstico de obstrucción intestinal. (16)

En 1930, se inicia el uso de la sonda nasogástrica y sondas intestinales para prevenir y aliviar la distensión abdominal en pacientes con obstrucción intestinal. (16)

En 1940-1950, se inicia antibioticoterapia en paciente con obstrucción intestinal. La longitud del intestino delgado es un tanto engañosa porque en los cadáveres mide 7 metros una vez disecado el mesenterio, pero en las operaciones del intestino delgado se puede pasar con facilidad un catéter de 1 metro desde el yeyuno proximal hasta la válvula ileocecal. (17)

Si el intestino delgado fuese un conducto liso, su superficie interna total sólo sería de unos 0,33 m², pero esta superficie aumenta mucho más por la presencia de unos pliegues circulares que sobresalen dentro de la luz y que se conocen como válvulas conniventes, son más numerosos en el yeyuno, disminuyen en forma gradual en el íleon distal. Esta superficie aumenta todavía más por la presencia de vellosidades, de las cuales existen 30 a 40 por mm² a lo largo de todo el intestino delgado, de modo que la superficie interna total supera los 200m². (18)

1.2.2.2. DEFINICIÓN

La **obstrucción u oclusión intestinal**, consiste en la **detención completa y persistente del contenido intestinal en algún punto a lo largo del tubo digestivo**, ya sea por una causa extrínseca o intrínseca (extraluminal e intraluminal). (16)

Si dicha detención no es completa y persistente, hablaremos de **suboclusión intestinal**. Por otra parte conviene aclarar el término **seudoobstrucción intestinal** idiopática o Sd de Ogilvie. Esta se trata de una enfermedad crónica, caracterizada por síntomas de obstrucción intestinal recurrente, sin datos radiológicos de oclusión mecánica. Se asocia a cierta patología como enfermedades autoinmunes, infecciosas, endocrinas, psiquiátricas etc. (10)

En su patogenia, se barajan trastornos de la reacción intestinal a la distensión y anomalías en los plexos intramurales ó en el músculo liso del intestino. No es en principio una patología quirúrgica. (19)

1.2.2.3. ETIOLOGÍA

Conviene diferenciar desde el comienzo, dos entidades clínicas bien distintas. Por un lado el **íleo funcional** y por otro lado el **íleo mecánico** u obstrucción mecánica.

Íleo Funcional. La motilidad intestinal es un fenómeno complejo que depende de factores neurales, humorales y metabólicos. En consecuencia, no debe extrañar que las causas de íleo funcional sean muy diversas y su patogenia en gran parte desconocida. (20)

Clásicamente, el íleo funcional ha sido separado en paralítico o espasmódico, según que la obstrucción sea el resultado de una actividad

motora disminuida o aumentada. Sin embargo, esta clasificación no es correcta, ya que en el íleo funcional la alteración motora no es en el sentido estricto parálisis ni espasmo. Es más correcto y práctico, en cambio, diferenciar a los íleos funcionales según presenten una alteración motora difusa o localizada. La peritonitis generalizada, los traumatismos vertebro medulares, la enterocolitis y el postoperatorio normal son todas causas de íleo funcional difuso que puede afectar simultáneamente al estómago, intestino delgado y colon, aunque en el caso del íleo postoperatorio la alteración motora se limita al estómago y al colon. (19)

Tanto la pseudo obstrucción intestinal como el íleo regional inflamatorio se producen por una alteración motora localizada en un segmento intestinal. Sin embargo, mientras que en el íleo regional inflamatorio la actividad motora del intestino proximal es normal o está disminuida, en la pseudo obstrucción intestinal se halla francamente aumentada, al extremo de que tanto el cuadro clínico como las complicaciones son similares a los del íleo mecánico. (21)

Íleo Mecánico u obstrucción mecánica, que supone un auténtica obstáculo mecánico que impide el paso del contenido intestinal a lo largo del tubo digestivo, ya sea por causa parietal, intraluminal ó extraluminal. Cuando la obstrucción mecánica desencadena un compromiso vascular del segmento intestinal afecto, hablaremos de obstrucción mecánica estrangulante. (20)

Denominamos oclusión en asa cerrada, cuando la luz está ocluida en dos puntos. Este tipo de oclusión tiene mayor tendencia a la isquemia y por lo tanto a la perforación. (20)

En general la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes intervenidos de cirugía abdominal, son las adherencias ó bridas postoperatorias (35-40%). Tanto es así que debe ser considerada siempre como la causa en pacientes intervenidos, mientras no se demuestre lo contrario. (22)

La segunda causa más frecuente son las hernias externas complicadas (20-25%), ya sean inguinales, crurales, umbilicales ó laparotómicas (eventraciones o Hernias Incisionales). (16)

En la literatura de los países desarrollados (anglosajones) se menciona a las neoplasias como la tercera causa de Obstrucción Intestinal Mecánica por su perfil demográfico. La causa más frecuente de obstrucción intestinal baja son las neoplasias de colon y recto. (23)

CAUSAS DE ILEO MECANICO

A) Extraluminal

- Adherencias postquirúrgicas (Causa más frecuente 35-40%)
- Hernias externas (inguinales, crurales, umbilicales, laparotómicas, etc.)
- Hernias internas
- Torsiones
- Vólvulos
- Invaginaciones
- Efecto masa extraluminal (tumoración, masa inflamatoria ó absceso)

B) Parietal

- Neoplasias
- Alteraciones congénitas (atresias, estenosis, duplicaciones, etc.)
- Procesos inflamatorios (Crohn, postradiación, etc.)

C) Intraluminal

- Ileo biliar
- Bezoar
- Parasitosis
- Cuerpo extraño
- Impactación fecal
- Tumoraciones

1.2.2.4. FISIOPATOLOGÍA

La obstrucción mecánica de intestino delgado, produce acumulación de líquidos y gases en la porción proximal de la obstrucción, lo que produce distensión del intestino, que es iniciada por el líquido ingerido, secreciones digestivas (entre 6 y 8 litros al día) y gas intestinal. El estómago tiene una capacidad muy pequeña para la absorción de líquidos, de modo que la mayor parte de ellos, se absorben en el intestino delgado. (24)

El aire intestinal es impulsado en dirección contraria a la boca por la peristalsis, y es expelido por el recto. El gas que se acumula en el intestino proximal a una obstrucción se origina de: Aire deglutido (75%), CO₂ por neutralización del bicarbonato (16%), Gases orgánicos de la fermentación bacteriana. (9%) (25)

Los Gases: Proviene 2/3 de aerofagia y 1/3 de formación local en el intestino (de esta formación intestinal 2/3 sobrepasan por difusión sanguínea y 1/3 por putrefacción y fermentación). (26)

El aire deglutido es la fuente más importante de gas en la obstrucción intestinal, puesto que su contenido en nitrógeno es muy alto y este gas no se absorbe en la mucosa intestinal. A consecuencia de este hecho, el gas intestinal es sobre todo nitrógeno (70%). También se

producen grandes cantidades de CO₂ en la luz intestinal, pero este gas se absorbe con facilidad y se elimina por vía respiratoria, y por lo tanto contribuye más bien poco a la distensión de la obstrucción intestinal. (27)

Uno de los acontecimientos más importantes durante la obstrucción mecánica simple de intestino delgado, es la pérdida de agua y electrolitos. En primer lugar ocurre vómito reflejo como resultado de la distensión intestinal. Esta distensión se perpetúa, como consecuencia del aumento de secreción intestinal que provoca y la disminución de la absorción. Estos fenómenos dan como resultado un acumulo de líquidos en el intestino proximal a la obstrucción (tercer espacio) que puede aumentar aún más la **deshidratación**. (25)

Desde el punto de vista metabólico, los resultados dependerán del sitio y la duración de la obstrucción. La **obstrucción proximal** produce pérdida de agua, Na, Cl, H y K, lo que causa deshidratación con **hipocloremia, hipokaliemia y alcalosis metabólica**, pero no produce mucha distensión abdominal y el vómito es precoz. (27)

Las **obstrucciones distales** se acompañan de pérdida de grandes cantidades de líquidos hacia el intestino, sin embargo, los trastornos electrolíticos pueden ser menos espectaculares, fundamentalmente porque las pérdidas de ácido clorhídrico son menores. Además de la deshidratación antes mencionada, ocurren **oliguria, hiperazoemia** y

hemoconcentración. Si persiste la deshidratación, los cambios hemodinámicos que origina(**taquicardia, disminución de la PVC y del GC**), desencadenarán **hipotensión y shock hipovolémico.** En las obstrucciones distales a menudo se aprecia una gran distensión abdominal y el vómito es tardío. (28)

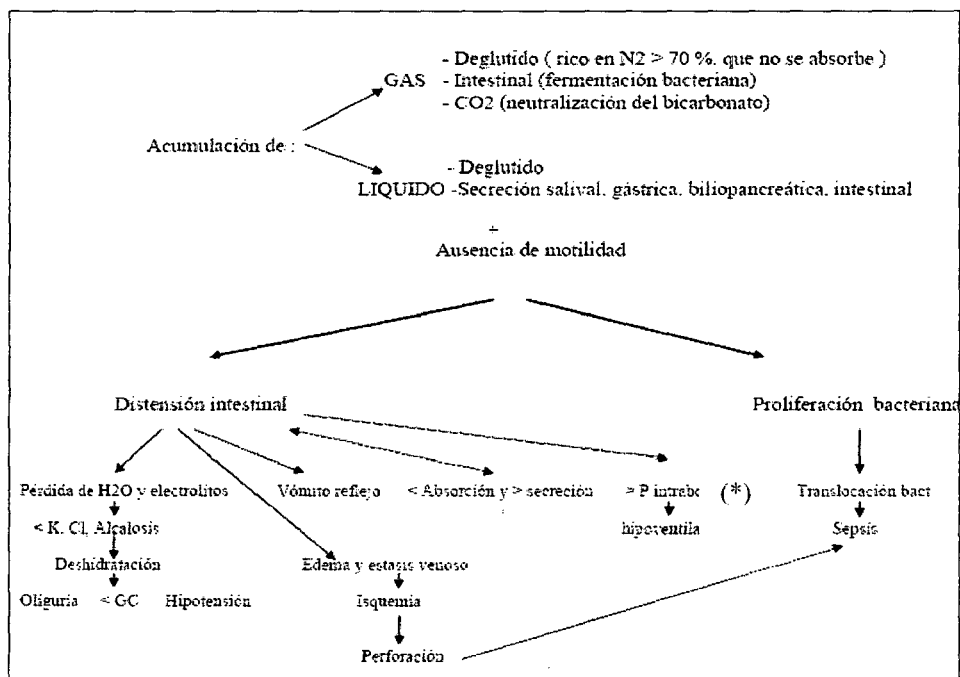
Otras consecuencias de la distensión son el **aumento de la presión intraabdominal** (síndrome compartimental) , **disminución del retorno venoso** de las piernas e **hipoventilación.** También ocurre proliferación rápida de las bacterias intestinales, durante la obstrucción intestinal. Normalmente, el intestino delgado contiene cantidades pequeñas de bacterias y a veces está casi estéril. Una de las causas que provocan la escasez de la proliferación bacteriana en el intestino delgado es la importante peristalsis en condiciones normales. Pero durante la estasis del intestino, las bacterias proliferan con rapidez, pudiendo producir **translocación bacteriana y sepsis.** Su contenido, por tanto, se torna fecaloide. Cuando en el curso de un proceso obstructivo, se altera la circulación normal hacia el intestino, hablamos de estrangulación. En este tipo de obstrucción, además de la pérdida de sangre y plasma, debemos tener en cuenta el material tóxico del asa estrangulada. (18)

Este, está formado por bacterias, material necrótico y líquido retenido en el asa intestinal y puede pasar a través de la pared lesionada

por la distensión y los trastornos vasculares, ingresando en el torrente sanguíneo y provocando un cuadro de sepsis y toxemia generalizados.

En el caso concreto de la obstrucción en asa cerrada, el aumento de la presión intraluminal del segmento afecto, puede superar la presión de los vasos submucosos y producir isquemia, perforación y peritonitis generalizada. (19)

En las obstrucciones de colon, en general, se producen menos y más lentos trastornos de líquidos y electrolitos, pero si la válvula ileocecal es competente, el colon se comporta como un asa cerrada y por tanto el riesgo de perforación es mayor. El sitio más probable para ello, es el ciego, por su forma y diámetro mayor. Sin embargo, si la válvula es incompetente, la obstrucción se comporta como de intestino delgado. (29)



(*) Síndrome Compartimental

VIABILIDAD DEL ASA COMPROMETIDA

Estadísticamente las patologías que más frecuentemente llevan a compromiso vascular del asa intestinal son: vólvulo intestinal, bridas y hernias estranguladas. Al existir compromiso isquémico del asa (obstrucción intestinal complicada) aumenta considerablemente la morbimortalidad de los pacientes. En el caso de vólvulo del sigmoideas la morbimortalidad aumenta de un 12% a un 53% al existir compromiso del asa intestinal. (30)

El punto fundamental es el diagnóstico precoz de isquemia intestinal. Hasta el día de hoy no existe un parámetro que sea 100% efectivo en la predicción de esta complicación, sin embargo existen una serie de elementos clínicos y de laboratorio que en su conjunto pueden dar un cierto grado de sospecha, como se aprecia en la Tabla 1. (31)

Tabla 1: Criterios de evaluación del compromiso vascular intestinal

Clínicos	Laboratorio
Dolor abdominal continuo	Leucocitosis > 10000 (20000)
Masa abdominal	Acidosis metabólica
Blumberg	Creatinfosfoquinasa elevada
Taquicardia > 100	
T° axilar > 38° C	

El dolor abdominal continuo no es lo habitual en un paciente que cursa con obstrucción intestinal simple, por lo tanto su presencia es señal de que existe irritación peritoneal probablemente a consecuencia de perforación del asa (secundaria a isquemia) o aplastramiento. La masa abdominal tampoco es propia de un paciente portador de obstrucción intestinal. Si bien esta puede corresponder a la causa que origina la obstrucción (cuerpo extraño o tumor), también es posible que sea el resultado de un aplastramiento de asas asociado a perforación o peritonitis. La Creatinfosfoquinasa es una enzima que se libera cuando existe necrosis muscular (músculo cardíaco, esquelético o intestinal). Si aumenta esta enzima puede indicar daño muscular secundario a isquemia del asa. Respecto a los gases en sangre arterial, creemos que es uno de los elemento predictivos de mayor importancia en la sospecha clínica de obstrucción intestinal complicada. (30)

Temperatura, taquicardia y leucocitosis, son elementos que apoyan la hipótesis de obstrucción intestinal complicada, pues se presentan como respuesta al proceso inflamatorio de la isquemia intestinal y no deberían aparecer en una obstrucción intestinal simple. (29)

1.2.2.5. CLINICA

Siempre que nos enfrentamos a un paciente en el que sospechemos un cuadro oclusivo, debemos plantearnos de forma sistemática las siguientes cuestiones:

- 1) ¿Tiene el paciente una obstrucción intestinal?
- 2) ¿Dónde está la causa de la obstrucción?
- 3) ¿Cual es la naturaleza anatómica y patológica de las lesiones que la provocan?
- 4) ¿Existe estrangulación?
- 5) ¿Cual es el estado general del paciente?

