

Morbilidad por síndrome oclusivo de intestino delgado

Morbidity for occlusive syndrome of the small bowel

Dr. Julio Aguilar Valdés; Dr. Eladio Maurant Mallo; Dr. Alcides Mazorra Romero; Dra. Oilda García Caballero

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de la morbilidad por síndrome oclusivo de intestino delgado en el Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domenech", que incluye relación de la entidad con variables como sexo, factores causales, manejo preoperatorio, intervenciones quirúrgicas más utilizadas etc. El universo fueron los 140 pacientes ingresados en nuestro hospital con el diagnóstico de oclusión mecánica de intestino delgado, durante el período de mayo de 1994 a mayo de 1996. Se recogieron los datos mediante una encuesta elaborada al efecto, a partir de los expedientes clínicos de los pacientes ingresados, analizando variables como edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, antecedentes quirúrgicos, síntomas, estado de deshidratación preoperatoria, etc. Se procesaron los datos en una computadora IBM compatible, utilizando el sistema estadístico Microstat. La serie estuvo constituida por 140 pacientes con predominio del sexo masculino, en las edades entre 60 y 74 años. Con más de 24 horas de evolución de la enfermedad. Se clasificaron los pacientes atendiendo a su estado de deshidratación preoperatoria. Las bridas operatorias y las hernias crurales fueron las causas más frecuentes de oclusión encontradas. Entre las conclusiones más importantes pueden citarse que la mayor incidencia de oclusión intestinal ocurre en pacientes que han sido sometidos a intervenciones en el hemiabdomen inferior. La mayoría de los pacientes concurren

desde sus casas con más de un día de evolución y con poca repercusión sobre el estado de hidratación preoperatoria.

DeCS: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL/epidemiología; INTESTINO DELGADO.

ABSTRACT

A study of morbidity for Oclusive Syndrome of the Small Bowel was performed in "Manuel Ascunce Domenech" Provincial Hospital, with involves entity relationships with variables such as: sex, etiological factors properatory management, surgical interventions most widely used, et. The universe composed of 140 patients admitted in our hospital with the diagnosis of mechanical occlusion of the small bowel, during the period from may, 1994 to may 1996. Data were collected througha survey, checking clinica records of admitted patients, analyzing variables suchas sex, age, evolution time of the disease, surgical history symptoms, preoperatory dehydration status, tec. Data were processed in a compatible I.B.M computer using microstat statistic system. The series was composed of 140 patients, prevailing the masculine sex among the ages 60 and 74 years of disease evolution, during more than 24 hours, patients were clasified according tho their preoperatory dehydration status Operatory bridleand crural hernias were the most frequent causes of occlusion found. Among the most importany occlusions, higher incidence of intestinal occlusions occur in patients subjected to interventions in the inferior hemiabdomen. The great majority of patients attend to consultation with an evolution time of more than 24 hours and with less repercussio on the preoperatory hydration status.

DeCS: INTESTINAL OBSTRUCTION/epidemiology; SMALL BOWEL.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento exitoso de las obstrucciones intestinales ha recorrido un largo camino desde que Praxágoras en el Siglo IV A.C curó a un paciente de una hernia extrangulada haciéndole una incisión y provocándole una fístula externa. Exceptuando aquella cura la obstrucción intestinal fue una afección fatal hasta que Litre en 1710 y Pillore en 1776 realizan colostomías (1).

El cirujano a quien corresponde el tratamiento de estos pacientes es al que más debe preocupar sus diversas manifestaciones teniendo en consideración que después del síndrome peritoneal, al oclusivo corresponde la causa más frecuente del abdomen agudo quirúrgico y para algunas series, como el trabajo de abdomen geriátrico realizado por el Dr. Lázaro González Salóm representa la primera causa de muerte con un 23.91 % de las defunciones ocurridas en 1993 (1).

El desarrollo alcanzado por nuestro sistema de salud que dispensariza a toda la población y mantiene seguimiento médico estricto a través de los médicos de familia y la tasa de mortalidad causada por esta afección, son los motivos por los cuales nos proponemos realizar este trabajo.

MÉTODOS

El universo de estudio estuvo constituido por los 5 422 pacientes ingresados en el servicio de Cirugía General del Hospital Docente "Manuel Ascunce Domenech", de forma electiva y urgente, de los que 140 (1.6%) fueron admitidos con el diagnóstico de oclusión mecánica de intestino delgado, comprobada en el acto operatorio, durante el período comprendido entre mayo de 1994 y mayo de 1996.

Se recogieron los datos iniciales mediante una encuesta elaborada al efecto a partir de los expedientes clínicos de los pacientes ingresados en la Institución, analizando variables como: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, antecedentes quirúrgicos, lugar de remisión, síntomas, estado de deshidratación preoperatoria, tiempo de hidratación, tipos de soluciones administradas, causas de la oclusión, técnica quirúrgica realizada, complicaciones y causa de muerte.

