



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

“EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ESPAÑOL A LO LARGO
DE TRES AÑOS DE PACIENTES INGRESADOS CON
DIAGNÓSTICO DE OCLUSIÓN INTESTINAL A TRAVÉS DEL
SERVICIO DE URGENCIAS”

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO QUIÑONES ARELLANO

ASESOR DE TESIS:

DR. JORGE FERNÁNDEZ ÁLVAREZ



HOSPITAL ESPAÑOL

MÉXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TEMA

“EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ESPAÑOL A LO LARGO DE TRES
AÑOS DE PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE
OCLUSIÓN INTESTINAL A TRAVÉS DEL SERVICIO DE
URGENCIAS”

Presenta para obtener el Diploma de la Especialidad en Cirugía General la

Dr. Alejandro Quiñones Arellano

2004-2008

ASESOR DE TESIS

Dr. Jorge Fernández Álvarez

SEDE:

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

Dr. Alfredo Sierra Unzueta
Jefe de Enseñanza
Hospital Español de México

Dr. Armando Baqueirio Cendón
Jefe del Servicio de Cirugía General
Hospital Español de México

Dr. Jorge Fernández Álvarez
Médico Adscrito al Servicio de Gastrocirugía
Hospital Español de México
y Asesor de Tesis

Dedicatoria

A mis padres, gracias por darme la vida, gracias por todos los sacrificios que han hecho, permitiendo que yo consuma todos mis logros y metas hasta el día de hoy, permitiéndome sentar unas bases sólidas para un maravilloso presente y un mejor futuro, por todos sus consejos, siempre siendo incondicionales y prudentes, siempre han estado a mi lado en las buenas y en las muy malas, Gracias por todo lo que han hecho y seguirán haciendo por mí. Son el mejor ejemplo que puedo tener, son la inspiración para continuar en la búsqueda de ser una mejor persona, hijo, esposo, padre y médico.

A mi Hermano, que a pesar de estar lejos, siempre esta en nuestro corazón y pensamos siempre en él.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta el día de hoy, por todas las oportunidades que me ha puesto en el camino y sobre todo, el haberme dado la luz para escoger el camino correcto.

Agradezco a Fer, que en su momento fuiste un gran apoyo, durante los días buenos y malos, que fuiste el aliento para seguir adelante y buscar un mejor futuro, gracias por lo que me enseñaste y me hiciste sentir.

Agradezco a mis maestros en la Universidad y la residencia, al Dr. Ramos Kuri, a la Dra. Villa, a la Dra. Alberro, al Dr. Fabregat, al Dr. Baqueiro, al Dr. Fernández Alvarez, al Dr. Gómez López, al Dr. Castro Espinoza, al Dr. Monroy, al Dr. Arellano, al Dr. Basilio, al Dr. Lorenzo, al Dr. De León, al Dr. Castillo (que me permitió hacer mi primera cirugía), y a todas las personas que me enseñaron algo.

A todos mis amigos.

A mi Familia, sobre todo a mi otra Mamá que gracias a ella estamos toda la familia unida.

Índice

+ Introducción.....	1
+ Marco teórico.....	2
+ Justificación.....	20
+ Planteamiento del problema.....	20
+ Objetivo.....	21
+ Material y métodos.....	22
+ Aspectos éticos.....	22
+ Resultados.....	23
+ Discusión.....	26
+ Conclusiones.....	29
+ Anexos.....	30
+ Bibliografía.....	54

INTRODUCCIÓN

Obstrucción intestinal es una causa frecuente de consulta en el servicio de urgencias, el cual es un padecimiento, ya sea adquirido o congénito, que por su origen puede ser secundario a alteraciones metabólicas o mecánicas. Dentro de los padecimientos que requieren resolución quirúrgica, encontramos con más frecuencia en el intestino delgado las adherencias, hernias y tumoraciones; en el intestino grueso, tumoraciones, vólvulus y procesos inflamatorios. La importancia de su pronto diagnóstico y adecuado tratamiento, son el pilar para evitar complicaciones, que incluyen la pérdida de un segmento de intestino, o inclusive la muerte.

MARCO TEÓRICO

Historia

La obstrucción intestinal es un padecimiento que se ha presentado desde el momento mismo de la aparición del intestino en los mamíferos. Fue descrita desde tiempos hipocráticos, en donde el tratamiento sería a base de enemas; aunque la primera cirugía reportada fue realizada por Praxágoras, aproximadamente en el año 350 A.C., donde realizó una punción abdominal, creando una fístula enterocutánea. Posteriormente, se reportaron diversos tratamientos conservadores que incluían reducciones manuales de hernias encarceladas, dar líquidos a base de plomo o mercurio y enemas evacuantes. En el año 1859, se reportó la maniobra de desvolvulación del colon sigmoides por Mr. Gay, con éxito parcial.

En 1912 Hartwell y Hoguet administraron solución salina intravenosa a perros con obstrucción intestinal, logrando alentadores resultados al aumentar la sobrevida un par de días.

En 1920, los estudios radiográficos mostraban datos para diagnóstico más certeros, el manejo dio un cambio radical al ser introducida la intubación nasogástrica en 1933 por Wagensteen, dando así un manejo conservador. Para 1934 se diseñó la sonda nasogástrica de Miller-Abbott. Posteriormente, Cantor en 1947 da a conocer la sonda que lleva su nombre. El uso de antibióticos se introdujo en 1940, dando una mayor expectativa de vida.

Fisiología e histología intestinal

El intestino delgado y el grueso tienen muchas similitudes entre sí, tanto en estructura como en función ⁽¹⁾. En algunos segmentos intestinales, las funciones que se llevan a cabo se realizan de una manera muy similar, sin embargo, en segmentos no muy distantes se llevan a cabo de una manera muy diferente, como es el caso entre la última porción del yeyuno y el íleon ⁽⁵⁾.

El intestino delgado se compone de un cilindro hueco, mide entre 4 a 5 metros, que va desde el píloro hasta la válvula ileocecal, se divide microscópicamente en una primera porción corta, llamada duodeno, (del latín duodecim o doce), que mide aproximadamente de 25 a 30 cm. de largo; otra llamada yeyuno, (jejunus o vacío, ya que en las autopsias suele estar vacío), correspondiendo a la parte superior izquierda del intestino; y por último el íleon, (eileos o curvo, sinuoso), ubicado principalmente en la parte inferior derecha del abdomen ⁽⁷⁾.

Las 3 secciones del intestino pasan de una a otra de manera casi imperceptible, y por lo general presentan la misma estructura histológica. Dentro del intestino delgado se produce el tránsito del quimo, mientras sufre degradación química hacia compuestos absorbibles ^(2,3,6). La pared presenta cuatro capas, mucosa, submucosa, muscular y serosa, todas se encuentran perfectamente desarrolladas.

En el interior se encuentra recubierto por mucosa, la cual se encarga de absorber los componentes degradados del alimento. La capacidad está incrementada por diferentes rasgos estructurales que producen gran aumento de la superficie. Los pliegues circulares, válvulas conniventes o de Kerkring, se extienden como semilunas alrededor de 2/3 de la luz, están compuestas por mucosa y submucosa y son estructuras constantes, visibles a simple vista, desarrolladas especialmente en el yeyuno. Por el contrario faltan en los primeros 4-5 cm de duodeno y en la última mitad del íleon ⁽⁸⁾.

Las válvulas de Kerkring aumentan la superficie mucosa aproximadamente 3 veces, pero se obtiene un aumento 10 veces mayor por la presencia de evaginaciones, llamadas vellosidades intestinales. La forma de las vellosidades varía en las diferentes secciones del intestino, en el duodeno aparecen con forma de dedos y hojas, pero las de tipo foliáceo disminuyen en número distalmente y faltan en el íleon, que solo presenta vellosidades digitiformes. En promedio las vellosidades miden 1mm, y son evaginaciones de la mucosa, compuesta por un núcleo de tejido conectivo laxo perteneciente a la lámina propia y recubierta por epitelio en la superficie ^(8,9).

Un aumento aún mayor de la superficie mucosa se debe a la presencia de glándulas tubulares simples de aproximadamente 400 micrómetros de profundidad entre las vellosidades, denominadas criptas de Lieberkuhn. Éstas se extienden a través de casi toda la lámina propia hasta la muscular de la mucosa.

La mucosa está revestida por un epitelio cilíndrico simple, compuesto por células absortivas, células caliciformes, células endocrinas y células de Paneth.

Las células absortivas son cilíndricas altas, con núcleos basales ovaes. La superficie libre presenta un borde en cepillo conocido como chapa estriada, está formada por microvellosidades paralelas muy juntas de aproximadamente 1 micrómetro de largo y 0.1 de diámetro. Estas microvellosidades aumentan aproximadamente 20 veces la superficie total de la mucosa, que es considerada aproximadamente de 250m^2 .

Las células caliciformes se encuentran entre las células absortivas, secretan mucina, que al contacto con el agua, se transforma en mucus.

Las células endocrinas, están dispersas entre las células absortivas y las caliciformes. Contienen numerosos gránulos localizados debajo del núcleo. En las vellosidades, en las criptas de Lieberkuhn y en las glándulas de Brunner del duodeno se observan células IG de gastrina intestinal. Contienen gránulos de secreción electrodensos, redondos, con un diámetro de aproximadamente 200 nm, y producen gastrina.

Las células D, productoras de somatostatina, aparecen dispersas en el intestino delgado y corresponden a las descritas en la mucosa del antro del estómago.

Las células S, productoras de secretina, se encuentran dispersas en las vellosidades y en las criptas de Lieberkuhn de la mucosa del duodeno y el yeyuno. Contienen gránulos redondeados de interior electrodensos, con un diámetro de aproximadamente 200 nm.

Las células I, productoras de colecistoquinina, son bastante numerosas en las criptas de Lieberkuhn del duodeno y el yeyuno, pero pueden encontrarse también en la mucosa del íleon.

Las células L, productoras de enteroglucagón (Glicentina), denominadas también células EG, aparecen en la mucosa del yeyuno e íleon.

Las células K, productoras del péptido inhibitorio gástrico, se encuentran con mayor frecuencia en las criptas de Lieberkuhn del duodeno y el yeyuno, aunque en ocasiones en el íleon.

Las células D almacenan el péptido inhibitorio y se encuentran dispersas en el intestino.

Las células P se encuentran en las criptas de Lieberkuhn del duodeno, y al parecer producen Bombesina.

En las criptas se encuentran, además de células caliciformes y células absortivas en diferenciación, células endócrinas y las llamadas células de Paneth.

Éstas se encuentran sólo en el fondo de las criptas, donde se visualizan como células con forma de pirámide, con un núcleo basal y gránulos de secreción supra-nucleares fuertemente eosinófilos. Tienen una vida media de aproximadamente 30 días. Se cree que el mecanismo de secreción es merócrino, las células contienen zinc y su función parece ser fagocítica.

La lámina propia se compone de tejido conectivo reticulado laxo, muy rico en células, se extiende dentro de la vellosidad y forma el núcleo de tejido conectivo en ellas además de ocupar el espacio entre las criptas de Lieberkuhn. Las fibras reticulares se hacen más densas hacia el epitelio.

Se debe enfatizar puntualmente la diferencia entre Oclusión e Íleo, ya que estas dos entidades, que en principio tienen un origen distinto, son frecuentemente confundidas y tratadas erróneamente ^(8,9).

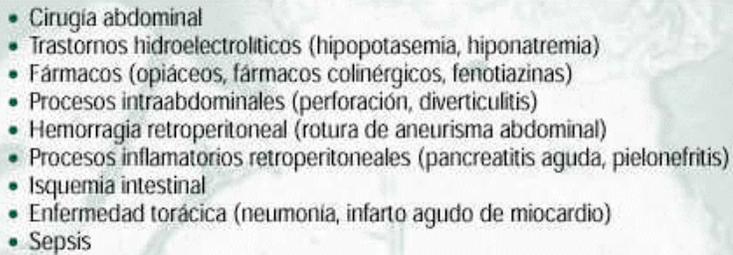
Fisiopatología

Obstrucción intestinal

La obstrucción intestinal es una alteración parcial o completa de la progresión distal del contenido intestinal por una causa mecánica. Puede diferenciarse entre simple o estrangulada, dependiendo si existe o no compromiso de la vascularización del intestino ^(4,7,10).