Desde el punto de vista clínico, los cuatro síntomas cardinales del íleo son: Dolor, distensión abdominal, vómitos y ausencia de eliminación de gases y heces.

1.2.2.5.1. DOLOR

Es el síntoma más frecuente en las obstrucciones intestinales. Es un dolor de comienzo gradual, habitualmente mal localizado y de carácter cólico en las obstrucciones de etiología mecánica ó continuo en el íleo paralítico y la isquemia. Los "picos" de dolor suelen estar separados por intervalos de 4-5 minutos. Estos intervalos se relacionan con la distancia

de la obstrucción. Así, la frecuencia de picos de dolor será menor en las obstrucciones bajas y mayor en las altas. Conviene resaltar, que en los casos tardíos, el dolor desaparece porque la propia distensión del asa inhibe su propio movimiento. (26)

1.2.2.5.2. DISTENSIÓN ABDOMINAL

A la exploración, el abdomen aparece distendido y timpanizado. Es consecuencia de la distensión de las asas intestinales que se encuentran llenas de aire y líquido, lo que provoca un aumento en el volumen del contenido de la cavidad abdominal y en el diámetro de la misma, con las correspondientes repercusiones fisiopatológicas. (27)

1.2.2.5.3. VOMITOS

Los vómitos son de origen reflejo al principio del cuadro, como consecuencia del dolor y la distensión, pero conforme la obstrucción va evolucionando, son debidos a la regurgitación del contenido de las asas. En un principio serán alimenticios, después biliosos ó de contenido intestinal y más tardíamente fecaloideos. Los vómitos serán tanto más abundantes y frecuentes, cuanto más alta sea la obstrucción. (28)

1.2.2.5.4. AUSENCIA DE EMISIÓN DE GASES Y HECES

Es importante llamar la atención de que éste no es un síntoma constante. Así, puede haber estreñimiento sin obstrucción de la misma forma que puede haber obstrucción con emisión de heces como en las altas y en el carcinoma colorrectal. En el siguiente cuadro se resumen las principales diferencias en la clínica de la obstrucción según su etiología: (29)

1.2.2.6. DIAGNOSTICO

1.2.2.6.1. EXPLORACIÓN FÍSICA

La obstrucción intestinal aguda suele diagnosticarse mediante historia clínica y exploración física. Esta indicada la exploración física completa, dedicando especial atención a ciertos puntos. Taquicardia e hipotensión indican deshidratación grave, peritonitis ó ambas. (28)

En cuanto a la exploración abdominal, a la **inspección**, suele estar distendido, no obstante, el examinador debe distinguir si se debe a obstrucción intestinal o a ascitis. Esta última se caracteriza por onda líquida y matidez cambiante. El grado de distensión depende de la localización y tiempo de evolución. A veces, es posible ver ondas peristálticas a través de la pared en pacientes delgados. Se deben

descubrir cicatrices quirúrgicas previas dada la implicación etiológica de la cirugía previa. (30)

A la **palpación**, el abdomen suele ser doloroso de forma difusa. La sensibilidad localizada, sensibilidad de rebote y defensa muscular involuntaria harán sospechar peritonitis y/o estrangulación. En algunos casos, se podrán detectar masas abdominales como neoplasias, abscesos, invaginación, etc. Nunca debe faltar en este tipo de pacientes la exploración sistemática y metódica de los orificios herniarios en busca de hernias incarceradas. Asimismo, debe hacerse exploración rectal en busca de masas extraluminales, fecalomas, restos hemáticos, neoplasias, etc. (25)

La **auscultación abdominal** en los pacientes con obstrucción intestinal revela un peristaltismo aumentado de intensidad en una primera fase, y una ausencia del mismo según progresa el cuadro. La calidad de los sonidos se caracteriza por un tono alto o características musicales. (25)

1.2.2.6.2. DATOS ANALÍTICOS

Debe solicitarse hemograma completo, coagulación y bioquímica completa, incluyendo función renal. No existen datos específicos de obstrucción intestinal. Habitualmente, en las primeras etapas del proceso,

no hay alteraciones, más adelante, la deshidratación producirá hemoconcentración y también puede existir leucocitosis, bien como consecuencia de la propia hemoconcentración, o bien indicando sufrimiento del asa intestinal. (31)

1.2.2.6.3. DATOS RADIOLÓGICOS

La radiología del abdomen es esencial para confirmar el diagnóstico y puede brindar datos acerca de la altura de la obstrucción. Se solicitará radiografía simple de abdomen y en bipedestación o decúbito lateral con rayo horizontal. Intentaremos incluir el diafragma para descartar perforación de víscera hueca. (32)

En la exploración radiológica, suelen descubrirse cantidades anormalmente grandes de **gas en intestino y la aparición de niveles hidroaéreos** en la placa en bipedestación, producido por el acúmulo de gas y líquido en asas distendidas. (32)

Es importante determinar si está distendido el intestino delgado, el colon, o ambos. Las asas de intestino delgado ocupan la porción más central del abdomen, y se disponen transversalmente a modo de peldaños. La imagen de las válvulas conniventes ocupan todo el diámetro del asa (en pila de moneda). (32).

Las asas de intestino grueso, se disponen en la periferia, mostrando los pliegues de las austras que no atraviesan completamente el asa. Los pacientes con obstrucción mecánica de intestino delgado no suelen tener gas en colon, y, si existe, es muy escaso. Cuando se observa una dilatación intestinal generalizada de todo el tubo digestivo y heces en ampolla y/o gas distal, debemos sospechar un ileo paralítico y dudar del diagnóstico de obstrucción mecánica. (33)

En los casos de obstrucción de colon, con válvula ileocecal competente, tendrán distensión de colon, pero poco gas en intestino delgado, cuando la válvula es incompetente, observaremos un patrón radiológico de distensión de intestino delgado y colon. (34)

Existen algunas situaciones concretas con imágenes radiológicas características, que pueden orientarnos hacia la etiología de la obstrucción: aerobilia en el caso de íleo biliar o signo del grano de grano de café en el vólvulo. (35)

El enema opaco en urgencias es muy útil en caso de obstrucción intestinal de intestino grueso. (36)

1.2.2.7. TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos, el tratamiento de la obstrucción intestinal es quirúrgico, la excepción a esta regla la constituyen las oclusiones debidas a adherencias y las incompletas o suboclusiones. (35)

1.2.2.7.1. Tratamiento pre operatorio

Requieren reanimación, no importa que se les opere o no, y la reposición de todas las pérdidas de líquidos y electrolitos anteriores y si la reanimación es correcta es necesario medir la emisión urinaria y la densidad de la orina. La aspiración nasogástrica alivia el apremio de vomitar y evitar la distensión gaseosa adicional del abdomen. Los antibióticos no hallan cabida en la reanimación inicial del paciente, pero una vez que se decide operar y si se sospechan complicaciones sépticas, es importante hacer antibioticoterapia en el preoperatorio. (37)

Es primordial determinar a qué pacientes se les puede mantener en observación sin peligro y a cuáles hay que reanimar y explorar sin pérdida de tiempo. Stewardson y col. siguieron los criterios clínicos y sugieren que en pacientes en los cuales el recuento hematológico, la temperatura y la frecuencia cardíaca se mantienen normales y no tienen sensibilidad a la palpación del abdomen, se puede adoptar una actitud expectante mientras continúe la mejoría, en los

pacientes en los cuales dos o más de estos criterios son anormales, tienen una gran probabilidad de infarto isquémico y requieren una exploración inmediata. (38)

Se idearon varias sondas intestinales largas para hacer el tratamiento preoperatorio o no quirúrgico, estas sondas deberían pasar desde la nariz a través del estómago y descender por el intestino delgado hasta el sitio obstruido, donde proveerían descompresión, pero Wangenseen demostró que la distensión gaseosa suele deberse al aire deglutido. La eliminación del aire deglutido es la función primaria de la sonda nasogástrica. (28)

El empleo de sondas intestinales largas en el preoperatorio entraña sus peligros. Otras complicaciones comprenden intususcepción del intestino delgado al retirar la sonda, obstrucción intraluminal del intestino por globos. (39)

1.2.2.7.2. Tratamiento quirúrgico de la Obstrucción Intestinal Mecánica

Los principios del tratamiento quirúrgico de la obstrucción intestinal son:

- 1) Aliviar la obstrucción,
- 2) Descomprimir el intestino dilatado, y
- 3) Prevenir la obstrucción recurrente, si es posible.

1.2.2.7.3. Otros Tratamientos

1) Médico:

a) Hidratación

b) Sonda Nasogástrica .- La más utilizada es la SNG de Levine, ésta es flexible, tiene una longitud de 1,25 mt., su extremo es romo y cerrado. Presenta 4 orificios alternos en los últimos 8 cm. La primera marca se encuentra a los 45 cm. De su extremo romo, luego siguen tres marcas más a los 55, 65, y 75 cm. Entre los 45 y 65 cm. estamos en plena cavidad gástrica.

c) Sonda Vesical (la más usada de Foley)

d) Sonda Rectal, sólo en los casos de obstrucción intestinal baja.

e) Antibioticoterapia.

2) Quirúrgico

El tratamiento definitivo de la Obstrucción Intestinal es quirúrgico y va dirigido a eliminar la causa que originó el trastorno para restablecer el Tránsito Intestinal normal. (31)

En el caso de las Hernias encarceladas o Estranguladas se debe realizar una Hernioplastía con resección del órgano comprometido después de realizar maniobras de resucitación si se trata de asa intestinal,

resección y anastomosis T-T en uno o dos planos según criterio del cirujano. (32)

En el caso de Bridas y Adherencias la intervención quirúrgica va dirigida a la liberación total de las mismas mediante disección roma y cortante, tratando en lo posible de no lesionar la serosa intestinal. (33)

Es importante recordar que existen casos en los cuales los procesos oclusivos por bridas y adherencias se producen en forma iterativa, en estos casos se puede realizar la Técnica de Noble que consiste en la plicatura de asas intestinales en sectores de 15 a 25 cm de longitud y la acomodación transversalmente en la parte superior del yeyuno y verticalmente en las asas ileales. (34)

Las Enterostomías son las operaciones destinadas a derivar el contenido entérico hacia el exterior. Cuando la fístula se crea sobre el Yeyuno ó Ileon reciben el nombre de Yeyunostomía o Ileostomía. La técnica de Witzel es la que ha tomado mayor divulgación. (35)

Mediante la técnica de la Enterostomía se brinda la posibilidad de efectuar un acto operatorio adecuado por la mayor visibilidad y accesibilidad, el cierre de la laparotomía se facilita extraordinariamente. Hay eliminación de gas intestinal y el contenido tóxico, facilitándose las suturas intestinales que se hubieran realizado. (33)

Las Colostomías son intervenciones que ponen en comunicación el Colon con el exterior y tienen por finalidad la derivación de las materias fecales a través de un orificio creado artificialmente. La abertura puede practicarse de inmediato o postergarse (abertura diferida). Son también llamados anos contranatura o fístula, colónicas. (35)

La Fístula Estercorácea es la comunicación del colon con el exterior, producida espontánea o accidentalmente como consecuencia de procesos inflamatorios o tumores complicados, o por fallas técnicas. Las colostomías pueden establecerse con carácter definitivo o temporario cuando se piensa en la posibilidad de restablecer el tránsito normal intestinal. (37)

1.2.2.7.4. CLASIFICACIÓN DE COLOSTOMÍAS:

Las colostomías se pueden dividir de acuerdo a su duración, forma de realizarse o por la técnica empleada, entre otros criterios :

1.2.2.7.4.1. DURACIÓN :

- **Temporal** : Es aquella destinada a derivar el contenido intestinal durante un tiempo variable, restaurando posteriormente la normalidad del tránsito colónico. (35)

- **Definitiva** : Es la destinada a derivar el tránsito sin pretender posteriormente restaurar la vía natural. (35)

1.2.2.7.4.2. FORMAS DE REALIZARSE .-

- **LATERAL O COLOSTOMÍA EN ASAS** : Es aquella en la cual una porción de colon, se exterioriza a través de un mismo defecto en la fascia, el orificio ostomótico es lateral o tangencial al intestino y se mantiene un puente posterior de pared intestinal. (38)

- **CIRCUNFERENCIAL O COLOSTOMÍA TERMINAL** : Son aquellas donde el orificio es perpendicular al intestino lo que permite una derivación completa; pueden ser con uno o dos estomas, en este último caso a través de 1 o 2 aperturas de la fascia. (38)

1.2.2.7.4.3. TÉCNICA EMPLEADA :

1.- COLOSTOMÍA EN ASA

Aquella en la que se exterioriza un asa del colon, sin realizar resección colónica; posteriormente se apertura este en forma longitudinal o transversal quedando dos estomas juntos, por tal motivo no es completamente desfuncionalizante. Su conveniencia radica en que el

cierre de colostomía o restitución del tránsito intestinal se puede hacer superficialmente sin recurrir a otra laparotomía. Se le denomina tipo **WAGENSTEEN**. Los segmentos móviles del colon son el transverso y el sigmoideas y estos son los lugares en que preferentemente se usa esta técnica. (39)

2.- COLOSTOMÍA EN CAÑÓN DE ESCOPETA

Aquella en la que previa resección colónica ambos estomas proximal distal se unen por sus mesos intestinales y se exteriorizan hacia la piel abdominal, quedando en forma de doble cañón. No es completamente desfuncionalizante por este motivo. Su conveniencia radica en que el cierre de la colostomía y su restitución se puede hacer superficialmente sin recurrir a la laparotomía se la denomina a lo **MICKULICZ**. (40)

3.- COLOSTOMÍA TERMINAL :

Aquella que solo presenta un estoma en la piel y la porción distal (luego de una resección o sección del colon) se encuentra cerrado en la cavidad abdominal. Es una colostomía desfuncionalizante. En el lado izquierdo se denomina **HARTMANN** que lo diseñó para el cáncer del recto. (41)

4.- COLOSTOMÍA TERMINAL CON FISTULA MUCOSA

Aquella que presenta dos estomas en la pared abdominal separados por piel, luego de una resección o sección del colon. El estoma proximal es una colostomía Terminal y al estoma colónico distal separado se le denomina fístula mucosa. Es una colostomía desfuncionalizante. Se le denomina colostomia a lo **DEVINE**. (41)

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO :

Al describirse las principales características de la población que presenta Obstrucción Intestinal Mecánica.

RETROSPECTIVO :

Ya que los datos extraídos corresponden a las historias clínicas de la sección de archivo del HAHUT, de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con Diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, durante el periodo 2000-2005.

2.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, en el Servicio de Cirugía y Clínica.

2.3. UNIDAD DE ESTUDIO

Todos los pacientes mayores de 14 años hospitalizados en el Servicio de Cirugía y Clínica del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, e intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, durante el periodo 2000-2005.

2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN :

- Pacientes mayores de 14 años hospitalizados en el Servicio de Cirugía y Clínica de HAHUT e intervenidos quirúrgicamente con el Diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica.
- Pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía y Clínica de HAHUT que fueron transferidos de otras áreas (Medicina, UCI, etc.) con el Diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica.
- Pacientes que cuenten con los datos necesarios en sus respectivas Historias Clínicas, para ser recolectados en la Ficha de Recolección de Datos.