Se procesaron los datos en una microcomputadora IBM compatible, utilizando el sistema Microstat. Los métodos que se aplicaron fueron: estadística descriptiva, distribución de frecuencia, chi cuadrado y test de proporciones.

RESULTADOS

Se distribuyeron los enfermos por grupos de edades y sexo, se observó un aumento de la incidencia a partir de los 60 años, representados por los grupos de 60 a 74, con 46 pacientes y de 75 a 89, con 33, el paciente de mayor edad tenía 91 años y el más joven 15. En cuanto al sexo, tuvimos un predominio del masculino sobre el femenino.

Analizados los antecedentes quirúrgicos que actuaron como factores desencadenantes de la enfermedad, vemos que las intervenciones sobre el hemiabdomen inferior ocuparon el primer lugar y dentro de ellas, la cirugía ginecológica con 56.09 % que fue la responsable de la mayoría de los casos. El fibroma uterino inició la lista con 11 pacientes de los 23 de este grupo (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según antecedentes quirúrgicos electivos

Antecedentes quirúrgicos	No.	%
Cirugía Ginecológica	23	56.09
Cirugía Gastroduodenal	5	12.20
Cirugía de Colon	5	12.20
Otras Laparotomías	4	9.75
Litiasis Vesicular	3	7.32
Cirugía Pancreática	1	2.44
TOTAL	41	100.00

Fuente: encuestas

En las afecciones intervenidas urgentes, la apendicitis aguda encabezó este grupo con un total de 35 pacientes, sólo 94 enfermos tuvieron antecedentes quirúrgicos, pues los restantes no tenían vestigios de cicatriz abdominal y sufrieron de dicha entidad a causa de hernias atascadas, hernias internas, bezoares, vólvulos de intestino delgado, carcinomas peritoneales etc (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según antecedentes quirúrgicos urgentes

Antecedentes quirúrgicos	No.	%
Apendicitis Aguda	35	66.04
Oclusión Intestinal	7	13.21
Ulcus Péptico Perforado	3	5.66
Herida por arma blanca en abdomen	3	5.66
Herida por arma de fuego en abdomen	2	3.77
Embarazo Ectópico	2	3.77
Pancreatitis aguda	1	1.89
Total	53	100.00

Según procedencia de los pacientes con el tiempo de evolución de la enfermedad, se observó que 89 de ellos acudieron a nuestro servicio de urgencias por sus propios medios, o sea desde sus casas. El grupo de pacientes remitidos desde hospitales municipales fue de 26. En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad la mayoría de los enfermos acudió dentro de las primeras 47 horas del inicio de sus síntomas (65.7%) y el 42.14 lo hizo en las primeras 24 horas (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución según procedencia y tiempo de evolución de la enfermedad

Procedencia	<u>Tiempo de Evolución de la Enfermedad</u>				Total	%
	-24	24-47	48-71	Más 72		
Casa	38	24	23	4	89	63.57
H. Municipal	15	4	6	1	26	18.58
H. Provincial	3	3	5	1	12	8.58
Consultorio	3	3	5	1	10	7.14
Policlínico	-	-	1	-	1	0.71
Posta Médica	-	-	1	1	2	1.42
TOTAL	59	22	40	8	140	1.42

Fuente: encuestas P 0.05

Se destaca en la tabla que del total de 140 pacientes, el 32.08%, que representaban la tercera parte, fue clasificado su estado hidroelectrolítico preoperatorio, otros 48 enfermos no presentaron signos de deshidratación y en los 46 restantes no se hizo mención a su estatus hidroelectrolítico al momento de su ingreso (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución según estado de hidratación al ingreso y líquidos administrados

Estado	Líquidos Administrados				Total
	Dextrosa más electrolitos	Dextrosa más electr. más plasma	Plasma	Dextrosa 5%	
Ligera	12	6	-	-	18
Moderada	15	10	-	-	25
Sin signos	40	5	1	2	48
No recogidos	28	7	-	11	46
TOTAL	95	31	1	13	140

Fuente: encuestas p 0.01

Si valoramos el tiempo de evolución de la enfermedad, observamos que 59 pacientes fueron ingresados a menos de 24 horas de evolución de la enfermedad, lo que representa un tiempo tardío para una adecuada evolución, como se plantea en la Clínica de los Hermanos Mayo (10).

El análisis entre el estado de hidratación y la calidad de líquidos administrados mostró que la mayoría de los enfermos (67.08%) fueron hidratados con dextrosa y electrolitos solamente.