Íleo Paralítico

El íleo paralítico es un fallo en la propulsión intestinal que aparece de forma aguda en ausencia de obstrucción mecánica y es secundario a diversas causas:

- 
- A list of causes for ileus paralyticus, presented as a bulleted list on a light green background with a faint anatomical illustration of the human torso.
- Cirugía abdominal
 - Trastornos hidroelectrolíticos (hipopotasemia, hiponatremia)
 - Fármacos (opiáceos, fármacos colinérgicos, fenotiazinas)
 - Procesos intraabdominales (perforación, diverticulitis)
 - Hemorragia retroperitoneal (rotura de aneurisma abdominal)
 - Procesos inflamatorios retroperitoneales (pancreatitis aguda, pielonefritis)
 - Isquemia intestinal
 - Enfermedad torácica (neumonía, infarto agudo de miocardio)
 - Sepsis

Seudoobstrucción crónica intestinal

La pseudoobstrucción crónica intestinal (SCI) es un cuadro clínico caracterizado por episodios recurrentes de signos y síntomas de oclusión o sub-oclusión intestinal en ausencia de impedimento mecánico evidenciable. La SCI puede clasificarse en dos tipos:

1. Miopatía visceral: en la que la alteración reside en la musculatura lisa del intestino. Se caracteriza por presentar cambios que consisten en degeneración de las células musculares lisas y reemplazamiento por tejido fibroso. La consecuencia es una contractilidad ordenada, pero débil e inefectiva. Puede asociarse a afectación de la musculatura lisa de otras localizaciones.

2. Neuropatía visceral: engloba procesos que pueden afectar a cualquier eslabón de la regulación nerviosa del intestino desde el plexo mientérico al sistema nervioso central. La neuropatía visceral se puede limitar al tracto gastrointestinal o

asociarse a alteraciones en el sistema nervioso central o autónomo. Se caracteriza por presentar unas contracciones eficaces, pero con un patrón desorganizado y no propulsivo. Cuando afecta al sistema nervioso entérico se caracteriza por cambios degenerativos con alteraciones en el número o en la morfología de las neuronas del plexo mientérico rodeadas o no de infiltrado inflamatorio. Tanto las miopatías como las neuropatías pueden dividirse, en cuanto al tipo de presentación, en familiares o esporádicas y, en cuanto a la etiología, en primarias; si la alteración se limita a la musculatura intestinal o al plexo nervioso entérico, o secundarias, si el trastorno gastrointestinal forma parte de un proceso sistémico. En ocasiones pueden ser segmentarias, como en los casos de megaduodeno o de dilatación cólica aguda o síndrome de Ogilvie ^(4,5,8).

Este diagrama muestra una lista de causas que afectan a la musculatura lisa y al sistema nervioso entérico, organizadas en categorías. El fondo del diagrama es una imagen de un tejido conectivo con fibras blancas sobre un fondo gris claro.

Enfermedades que afectan a la musculatura lisa	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades del colágeno• Distrofias musculares• Enfermedades infiltrativas (amiloidosis, infiltración linfomatosa)
Enfermedades neurológicas	<ul style="list-style-type: none">• Ganglioneuromatosis intestinal• Enfermedad de Chagas• Enfermedad de Parkinson• Pandisautonomía, síndrome de Shy-Drayer• Accidente vascular cerebral y neoplasias
Enfermedades metabólicas	<ul style="list-style-type: none">• Hipertiroidismo• Diabetes mellitus• Hipoparatiroidismo• Porfiria aguda intermitente
Fármacos	<ul style="list-style-type: none">• Narcóticos• Antidepresivos tricíclicos• Anticolinérgicos
Miscelánea	<ul style="list-style-type: none">• Gastroenteritis eosinofílica• Enteritis rídica

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Obstrucción intestinal

El diagnóstico de obstrucción intestinal se puede establecer, cuando la obstrucción es completa, mediante una radiografía de abdomen simple en un paciente con una historia clínica y exploración física compatibles: dolor y distensión abdominal acompañados de náuseas, vómitos y ausencia de emisión de gases y heces en presencia de un abdomen distendido, timpánico, con o sin peritonismo y con ruidos intestinales aumentados ^(5.8.11).

Técnicas de imagen

La radiografía de abdomen mostrará unas asas de intestino dilatadas proximales a la obstrucción con ausencia total o parcial de aire distalmente a la obstrucción. Si se realiza la radiografía en bipedestación se observarán niveles hidroaéreos. Hay que tener en cuenta que entre el 20% y el 30% de las obstrucciones presentan radiografías de abdomen normales o con alteraciones poco evidentes, particularmente las obstrucciones que afectan al yeyuno proximal. En estos casos se puede realizar una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal donde la existencia de una zona de transición entre un asa dilatada proximal seguida de un asa distal de características normales sugiere la existencia de oclusión. La práctica de la TAC puede resultar de utilidad en las obstrucciones de asa cerrada, situación en la que la radiografía de abdomen simple tiene poca sensibilidad. Una alternativa a la práctica de la TAC abdominal es un estudio baritado. El tránsito esófago-gastrointestinal es de utilidad en las oclusiones de

intestino delgado proximal, las enteroclisis en las oclusiones del intestino delgado medio o distal y el enema opaco para las obstrucciones de colon e intestino delgado distal. Los estudios baritados están contraindicados cuando existen signos de peritonismo o signos de obstrucción completa ⁽¹⁸⁾.

Íleo Paralítico

El diagnóstico de íleo paralítico se establece mediante una radiografía de abdomen simple en la que se observan las asa de intestino delgado dilatadas con presencia de gas en colon hasta la ampolla rectal. El paciente habitualmente presentará un antecedente próximo de cirugía abdominal o de otro factor desencadenante; y en la exploración abdominal normalmente habrá distensión abdominal, timpanismo y ausencia de ruidos abdominales. Cuando no se puede descartar de forma segura la obstrucción intestinal se recurrirá a las técnicas de imagen.

Seudoobstrucción Crónica Intestinal

La SCI se diagnostica por criterios manométricos e histológicos del intestino delgado en un paciente con historia clínica compatible y en el que se ha descartado de forma clara la existencia de una obstrucción mecánica.

Técnicas de Imagen

Los estudios baritados se consideran la técnica de elección para diferenciar entre obstrucción mecánica y SCI. Cuando el intestino está muy dilatado, es importante aspirar el máximo contenido intestinal mediante aspiración

nasogástrica o nasoentérica para poder visualizar del mejor modo posible la totalidad del intestino delgado; si se sospecha oclusión en el intestino grueso la práctica de enema opaco o colonoscopia permitirá descartar una lesión obstructiva. La TAC permite, en ocasiones, diagnosticar enfermedades específicas retroperitoneales o pelvianas. Puede también utilizarse en los casos en que un intestino muy dilatado impida la realización de radiología baritada. En los casos en que la sospecha de obstrucción mecánica no se haya podido descartar totalmente con los estudios radiológicos, se deberá recurrir a una laparotomía o laparoscopia exploratoria. En tal caso, es importante realizarla en un centro terciario, a poder ser especializado, y así aprovechar al máximo la exploración quirúrgica para obtención de muestras de tejido intestinal, colocación de catéteres descompresivos y de nutrición, si está indicado, y otras medidas especiales.

Estudios Manométricos

La técnica de elección, tras descartar causa mecánica, es la manometría gastrointestinal. Esta técnica permite valorar la actividad contráctil del estómago e intestino delgado en ayunas y en período posprandial; también permite diferenciar entre un patrón de miopatía o de neuropatía visceral. Las manometrías esofágica y anorrectal también pueden mostrar anomalías en estos pacientes, pero normalmente son inespecíficas y por sí mismas no son diagnósticas de SCI.

Criterios manométricos de miopatía y neuropatía intestinal

Miopatía intestinal

- Complejo motor interdigestivo de características conservadas
- Contracciones de amplitud disminuidas

Neuropatía intestinal

- Fases III de propagación aberrante (simultáneas, retrógradas)
- Salvas de actividad de más de 2 min de duración no propagadas en ayunas y periodo posprandial
- Franjas de actividad intensa de más de 30 min de duración
- Falta de cambio del patrón de ayunas a patrón posprandial

Ante un caso de SCI, se deberá aclarar si se trata de un caso primario o secundario.

Estudios Histológicos

Para el diagnóstico de SCI se requieren biopsias transmurales de intestino delgado, ya que las biopsias superficiales no suelen ser de utilidad. Las biopsias se obtendrán por laparotomía o laparoscopia, y es aconsejable la toma de biopsias múltiples y a diferentes niveles. Los fragmentos se suelen procesar con tinciones de hematoxilina-eosina y tricrómico de Masson; estas técnicas permiten demostrar anomalías en las células musculares con degeneración y reemplazamiento por tejido fibroso. La valoración del plexo mientérico requiere la tinción de plata de Smith que permite valorar las anomalías en el número o morfología de las neuronas del plexo mientérico. La ausencia de alteraciones en tejido muscular y nervioso no excluye el diagnóstico de SCI ^(2,16,17).

TRATAMIENTO

Obstrucción Intestinal

El tratamiento definitivo de la obstrucción intestinal es quirúrgico. Independientemente de la etiología y localización, el tratamiento de soporte ante un paciente con oclusión será el siguiente:

1. Aspiración nasogástrica o nasoentérica continua.
2. Reposición hídrica y electrolítica y control ácido-base.
3. Antibióticos de amplio espectro, si existen signos de toxicidad sistémica.
4. Vigilancia estrecha del paciente con evaluación clínica durante las primeras horas para detectar signos de peritonismo o empeoramiento del estado general.

Los pacientes que mejoran con la descompresión inicial se someterán a los estudios diagnósticos oportunos para valorar el grado y la etiología de la obstrucción. Si en 24 hrs. no hay mejoría clara y/o hay signos de isquemia o perforación, deberá realizarse intervención quirúrgica urgente. La mortalidad tiene una relación directa con el retraso en la indicación quirúrgica.

Íleo paralítico

El tratamiento del íleo paralítico no es quirúrgico en ningún caso y se basa en:

1. Corregir la causa desencadenante siempre que sea posible.
2. Tratamiento sintomático:
 - a) Dieta absoluta.
 - b) Aspiración nasogástrica o nasoentérica.

- c) Hidratación y corrección electrolítica.
- d) Fármacos: metoclopropamida (10 mg/4-6 h).
- e) Tratamiento analgésico, evitando los analgésicos opiáceos.

En los casos de íleo prolongado (5 días) hay que descartar una causa subyacente que contribuya a mantener el cuadro abdominal (absceso intraabdominal, isquemia intestinal, hemorragia retroperitoneal, sepsis, trastorno electrolítico).

Seudoobstrucción intestinal

El tratamiento de los pacientes con SCI incluye lo siguiente:

Tratamiento Etiológico

En los casos de SCI es posible cuando ésta es secundaria, pero pocas veces se obtiene una mejoría sustancial del cuadro abdominal.

Medidas de soporte

Los pacientes con SCI pueden presentar un amplio espectro en cuanto a la gravedad de los síntomas, y también episodios repetidos de su enfermedad.

Durante el episodio agudo se mantendrá el paciente con:

1. Ayuno.
2. Aspiración nasogástrica o nasoentérica para descomprimir el tubo digestivo.
3. Corrección de los trastornos electrolíticos.
4. Medicación procinética (véase más adelante).

5. Nutrición parenteral total en los casos en que exista desnutrición grave u oclusión prolongada.
6. Tratamiento antibiótico por vía oral en los casos en que se compruebe la existencia de sobrecrecimiento bacteriano.
7. Tratamiento analgésico, evitando medicación opiácea.

En los períodos de remisión el paciente requerirá:

1. Soporte nutricional: en los casos con síntomas leves se limitarán a modificaciones dietéticas sencillas, como tomar dietas fraccionadas pobres en grasas y en fibra y con suplementos de hierro, folatos, calcio y vitaminas. En ocasiones se requerirán suplementos de dietas en forma líquida. Cuando el estómago es un obstáculo para una alimentación normal por la presencia de náuseas y vómitos se puede considerar la posibilidad de realizar nutrición enteral en intestino delgado a través de una sonda de yeyunostomía de implantación quirúrgica. Cuando la nutrición enteral no es bien tolerada o insuficiente se puede recurrir a nutrición parenteral domiciliaria o a pautas de nutrición parenteral hospitalaria en los períodos de mayor desnutrición. La nutrición parenteral a largo término puede presentar complicaciones graves, como sepsis, trombosis de accesos venosos y complicaciones hepáticas, particularmente en niños.

2. Sobrecrecimiento bacteriano: cuando existe sobrecrecimiento secundario la éstasis crónica intestinal se tratará con antibióticos de amplio espectro por vía oral fundamentalmente: tetraciclinas (500 mg/12 h), metronidazol (500 mg/8 h), ciprofloxacino (500 mg/12 h) o amoxicilina-ácido clavulánico (500-125 mg/12 h).

En los casos de sobrecrecimiento bacteriano crónico se realizarán tratamientos con pautas cíclicas de 7-10 días al mes con antibióticos de forma rotatoria ^(6,9,18).