2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN :

- Pacientes menores de 14 años, intervenidos quirúrgicamente con el Diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica.
- Pacientes con Diagnóstico Pos-operatorio diferente al de Obstrucción Intestinal Mecánica.
- Pacientes que no fueron intervenidos quirúrgicamente.
- Pacientes que no cuenten con Historias Clínicas adecuadas para recolección de datos.

2.4. UNIVERSO Y MUESTRA

Respecto al Universo, se trabajó con 88 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, durante el periodo 2000-2005; de las cuales, luego de aplicarse los criterios antes mencionados sólo quedaron 72 historias clínicas que cumplen con los requisitos pre-establecidos. Las Historias Clínicas no tomadas en cuenta se debieron a que no se contó con ésta, los datos no eran completos (record operatorios incompletos) o pertenecían a pacientes con diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica que se resolvieron con tratamiento médico.

2.5 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Los casos estudiados fueron recabados por revisión del Libro de Egreso del Servicio de Cirugía y Clínica, del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, durante los años 2 000-2005, y cuyo diagnóstico postoperatorio fuera el de Obstrucción Intestinal Mecánica, durante el periodo 2000-2005. A continuación se solicitaron las historias clínicas al Servicio de Estadística del mismo nosocomio. Obtenidas dichas historias clínicas, se procedió a aplicar los criterios de inclusión y exclusión, luego de lo cual, se obtuvo 72 casos que cumplían con los requisitos de la investigación. Luego se procedió a aplicar la Ficha de Recolección de Datos (Anexo 1).

Concluido el proceso de recolección de datos, se ingresó la información a una base de datos, para luego aplicar estadística descriptiva inferencial, obteniendo tablas de frecuencia y porcentaje, que se plasmaron en gráficos estadísticos.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

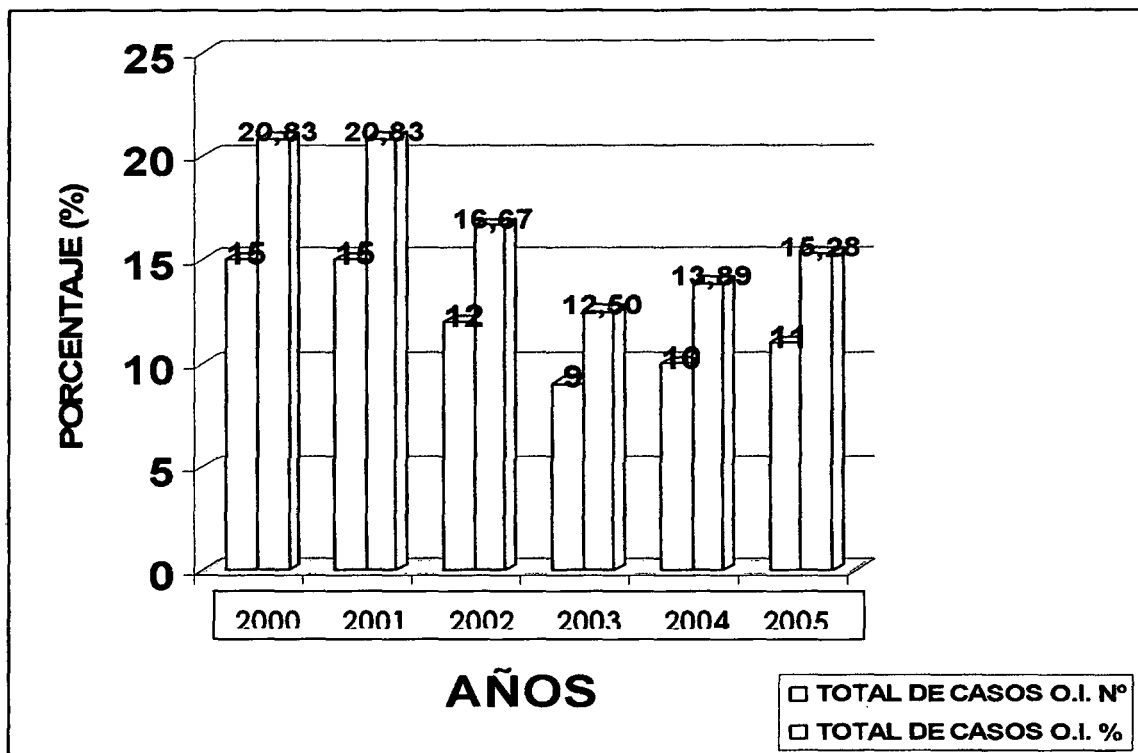
CUADRO N° 01

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
MECÁNICA POR AÑOS**

AÑO	TOTAL DE CASOS O . I .	
	N°	%
2000	15	20,83
2001	15	20,83
2002	12	16,67
2003	9	12,50
2004	10	13,89
2005	11	15,28
TOTAL	72	100,00

Fuente: Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 01



Fuente : Cuadro N° 01

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 01

El Cuadro N° 01, nos muestra cual fue la distribución por años de casos de Obstrucción Intestinal Mecánica hospitalizados en el HAHUT.

Observamos que el año que mayor porcentaje de casos de Obstrucción Intestinal, intervenidos quirúrgicamente, respecto al número total de casos presentados, fueron el año 2000 y 2001, con 20.83% que corresponde a 15 casos respectivamente. Le sigue en orden de frecuencia el año 2002 con 16.67% que corresponde a 12 casos, luego el año 2005 con 15.28% que corresponde a 11 casos, posteriormente el año 2004 con 13.89% que corresponde a 10 casos y finalmente el año 2003 con 12.5% que corresponde a 9 casos.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

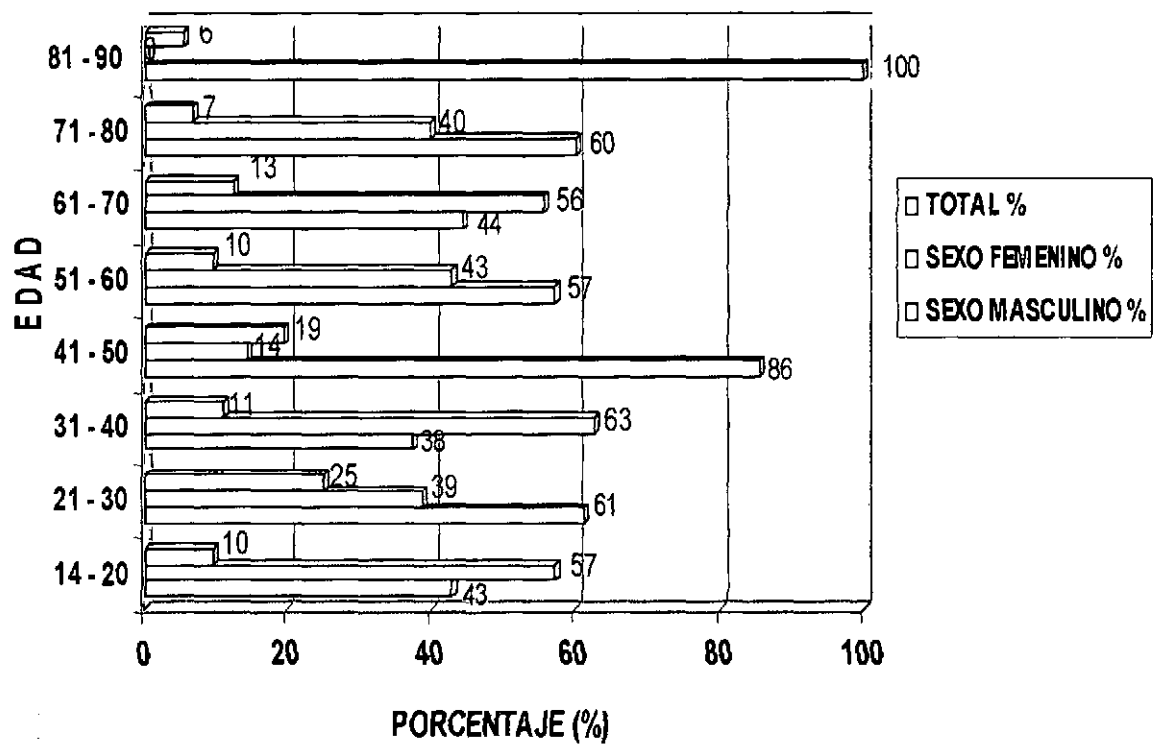
CUADRO N° 02

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
MECÁNICA EGÚN EDAD Y SEXO**

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
14 - 20	3	42,86	4	57,14	7	9,72
21 - 30	11	61,11	7	38,89	18	25,00
31 - 40	3	37,50	5	62,50	8	11,11
41 - 50	12	85,71	2	14,29	14	19,44
51 - 60	4	57,14	3	42,86	7	9,72
61 - 70	4	44,44	5	55,56	9	12,50
71 - 80	3	60,00	2	40,00	5	6,94
81 - 90	4	100,00	0	0,00	4	5,56
TOTAL	44	61,11	28	38,89	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 02



Fuente : Cuadro N° 02

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 02

El Cuadro N° 02, nos indica la distribución de casos de Obstrucción Intestinal Mecánica según edad y sexo.

Respecto al sexo, observamos que existe predominancia del sexo masculino con 44 casos que corresponde al 61.11%, frente al sexo femenino que cuenta con 28 casos que corresponde al 38.89%.

En cuanto a la edad, los casos de Obstrucción Intestinal Mecánica se encuentran en mayor proporción entre las edades de 21 y 30 años con 18 casos que corresponde al 25%; le sigue 41 y 50 años con 14 casos que corresponde al 19.44%; a continuación de 61 y 70 años con 9 casos que corresponde al 12.50%; posteriormente de 31 y 40 años con 8 casos que corresponde al 11.11%; luego de 14 y 20 años, y 51 y 60 años ambas con 7 casos que corresponde al 9.72%; más alejado de 71 y 80 años con 5 casos que corresponde al 6.94%; finalmente 81 y 90 años con 4 casos que corresponde al 5.56%.

Como podemos apreciar la edad promedio en este estudio se encuentra alrededor de los 40 años. Asimismo la edad mínima fue de 16 años y la edad máxima de 90 años.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

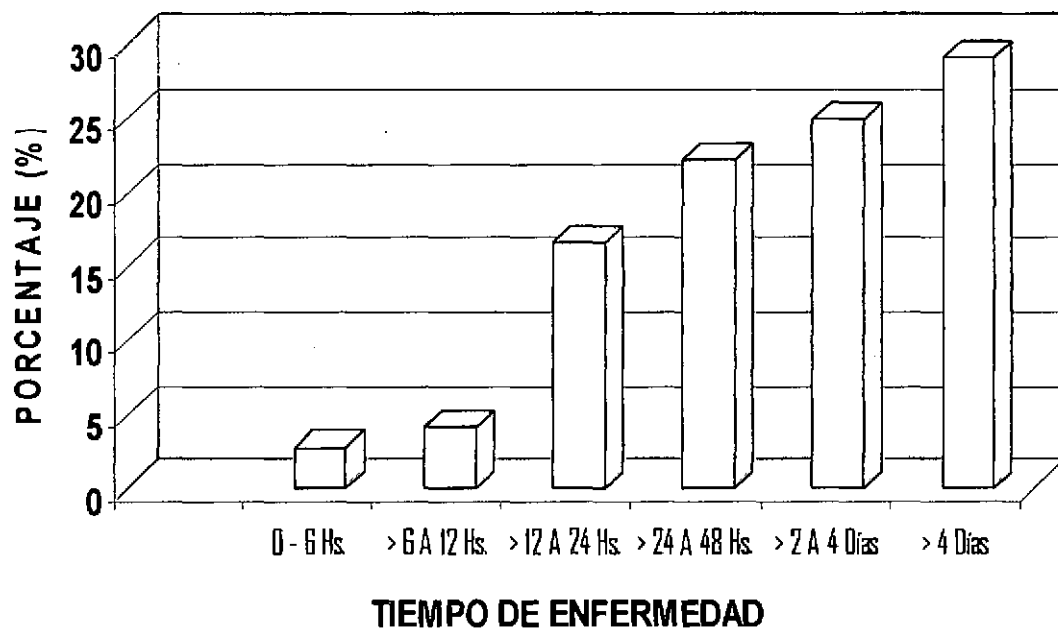
CUADRO N° 03

**OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA
SEGÚN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD**

TIEMPO DE ENFERMEDAD	N°	%
0 - 6 Horas.	2	2,78
> 6 A 12 Horas.	3	4,17
> 12 A 24 Horas.	12	16,67
> 24 A 48 Horas.	16	22,22
> 2 A 4 Días	18	25,00
> 4 Días	21	29,17
TOTAL	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 03



Fuente : Cuadro N° 03

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 03

En el cuadro N° 03, en cuanto al tiempo de enfermedad se aprecia el mayor porcentaje de casos de Obstrucción Intestinal Mecánica cuando es mayor a 4 días con 21 casos que corresponde a 29.17%, seguido por mayor de 2 días a 4 días con 18 casos que corresponde al 25%, posteriormente mayor de 24 horas a 48 horas con 16 casos que corresponde al 22.22%, a continuación mayor de 12 horas a 24 horas con 12 casos que corresponde al 16.67%, seguido de mayor de 6 horas a 12 horas con 3 casos que corresponde al 4.17% y por último menor de 6 horas con 2 casos que corresponde al 2.78%.