El estudio de la causa refleja que las bridas posoperatorias fueron las cuasas más frecuentes de oclusión de intestino delgado con un total de 89 pacientes, de ellas 75 fueron simples y 16 sufrieron estrangulación seguidas de las hernias crurales con 29 pacientes, de las cuales 9 sufrieron compromiso vascular. (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución según causa de la oclusión

Causa	Estrangulados		Causa Total
	No	Si	
Bridas	73	16	89
Hernias crurales	20	9	29
Hernias inguinales	5	2	7
Hernias internas	-	5	5
Carcinosis Peritoneal	-	4	4
Bezoar	-	3	3
Otros	-	3	3
TOTAL	98	42	140

DISCUSION

En la distribución por grupos de edades y sexo coincidimos con trabajos nacionales y de nuestra provincia reportados por el Dr. Martínez Ferrá en 1989, en su trabajo sobre oclusión de intestino delgado (2).

Nuestros resultados, en lo que se refiere a las tablas 2 y 3, coinciden con otros autores extranjeros como Quatromoni, Dann y Broelien entre otros, los cuales reportan similares resultados en series estudiadas, representadas por un 79% a favor de las apendicitis agudas; sin embargo, dentro de las intervenciones electivas, tuvieron predominio las de colon y recto (3,4).

Consideramos que el mayor número de los enfermos deben ser remitidos desde consultorios, policlínicos o postas médicas dada la amplia cobertura que existe en el país, no comportándose en nuestro estudio de esta forma.

Valorando el tiempo de evolución de la enfermedad veremos que 59 pacientes fueron ingresados con menos de 24 horas de evolución de los síntomas, otros 81 llegaron con más de 24 horas de evolución de la enfermedad, tiempo tardío para una adecuada evolución como se plantea en la clínica de los Hermanos Mayo (5).

Si comparamos nuestros resultados con otros autores en lo referente al estado de hidratación y las soluciones administradas, notaremos diferencias en cuanto a la adecuada valoración, clasificación y reposición volumétrica y proteica, además de la corrección del equilibrio ácido básico, decisivos en la morbimortalidad de esta afección (Clínica Hermanos Mayo) (5).

Brolin por su parte recomienda que a pesar de una restitución de volumen adecuada a los pacientes con soluciones de Dextrosa al 5% como único tratamiento, éstos se debilitan gradualmente sin el suficiente suplemento electrolítico y calórico proteico sugiriendo hiperalimentación parenteral para los casos de peores condiciones, lo cual no se hizo en la serie estudiada.

En el estudio de la causa coincidimos con el Dr. Martínez Ferrá, sólo que las hernias inguinales fueron más frecuentes en su serie. Similares resultados encontró el Dr. Porro Novo (2).

Otras series como la del Dr. Peter Mucha, Brolin y la Clínica de los hermanos Mayo tienen similares resultados en cuanto a las bridas; sin embargo, las hernias de la pared abdominal representan el tercer lugar precedidas por las neoplasias (carcinosis peritoneal) que en la serie actual fue de sólo 4 pacientes (5).

CONCLUSIONES

1. La mayor incidencia de los casos en la seire, estuvo representada por el sexo masculino y las edades comprendidas entre 60 y 74 años.
2. Entre los antecedentes de operaciones electivas realizadas a pacientes con oclusión de intestino delgado bajo. Aparece la cirugía ginecológica como primera causa, y en el caso de las urgentes encontramos la apendicitis aguda, demostrándose en ambos casos que son laparotomías del hemiabdomen inferior.
3. El 63.57% de los pacientes atendidos procedieron desde sus casas y no de otras instituciones de salud.
4. La mayoría de los enfermos tuvieron una evolución de la enfermedad de más de 24 horas en los diferentes niveles de atención de salud.
5. En relación con el estado de hidratación de los enfermos, debe insistirse en observar una adecuada clasificación del mismo, con el fin de mejorar el tratamiento de los pacientes.
6. La mayor morbilidad estuvo representada por las bridas y las hernias crurales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. González Salón L. Abdomen Agudo Gástrico. 1993.
2. Martínez Ferrá. G. Oclusión de Intestino Delgado. Camagüey. 1989.
3. Cuan Corrales R. Informe anual del grupo provincial de Cirugía. Hospital Manuel Ascunce 1989-1991.
4. Burón JJ. Prevalence and Mechanism on of Small intestinal Obstrution. Arch Surg 2000; 135(2):208-12.
5. Mucha P. Jr Small Intestinal Obstruction. Surg Clin North Am 1987; 67(3):597-620.
6. Dita AB, Fall. Intestinal obstructive caused by post - operatory adhesions J.Chirs (Paris) 1991; 128(12):548.
7. Ellis A. The clinical Significance of adhesion focus intestinal obstruction. Eur J. Sur 1997; Suppl(577):5-9.
8. Liu M. Ethiology of intestinal Obstruction A year Experiencie. Chang Konhsuch tsa Chib 1990; 13(3):161-6.
9. Johaneth H. Acute occlusions of small intestine caused by adhesions. Indications And result. Ann Chir 1999;53(9):859-64.
10. Wilson Ms. A review of the Management of small bowel obstruction. Ann R. Coll Surg Engl 1999; 81(05):320-8.

Recibido: 5 de marzo de 2000

Aprobado: 21 de febrero de 2001