Tratamiento Farmacológico

Se utiliza para mejorar la capacidad contráctil del tubo digestivo:

1. Cisaprida: actúa como agonista de los receptores 5HT₄, que facilitan la liberación de acetilcolina en el sistema nervioso entérico y estimulan la regulación de la contracción. Se administra a dosis de 10-20 mg, 4 veces al día, preferiblemente antes de las comidas y a la hora de acostarse.
2. Eritromicina: es un antibiótico macrólido que actúa como agonista de la motilina, induce fases III del complejo motor interdigestivo y acorta el tiempo de tránsito orocecal. Resulta eficaz en el tratamiento agudo de la gastroparesia, pero el beneficio en el tratamiento en la SCI no ha sido probado.
3. Octreótido: análogo de la somatostatina de acción sostenida. Tiene dos posibles utilidades: a) induce frentes de actividad en el intestino delgado, por lo que tiene efecto beneficioso en la propulsión, mejorando también el sobrecrecimiento bacteriano. Se administra a dosis de 50 g s.c. por la noche, y b) como analgésico visceral solo o en combinación con procinéticos.
4. Neostigmina: es un inhibidor de la acetilcolinesterasa que se utiliza en el tratamiento del síndrome de Ogilvie o dilatación cólica aguda a dosis de 2,5 mg por vía intravenosa ^(6,9,18).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Tiene tres finalidades, desarrolladas a continuación.

Laparotomía o laparoscopia exploradora y para toma de biopsia

En ocasiones, oclusiones mecánicas distales del intestino delgado no pueden ser excluidas de forma definitiva, a pesar de exhaustivas exploraciones radiológicas y manométricas; por lo que se habrá de recurrir a exploración quirúrgica. Durante la intervención, si no se identifican lesiones que justifiquen el cuadro, se tomarán biopsias transmurales de diferentes segmentos del intestino delgado para estudios histopatológicos.

Colocación de catéteres de descompresión y de nutrición

Habitualmente en los períodos agudos los pacientes requieren medidas descompresivas temporales mediante sondas nasointestinales o rectales. En ocasiones, en los casos más evolucionados, los pacientes requieren medidas de descompresión de forma continua para prevenir la acumulación de aire y secreciones en el intestino. Esto se consigue colocando, por vía laparoscópica o laparotómica, catéteres de gastrostomía o yeyunostomía, o ambos. Estos catéteres pueden utilizarse para nutrición cuando el paciente lo requiera o para descompresión.

Resecciones, plicaturas y anastomosis

Suelen ser de poca utilidad en los pacientes con SCI, aunque en algún paciente bien seleccionado puede aportar un cierto alivio sintomático. Las técnicas quirúrgicas son diversas y van encaminadas a eliminar segmentos del intestino muy dilatados y que actúan como obstáculo a la propulsión intestinal. Estas técnicas están más indicadas en los casos de miopatías y en neuropatías muy evolucionadas, y en casos de afectación segmentaria. Suelen realizarse duodenoyeyunostomía término-terminal en casos de megaduodeno, colectomía total en los casos de SCI, que afecta fundamentalmente a colon e ileostomías o yeyunostomía terminal tras resecciones segmentarias de zonas de intestino dilatado. En general, estos procedimientos quirúrgicos deben ir precedidos de una cuidadosa valoración del funcionalismo del intestino restante.

Por otro lado, la estimulación eléctrica del intestino delgado a través de electrodos implantados no ha demostrado un beneficio claro. El trasplante intestinal, en la práctica, presenta una tasa de rechazo y complicaciones inaceptablemente elevadas para considerarse una alternativa válida en este tipo de pacientes en este momento, pero las posibilidades de éxito sin duda se incrementarán en el futuro ^(5,10,11,12,13).

JUSTIFICACIÓN

Se escogió este tema, debido a que un porcentaje importante de pacientes que se ingresa al servicio de Urgencias, con diagnóstico de obstrucción intestinal, toman diferentes rutas diagnósticas y terapéuticas; por lo que trataré de establecer las coincidencias entre estos pacientes, y así establecer una conducta más certera a seguir. Siendo más objetivos en las decisiones se logrará un mejor desempeño, tanto del personal médico, como para la pronta recuperación de la salud, rehabilitación e integración a la sociedad económicamente activa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obstrucción intestinal es un serio problema de salud pública, genera grandes costos, tanto en el tratamiento, como en la rehabilitación e integración a la sociedad económicamente activa. La mayoría de la población en este hospital, se encuentra dentro del grupo de ancianos, o mayores de 65 años de edad, con la posibilidad de presentar mayor morbilidad, lo cual nos obliga a ser más precisos en el método diagnóstico y terapéutico, con el fin de evitar costos innecesarios tanto para pacientes y familiares, sin dejar a un lado la posibilidad de complicaciones de origen nosocomial.

OBJETIVO

Describir la experiencia en el Hospital Español para el manejo, diagnóstico y terapéutico, de la obstrucción intestinal aguda en pacientes que ingresaron a través del servicio de Urgencias, en un periodo que comprende tres años. Con el fin de establecer coincidencias, para un mejor manejo médico quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada es un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo, que comprende desde el día primero de Enero del año 2000, hasta el 31 de Diciembre del año 2003. En el cual se incluyeron 168 pacientes, cuyo único criterio de inclusión fue el diagnóstico de probabilidad de obstrucción intestinal, ingresados a través del servicio de Urgencias del Hospital Español. Los criterios de exclusión fueron expedientes incompletos y pacientes menores de 16 años.

Por medio de la revisión de expedientes clínicos se recolectaron las variables en el servicio de Archivo, para realizar un análisis estadístico por medio del software SPSS versión 13 para Windows.

ASPECTOS ÉTICOS

Durante la realización del estudio se mantuvo la confidencialidad de los pacientes en todo momento, para cuestiones de análisis solamente se utilizó el número de expediente.

RESULTADOS

Se realizó un estudio estadístico con el software SPSS versión 13 para windows, en donde se analizaron por medio de estadística descriptiva las variables.

La edad promedio fue de 61 años, una moda de 82 años, con un mínimo de 16 años y un máximo de 96 años, el grupo más frecuente fue el de 81 a 85 años, que corresponde al 23.2%, (Tabla 1 Y Figura 1). En cuanto al sexo, se encontró que fueron más frecuentes los pacientes del sexo femenino en 58.3%, dando una relación 1.1:1. De las 98 Mujeres, el 58.3% referían el antecedente de cirugía previa, en cambio, de los 70 Hombres, el 41.7% presentaba dicho antecedente, siendo la colecistectomía la más frecuentemente referida para ambos sexos. (Tabla 2, 3 y Figura 2) .Se encontró que los síntomas altos fueron un poco más frecuentes con 53% de presentación, (Tabla 4 y 5). El 27% de los pacientes refirió haber tenido algún antecedente de oclusión, siendo más frecuente entre los pacientes de sexo femenino (58.3%). Siendo las adherencias el diagnóstico final más frecuentemente encontrado con 30.8%. (Tabla 6, 7, 8 y Figura 3). El estreñimiento crónico se presentó en 53 pacientes, representando 31.5%, (Tabla 9 y Figura 4). De los 160 pacientes que refirieron dolor al momento de su ingreso, 117 refirió ser de tipo cólico, representando 69.6%. al relacionar este tipo de dolor con el diagnóstico final, se asoció más frecuentemente con volvulus (100%), hernia interna (100%), tumor yeyunal (100%), apendicitis complicada (83.3%) e impactación fecal (81.5%), (Tabla 10, 11 y Figura 5). La frecuencia cardíaca y la

tensión arterial elevada, se presentó en los diagnósticos de adherencias (25.6%) y accidente vascular mesentérico (40%). La elevación única de la tensión arterial, se presentó más frecuentemente en diverticulitis (63.3%), La tensión arterial baja y la frecuencia cardiaca elevada, se presentó más frecuentemente en la hernia interna (100%). En 79 pacientes (47%) no se presentó ninguna alteración en los signos vitales. (Tabla 12, 13 y Figura 6). De los 33 pacientes que presentaron datos de peritonismo, el mayor porcentaje (33.3%) correspondió al diagnóstico de adherencias, y el menor porcentaje correspondió a tumor yeyunal (3%). (Tabla 14 y figura 7). Se observa que de todos los que presentaron peritonismo al ingreso, el 6.1% recibió tratamiento quirúrgico en menos de 24 hrs, ya que presentaban datos de complicación, el 9.1% lo recibió entre las 24 hrs. y las 48 hrs, finalmente el 6.1% lo recibió en mas de 48 hrs. (Tablas 15,16 y 17). Dentro de los laboratorios de ingreso, el 31% (52 pacientes) presentaban leucocitosis. Dentro de estos, el 7.7% recibieron tratamiento quirúrgico en menos de 24 hrs, el 13.5%, lo recibieron entre las 24 y las 48 hrs. y 15.4% fue en mas de 48 hrs. Por otro lado el 16.6% recibió tratamiento quirúrgico en algún momento, a pesar de no presentar leucocitosis. (Tablas 18, 19, 20, 21 y figura 8). El 31% de los pacientes recibió algún tipo de procinético, y el 57.7% se les colocó sonda nasogástrica. (Tablas 22, 23 y Figura 9, 10). A los que se les realizó tránsito hidrosoluble, como tratamiento médico, el 52.9% le fue útil al resolver la obstrucción intestinal ; de los que recibieron contraste oral para Tomografía, al 57.1% también se le resolvió el problema. (Tabla 24 y 25). De los 122 pacientes (72.6%), que recibieron tratamiento médico, 44 de ellos (19.7%) presentaron falla, de estos 44, al 67.3%

se le realizó cirugía abierta, y al resto cirugía laparoscópica, la cirugía más frecuentemente realizada por laparoscopia y abierta, fue adherolisis (47% y 53%), resección intestinal (20% y 33%), reducción de hernia (10% y 12%). (Tabla 26, 27, 28, 29 y Figura 11). Para cirugía laparoscópica, la media de estancia fue de 6 días (36.4%). Para cirugía abierta, la media fue de más de 15 días (25%) (Tablas 30 y 31). El promedio general de estancia hospitalaria fue de 3 días, (25%), con máximo de 45 días para un paciente. (Tabla 32). El promedio de estancia hospitalaria para colon espástico, impactación fecal, diverticulitis e íleo fue de 3 días. Suboclusión y accidente vascular mesentérico 4 días, mioma uterino y adherencias entre 2 y 3, divertículo de Meckel 5 días, apendicitis 5 días, tumor yeyunal 11 días. (Tabla 33). La morbilidad más frecuentemente encontrada, fue el íleo prolongado, con una media de presentación de 12.5%. En relación al accidente vascular mesentérico, el 100% falleció. (Tabla 34 y figura 12).

DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal según la literatura ⁽¹⁴⁾, se presenta más frecuentemente en el grupo de edad de los 55 a los 60 años, a diferencia de lo encontrado en este trabajo, el promedio más alto se encontraba en el grupo de los 81 a 85 años, muy probablemente asociado al universo tan característico de pacientes que asisten a esta institución. La frecuencia reportada por sexo, es de 62% a favor del sexo femenino, 1.4:1 relación hombre/ mujer. Muy cercano a lo encontrado en este estudio, siendo 58.3% del sexo femenino, con una relación 1.1:1.

En cuanto a la relación que existe entre el sexo, cirugías previas y oclusión intestinal, la literatura menciona una asociación estrecha ⁽²⁾, en este trabajo, se observó que la mayoría de los pacientes fueron mujeres, y que tan sólo 8.2% no tenían cirugías previas, sin embargo la mayor cantidad de cirugía previa se observó en el sexo masculino, con una media de 2 cirugías previas, a diferencia del femenino que la media presentaba sólo una. Se sabe que dentro de los datos que indican gravedad o urgencia ⁽²⁾, se encuentran el antecedente de oclusión previa, signos vitales alterados, leucocitosis, estreñimiento crónico y abdomen agudo, por lo que decidimos estudiar esas variables. De todos los pacientes que presentaban una o más oclusiones previas, las adherencias fueron el diagnóstico final más frecuente, coincidiendo con lo publicado en la literatura ⁽¹⁶⁾, en cuanto a los que presentaban peritonismo al ingreso, la gran mayoría se diagnosticaron

como suboclusión intestinal, sin ser sometidos a cirugía, y tan solo el 21% recibió tratamiento quirúrgico. Es de llamar la atención que a pesar de presentar un mayor porcentaje de pacientes en el grupo de edad de 81 a 85 años, tan sólo el 3% de los pacientes tuvo diagnóstico de neoplasia, y ésta se localizaba en yeyuno, esto se explica, probablemente, por que las neoplasias son padecimientos crónicos y regularmente se ingresan por admisión y no a través de el servicio de Urgencias⁽³⁾. Los signos vitales alterados no fueron un determinante en la decisión de someter a cirugía a los pacientes, debido a la gran disparidad en los resultados. A pesar de ser la tensión arterial junto con la frecuencia cardiaca los más frecuentemente alterados, estos están relacionados a morbilidad previa, que al padecimiento en sí. Ninguna de las alteraciones de signos vitales demostró relevancia estadística, ya que el 47% de los pacientes no presentó ninguna alteración en esta medición. La leucocitosis es un factor muy importante para la decisión quirúrgica⁽²⁾, en este trabajo no se logró demostrar esto, tan sólo el 20% de los pacientes sometidos a cirugía en menos de 48 horas, presentaba leucocitosis, y a pesar de no presentar leucocitosis, el 16.6% de los pacientes se sometió a cirugía, por lo que no se puede decir que es un determinante para cirugía. El estreñimiento crónico, parece tener una relevancia mayor para el diagnóstico de adherencias y por supuesto impactación fecal, por lo que no se debería dejar a un lado este antecedente^(1,2,18).