Entonces de acuerdo a nuestros resultados se concluye que más del 50% de pacientes acudieron al HAHUT con un tiempo de enfermedad menor o igual a los 4 días.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

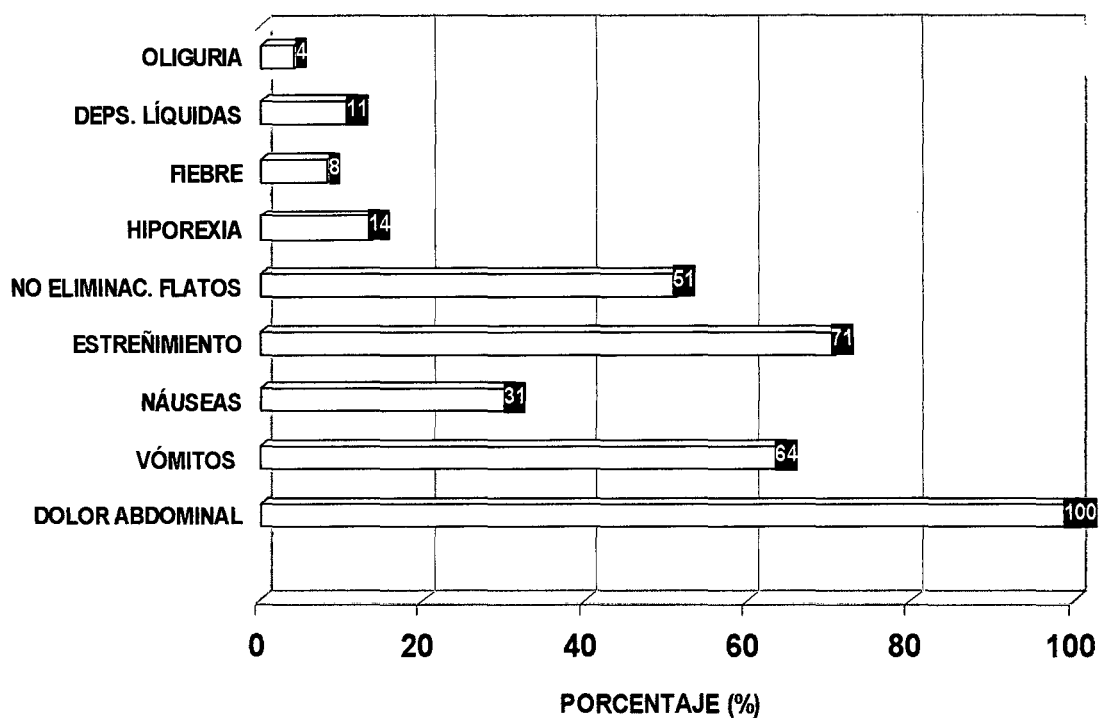
CUADRO N° 04

MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	N°	%
DOLOR ABDOMINAL	72	100,00
VÓMITOS	46	63,89
NÁUSEAS	22	30,56
ESTREÑIMIENTO	51	70,83
NO ELIMINACIÓN DE FLATOS	37	51,39
HIPOREXIA	10	13,89
FIEBRE	6	8,33
DEPOSICIONES LÍQUIDAS	8	11,11
OLIGURIA	3	4,17
TOTAL DE CASOS	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 04



Fuente : Cuadro N° 04

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 04

En el cuadro N° 04, respecto a las manifestaciones más frecuentes de la Obstrucción Intestinal Mecánica, se puede apreciar que el total (72) de los pacientes que corresponde al 100% presentó dolor abdominal, seguido de estreñimiento con 51 casos que corresponde al 70.83%, luego vómitos con 46 casos que corresponde al 63.89%, no eliminación de flatos con 37 casos que corresponde al 51.39%, náuseas con 22 casos que corresponde al 30.56%, hiporexia con 10 casos que corresponde al 13.89%, deposiciones líquidas con 8 casos que corresponde al 11.11%, fiebre con 6 casos que corresponde al 8.33% y por último oliguria con 3 casos que corresponden al 4.17%.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

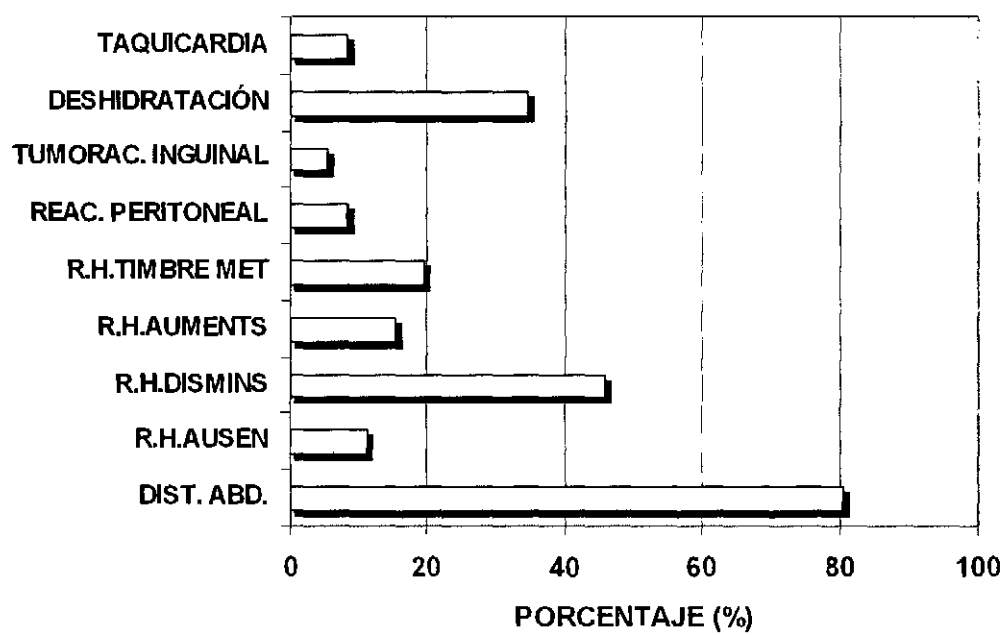
CUADRO N° 05

SIGNOLOGÍA MÁS FRECUENTE

SIGNOLOGÍA	N°	%
DISTENSIÓN ABDOMINAL	58	80,56
RUIDOS HIDROAEREOS AUSENTES	8	11,11
RUIDOS HIDROAEREOS DISMINUIDOS	33	45,83
RUIDOS HIDROAEREOS AUMENTADOS	11	15,28
RUIDOS HIDROAEREOS TIMBRE METÁLICO	14	19,44
REACCIÓN PERITONEAL	6	8,33
TUMORACIÓN INGUINAL	4	5,56
DESHIDRATACIÓN	25	34,72
TAQUICARDIA	6	8,33
TOTAL DE CASOS	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 05



Fuente : Cuadro N° 05

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 05

En el Cuadro N° 05, se aprecia como signo más frecuente al examen físico, la distensión abdominal con 58 casos que corresponde al 80.56%, seguido ruidos hidroaéreos disminuidos con 33 casos que corresponde al 45.83%, deshidratación con 25 casos que corresponde al 34.72%, ruidos hidroaéreos de timbre metálico con 14 casos que corresponde al 19.4%, ruidos hidroaéreos aumentados con 11 casos que corresponde al 15.28%, luego ruidos hidroaéreos ausentes con 8 casos que corresponde al 11.11%, reacción peritoneal y taquicardia ambas con 6 casos que corresponde al 33%, y finalmente tumoración inguinal con 4 casos que corresponde al 5.56%.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

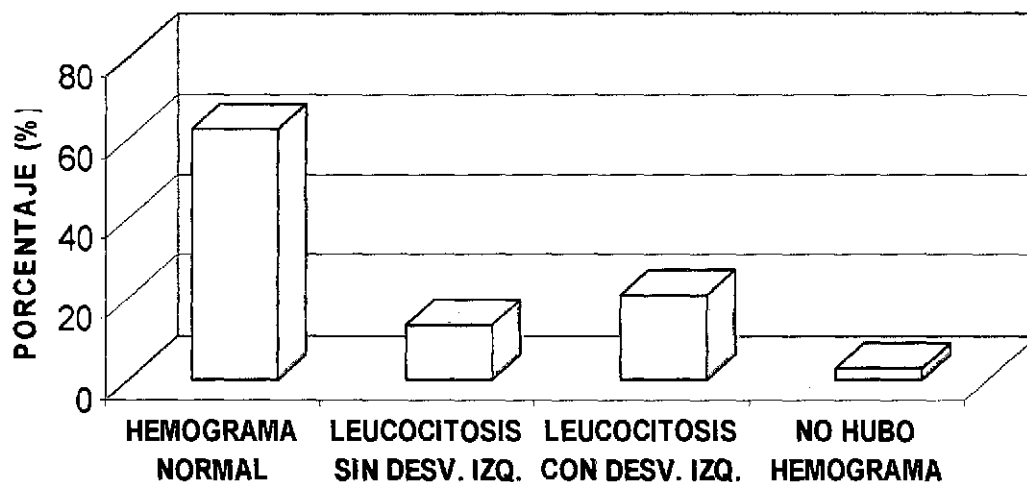
CUADRO N° 06

HALLAZGOS DE LABORATORIO

LABORATORIO	N°	%
HEMOGRAMA NORMAL	45	62,50
LEUCOCITOSIS SIN DESVIACION IZQUIERDA	10	13,89
LEUCOCITOSIS CON DESVIACION IZQUIERDA	15	20,83
NO HUBO HEMOGRAMA	2	2,78
TOTAL	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 06



Fuente : Cuadro N° 06

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 06

En el cuadro N° 06, de acuerdo a los hallazgos encontrados en el Hemograma, tenemos en primer lugar Hemograma normal en 45 casos que corresponde al 62.50%, seguido Leucocitosis con desviación izquierda en 15 casos que corresponde al 20.83%, leucocitosis sin desviación izquierda en 10 casos que corresponde al 13.89% y finalmente no hubo hemograma en 2 casos que corresponde al 2.78%.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

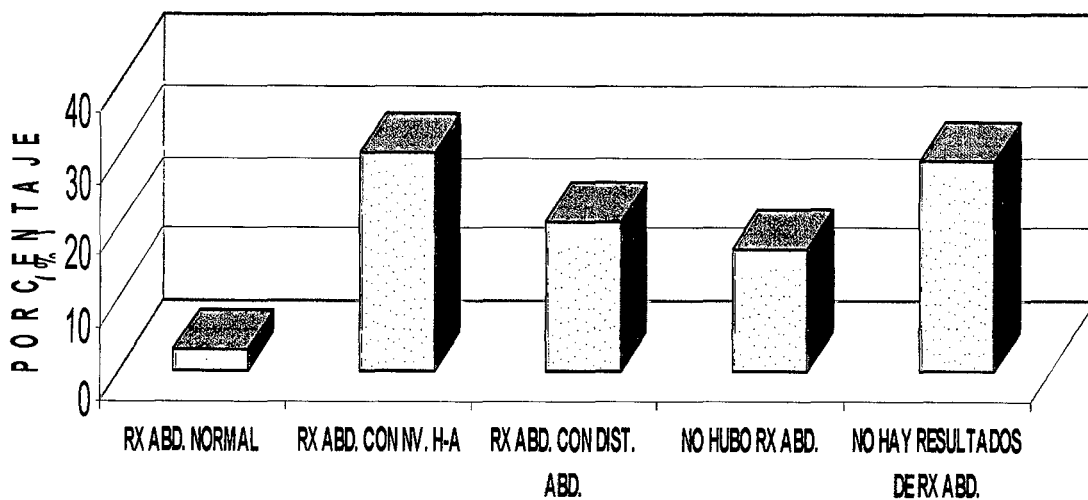
CUADRO N° 07

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS	N°	%
RADIOGRAFIA ABDOMINAL NORMAL	2	2,78
RADIOGRAFIA ABDOMINAL CON NIVELES HIDROAEREOS	22	30,56
RADIOGRAFIA ABDOMINAL CON DISTENSIÓN DE ASA INTESTINAL	15	20,83
NO HUBO RADIOGRAFIA ABDOMINAL	12	16,67
NO HAY RESULTADOS DE RADIOGRAFIA ABDOMINAL	21	29,17
TOTAL	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 07



Fuente : Cuadro N° 07

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 07

En el Cuadro N° 07, en cuanto a los hallazgos radiológicos encontrados, tenemos en primer lugar a Radiografía Abdominal con Niveles Hidroaéreos con 22 casos que corresponde al 30.56 %, seguido Radiografía abdominal con distensión abdominal con 15 casos que corresponde al 20.83% y finalmente Radiografía abdominal normal con 2 casos que corresponde al 2.78%. Pero en 12 casos que corresponde al 12.67% no se solicitó radiografía abdominal y en 21 casos que corresponde al 29.17% no se documentó el resultado de la radiografía abdominal a pesar de haberse solicitado.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

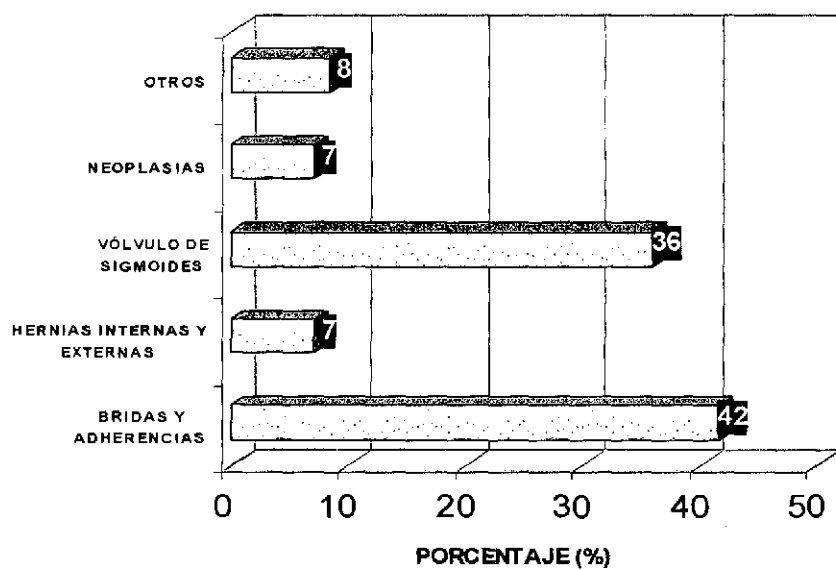
CUADRO N° 08

**DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE CAUSAS
DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA**

CAUSA DE OBSTRUCCIÓN	N°	%
BRIDAS Y ADHERENCIAS	30	41,67
HERNIAS INTERNAS Y EXTERNAS	5	6,94
VÓLVULO DE SIGMOIDES	26	36,11
NEOPLASIAS	4	5,56
OTROS	7	8,33
TOTAL	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 08



Fuente : Cuadro N° 08

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 08

En el cuadro N° 08, podemos apreciar en cuanto a la causa de Obstrucción Intestinal en primer lugar se encuentra por Bridas y Adherencias con 30 casos que corresponde al 41.67%, en segundo lugar vólvulo de Sigmoides con 26 casos que corresponde al 36.11%, seguido de otras causas (Íleo Biliar, Intususcepción, Estenosis y Tuberculosis entero peritoneal) con 7 casos que corresponde al 8.33%, Hernias con 5 casos (6.94%) y Neoplasias con 4 casos que corresponde al 5.56%.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

CUADRO N° 09

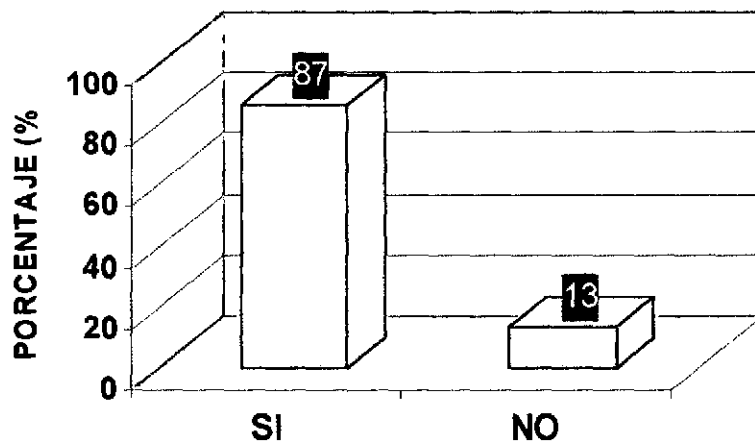
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA : BRIDAS Y ADHERENCIAS

ANTECEDENTE QUIRÚRGICO

ANTECEDENTE QUIRÚRGICO	N°	%
SI	26	86,67
NO	4	13,33
TOTAL	30	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 09



Fuente : Cuadro N° 09

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 09

En el cuadro N° 09, respecto al antecedente quirúrgico de los 30 pacientes que presentaron Bidas y Adherencia, lo presentaron 26 casos que corresponde al 86.67%, y sin antecedente quirúrgico en 4 casos que corresponde al 13.33%.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