El tiempo promedio de estancia hospitalaria varió entre 2 días y hasta 45 días con promedio de 5 días, según la literatura⁽²⁾, el promedio es de 5 días en pacientes

con resección intestinal secundaria a oclusión, por lo que en el hospital contamos con un tiempo acorde.

Un tema que es de mucha importancia, es la resolución de la suboclusión por medio de contraste oral, ya sea por tránsito o por tomografía ⁽²⁾, más de la mitad de los que lo recibieron, resolvieron el trastorno, sin necesidad de otra intervención. La sonda nasogástrica y los procinéticos juegan un papel muy importante en el tratamiento médico ⁽⁴⁾, a más de la mitad de los pacientes se les colocó sonda nasogástrica y a un tercio se les dio procinético. Dentro de las dos técnicas quirúrgicas disponibles para la resolución de este padecimiento, la cirugía abierta, mal llamada convencional, fue la más utilizada, representando 2/3 partes del total, y la cirugía laparoscópica la menos utilizada en este estudio. La diferencia entre el tiempo de estancia intrahospitalaria, tuvo una marcada diferencia, siendo la cirugía laparoscópica la que tuvo el menor tiempo, con una media de 6 días, a diferencia de la abierta con una media de más de 15 días; esto se puede explicar por las indicaciones de cada técnica ⁽¹⁾, siendo los padecimientos más graves operados por técnica abierta. La morbilidad más común fue íleo, lo cual aumentó el número de días intra-hospitalarios, en el caso de accidente vascular la mortalidad alcanzó el 100%.

CONCLUSIONES

1. La relación Femenino:masculino es de 1.1:1, con rango de edad de 81 a 85 años.
2. El antecedente de cirugía abdomino-pélvica, predispone a obstrucción intestinal, siendo mas frecuente en el sexo femenino.
3. La leucocitosis no es una indicación absoluta para tratamiento quirúrgico.
4. El antecedente de obstrucción previa no es criterio suficiente para tratamiento quirúrgico.
5. Peritonismo al ingreso no es una indicación para tratamiento quirúrgico.
6. Adherencias intestinal fue el diagnóstico definitivo más frecuente dentro de los pacientes ingresados con diagnóstico presuntivo de obstrucción intestinal.
7. Los signos vitales alterados no fueron un determinante en la decisión de someter a tratamiento quirúrgico.
8. El estreñimiento crónico en pacientes con antecedente de cirugía abdomino-pélvica, se asocia con la presencia de adherencias.
9. El uso de contraste hidrosoluble contribuye hasta en un 50%, a la resolución de la obstrucción intestinal, por lo que es una buena opción tanto diagnóstica como terapéutica.
10. La cirugía laparoscópica está asociado a menor tiempo de estancia intrahospitalaria.
11. La cirugía abierta esta asociado a presentar íleo postoperatorio.

ANEXOS

Edad Paciente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16 a 20	6	3.6	3.6	3.6
	21 a 25	3	1.8	1.8	5.4
	26 a 30	3	1.8	1.8	7.1
	36 a 40	5	3.0	3.0	10.1
	41 a 45	8	4.8	4.8	14.9
	46 a 50	9	5.4	5.4	20.2
	51 a 55	11	6.5	6.5	26.8
	56 a 60	14	8.3	8.3	35.1
	61 a 65	3	1.8	1.8	36.9
	66 a 70	8	4.8	4.8	41.7
	71 a 75	21	12.5	12.5	54.2
	76 a 80	22	13.1	13.1	67.3
	81 a 85	39	23.2	23.2	90.5
	86 a 90	10	6.0	6.0	96.4
	más 90	5	3.0	3.0	99.4
	25	1	.6	.6	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Tabla1. Frecuencia por edad

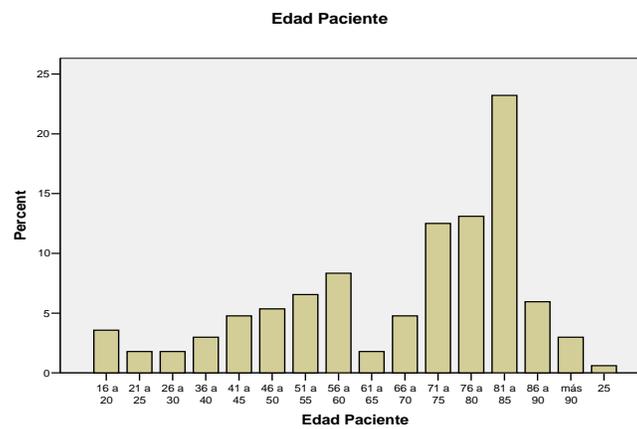


Figura 1. Frecuencia por edad

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	70	41.7	41.7	41.7
	Femenino	98	58.3	58.3	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Tabla 2. Frecuencia por sexo.

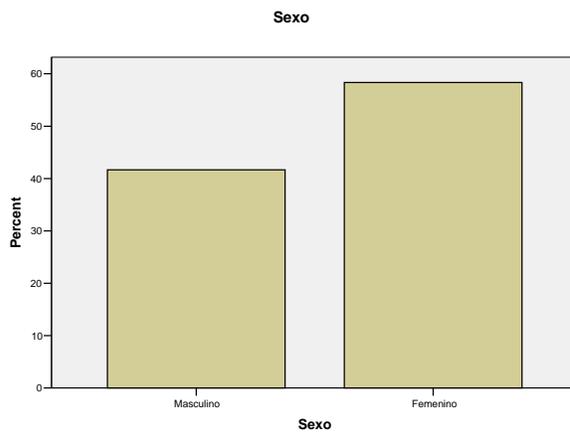


Figura 2. Frecuencia por sexo

Sexo * Número de Qx previa Crosstabulation

		Número de Qx previa					Total	
		0	1 Qx	2 Qx	3 Qx	4 Qx		5 Qx
Sexo Masculin	Count	27	11	14	10	5	3	70
	% within Sexo	38.6%	15.7%	20.0%	14.3%	7.1%	4.3%	100.0%
	% within Número de Qx previa	77.1%	21.6%	46.7%	45.5%	20.0%	60.0%	41.7%
	% of Total	16.1%	6.5%	8.3%	6.0%	3.0%	1.8%	41.7%
Femenin	Count	8	40	16	12	20	2	98
	% within Sexo	8.2%	40.8%	16.3%	12.2%	20.4%	2.0%	100.0%
	% within Número de Qx previa	22.9%	78.4%	53.3%	54.5%	80.0%	40.0%	58.3%
	% of Total	4.8%	23.8%	9.5%	7.1%	11.9%	1.2%	58.3%
Total	Count	35	51	30	22	25	5	168
	% within Sexo	20.8%	30.4%	17.9%	13.1%	14.9%	3.0%	100.0%
	% within Número de Qx previa	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	20.8%	30.4%	17.9%	13.1%	14.9%	3.0%	100.0%

Tabla 3. Proporción entre el sexo y el número de cirugías previas.

Síntomas altos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	79	47.0	47.0	47.0
	sí	89	53.0	53.0	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Tabla 4. Frecuencia de síntomas altos.

Síntomas bajos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	89	53.0	53.0	53.0
	sí	79	47.0	47.0	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Tabla 5. Frecuencia de síntomas bajos.

Oclusiones previas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	122	72.6	72.6	72.6
	1 oclusion	35	20.8	20.8	93.5
	2 oclusiones	10	6.0	6.0	99.4
	8	1	.6	.6	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Tabla 6. Frecuencia de oclusiones previas.

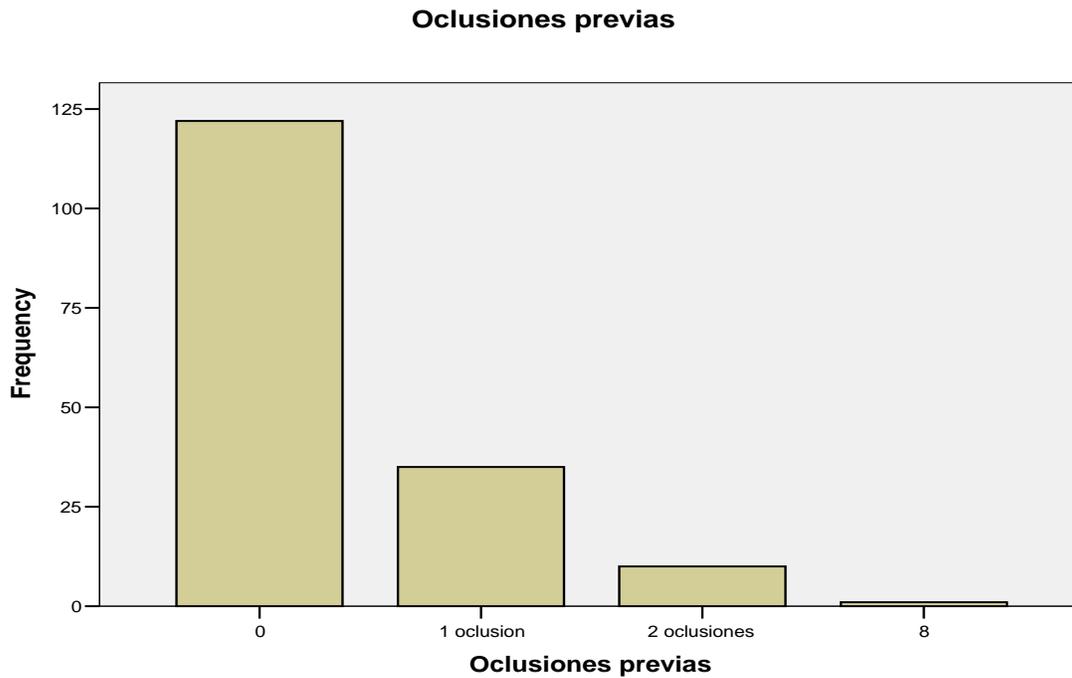


Figura 3. Frecuencia de oclusiones previas.

Sexo * Oclusiones previas Crosstabulation

			Oclusiones previas				Total
			0	1 oclusion	2 oclusiones	8	
Sexo	Masculino	Count	50	15	4	1	70
		% within Sexo	71.4%	21.4%	5.7%	1.4%	100.0%
		% within Oclusiones previas	41.0%	42.9%	40.0%	100.0%	41.7%
		% of Total	29.8%	8.9%	2.4%	.6%	41.7%
	Femenino	Count	72	20	6	0	98
		% within Sexo	73.5%	20.4%	6.1%	.0%	100.0%
		% within Oclusiones previas	59.0%	57.1%	60.0%	.0%	58.3%
		% of Total	42.9%	11.9%	3.6%	.0%	58.3%
Total	Count	122	35	10	1	168	
	% within Sexo	72.6%	20.8%	6.0%	.6%	100.0%	
	% within Oclusiones previas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	72.6%	20.8%	6.0%	.6%	100.0%	

Tabla 7. Relación entre sexo y oclusiones previas.