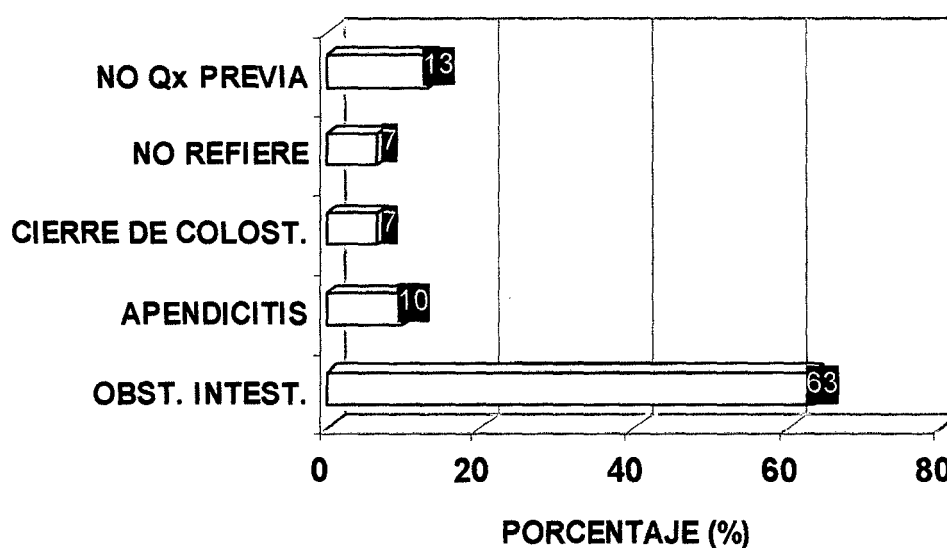
CUADRO Nº 10

**OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA : BRIDAS Y ADHERENCIAS
CIRUGÍA PREVIA**

CIRUGÍA PREVIA	Nº	%
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	19	63,33
APENDICITIS	3	10,00
CIERRE DE COLOSTOMÍA	2	6,67
NO PRECISA	2	6,67
NO CIRUGÍA PREVIA	4	13,33
TOTAL	30	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO Nº 10



Fuente : Cuadro Nº 10

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 10

En el cuadro N° 10, en cuanto al antecedente quirúrgico de Bidas y adherencias, se encuentran un total de 26 casos, en donde sobresale por causa de Obstrucción Intestinal con 19 casos que corresponde al 63.33%, luego apendicitis con 3 casos que corresponde al 10%, seguido de cierre de colostomía con 2 casos que corresponde al 6.67%, y 2 casos (6.67%) que no sabe a que intervención quirúrgica fue sometida previamente, y sin cirugía previa con 4 casos que corresponde al 13.33%.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

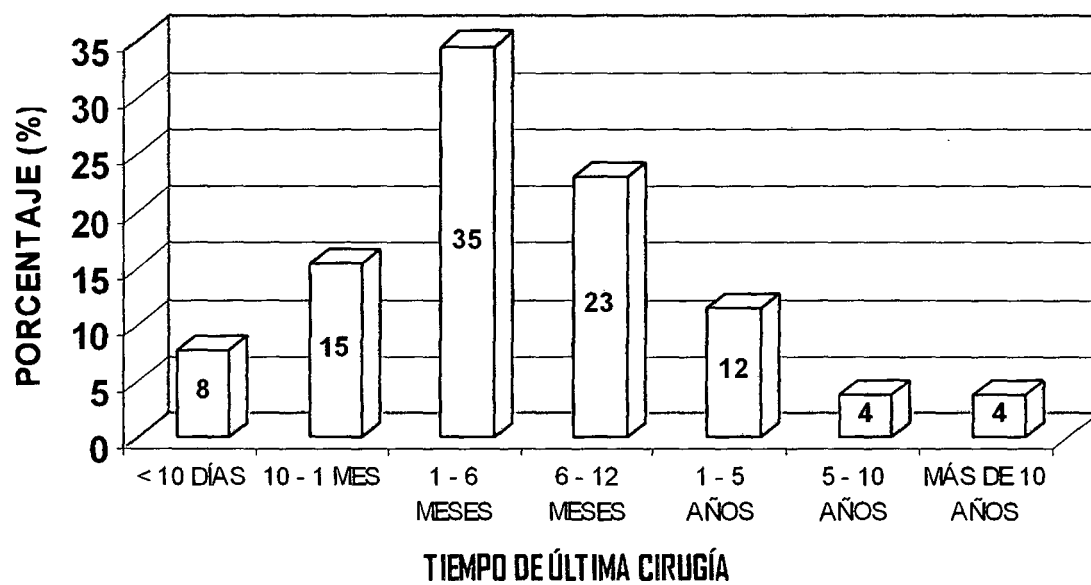
CUADRO Nº 11

**CIRUGÍA PREVIA : TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA ÚLTIMA
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

TIEMPO	Nº	%
< 10 DÍAS	2	7,69
10 días - 1 MES	4	15,38
1 - 6 MESES	9	34,62
6 - 12 MESES	6	23,08
1 - 5 AÑOS	3	11,54
5 - 10 AÑOS	1	3,85
MÁS DE 10 AÑOS	1	3,85
TOTAL	26	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 11



Fuente : Cuadro N° 11

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 11

En el cuadro N° 11, en cuanto al tiempo transcurrido de la última intervención quirúrgica se encuentra en primer lugar de 1 a 6 meses con 9 casos (34.62%), le sigue de 6 a 12 meses con 6 casos (23.08%), de 10 días a 1 mes con 4 casos (15.38%), de 1 a 5 años con 3 casos (11.54%), menor a 10 días con 2 casos (7.69%), de 5 a 10 años y más 10 años, ambos con 1 caso (3.85%).

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

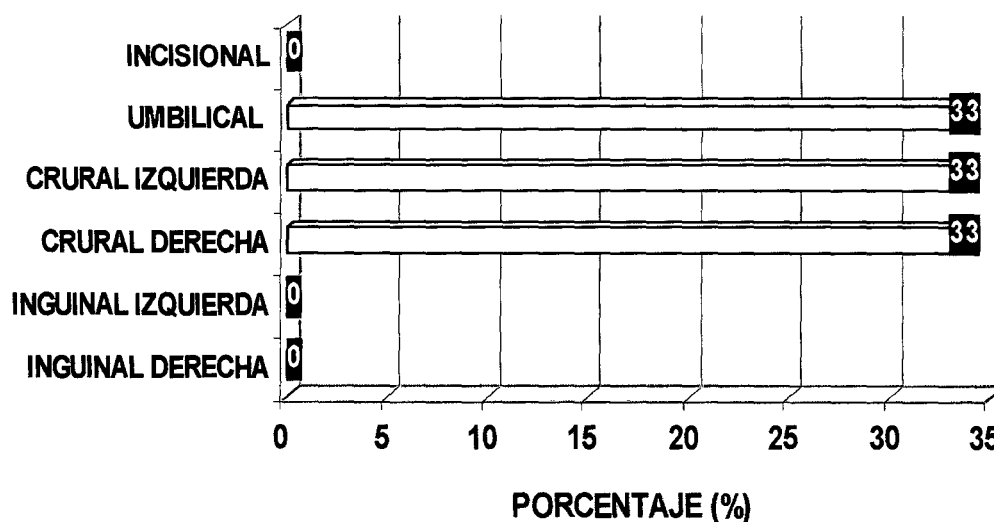
CUADRO Nº 12

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA : TIPO DE HERNIA EXTERNA

TIPO DE HERNIA EXTERNA	Nº	%
INGUINAL DERECHA	0	0,00
INGUINAL IZQUIERDA	0	0,00
CRURAL DERECHA	1	33,33
CRURAL IZQUIERDA	1	33,33
UMBILICAL	1	33,33
INCISIONAL	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO Nº 12



Fuente : Cuadro Nº 12

INTERPRETACIÓN N° 12

En el cuadro N° 12, en cuanto al tipo de hernia externa, tenemos en total 3 casos, de los cuales se presentaron 1 caso para cada una de los tipos encontrados (hernia umbilical, hernia crural derecha y hernia crural izquierda)

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

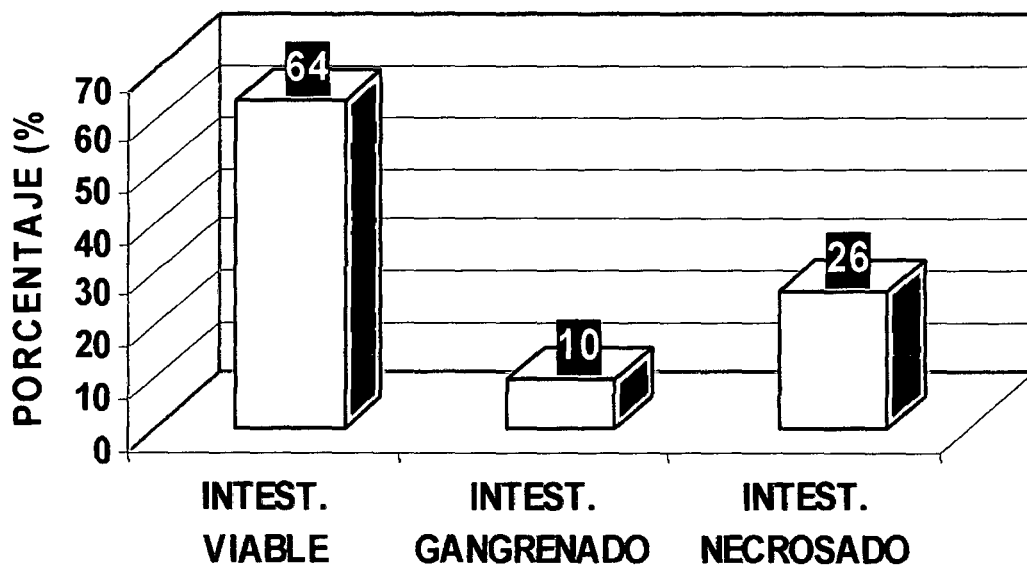
CUADRO N° 13

HALLAZGOS INTRA-OPERATORIOS

HALLAZGOS INTRAOPERATORIO	N°	%
INTESTINO VIABLE	46	63,89
INTESTINO GANGRENADO	7	9,72
INTESTINO NECROSADO	19	26,39
TOTAL	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 13



Fuente : Cuadro N° 13

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 13

En el cuadro N° 13, en cuanto a los hallazgos intra-operatorios se encuentra en primer lugar Intestino Viable con 46 casos que corresponde al 63.89%, seguido de Intestino necrosado con 19 casos que corresponde al 26.39% y por último gangrenado con 7 casos que corresponde al 9.72%.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

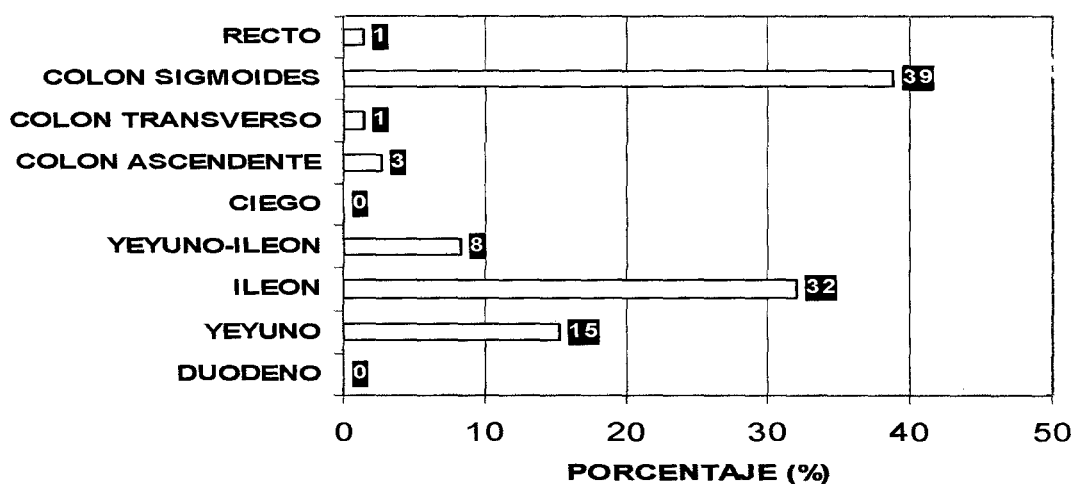
CUADRO N° 14

LOCALIZACIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

LOCALIZACIÓN	N°	%
DUODENO	0	0,00
YEYUNO	11	15,28
ILEON	23	31,94
YEYUNO-ILEON	6	8,33
CIEGO	0	0,00
COLON ASCENDENTE	2	2,78
COLON TRANSVERSO	1	1,39
COLON SIGMOIDES	28	38,89
RECTO	1	1,39
TOTAL	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 14



Fuente : Cuadro N° 14

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 14

En el cuadro N° 14, en cuanto a la localización de la obstrucción, se encuentra Colon Sigmoides con 28 casos que corresponde al 38.89%, seguido de Ileon con 23 casos que corresponde al 31.94%, Yeyuno con 11 casos que corresponde al 15.28%, Yeyuno-Ileon con 6 casos que corresponde al 8.33%, colon ascendente con 2 casos que corresponde al 2.78%, colon transverso y recto ambos con 1 caso que corresponde al 1.39%, y ningún caso duodeno y ciego.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

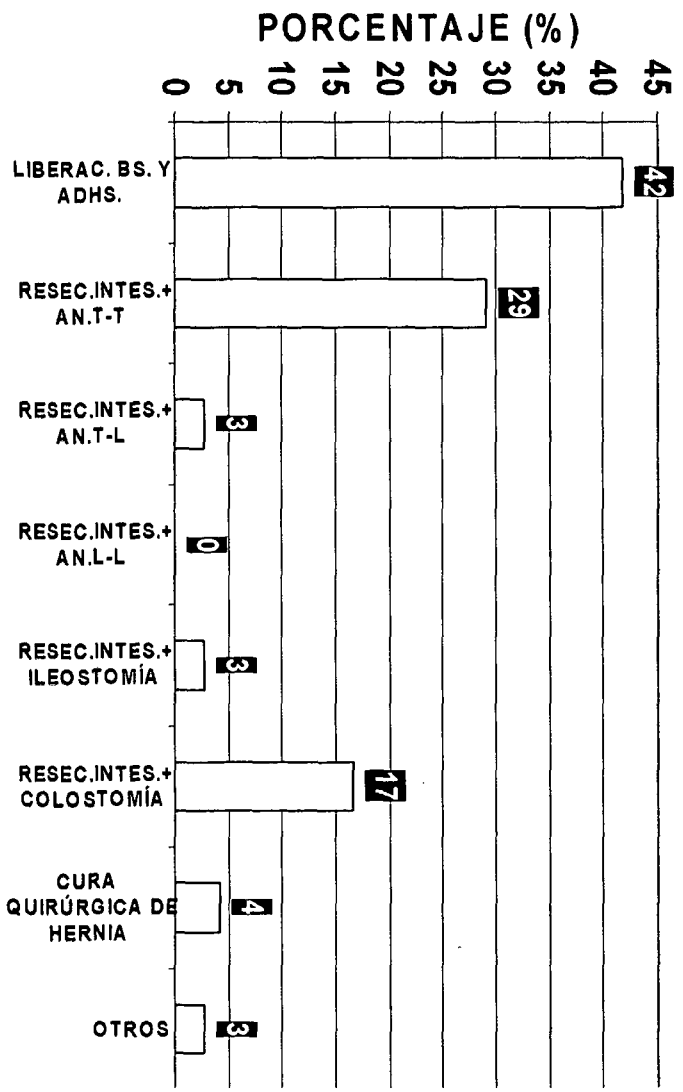
CUADRO N° 15

MÉTODO QUIRÚRGICO UTILIZADO

MÉTODO QUIRÚRGICO	N°	%
LIBERACIÓN BRIDAS Y ADHERENCIAS	30	41,67
RESECCION INTESTINAL+ ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL	21	29,17
RESECCIÓN INTESTINAL+ ANASTOMOSIS TERMINOLATERAL	2	2,78
RESECCIÓN INTESTINAL+ ANASTOMOSIS LATERO LATERAL	0	0,00
RESECCIÓN INTESTINAL + ILEOSTOMÍA	2	2,78
RESECCIÓN INTESTINAL + COLOSTOMÍA	12	16,67
CURA QUIRÚRGICA DE HERNIA	3	4,17
OTROS	2	2,78
TOTAL	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO Nº 15



Fuente : Cuadro Nº 15

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 15

En el cuadro N° 15, respecto al método quirúrgico utilizado como tratamiento de obstrucción intestinal mecánica, el más frecuente fue Liberación de Bidas y Adherencias con 30 casos que corresponde al 41.67%, seguido de resección intestinal más anastomosis termino-terminal con 21 casos que corresponde al 29.17%, resección intestinal más colostomía con 12 casos que corresponde al 16.67%, cura quirúrgica en 3 casos que corresponde al 4.17%, resección intestinal más anastomosis termino-lateral y otros métodos ambas 2 casos cada uno que corresponde al 2.78%, y ningún caso con resección intestinal más anastomosis latero-lateral.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

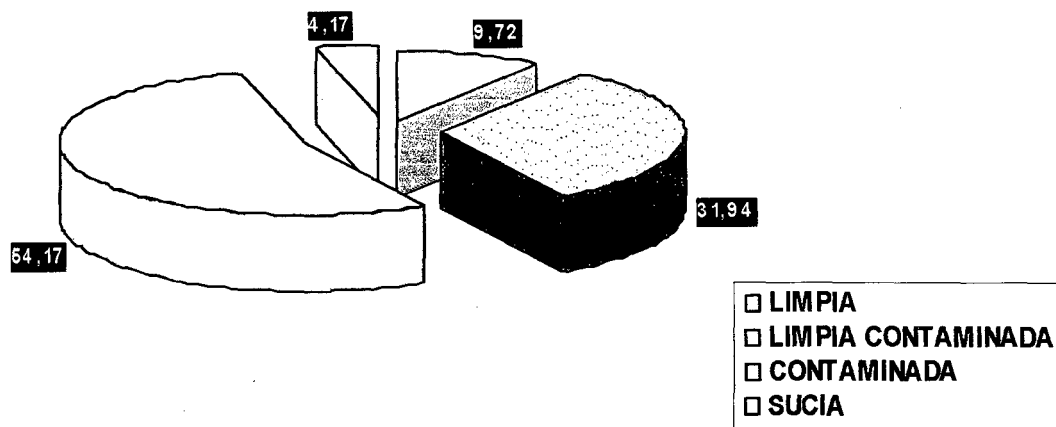
CUADRO Nº 16

GRADO DE CONTAMINACIÓN

GRADO DE CONTAMINACIÓN	Nº	%
LIMPIA	7	9,72
LIMPIA CONTAMINADA	23	31,94
CONTAMINADA	39	54,17
SUCIA	3	4,17
TOTAL	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO Nº 16



Fuente : Cuadro Nº 16

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 16

En el cuadro N° 16, respecto al grado de contaminación durante el acto operatorio, se considera Contaminada con 39 casos que corresponde al 54.17%, Limpia contaminada en 23 casos que corresponde al 31.94%, Limpia en 7 casos que corresponde al 9.72%, Sucia con 3 casos que corresponde al 4.17%.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

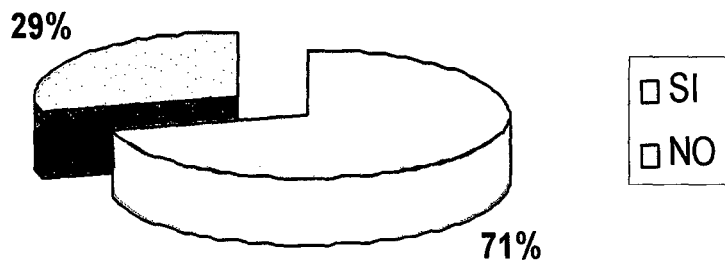
CUADRO Nº 17

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS	Nº	%
SI	21	29,17
NO	51	70,83
TOTAL	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO Nº 17



Fuente : Cuadro Nº 17

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 17

En el cuadro N° 17, respecto a las complicaciones post-operatorias, del total de 72 pacientes, se tuvo como resultado que 21 casos que corresponde al 29.17% si las presentaron, frente a 51 casos que corresponde al 70.83% que no las presentaron.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

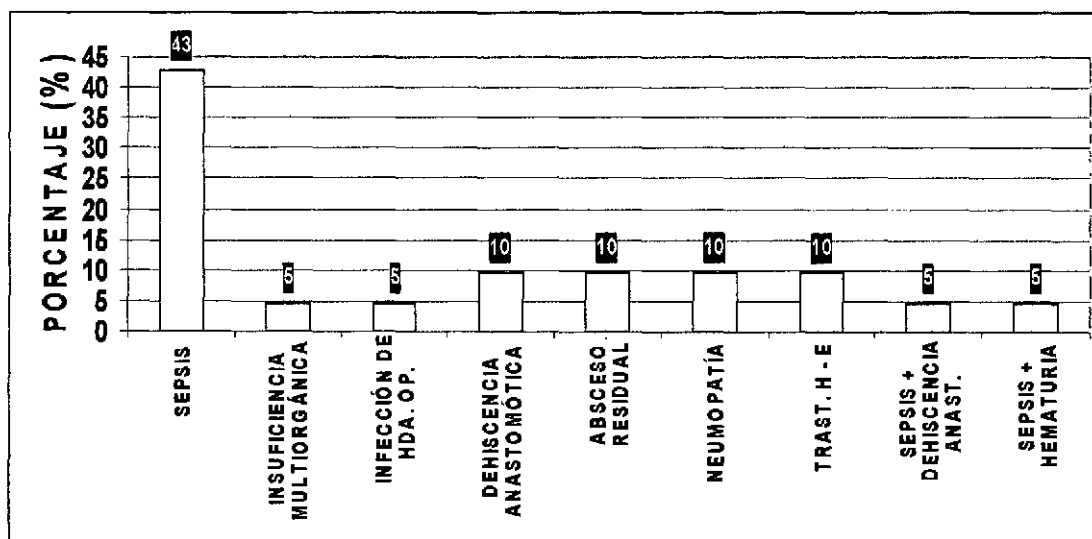
CUADRO N° 18

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS	N°	%
SEPSIS	9	42,86
INSUFICIENCIA MULTIORGÁNICA	1	4,76
INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA	1	4,76
DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA	2	9,52
ABSCESO RESIDUAL	2	9,52
NEUMOPATÍA	2	9,52
TRASTORNO HIDROELECTROLITO	2	9,52
SEPSIS + DEHISCENCIA ANASTOMOTICA	1	4,76
SEPSIS + HEMATURIA	1	4,76
TOTAL DE COMPLICACIONES	21	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 18



Fuente : Cuadro N°18

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 18

En el cuadro N° 18, se aprecia que de los 21 casos que corresponde al 29.17%, que presentaron complicaciones post-operatorias, de estas el primer lugar es ocupado por Sepsis con 9 pacientes que corresponde al 42.86%, seguida en igual proporción por dehiscencia anastomótica, absceso residual, neumopatía, con 2 casos cada uno que corresponde al 9.52%, finalmente insuficiencia multiorgánica, infección de herida operatoria, sepsis más dehiscencia anastomótica, sepsis más hematuria con 1 caso cada uno que corresponde al 4.76%.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

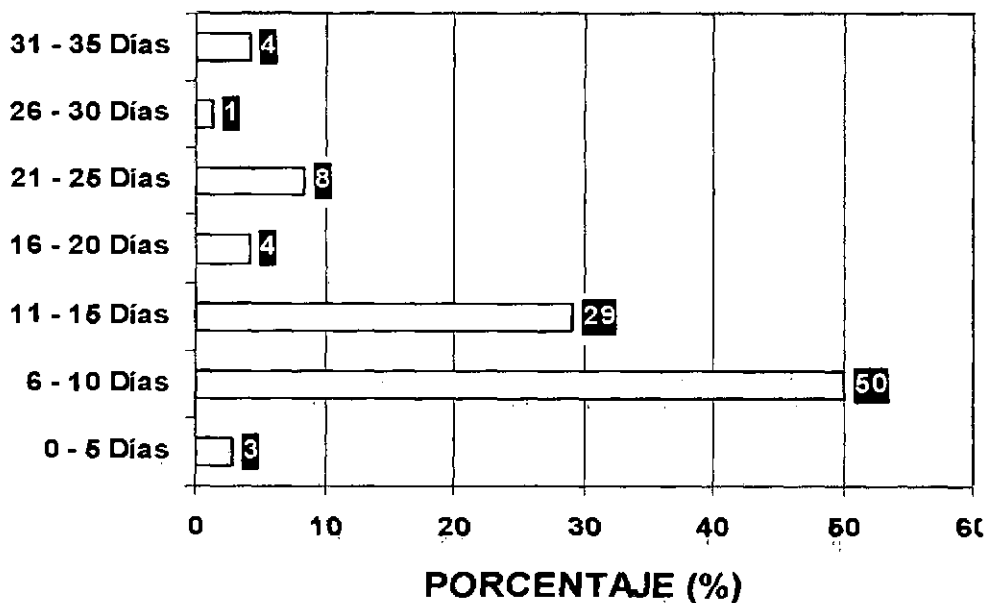
CUADRO Nº 19

ESTANCIA HOSPITALARIA

ESTANCIA HOSPITALARIA	Nº	%	ACUMULADO
0 - 5 Días	2	2,78	2,78
6 - 10 Días	36	50,00	52,78
11 - 15 Días	21	29,17	81,94
16 - 20 Días	3	4,17	86,11
21 - 25 Días	6	8,33	94,44
26 - 30 Días	1	1,39	95,83
31 - 35 Días	3	4,17	100,00
TOTAL	72	100,00	

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO Nº 19



Fuente : Cuadro Nº 19

INTERPRETACIÓN CUADRO N° 19

En el cuadro N° 19, en cuanto a la estancia hospitalaria se encuentra en primer lugar hospitalización de 6 a 10 días con 36 casos que corresponde al 50%, luego de 11 a 15 días con 21 casos que corresponde al 29.15%, de 21 a 25 días con 6 que corresponde al 8.33%, de 16 a 20 días y 31 a 35 días, ambas con 3 casos que corresponde al 4.17%, menor a 5 días con 2 casos que corresponde al 2.78%, y de 26 a 30 días con 1 caso que corresponde al 1.39%.

Podemos comentar que más del 50% de pacientes tuvieron una estancia hospitalaria de 10 días a menos.

**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

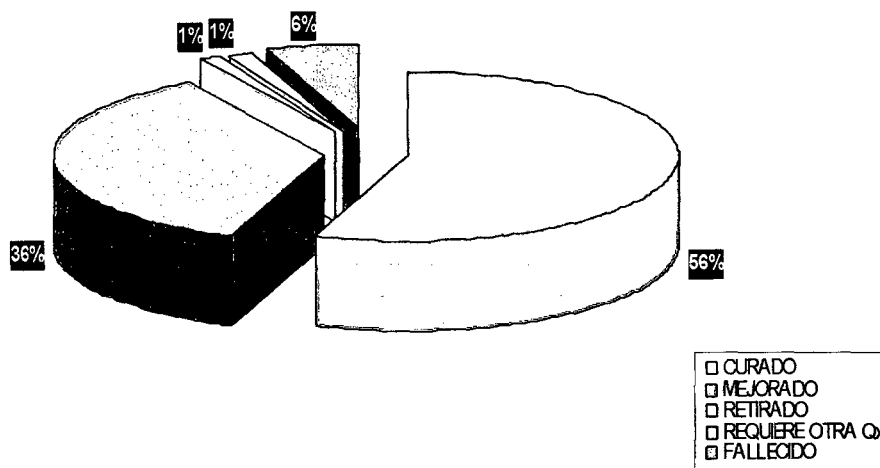
CUADRO N° 20

CONDICIÓN DE EGRESO

CONDICIÓN DE EGRESO	N°	%
CURADO	40	55,56
MEJORADO	26	36,11
RETIRADO	1	1,39
REQUIERE OTRA INTERVENCION QUIRURGICA	1	1,39
FALLECIDO	4	5,56
TOTAL	72	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO N° 20



Fuente : Cuadro N° 20

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 20

En el cuadro N° 20, respecto a la condición de egreso se encuentra que el 55.56% de los pacientes (40 casos) egresa como Curado, le sigue Mejorado con 36.11% (26 casos), Fallecidos con 5.56% (4 casos), retirado y que requiere otra intervención quirúrgica con 1.39% cada uno (1 casos).

Entonces decimos que la mortalidad corresponde a 5.56% del total de casos.

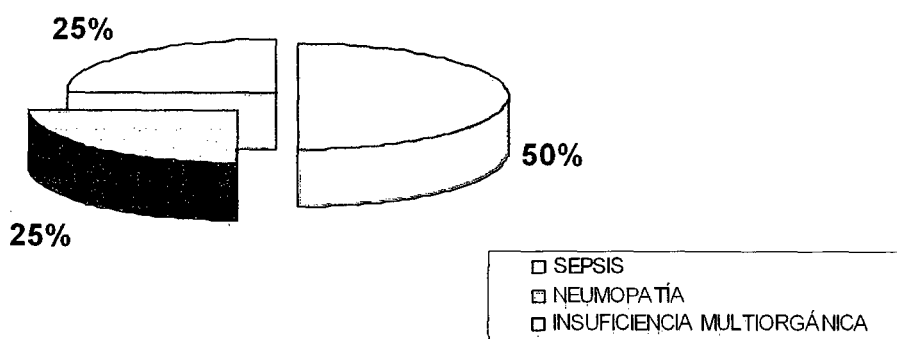
**“ ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA, EN EL
HOSPITAL DE APOYO HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2000 – 2005 “**

**CUADRO Nº 21
CAUSA DE MUERTE**

CAUSA DE MUERTE	Nº	%
SEPSIS	2	50,00
NEUMOPATÍA	1	25,00
INSUFICIENCIA MULTIORGÁNICA	1	25,00
TOTAL	4	100,00

Fuente : Historias Clínicas del Archivo del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna

GRÁFICO Nº 21



Fuente : Cuadro Nº 21

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO N° 21

En el cuadro N° 21, respecto a la causa de muerte tenemos en primer lugar a Sepsis con 2 casos que corresponde al 50%, seguido de Neumopatía e Insuficiencia Multiorgánica cada uno con 1 caso que corresponde al 25%.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSION

Los reportes de Obstrucción Intestinal Mecánica encontrados en la literatura y que muestren todo lo que se describirá más adelante son pocos a nivel internacional y no se ha encontrado a nivel nacional, la mayoría de ellos muestran aspectos particulares del tema, sobre todo relacionados a una causa específica o a un grupo de causas, además las características de distribución como ya se mencionó son particulares de cada área geográfica y están en algunos casos relacionados con el nivel de prevención en salud de la localidad.