Oclusiones previas * Diagnóstico final Crosstabulation

		Diagnóstico final															Total
		0	colon espástico	impacción	suboclusión	mioma uterino	accidente vascular	adherencias	divertículo Meckel	diverticulitis	ileo	apendicitis aguda	volvulus	hernia interna	tumor yeyunal		
Oclusiones previas	Count	1	4	19	18	3	5	27	4	10	21	4	3	2	1	122	
	% within Oclusiones previas	.8%	3.3%	15.6%	14.8%	2.5%	4.1%	22.1%	3.3%	8.2%	17.2%	3.3%	2.5%	1.6%	.8%	100.0%	
	% within Diagnóstico final	100.0%	100.0%	70.4%	46.2%	100.0%	100.0%	90.0%	80.0%	90.9%	70.0%	66.7%	100.0%	66.7%	100.0%	72.6%	
1 oclusion	Count	0	0	8	12	0	0	3	1	1	7	2	0	1	0	35	
	% within Oclusiones previas	.0%	.0%	22.9%	34.3%	.0%	.0%	8.6%	2.9%	2.9%	20.0%	5.7%	.0%	2.9%	.0%	100.0%	
	% within Diagnóstico final	.0%	.0%	29.6%	30.8%	.0%	.0%	10.0%	20.0%	9.1%	23.3%	33.3%	.0%	33.3%	.0%	20.8%	
2 oclusiones	Count	0	0	0	8	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	10	
	% within Oclusiones previas	.0%	.0%	.0%	80.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	20.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Diagnóstico final	.0%	.0%	.0%	20.5%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.0%	
8	Count	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	% within Oclusiones previas	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Diagnóstico final	.0%	.0%	.0%	2.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	
Total	Count	1	4	27	39	3	5	30	5	11	30	6	3	3	1	168	
	% within Oclusiones previas	.6%	2.4%	16.1%	23.2%	1.8%	3.0%	17.9%	3.0%	6.5%	17.9%	3.6%	1.8%	1.8%	.6%	100.0%	
	% within Diagnóstico final	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Tabla 8. Relación entre el antecedente de oclusión previa y diagnóstico final.

Estreñimiento crónico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	115	68.5	68.5	68.5
	sí	53	31.5	31.5	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Tabla 9. Frecuencia de estreñimiento crónico.

Estreñimiento crónico

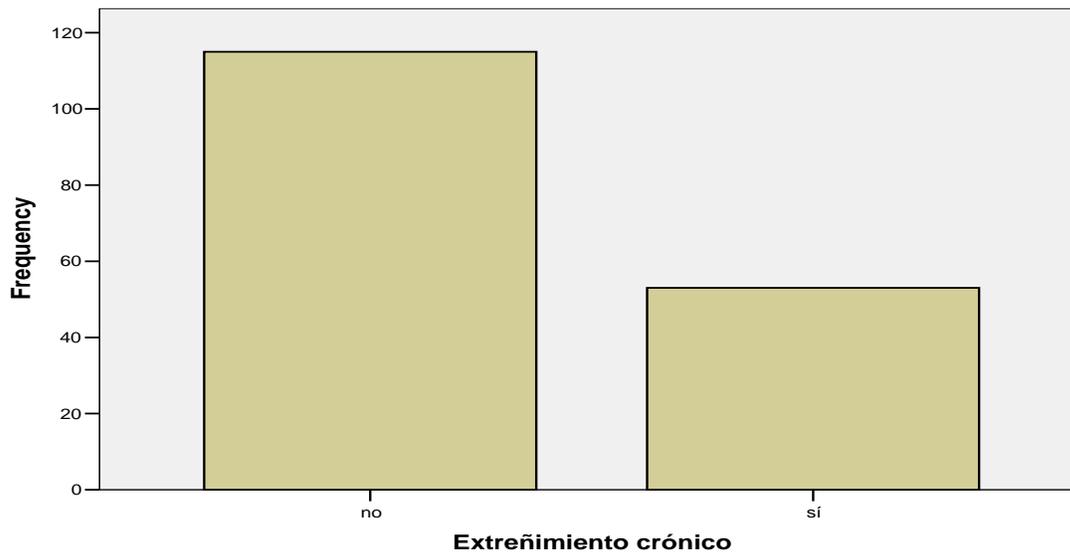


Figura 4. Frecuencia de estreñimiento crónico

Tipo de dolor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ninguno	7	4.2	4.2	4.2
	colico	117	69.6	69.6	73.8
	opresivo	19	11.3	11.3	85.1
	ardoroso	25	14.9	14.9	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Tabla 10. Tipo de dolor.

Tipo de dolor

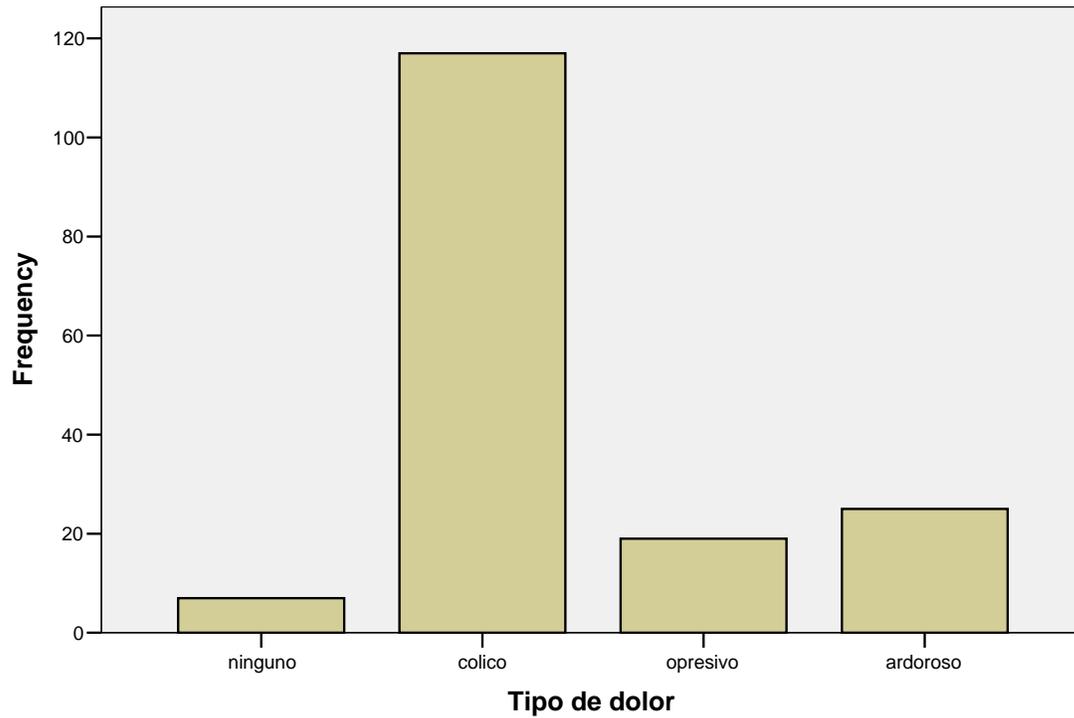


Figura 5. Tipo de dolor.

Diagnóstico final * Tipo de dolor Crosstabulation

Diagnóstico final		Tipo de dolor				Total
		ninguno	colico	opresivo	ardoroso	
0	Count	0	1	0	0	1
	% within Diagnóstico final	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
	% within Tipo de dolor	.0%	.9%	.0%	.0%	.6%
colon espastico	Count	2	1	1	0	4
	% within Diagnóstico final	50.0%	25.0%	25.0%	.0%	100.0%
	% within Tipo de dolor	28.6%	.9%	5.3%	.0%	2.4%
impactacion	Count	1	22	3	1	27
	% within Diagnóstico final	3.7%	81.5%	11.1%	3.7%	100.0%
	% within Tipo de dolor	14.3%	18.8%	15.8%	4.0%	16.1%
suboclusion	Count	3	24	4	8	39
	% within Diagnóstico final	7.7%	61.5%	10.3%	20.5%	100.0%
	% within Tipo de dolor	42.9%	20.5%	21.1%	32.0%	23.2%
mioma uterino	Count	0	3	0	0	3
	% within Diagnóstico final	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
	% within Tipo de dolor	.0%	2.6%	.0%	.0%	1.8%
accidente vascular	Count	0	2	1	2	5
	% within Diagnóstico final	.0%	40.0%	20.0%	40.0%	100.0%
	% within Tipo de dolor	.0%	1.7%	5.3%	8.0%	3.0%
adherencias	Count	0	22	2	6	30
	% within Diagnóstico final	.0%	73.3%	6.7%	20.0%	100.0%
	% within Tipo de dolor	.0%	18.8%	10.5%	24.0%	17.9%
diverticulo Meckel	Count	0	4	1	0	5
	% within Diagnóstico final	.0%	80.0%	20.0%	.0%	100.0%
	% within Tipo de dolor	.0%	3.4%	5.3%	.0%	3.0%
diverticulitis	Count	0	8	0	3	11
	% within Diagnóstico final	.0%	72.7%	.0%	27.3%	100.0%
	% within Tipo de dolor	.0%	6.8%	.0%	12.0%	6.5%
ileo	Count	1	18	6	5	30
	% within Diagnóstico final	3.3%	60.0%	20.0%	16.7%	100.0%
	% within Tipo de dolor	14.3%	15.4%	31.6%	20.0%	17.9%
apendicitis aguda	Count	0	5	1	0	6
	% within Diagnóstico final	.0%	83.3%	16.7%	.0%	100.0%
	% within Tipo de dolor	.0%	4.3%	5.3%	.0%	3.6%
volvulus	Count	0	3	0	0	3
	% within Diagnóstico final	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
	% within Tipo de dolor	.0%	2.6%	.0%	.0%	1.8%
hernia interna	Count	0	3	0	0	3
	% within Diagnóstico final	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
	% within Tipo de dolor	.0%	2.6%	.0%	.0%	1.8%
tumor yeyunal	Count	0	1	0	0	1
	% within Diagnóstico final	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
	% within Tipo de dolor	.0%	.9%	.0%	.0%	.6%
Total	Count	7	117	19	25	168
	% within Diagnóstico final	4.2%	69.6%	11.3%	14.9%	100.0%
	% within Tipo de dolor	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	4.2%	69.6%	11.3%	14.9%	100.0%

Tabla 11. Relación entre el tipo de dolor y el diagnóstico final.

EF SV alterado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid no	79	47.0	47.0	47.0
FC elevada+TA elevada	27	16.1	16.1	63.1
TA baja+FC elevada	3	1.8	1.8	64.9
FC elevada	14	8.3	8.3	73.2
TA elevada	45	26.8	26.8	100.0
Total	168	100.0	100.0	

Tabla 12. Signos vitales alterados.

EF SV alterado

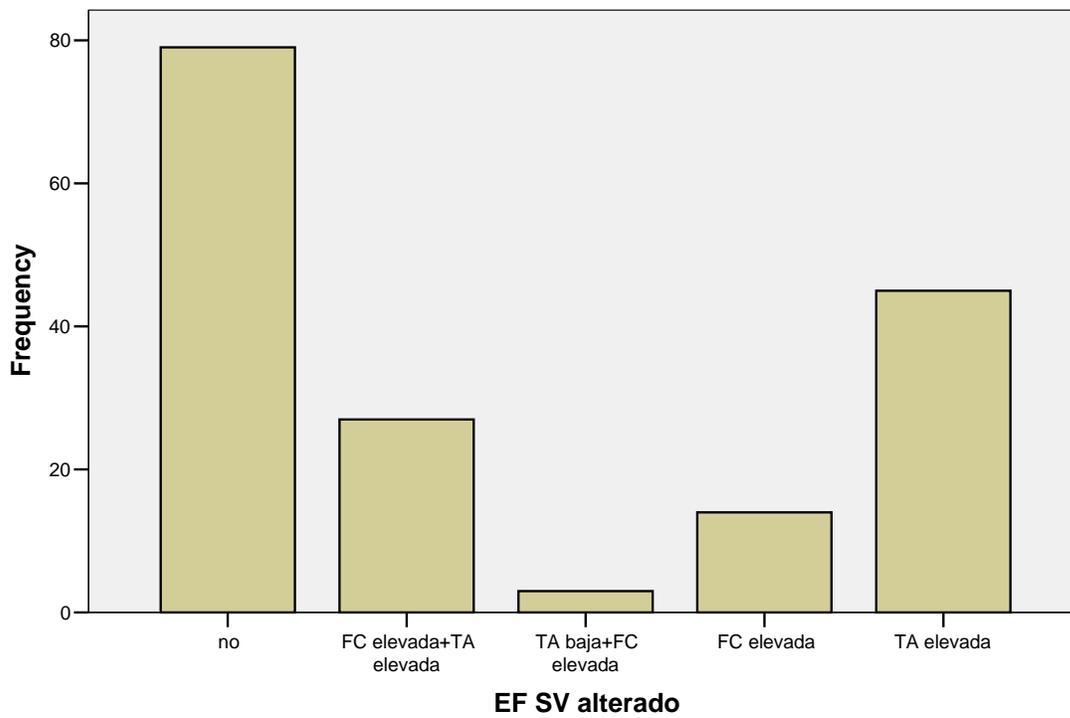


Figura 6. Signos vitales alterados.