Para el presente estudio se revisaron las historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión, correspondientes al período de estudio, es decir desde el 1º de Enero del 2000, hasta el 31 de Diciembre del 2005, comprendiendo así 6 años de estudio.

El Cuadro N° 01, nos muestra cual fue la distribución de casos de Obstrucción Intestinal Mecánica por años, hospitalizados en el HAHUT, del cual podemos concluir que el número casos de obstrucción intestinal mecánica han mantenido igual los 2 primeros años de estudio (2000 y 2001) con 15 casos que corresponde al 20.83% en cada año; luego han ido disminuyendo los dos años siguientes que corresponde al 2002 y 2003, con 12 y 9 casos respectivamente; para posteriormente en los dos años siguientes, 2004 y 2005, ir ascendiendo gradualmente, alcanzando

10 y 11 casos respectivamente, cifras que no llegan a superar los dos primeros años.

El Cuadro N° 02, nos indica la distribución de casos de Obstrucción Intestinal Mecánica según edad y sexo. Respecto al sexo, podemos apreciar que existe predominancia del sexo masculino con 44 casos que corresponde al 61.11%. Nuestros resultados están de acuerdo con la bibliografía revisada (11,37, 39, 46) en donde también existe una marcada predominancia del sexo masculino.

En cuanto a la edad, los casos de Obstrucción Intestinal Mecánica se encuentran en mayor proporción entre las edades de 21 y 30 años con 18 casos que corresponde al 25%; le sigue 41 y 50 años con 14 casos que corresponde al 19.44%; a continuación de 61 y 70 años con 9 casos que corresponde al 12.50%; nuestros resultados difieren con la bibliografía revisada (11) donde se encontró que la mayor frecuencia se encuentra en edades que oscilan de 61 y 70 años con 24.6%, seguidos de edades comprendidas entre los 21 y 30 años con 21.7%, a continuación de 41 y 50 años con 13%. Como podemos apreciar la edad promedio en nuestro estudio se encuentra alrededor de los 40 años, a diferencia de la bibliografía revisada (11) donde fue de 50.5 años; asimismo la edad mínima fue de 16 años y la edad máxima de 90 años, resultados que se asemejan a los descritos en la bibliografía revisada (11, 37, 39) donde el intervalo fluctuó entre los 17 y 90 años.

En el cuadro N° 03, en cuanto al tiempo de enfermedad se aprecia el mayor porcentaje de pacientes con cuadros de Obstrucción Intestinal Mecánica acude al HAHUT con un tiempo de enfermedad mayor a 4 días, que corresponde a 21 casos (29.17%), y que el menor tiempo de enfermedad fue de 6 horas, que corresponde a 2 casos (2.78%). De acuerdo a nuestros resultados se concluye que más del 50% de pacientes acudieron al HAHUT con un tiempo de enfermedad menor o igual a los 4 días. En la bibliografía revisada (12, 37, 39, 40, 41) el tiempo de enfermedad fue hasta 3 días en el 66% de pacientes.

En el cuadro N° 04, respecto a las manifestaciones más frecuentes de la Obstrucción Intestinal Mecánica, se puede apreciar que el total de los pacientes (72 pacientes) que corresponde al 100% presentó dolor abdominal, seguido de estreñimiento con 51 casos (70.83%), luego vómitos con 46 casos (63.89%), no eliminación de flatos con 37 casos (51.39%), náuseas con 22 casos (30.56%), las manifestaciones menos frecuentes fueron hiporexia, deposiciones líquidas, fiebre, oliguria. Cabe resaltar que en todos los pacientes estudiados presentaron dolor abdominal, que concuerda con la bibliografía revisada (6, 11, 17, 20, 23, 26, 37, 39, 46, 47, 50), donde el síntoma más frecuente también es el dolor abdominal, seguidos de vómitos y náuseas, estreñimiento y no eliminación de flatos en menor porcentaje, que difiere de nuestro estudio donde se encuentra en orden de frecuencia el estreñimiento, seguido de vómitos, no eliminación de flatos y náuseas. Además están consideradas

en nuestro estudio así como en otras investigaciones (11, 12, 36,37, 39), que las manifestaciones menos frecuentes son: hiporexia, deposiciones líquidas, fiebre y oliguria.

En el Cuadro N° 05, se aprecia como signo más frecuente al examen físico, la distensión abdominal con 58 casos (80.56%), seguido ruidos hidroaéreos disminuidos con 33 casos (45.83%), deshidratación con 25 casos (34.72%), lo cual muestra que un gran porcentaje de la población llega al establecimiento de salud bastante tiempo después de iniciada la sintomatología; los signos encontrados en menor frecuencia fueron ruidos hidroaéreos de timbre metálico, ruidos hidroaéreos aumentados, ruidos hidroaéreos ausentes, reacción peritoneal y taquicardia ambas, y finalmente tumoración inguinal. En la bibliografía revisada (11, 20, 23, 37) es concordante a nuestros resultados, en primer lugar distensión abdominal (85.5%), seguido de deshidratación (36.2%), luego ausencia de ruidos hidroaéreos (31.8%) que si difiere de nuestro estudio.

En el cuadro N° 06, de acuerdo a los hallazgos encontrados en el Hemograma, tenemos en primer lugar Hemograma normal (62.50%), seguido Leucocitosis con desviación izquierda (20.83%), leucocitosis sin desviación izquierda (13.89%), entonces, respecto al mayor porcentaje de hemogramas normales podemos presumir que los pacientes que acudieron, se encontraban en fases iniciales sin llegar a necrosis intestinal

(la cual se relaciona con leucocitosis leve con o sin desviación izquierda, entendiéndose por leucocitosis la presencia de más de 10 000 leucocitos por mililitro y como desviación izquierda Abastionados > 5% en relación al total de leucocitos). Cabe mencionar que no se solicitó hemograma en 2 casos, pero si mencionar que se encontró los resultados de todos los hemogramas solicitados.

En el Cuadro N° 07, en cuanto a los hallazgos radiológicos encontrados, tenemos en primer lugar a Radiografía Abdominal con Niveles Hidroaéreos (30.56 %), seguido Radiografía abdominal con distensión abdominal (20.83%) y finalmente Radiografía abdominal normal (2.78%). En las investigaciones revisadas (11, 23, 36, 39, 46), concuerda que el hallazgo radiográfico más frecuente es la presencia de Niveles Hidroaéreos. Es de resaltar que no hubo estudio radiográfico en 12 casos (16.67%), lo cual muestra que estos no se solicitaron. Además en 21 casos (29.17%) no consta el resultado de la radiografía de abdomen en la historia clínica, ya que si consta que fue solicitada en algún momento de su hospitalización.

En el cuadro N° 08, podemos apreciar en cuanto a la causa de Obstrucción Intestinal en primer lugar se encuentra por Bidas y Adherencias con 30 casos (41.67%), en segundo lugar vólvulo de Sigmoides con 26 casos (36.11%), seguido de otras causas (dentro de las cuales se encuentran: Íleo Biliar, Intususcepción, Estenosis y Tuberculosis

entero peritoneal) con 7 casos que corresponde al 8.33%, Hernias con 5 casos (6.94%) y Neoplasias ambas con 4 casos que corresponde al 5.56%. De acuerdo a la bibliografía revisada tanto nacional como internacional (11, 12, 31, 42) comparten nuestros resultados, en cuanto a orden de frecuencia de primer lugar Bridas y Adherencias; y (5, 7, 11, 12, 14, 16, 20, 23, 31, 34, 35, 37, 39, 42) mencionan al igual que nuestro estudio como segundo y tercer lugar al Vólvulo de Sigmoides, Hernia y Neoplasias respectivamente).

En el cuadro N° 09, respecto al antecedente quirúrgico, de los 30 pacientes que presentaron Bridas y Adherencia, 26 casos (86.67%) si lo presentaron, y no lo hicieron en 4 casos (13.33%). Estos resultados son similares a los encontrados en la bibliografía revisada (11, 13, 16, 20, 37, 39) donde existe una marcada relación entre el antecedente de algún procedimiento quirúrgico abdominal, siendo ésta la principal causa de la formación de tales estructuras, sin embargo existe un pequeño porcentaje que hicieron obstrucción intestinal por esta causa sin antecedente previo, y tal como refiere la literatura otras causas de la formación de bridas y adherencias son poco conocidas, pero existen hasta en un 33% de acuerdo a Saviston y col.

En el cuadro N° 10, en cuanto al antecedente quirúrgico de Bridas y adherencias, se encuentran 26 casos, en donde sobresale por causa de Obstrucción Intestinal con 19 casos (63.33%), luego apendicitis con 3

casos (10%), cierre de colostomía con 2 casos (6.67%), y 2 casos (6.67%) que no sabe a que intervención quirúrgica fue sometida previamente, y sin cirugía previa con 4 casos (13.33%). Los resultados encontrados concuerdan con otros estudios (11), ya que en primer lugar como antecedente quirúrgico se tiene a la Obstrucción Intestinal.

En el cuadro N° 11, en cuanto al tiempo transcurrido de la última intervención quirúrgica se encuentra en primer lugar de 1 a 6 meses con 9 casos (34.62%), le sigue de 6 a 12 meses con 6 casos (23.08%), de 10 días a 1 mes con 4 casos (15.38%), de 1 a 5 años con 3 casos (11.54%), menor a 10 días con 2 casos (7.69%), de 5 a 10 años y más 10 años, ambos con 1 caso (3.85%). Los resultados encontrados al igual que en otros estudios (11, 37, 39) fue variado, pero cabe mencionar que en más del 50% de los casos, se encontraron en cuanto al tiempo transcurrido de la última intervención quirúrgica de 1 mes a 12 meses, sumando 15 casos, y que la menor frecuencia encontrada era por encima de 5 años sumando 2 casos (7.17%).

En el cuadro N° 12, en cuanto al tipo de hernia externa, tenemos 3 casos, encontrando hernia umbilical, hernia crural derecha y hernia crural izquierda (1 caso para cada uno). Nuestros resultados difieren con los de otros estudios (11, 15, 23), donde encuentran con mayor frecuencia hernia inguinal. Debemos considerar que el número de casos encontrados en nuestro estudio no es representativo.

En el cuadro N° 13, en cuanto a los hallazgos intra-operatorios se encuentra en primer lugar Intestino Viable con 46 casos (63.89%), seguido de Intestino necrosado con 19 casos (26.39%) y por último gangrenado con 7 casos (9.72%). Al respecto en la bibliografía revisada (11, 15) menciona presencia de necrosis intestinal en 13.6%.

En el cuadro N° 14, en cuanto a la localización de la obstrucción, se encuentra Colon Sigmoides con 28 casos (38.89%), seguido de Ileon con 23 casos (31.94%), Yeyuno con 11 casos (15.28%), Yeyuno-Ileon con 6 casos (8.33%), colon ascendente con 2 casos (2.78%), colon transverso y recto ambos con 1 caso (1.39%), y ningún caso duodeno y ciego. Se puede decir que la obstrucción intestinal se ha localizado con mayor frecuencia en el Intestino delgado (Yeyuno-ileon) que en cierta manera correspondería según etiología a Bridas y Adherencias. La bibliografía consultada (11, 12, 15) coincide con nosotros, refiriendo que la localización más frecuente es yeyuno-ileón con un 29.1%.

En el cuadro N° 15, respecto al método quirúrgico utilizado como tratamiento de obstrucción intestinal mecánica, el más frecuente fue Liberación de Bridas y Adherencias con 30 casos (41.67%), seguido de resección intestinal más anastomosis termino-terminal con 21 casos (29.17%), resección intestinal más colostomía con 12 casos (16.67%), cura quirúrgica en 3 casos (4.17%), resección intestinal más anastomosis

termino-lateral y otros métodos ambas 2 casos cada uno (2.78%), y ningún caso con resección intestinal más anastomosis latero-lateral. De acuerdo con nuestros resultados, estos coinciden con la frecuencia de causa de Obstrucción Intestinal Mecánica, que fue de Bridas y Adherencias, Vólvulo de Sigmoides lo que determinó el método quirúrgico.

En el cuadro N° 16, respecto al grado de contaminación durante el acto operatorio, se considera Contaminada con 39 casos (54.17%), Limpia contaminada en 23 casos (31.94%), Limpia en 7 casos (9.72%), Sucia con 3 casos (4.17%). Se puede comentar que el mayor porcentaje lo alcanzó Contaminada (39 casos), que corresponde a que fue necesario aperturar el tracto digestivo obstruido. Limpia en 7 casos, que corresponde a intervenciones quirúrgicas sin resección intestinal dentro de las cuales se hallan las neoplasias (biopsias), hernias externas. Sucia en 3 casos, que refleja el grado de complicación.

En el cuadro N° 17 y N° 18, respecto a las complicaciones post-operatorias se tuvo como resultado que 51 casos (70.83%) que no las presentaron frente a 21 casos (29.17%) si las presentaron, de estas el primer lugar es ocupado por Sepsis con 9 pacientes (42.86%), seguida en igual proporción por dehiscencia anastomótica, absceso residual, neumopatía, con 2 casos cada uno (9.52%), finalmente insuficiencia multiorgánica, infección de herida operatoria, sepsis más dehiscencia anastomótica, sepsis más hematuria con 1 caso cada uno (4.76%). De

acuerdo a nuestros resultados no concuerda con la bibliografía revisada (11, 12, 37) donde los resultados fueron diversos.

En el cuadro N° 19, en cuanto a la estancia hospitalaria se encuentra en primer lugar hospitalización de 6 a 10 días con 50%, luego de 11 a 15 días con 29.15%, de 21 a 25 días con 8.33%, de 16 a 20 días y 31 a 35 días, ambas con 4.17%, menor a 5 días 2.78%, y de 26 a 30 días con 1.39%. Podemos comentar que más del 50% de pacientes tuvieron una estancia hospitalaria de 10 días a menos.

En el cuadro N° 20, respecto a la condición de egreso se encuentra que el 55.56% de los pacientes (40 casos) egresa como Curado, le sigue Mejorado con 36.11% (26 casos), Fallecidos con 5.56% (4 casos), retirado y que requiere otra intervención quirúrgica con 1.39% cada uno (1 casos). Entonces decimos que la mortalidad corresponde a 5.56% del total de casos, que es menor en relación a la bibliografía revisada (11, 15, 34, 37).

En el cuadro N° 21, respecto a la causa de muerte tenemos en primer lugar a Sepsis con 2 casos (50%), seguido de Neumopatía e Insuficiencia Multiorgánica cada uno con 1 caso (25%). Cabe mencionar que los pacientes fallecidos correspondían a aquellos de edad avanzada, entendiéndose esto como un factor determinante en el pronóstico de la enfermedad.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Concluido el trabajo de investigación "Estudio de los pacientes con Diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica, en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, durante el periodo de 2000–2005", hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1.- La distribución de casos de Obstrucción Intestinal Mecánica por años, fue mayor durante los años 2000 y 2001. Respecto a la distribución de casos de Obstrucción Intestinal Mecánica según el sexo fue el más frecuente el masculino. En cuanto a la edad la mayor proporción corresponde entre las edades de 21 y 30 años.