Diagnóstico final * EF SV alterado Crosstabulation

		EF SV alterado					Total
		no	FC elevada+TA elevada	TA baja+FC elevada	FC elevada	TA elevada	
Diagnóstico final 0	Count	0	0	0	0	1	1
	% within Diagnóstico final	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	% within EF SV alterado	.0%	.0%	.0%	.0%	2.2%	.6%
colon espastico	Count	0	1	0	2	1	4
	% within Diagnóstico final	.0%	25.0%	.0%	50.0%	25.0%	100.0%
	% within EF SV alterado	.0%	3.7%	.0%	14.3%	2.2%	2.4%
impactacion	Count	11	5	1	3	7	27
	% within Diagnóstico final	40.7%	18.5%	3.7%	11.1%	25.9%	100.0%
	% within EF SV alterado	13.9%	18.5%	33.3%	21.4%	15.6%	16.1%
subocclusion	Count	18	10	0	3	8	39
	% within Diagnóstico final	46.2%	25.6%	.0%	7.7%	20.5%	100.0%
	% within EF SV alterado	22.8%	37.0%	.0%	21.4%	17.8%	23.2%
mioma uterino	Count	3	0	0	0	0	3
	% within Diagnóstico final	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	% within EF SV alterado	3.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.8%
accidente vascular	Count	2	2	0	1	0	5
	% within Diagnóstico final	40.0%	40.0%	.0%	20.0%	.0%	100.0%
	% within EF SV alterado	2.5%	7.4%	.0%	7.1%	.0%	3.0%
adherencias	Count	10	6	0	4	10	30
	% within Diagnóstico final	33.3%	20.0%	.0%	13.3%	33.3%	100.0%
	% within EF SV alterado	12.7%	22.2%	.0%	28.6%	22.2%	17.9%
diverticulo Meckel	Count	2	0	0	1	2	5
	% within Diagnóstico final	40.0%	.0%	.0%	20.0%	40.0%	100.0%
	% within EF SV alterado	2.5%	.0%	.0%	7.1%	4.4%	3.0%
diverticulitis	Count	3	1	0	0	7	11
	% within Diagnóstico final	27.3%	9.1%	.0%	.0%	63.6%	100.0%
	% within EF SV alterado	3.8%	3.7%	.0%	.0%	15.6%	6.5%
ileo	Count	21	2	1	0	6	30
	% within Diagnóstico final	70.0%	6.7%	3.3%	.0%	20.0%	100.0%
	% within EF SV alterado	26.6%	7.4%	33.3%	.0%	13.3%	17.9%
apendicitis aguda	Count	5	0	0	0	1	6
	% within Diagnóstico final	83.3%	.0%	.0%	.0%	16.7%	100.0%
	% within EF SV alterado	6.3%	.0%	.0%	.0%	2.2%	3.6%
volvulus	Count	2	0	0	0	1	3
	% within Diagnóstico final	66.7%	.0%	.0%	.0%	33.3%	100.0%
	% within EF SV alterado	2.5%	.0%	.0%	.0%	2.2%	1.8%
hernia interna	Count	2	0	1	0	0	3
	% within Diagnóstico final	66.7%	.0%	33.3%	.0%	.0%	100.0%
	% within EF SV alterado	2.5%	.0%	33.3%	.0%	.0%	1.8%
tumor yeyunal	Count	0	0	0	0	1	1
	% within Diagnóstico final	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	% within EF SV alterado	.0%	.0%	.0%	.0%	2.2%	.6%
Total	Count	79	27	3	14	45	168
	% within Diagnóstico final	47.0%	16.1%	1.8%	8.3%	26.8%	100.0%
	% within EF SV alterado	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	47.0%	16.1%	1.8%	8.3%	26.8%	100.0%

Tabla 13. Relación entre los signos vitales alterados y el diagnóstico final.

Diagnóstico final * EF Abdomen Agudo Crosstabulation

			EF Abdomen Agudo		Total
			no	sí	
Diagnóstico final	0	Count	1	0	1
		% within Diagnóstico final	100.0%	.0%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	.7%	.0%	.6%
		% of Total	.6%	.0%	.6%
colon espastico		Count	3	1	4
		% within Diagnóstico final	75.0%	25.0%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	2.2%	3.0%	2.4%
		% of Total	1.8%	.6%	2.4%
impactacion		Count	24	3	27
		% within Diagnóstico final	88.9%	11.1%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	17.8%	9.1%	16.1%
		% of Total	14.3%	1.8%	16.1%
subocclusion		Count	28	11	39
		% within Diagnóstico final	71.8%	28.2%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	20.7%	33.3%	23.2%
		% of Total	16.7%	6.5%	23.2%
mioma uterino		Count	3	0	3
		% within Diagnóstico final	100.0%	.0%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	2.2%	.0%	1.8%
		% of Total	1.8%	.0%	1.8%
accidente vascular		Count	2	3	5
		% within Diagnóstico final	40.0%	60.0%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	1.5%	9.1%	3.0%
		% of Total	1.2%	1.8%	3.0%
adherencias		Count	24	6	30
		% within Diagnóstico final	80.0%	20.0%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	17.8%	18.2%	17.9%
		% of Total	14.3%	3.6%	17.9%
diverticulo Meckel		Count	3	2	5
		% within Diagnóstico final	60.0%	40.0%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	2.2%	6.1%	3.0%
		% of Total	1.8%	1.2%	3.0%
diverticulitis		Count	11	0	11
		% within Diagnóstico final	100.0%	.0%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	8.1%	.0%	6.5%
		% of Total	6.5%	.0%	6.5%
ileo		Count	27	3	30
		% within Diagnóstico final	90.0%	10.0%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	20.0%	9.1%	17.9%
		% of Total	16.1%	1.8%	17.9%
apendicitis aguda		Count	5	1	6
		% within Diagnóstico final	83.3%	16.7%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	3.7%	3.0%	3.6%
		% of Total	3.0%	.6%	3.6%
volvulus		Count	1	2	3
		% within Diagnóstico final	33.3%	66.7%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	.7%	6.1%	1.8%
		% of Total	.6%	1.2%	1.8%
hernia interna		Count	3	0	3
		% within Diagnóstico final	100.0%	.0%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	2.2%	.0%	1.8%
		% of Total	1.8%	.0%	1.8%
tumor yeyunal		Count	0	1	1
		% within Diagnóstico final	.0%	100.0%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	.0%	3.0%	.6%
		% of Total	.0%	.6%	.6%
Total		Count	135	33	168
		% within Diagnóstico final	80.4%	19.6%	100.0%
		% within EF Abdomen Agudo	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	80.4%	19.6%	100.0%

Tabla 14. Relación entre el diagnóstico final y peritonismo.

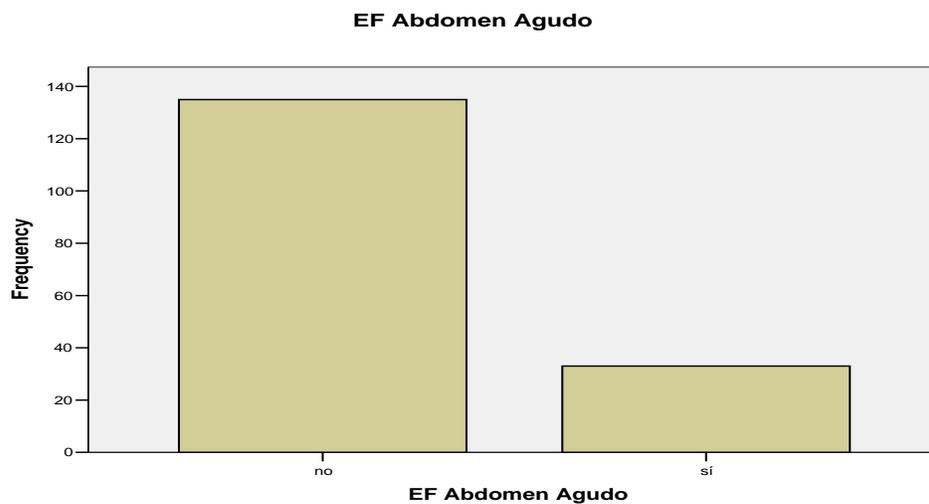


Figura 7. Frecuencia de Peritonismo.

EF Abdomen Agudo * TX QX Menos de 24hrs. Crosstabulation

		TX QX Menos de 24hrs.		Total	
		no	sí		
EF Abdomen Agudo	no	Count	126	9	135
		% within EF Abdomen Agudo	93.3%	6.7%	100.0%
		% within TX QX Menos de 24hrs.	80.3%	81.8%	80.4%
		% of Total	75.0%	5.4%	80.4%
	sí	Count	31	2	33
		% within EF Abdomen Agudo	93.9%	6.1%	100.0%
		% within TX QX Menos de 24hrs.	19.7%	18.2%	19.6%
		% of Total	18.5%	1.2%	19.6%
Total	Count	157	11	168	
	% within EF Abdomen Agudo	93.5%	6.5%	100.0%	
	% within TX QX Menos de 24hrs.	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	93.5%	6.5%	100.0%	

Tabla 15. Relación entre peritonismo y tratamiento quirúrgico de menos de 24hrs.

EF Abdomen Agudo * TX QX Entre 24 Y 48hrs. Crosstabulation

			TX QX Entre 24 Y 48hrs.		Total
			no	sí	
EF Abdomen Agudo	no	Count	119	16	135
		% within EF Abdomen Agudo	88.1%	11.9%	100.0%
		% within TX QX Entre 24 Y 48hrs.	79.9%	84.2%	80.4%
		% of Total	70.8%	9.5%	80.4%
	sí	Count	30	3	33
		% within EF Abdomen Agudo	90.9%	9.1%	100.0%
		% within TX QX Entre 24 Y 48hrs.	20.1%	15.8%	19.6%
		% of Total	17.9%	1.8%	19.6%
Total	Count	149	19	168	
	% within EF Abdomen Agudo	88.7%	11.3%	100.0%	
	% within TX QX Entre 24 Y 48hrs.	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	88.7%	11.3%	100.0%	

Tabla 16. Relación entre abdomen agudo y tratamiento quirúrgico entre 24hrs y 48 hrs.

EF Abdomen Agudo * TX QX Más De 48hrs. Crosstabulation

			TX QX Más De 48hrs.			Total
			no	sí	15	
EF Abdomen Agudo	no	Count	119	15	1	135
		% within EF Abdomen Agudo	88.1%	11.1%	.7%	100.0%
		% within TX QX Más De 48hrs.	79.3%	88.2%	100.0%	80.4%
		% of Total	70.8%	8.9%	.6%	80.4%
	sí	Count	31	2	0	33
		% within EF Abdomen Agudo	93.9%	6.1%	.0%	100.0%
		% within TX QX Más De 48hrs.	20.7%	11.8%	.0%	19.6%
		% of Total	18.5%	1.2%	.0%	19.6%
Total	Count	150	17	1	168	
	% within EF Abdomen Agudo	89.3%	10.1%	.6%	100.0%	
	% within TX QX Más De 48hrs.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	89.3%	10.1%	.6%	100.0%	

Tabla 17. Relación entre abdomen agudo y tratamiento quirúrgico de más de 48hrs.

Laboratorio Leucocitos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid no	116	69.0	69.0	69.0
sí	52	31.0	31.0	100.0
Total	168	100.0	100.0	

Tabla 18. Frecuencia de leucocitosis.

Laboratorio Leucocitos * TX QX Menos de 24hrs. Crosstabulation

			TX QX Menos de 24hrs.		Total
			no	sí	
Laboratorio Leucocitos	no	Count	109	7	116
		% within Laboratorio Leucocitos	94.0%	6.0%	100.0%
		% within TX QX Menos de 24hrs.	69.4%	63.6%	69.0%
		% of Total	64.9%	4.2%	69.0%
sí	Count	48	4	52	
	% within Laboratorio Leucocitos	92.3%	7.7%	100.0%	
	% within TX QX Menos de 24hrs.	30.6%	36.4%	31.0%	
	% of Total	28.6%	2.4%	31.0%	
Total	Count	157	11	168	
	% within Laboratorio Leucocitos	93.5%	6.5%	100.0%	
	% within TX QX Menos de 24hrs.	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	93.5%	6.5%	100.0%	

Tabla 19. Relación entre leucocitosis y tratamiento quirúrgico de menos de 24hrs.