2.- Se aprecia que el mayor número de casos de Obstrucción Intestinal Mecánica se presentan con un tiempo de enfermedad mayor de 4 días. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal. El signo al examen físico más frecuente fue la distensión abdominal.

3- Dentro de los hallazgos de laboratorio más frecuente se encuentra el hemograma normal, y dentro de los radiológicos el hallazgo más frecuente fueron la presencia de Niveles hidroaéreos.

4.- La causa más frecuente de Obstrucción Intestinal Mecánica fue por Bidas y Adherencias, y en segundo lugar Vólvulo de Sigmoides, seguido de Hernias y Neoplasias. Respecto a Bidas y Adherencias mas de la mitad de los pacientes tuvieron algún antecedente quirúrgico, el tiempo transcurrido de la ultima intervención quirúrgica fue más frecuente dentro del intervalo de 1 mes a 6 meses, y que el motivo de cirugia fue por Obstrucción Intestinal en mayor proporción. El tipo de hernia externa más frecuente se presentó en igual porcentaje en los de tipo crural derecha e izquierda y umbilical. Dentro de los hallazgos intraoperatorios tenemos que el primer lugar se halla ocupado por Intestino Viable, la localización más frecuente de la Obstrucción Intestinal fue el Colon Sigmoides. Además el método quirúrgico más utilizado fue Liberación de Bidas y Adherencias. Según la clasificación del grado de contaminación se encontró en primer lugar como Contaminada.

5.- Las complicaciones post-operatorias existieron en un menor porcentaje, de las cuales la más frecuente fue Sepsis. La estancia hospitalaria de mayor frecuencia correspondía de 6 a 10 días. En cuanto a la condición de egreso, el mayor porcentaje de los casos egresa como Curado. Hubieron 4 fallecidos (5.56%), de los cuales la causa de muerte preponderante fue Sepsis.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1.- Plantear la realización de un estudio prospectivo con mayor número de pacientes que permita encontrar datos estadísticamente significativos, tanto en nuestra ciudad como en otras ciudades del país, con el fin de establecer con toda objetividad la prevalencia del padecimiento de Obstrucción Intestinal Mecánica.

2.- Es conveniente la elaboración de guías de manejo de Obstrucción Intestinal Mecánica en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, para unificar criterios en el manejo clínico y terapéutico de esta enfermedad. De esta manera se facilitará investigaciones posteriores.

3.- Es necesario incentivar al personal médico a consignar en la historia clínica la lectura de los hallazgos radiográficos de los pacientes con diagnóstico de Obstrucción Intestinal Mecánica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre, L. Colostomía : Indicaciones, Técnica-Evolución. Editorial El Pacífico. S.A. Chile. 2001
2. Ferreira, P- Oría, A. Cirugía de Michans. Editorial El Ateneo. Argentina 2001
3. Givens BA, Simmons SJ: Gastroenterology in Clinical Nursing. St. Louis, MO: C.V. Mosby Co, 4th ed., 1984.
4. Frisancho PD, Frisancho VO. Dolicomegacolon andino y megacolon chagásico: Sus características y diferencias. En: Actas del tercer Congreso Nacional de medicina de la Altura. Lima: asociación médica Daniel Carrion de Cerro de Pasco, 1987, 108-119.
5. Horiuchi A, Maeyama H, Ochi Y, et al.: Usefulness of Dennis Colorectal Tube in endoscopic decompression of acute, malignant colonic obstruction. *Gastrointestinal Endoscopy* 54(2): 229-232, 2001.
6. Law WL, Chu KW, Ho JW, et al.: Self-expanding metallic stent in the treatment of colonic obstruction caused by advanced malignancies. *Diseases of the Colon and Rectum* 43(11): 1522-1527, 2000.
7. Llanos O.: Obstrucción intestinal. En: *Abdomen Agudo*. Editores: S. Guzmán, R. Espinoza. Sociedad de Cirujanos de Chile. Santiago, Chile, 1998, pp. 256.

8. McLatchie GR. Oxford. Manual de Cirugía Clínica. Madrid, Ediciones Médicas Folium. 1995.
9. Mercadante S: Assessment and management of mechanical bowel obstruction. In: Portenoy RK, Bruera E, eds.: Topics in Palliative Care. Volume 1. New York, NY: Oxford University Press, 1997, pp 113-130.
10. Frisancho PD. Patología y cirugía en la altura. Lima: Juan Mejía Baca, 1974.
11. Obstrucción Intestinal como Cirugía de Emergencia. Servicio de Cirugía General de Emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, Junio 1997.
12. José Cabala Chiang, Obstrucción Intestinal en el Hospital Nacional del Sur de Arequipa durante el año 1996.
13. Edmundo Casas Díaz, Vólvulo de Colon Sigmoides. Hospital Alberto Hurtado Abadía de la Oroya, años 1991-2001.
14. Frisancho FD, Banda DJ, Peña DG, Salas PJ, Frisancho VO. Tiempo de Tránsito intestinal en nativos del altiplano. Rev gastroenterología Perú. 1986;6: 46-51. 4. Gastrointestinal endoscopy and arterial oxygen desaturation in high altitude hospital. Am J Gastroenterol 86(6); 787, 1001.
15. Toledo Corrao N. Anatomía Patológica del megacolon del adulto. XIX Congreso Uruguayo de Cirugía; 1988 Dic 96-121,
16. Lawrence MT, Stephen McPhee, Papadakis. Diagnóstico clínico y tratamiento. 39ª ed, 2004.

17. Revista Mexicana de Coloproctología. Conceptos actuales sobre el dolícomegacolon andino, segundo semestre 1999; 3,(3).p. 17-26.
18. Ferreira P, Oria A. Cirugía de Michans 5ª ed 2001;p. 864 – 865.
19. Setter McNally, Do, FACP, FACG. Secretos de la Gastroenterología. 1ra ed p. 365-371.
20. Pabón AJ. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades digestivas, Sociedad Boliviana de Gastroenterología Filial La Paz, 1999; 173-175.
21. Diego Lopez Peñas. Revisión sobre Vólvulo de Colon. Hospital Universitario "Reina Sofía" - Córdoba - España Enero 2001
22. Fernando Olavarria M. Causas de Obstrucción de Intestino Grueso. Escuela Médica Quinto 1999
23. Heramba Prasad N. Obstrucción Intestinal Manual de Medición de Urgencias - 4ta Edición México Mc Graw. Interamericana Vol. I. p 308-310
24. Ambriz Lopez, Gerardo. Vólvulo de sigmoides servicio Gastroenterología. Octubre 2000
25. Centeno Flores, Manuel. Vólvulo de Ciego. Servicio de Colon y recto. Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca" - Guadalajara - México 2000
26. Saviston, J. R. Tratado de Patología Quirúrgica , Editorial Interamericana. México 2002.
27. Romero, R. Tratado de Cirugía. Editorial Interamericana S. A. Perú 2000.

28. Velásquez Alfonso; Taylor Susan. Vólvulo de Sigmoides. Trabajo de investigación para optar Título de Médico Cirujano 2000.
29. Barthe E. Obstrucción Intestinal p. 136-142
30. Morillo Herrera, Nantes. Obstrucción Intestinal. Tesis para optar Título de Cirujano general.
31. Welch JP. Bowel obstruction. Differential diagnosis and clinical management. Saunders, 1990.
32. Kostritsky Pereida, Alexis. Vólvulo de Sigmoides Casuística del Hospital Nacional Cayetano Heredia. 1969-1989.
33. Porro Novo Nicols; Castells Avello Rolando. Vólvulo de colon. Revista de Sanidad Militar Julio - Agosto 1993.
34. Vergara Bahamondes Juan Ignacio y col. Vólvulos de Intestino Grueso. Hospital Clínica Universidad de Chile 1995
35. Sánchez Montes Irma; Perez Gomzales Araceli. Vólvulo del Sigmoides. Servicio de Cirugía General Octubre - Diciembre 1995
36. Enriquez Miranda Carmen Rosa. Tratamiento Quirúrgico de los Vólvulos de Colon en el H.G.B. Juliaca. 1981-1985 - Arequipa UNAS 1986
37. Camacho Sambrano Juan Orlando. Tratamiento Quirúrgico de Emergencia del Vólvulo. Hospital VIEDMA 1988 - 1994 Cochabamba 1995
38. Venero Guzmán Cesar. Vólvulo de Sigmoides Sociedad de Cirujanos del Perú 1985

39. Cabala Chiong J. Cirugía de Emergencia. HNSA IPSS 1995. Jornadas por el IV Aniversario del HNSA 1995. Arequipa.
40. Stewardson R. Bombeck Ct. Nyhus Im. Critical operative management of small bowel obstruction Ann Surg 187: 189 1978.
41. Taneja OP et al Intestinal obstruction in infancy and childhood. Arch Sur (Chicago) 97: 544-52. 1968.
42. Perera S, García H. Cirugía de Urgencias. Buenos Aires. Editorial Panamericana S.A. 1997.
43. Laws HI Aldrete JS. Small bowel obstructions: a review of 465 cases. South Med J. 69: 506. 1976.
44. Shatila ah Chamberlain be. webb wr. Current status of diagnosis and management of strangulation obstruction of the small bowel. Am J Surg 132: 200. 1976.
45. Billig Dm Jordan Ph. Hemodynamic abnormalities secondary to intracellular fluid depletion in intestinal obstruction. Sur Gin Obst 138: 1974.
46. Cabala Chiong J. Abdomen agudo. Serv Cirugía General N°2 HNSA. 1993. Jornadas por el II Aniversario HNSA IPSS Arequipa 1993.
47. Barriga Valencia E. y cols. Abdomen Agudo. Servicio de Cirugía General HCS Area 2 IPSS. 1962-1987. Jornadas Científicas Internacionales. Bodas de Plata Institucionales HCS. Pabellón B (Ex-Empleado). Arequipa 1987.

48. Cabala Chiong J. Olazabal Peraltilla R. Olazabal P. R. Obstrucción Intestinal en el niño. Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 1973-1982. Jornadas por el XXV Aniversario del Hospital Honorio Delgado. Arequipa 1985.
49. Nyhus LL, Condon RE, Vitello JM. Dolor abdominal. Buenos Aires. Editorial Panamericana S.A. 1995.
50. Perera S, García H. Cirugía de Urgencias. Buenos Aires. Editorial Panamericana S.A. 1997.
51. Pickleman J. Obstrucción del Intestino Delgado. En Schwartz, E: Operaciones Abdominales. Maingot. Buenos Aires, Editorial Panamericana, S.A. 1998, pp 1077-1090.
52. R. Scott Jones M.D. Obstrucción intestinal. En Sabiston, DC: Tratado de Patología Quirúrgica. Méjico DF, Editorial Interamericana, S.A., 1991, pp 936-945.
53. UNMSM - Oficina General del Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central© 2002 – 2005.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/libros/medicina/cirugia/Tomo_1/indice.htm

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FILIACIÓN

- NOMBRE:
- EDAD: Años
- SEXO : M () F ()
- N° HCL:
- FECHA DE INGRESO:
- FECHA DE EGRESO:

ENFERMEDAD ACTUAL

- * TIEMPO DE ENFERMEDAD:
- | | | |
|--------------|-----|------------|
| 0 – 6 Hs. | () | |
| >6 – 12 Hs . | () | |
| >12 – 24 Hs | () | |
| >24 – 48 Hs. | () | |
| >2 – 4 Días | () | |
| > 4 Días | () | Días |

* SINTOMATOLOGÍA

- | | |
|---------------------------|-----|
| DOLOR ABDOMINAL | () |
| NÁUSEAS | () |
| VÓMITOS | () |
| ESTREÑIMIENTO | () |
| NO ELIMINACIÓN DE FLATOS | () |
| OTROS (Especificar) | () |

* SIGNOLOGÍA

- | | |
|---------------------------|-----|
| DISTENSIÓN ABDOMINAL | () |
| RHA AUSENTES | () |
| RHA AUMENTADOS | () |
| RHA TIMBRE METÁLICO | () |
| TAQUICARDÍA | () |
| DESHIDRATACIÓN | () |
| OTROS (Especificar) | () |

* HALLAZGOS DE LABORATORIO

- | | |
|------------------------------|-----|
| HEMOGRAMA NORMAL | () |
| LEUCOCITOSIS SIN DESV. IZQU. | () |
| LEUCOCITOSIS CON DESV. IZQU | () |
| NO HUBO HEMOGRAMA | () |

* HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

RX ABDOMINAL NORMAL ()
 RX ABDOMINAL CON NIVELES H A ()
 RX ABDOMINAL CON DIST. ABDOMINAL ()
 NO HUBO RADIOGRAFÍA ABDOMINAL ()
 NO HAY RESULTADOS DE RX ABD. ()

* CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA

BRIDAS Y ADHERENCIAS ()
 HERNIAS INTERNAS Y EXTERNAS ()
 VÓLVULO DE:..... ()
 NEOPLASIAS ()
 OTRAS (Especificar) ()

* BRIDAS Y ADHERENCIAS

ANTECEDENTE QUIRÚRGICO PREVIO: SI () NO ()
 TIPO DE CIRUGÍA ANTERIOR:
 TIEMPO DE ÚLTIMA INTERVENCIÓN: (Días, Meses, Años)

* TIPO DE HERNIA

INGUINAL DERECHA ()
 INGUINAL IZQUIERDA ()
 CRURAL DERECHA ()
 CRURAL IZQUIERDA ()
 UMBILICAL ()
 INCISIONAL ()

* HALLAZGOS INTRA-OPERATORIOS

INTESTINO VIABLE ()
 INTESTINO GANGRENADO ()
 INTESTINO NECROSADO ()

* LOCALIZACIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

DUODENO ()
 YEYUNO ()
 ILEÓN ()
 CIEGO ()
 COLON ASCENDENTE ()
 COLON DESCENDENTE ()
 SIGMOIDES ()

* MÉTODO QUIRÚRGICO

LIBERACIÓN DE BRIDAS Y ADHERENCIAS	()
RESECCIÓN INTESTINAL	()
- ANASTOMOSIS T – T	()
- ANASTOMOSIS T – L	()
- ANASTOMOSIS L – L	()
- ILEOSTOMÍA	()
- COLOSTOMÍA	()
CURA QUIRÚRGICA DE HERNIA	()
OTROS	()

* TIPO DE CIRUGÍA SEGÚN EL GRADO DE CONTAMINACIÓN

LIMPIA	()	CONTAMINADA	()
LIMPIA CONTAMINADA	()	SUCIA	()

* COMPLICACIONES POST- OPERATORIAS

INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA	()
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO	()
NEUMOPATÍA	()
DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA	()
ABSCESO RESIDUAL	()
FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA	()
EVISCERACIÓN	()
SEPSIS	()
INSUFICIENCIA MULTIORGÁNICA	()
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	()
HEMORRAGIA	()
OTRAS (Especificar):	()
NINGUNA	()

* ESTANCIA HOSPITALARIA: () Días

* CONDICIÓN DE EGRESO:

CURADO	()	REQUIERE OTRA Qx	()
MEJORADO	()	FALLECIDO	()
RETIRADO	()		

* CAUSA DE MUERTE

SEPSIS	()
INSUFICIENCIA MULTIORGÁNICA	()
CARDIOVASCULARES	()
OTROS (Especificar):	()