Laboratorio Leucocitos * TX QX Entre 24 Y 48hrs. Crosstabulation

			TX QX Entre 24 Y 48hrs.		Total
			no	sí	
Laboratorio Leucocitos	no	Count	104	12	116
		% within Laboratorio Leucocitos	89.7%	10.3%	100.0%
		% within TX QX Entre 24 Y 48hrs.	69.8%	63.2%	69.0%
		% of Total	61.9%	7.1%	69.0%
	sí	Count	45	7	52
		% within Laboratorio Leucocitos	86.5%	13.5%	100.0%
		% within TX QX Entre 24 Y 48hrs.	30.2%	36.8%	31.0%
	% of Total	26.8%	4.2%	31.0%	
Total		Count	149	19	168
		% within Laboratorio Leucocitos	88.7%	11.3%	100.0%
		% within TX QX Entre 24 Y 48hrs.	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	88.7%	11.3%	100.0%

Tabla 20. Relación entre leucocitosis y tratamiento quirúrgico entre 24 y 48hrs.

Laboratorio Leucocitos * TX QX Más De 48hrs. Crosstabulation

			TX QX Más De 48hrs.			Total
			no	sí	15	
Laboratorio Leucocitos	no	Count	107	9	0	116
		% within Laboratorio Leucocitos	92.2%	7.8%	.0%	100.0%
		% within TX QX Más De 48hrs.	71.3%	52.9%	.0%	69.0%
		% of Total	63.7%	5.4%	.0%	69.0%
	sí	Count	43	8	1	52
		% within Laboratorio Leucocitos	82.7%	15.4%	1.9%	100.0%
		% within TX QX Más De 48hrs.	28.7%	47.1%	100.0%	31.0%
	% of Total	25.6%	4.8%	.6%	31.0%	
Total		Count	150	17	1	168
		% within Laboratorio Leucocitos	89.3%	10.1%	.6%	100.0%
		% within TX QX Más De 48hrs.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	89.3%	10.1%	.6%	100.0%

Tabla 21. Relación entre leucocitosis y tratamiento quirúrgico de más de 48hrs.

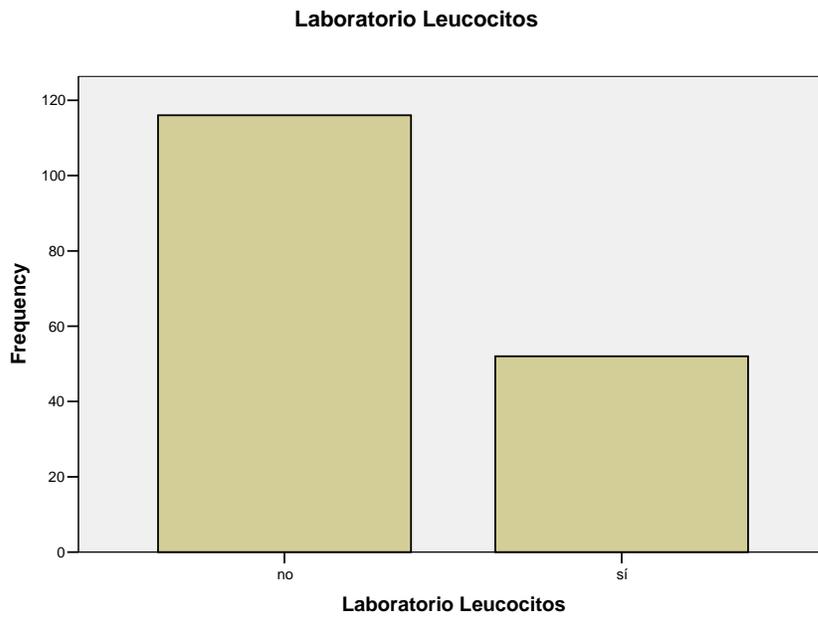


Figura 8. Frecuencia de leucocitosis.

TX SNG

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	71	42.3	42.3	42.3
	sí	97	57.7	57.7	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Tabla 22. Porcentaje de pacientes que recibieron Sonda Nasogástrica.

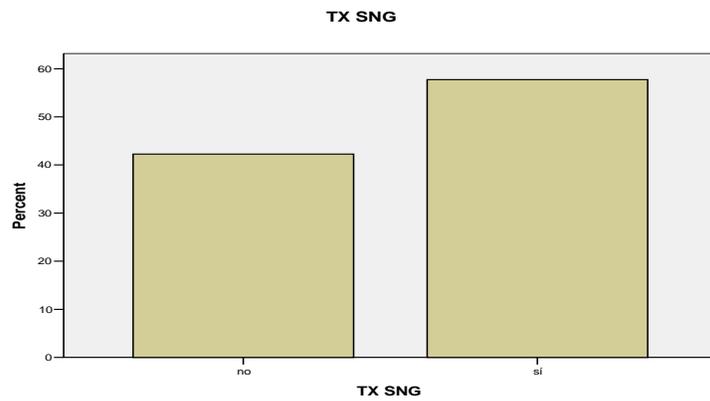


Figura 9. Porcentaje de pacientes con sonda nasogástrica.

TX Procinetico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	116	69.0	69.0	69.0
	sí	52	31.0	31.0	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Tabla 23. Porcentaje de pacientes que recibieron procinético.

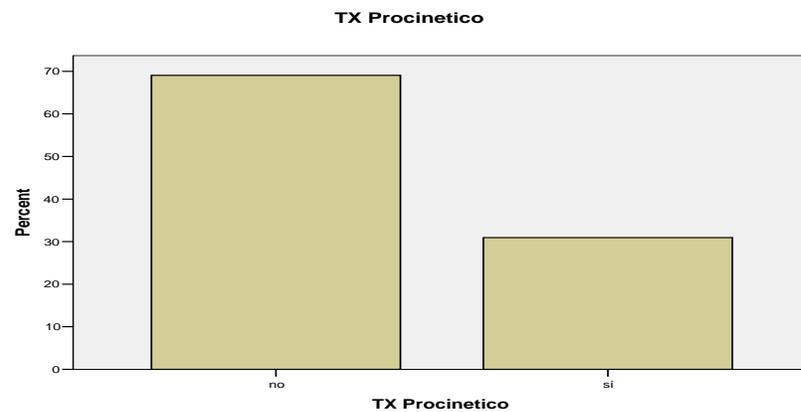


Figura 10. Porcentaje de uso de procinético.

Falla al TX medico * TX Tránsito Hidrosoluble Crosstabulation

			TX Tránsito Hidrosoluble		Total
			no	sí	
Falla al TX medico	no	Count	109	9	118
		% within Falla al TX medico	92.4%	7.6%	100.0%
		% within TX Tránsito Hidrosoluble	72.2%	52.9%	70.2%
		% of Total	64.9%	5.4%	70.2%
	sí	Count	41	8	49
		% within Falla al TX medico	83.7%	16.3%	100.0%
		% within TX Tránsito Hidrosoluble	27.2%	47.1%	29.2%
		% of Total	24.4%	4.8%	29.2%
	7	Count	1	0	1
		% within Falla al TX medico	100.0%	.0%	100.0%
		% within TX Tránsito Hidrosoluble	.7%	.0%	.6%
		% of Total	.6%	.0%	.6%
Total	Count	151	17	168	
	% within Falla al TX medico	89.9%	10.1%	100.0%	
	% within TX Tránsito Hidrosoluble	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	89.9%	10.1%	100.0%	

Tabla 24. Relación entre la no falla al tratamiento medico y Tránsito Hidrosoluble.

Falla al TX medico * TX TAC Contrastada Crosstabulation

			TX TAC Contrastada			Total
			no	oral, rectal, IV	oral, IV	
Falla al TX medico	no	Count	112	2	4	118
		% within Falla al TX medico	94.9%	1.7%	3.4%	100.0%
		% within TX TAC Contrastada	71.3%	50.0%	57.1%	70.2%
		% of Total	66.7%	1.2%	2.4%	70.2%
	sí	Count	44	2	3	49
		% within Falla al TX medico	89.8%	4.1%	6.1%	100.0%
		% within TX TAC Contrastada	28.0%	50.0%	42.9%	29.2%
		% of Total	26.2%	1.2%	1.8%	29.2%
	7	Count	1	0	0	1
		% within Falla al TX medico	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within TX TAC Contrastada	.6%	.0%	.0%	.6%
		% of Total	.6%	.0%	.0%	.6%
Total	Count	157	4	7	168	
	% within Falla al TX medico	93.5%	2.4%	4.2%	100.0%	
	% within TX TAC Contrastada	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	93.5%	2.4%	4.2%	100.0%	

Tabla 25. Relación entre la no falla al tratamiento médico y tomografía contrastada

Tx Médico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no	46	27.4	27.4	27.4
	sí	122	72.6	72.6	100.0
	Total	168	100.0	100.0	

Tabla 26. Porcentaje de tratamiento médico.

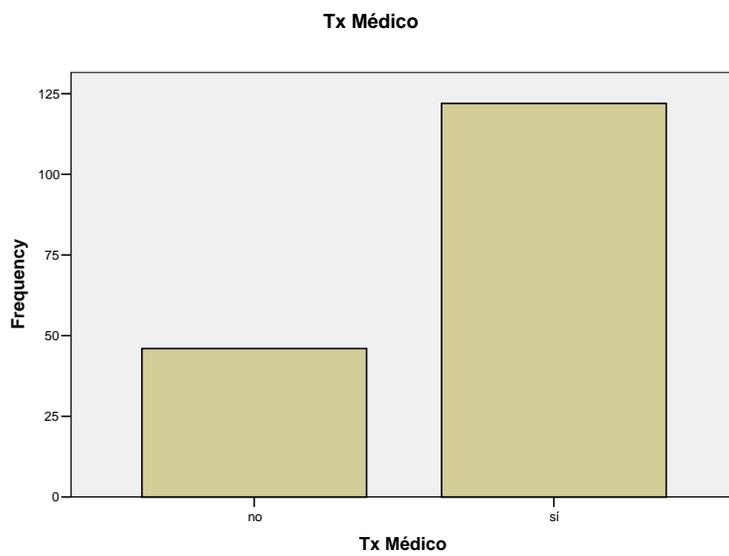


Figura 11. Porcentaje de tratamiento medico.

Tx Médico * Falla al TX medico Crosstabulation

			Falla al TX medico			Total
			no	sí	7	
Tx Médico	no	Count	21	25	0	46
		% within Tx Médico	45.7%	54.3%	.0%	100.0%
		% within Falla al TX medico	17.8%	51.0%	.0%	27.4%
		% of Total	12.5%	14.9%	.0%	27.4%
	sí	Count	97	24	1	122
		% within Tx Médico	79.5%	19.7%	.8%	100.0%
		% within Falla al TX medico	82.2%	49.0%	100.0%	72.6%
		% of Total	57.7%	14.3%	.6%	72.6%
	Total	Count	118	49	1	168
		% within Tx Médico	70.2%	29.2%	.6%	100.0%
		% within Falla al TX medico	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	70.2%	29.2%	.6%	100.0%

Tabla 27. Relación entre el tratamiento médico y falla al mismo.

TX QX Laparoscopia * Falla al TX medico Crosstabulation

			Falla al TX medico			Total
			no	sí	7	
TX QX Laparoscopia	no	Count	118	38	1	157
		% within TX QX Laparoscopia	75.2%	24.2%	.6%	100.0%
		% within Falla al TX medico	100.0%	77.6%	100.0%	93.5%
		% of Total	70.2%	22.6%	.6%	93.5%
	sí	Count	0	11	0	11
		% within TX QX Laparoscopia	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% within Falla al TX medico	.0%	22.4%	.0%	6.5%
		% of Total	.0%	6.5%	.0%	6.5%
	Total	Count	118	49	1	168
		% within TX QX Laparoscopia	70.2%	29.2%	.6%	100.0%
		% within Falla al TX medico	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	70.2%	29.2%	.6%	100.0%

Tabla 28. Relación entre la falla al tratamiento médico y cirugía laparoscópica.

TX QX Abierto * Falla al TX medico Crosstabulation

			Falla al TX medico			Total
			no	sí	7	
TX QX Abierto	no	Count	115	16	1	132
		% within TX QX Abierto	87.1%	12.1%	.8%	100.0%
		% within Falla al TX medico	97.5%	32.7%	100.0%	78.6%
	% of Total	68.5%	9.5%	.6%	78.6%	
	sí	Count	3	33	0	36
		% within TX QX Abierto	8.3%	91.7%	.0%	100.0%
% within Falla al TX medico		2.5%	67.3%	.0%	21.4%	
% of Total	1.8%	19.6%	.0%	21.4%		
Total	Count	118	49	1	168	
	% within TX QX Abierto	70.2%	29.2%	.6%	100.0%	
	% within Falla al TX medico	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	70.2%	29.2%	.6%	100.0%	

Tabla 29. Relación entre la falla al tratamiento médico y cirugía abierta.

TX QX Laparoscopia * Dias de TX QX Crosstabulation

			Dias de TX QX											Total	
			no	3 dias	6 dias	8 dias	9 dias	10 dias	11 dias	12 dias	13 dias	14 dias	15 dias		más 15 dias
TX QX Laparoscopia	no	Count	119	2	1	3	3	2	3	5	3	3	4	9	157
		% within TX QX Laparoscopia	75.8%	1.3%	.6%	1.9%	1.9%	1.3%	1.9%	3.2%	1.9%	1.9%	2.5%	5.7%	100.0%
		% within Dias de TX QX	100.0%	100.0%	20.0%	100.0%	100.0%	66.7%	100.0%	62.5%	100.0%	100.0%	57.1%	100.0%	93.5%
	% of Total	70.8%	1.2%	.6%	1.8%	1.8%	1.2%	1.8%	3.0%	1.8%	1.8%	2.4%	5.4%	93.5%	
	sí	Count	0	0	4	0	0	1	0	3	0	0	3	0	11
		% within TX QX Laparoscopia	.0%	.0%	36.4%	.0%	.0%	9.1%	.0%	27.3%	.0%	.0%	27.3%	.0%	100.0%
% within Dias de TX QX		.0%	.0%	80.0%	.0%	.0%	33.3%	.0%	37.5%	.0%	.0%	42.9%	.0%	6.5%	
% of Total	.0%	.0%	2.4%	.0%	.0%	.6%	.0%	1.8%	.0%	.0%	1.8%	.0%	6.5%		
Total	Count	119	2	5	3	3	3	3	8	3	3	7	9	168	
	% within TX QX Laparoscopia	70.8%	1.2%	3.0%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	4.8%	1.8%	1.8%	4.2%	5.4%	100.0%	
	% within Dias de TX QX	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	70.8%	1.2%	3.0%	1.8%	1.8%	1.8%	1.8%	4.8%	1.8%	1.8%	4.2%	5.4%	100.0%	

Tabla 30. Relación entre cirugía laparoscópica y el número de días de estancia hospitalaria.

Días de TX * TX QX Abierto Crosstabulation

			TX QX Abierto		Total
			no	si	
Días de TX	no	Count	18	3	21
		% within Días de TX	85.7%	14.3%	100.0%
		% within TX QX Abierto	13.6%	8.3%	12.5%
		% of Total	10.7%	1.8%	12.5%
1 día		Count	3	0	3
		% within Días de TX	100.0%	.0%	100.0%
		% within TX QX Abierto	2.3%	.0%	1.8%
		% of Total	1.8%	.0%	1.8%
2 días		Count	23	1	24
		% within Días de TX	95.8%	4.2%	100.0%
		% within TX QX Abierto	17.4%	2.8%	14.3%
		% of Total	13.7%	.6%	14.3%
3 días		Count	34	1	35
		% within Días de TX	97.1%	2.9%	100.0%
		% within TX QX Abierto	25.8%	2.8%	20.8%
		% of Total	20.2%	.6%	20.8%
4 días		Count	13	3	16
		% within Días de TX	81.3%	18.8%	100.0%
		% within TX QX Abierto	9.8%	8.3%	9.5%
		% of Total	7.7%	1.8%	9.5%
5 días		Count	7	2	9
		% within Días de TX	77.8%	22.2%	100.0%
		% within TX QX Abierto	5.3%	5.6%	5.4%
		% of Total	4.2%	1.2%	5.4%
6 días		Count	6	2	8
		% within Días de TX	75.0%	25.0%	100.0%
		% within TX QX Abierto	4.5%	5.6%	4.8%
		% of Total	3.6%	1.2%	4.8%
7 días		Count	5	1	6
		% within Días de TX	83.3%	16.7%	100.0%
		% within TX QX Abierto	3.8%	2.8%	3.6%
		% of Total	3.0%	.6%	3.6%
8 días		Count	6	2	8
		% within Días de TX	75.0%	25.0%	100.0%
		% within TX QX Abierto	4.5%	5.6%	4.8%
		% of Total	3.6%	1.2%	4.8%
9 días		Count	4	1	5
		% within Días de TX	80.0%	20.0%	100.0%
		% within TX QX Abierto	3.0%	2.8%	3.0%
		% of Total	2.4%	.6%	3.0%
10 días		Count	1	2	3
		% within Días de TX	33.3%	66.7%	100.0%
		% within TX QX Abierto	.8%	5.6%	1.8%
		% of Total	.6%	1.2%	1.8%
11 días		Count	2	3	5
		% within Días de TX	40.0%	60.0%	100.0%
		% within TX QX Abierto	1.5%	8.3%	3.0%
		% of Total	1.2%	1.8%	3.0%
12 días		Count	4	1	5
		% within Días de TX	80.0%	20.0%	100.0%
		% within TX QX Abierto	3.0%	2.8%	3.0%
		% of Total	2.4%	.6%	3.0%
13 días		Count	2	1	3
		% within Días de TX	66.7%	33.3%	100.0%
		% within TX QX Abierto	1.5%	2.8%	1.8%
		% of Total	1.2%	.6%	1.8%
14 días		Count	1	2	3
		% within Días de TX	33.3%	66.7%	100.0%
		% within TX QX Abierto	.8%	5.6%	1.8%
		% of Total	.6%	1.2%	1.8%
15 días		Count	0	4	4
		% within Días de TX	.0%	100.0%	100.0%
		% within TX QX Abierto	.0%	11.1%	2.4%
		% of Total	.0%	2.4%	2.4%
más 15 días		Count	3	7	10
		% within Días de TX	30.0%	70.0%	100.0%
		% within TX QX Abierto	2.3%	19.4%	6.0%
		% of Total	1.8%	4.2%	6.0%
Total		Count	132	36	168
		% within Días de TX	78.6%	21.4%	100.0%
		% within TX QX Abierto	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	78.6%	21.4%	100.0%

Tabla 31. Relación entre cirugía abierta y número de días de estancia intra-hospitalaria.

Tiempo estancia hospitalaria

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 día	5	3.0	3.0	3.0
2 días	26	15.5	15.5	18.5
3 días	42	25.0	25.0	43.5
4 días	23	13.7	13.7	57.1
5 días	12	7.1	7.1	64.3
6 días	8	4.8	4.8	69.0
7 días	8	4.8	4.8	73.8
8 días	4	2.4	2.4	76.2
9 días	5	3.0	3.0	79.2
10 días	5	3.0	3.0	82.1
11 días	4	2.4	2.4	84.5
12 días	5	3.0	3.0	87.5
13 días	3	1.8	1.8	89.3
14 días	6	3.6	3.6	92.9
15 días	4	2.4	2.4	95.2
17 días	6	3.6	3.6	98.8
30 días	1	.6	.6	99.4
45 días	1	.6	.6	100.0
Total	168	100.0	100.0	

Tabla 32. Promedio de estancia hospitalaria.

Tiempo estancia hospitalaria

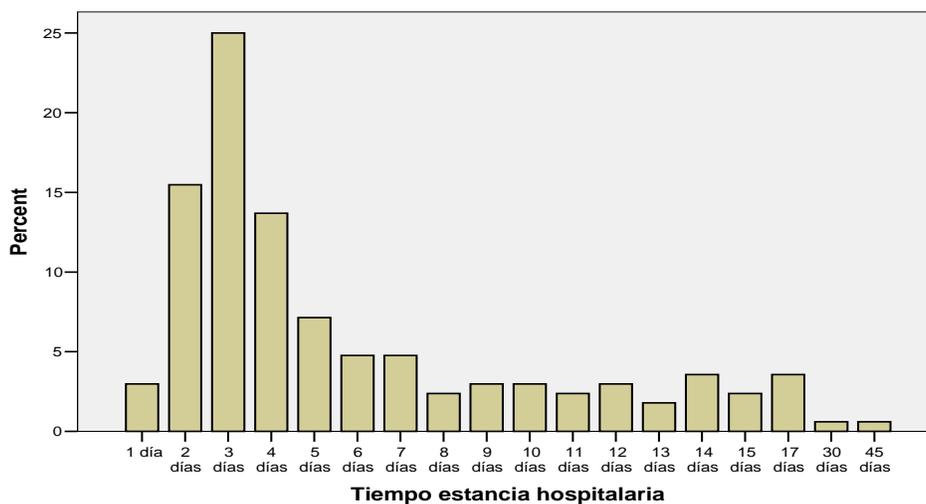


Figura 12. Promedio de estancia hospitalaria

		Tiempo estancia hospitalaria																			Total
		1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	7 dias	8 dias	9 dias	10 dias	11 dias	12 dias	13 dias	14 dias	15 dias	17 dias	30 dias	45 dias		
Diagnóstico final	Count	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	% within Diagnóstico final	.0%	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	3.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	
	% of Total	.0%	.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.8%	
colon espasmo	Count	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
	% within Diagnóstico final	.0%	25.0%	75.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	3.8%	7.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.4%	
	% of Total	.0%	.8%	1.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	2.4%	
impacción	Count	2	5	8	7	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	27	
	% within Diagnóstico final	7.4%	18.5%	29.6%	25.9%	3.7%	3.7%	.0%	.0%	3.7%	.0%	.0%	3.7%	.0%	.0%	.0%	3.7%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	40.0%	19.2%	19.0%	30.4%	8.3%	12.5%	.0%	.0%	20.0%	.0%	.0%	20.0%	.0%	.0%	.0%	16.7%	.0%	.0%	16.1%	
	% of Total	1.2%	3.0%	4.8%	4.2%	.6%	.6%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	16.1%	
suboclusion	Count	0	7	7	8	2	0	4	3	1	0	1	0	1	3	0	2	0	0	39	
	% within Diagnóstico final	.0%	17.9%	17.9%	20.5%	5.1%	.0%	10.3%	7.7%	2.6%	.0%	2.6%	.0%	2.6%	7.7%	.0%	5.1%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	26.9%	16.7%	34.8%	16.7%	.0%	50.0%	76.0%	20.0%	.0%	25.0%	.0%	33.3%	50.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	23.2%	
	% of Total	.0%	4.2%	4.2%	4.8%	1.2%	.0%	2.4%	1.8%	.6%	.0%	.6%	.0%	.6%	1.8%	.0%	1.2%	.0%	.0%	23.2%	
mioma uterino	Count	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
	% within Diagnóstico final	.0%	33.3%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	3.8%	2.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.8%
	% of Total	.0%	.8%	.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.8%
accidente vascular	Count	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
	% within Diagnóstico final	20.0%	20.0%	.0%	40.0%	20.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	20.0%	3.8%	.0%	8.7%	8.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.0%	
	% of Total	.8%	.8%	.0%	1.2%	.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.0%	
adherencias	Count	0	5	5	2	0	2	3	0	1	2	2	0	3	2	2	1	1	0	30	
	% within Diagnóstico final	.0%	16.7%	16.7%	6.7%	.0%	6.7%	10.0%	.0%	3.3%	6.7%	6.7%	.0%	10.0%	6.7%	6.7%	3.3%	3.3%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	19.2%	11.9%	8.7%	.0%	25.0%	37.5%	.0%	.0%	20.0%	50.0%	.0%	50.0%	50.0%	.0%	33.3%	100.0%	.0%	17.9%	
	% of Total	.0%	3.0%	3.0%	1.2%	.0%	1.2%	1.8%	.0%	.0%	.6%	1.2%	.0%	1.2%	1.2%	.0%	.6%	1.2%	.6%	17.9%	
diverticulo Meckel	Count	0	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
	% within Diagnóstico final	.0%	.0%	.0%	.0%	40.0%	20.0%	.0%	20.0%	20.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	.0%	.0%	.0%	16.7%	12.5%	.0%	25.0%	20.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.0%	
	% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	1.2%	.6%	.0%	.6%	.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.0%	
diverticulitis	Count	0	0	4	0	0	1	1	0	1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	11	
	% within Diagnóstico final	.0%	.0%	36.4%	.0%	.0%	9.1%	9.1%	.0%	9.1%	27.3%	.0%	.0%	9.1%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	.0%	9.5%	.0%	.0%	12.5%	12.5%	.0%	20.0%	60.0%	.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.5%	
	% of Total	.0%	.0%	2.4%	.0%	.0%	.6%	.6%	.0%	.6%	1.8%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.5%	
ileo	Count	2	4	12	4	3	2	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	30	
	% within Diagnóstico final	6.7%	13.3%	40.0%	13.3%	10.0%	6.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.7%	.0%	.0%	3.3%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	40.0%	15.4%	28.6%	17.4%	25.0%	25.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	40.0%	.0%	.0%	25.0%	.0%	.0%	.0%	17.9%	
	% of Total	1.2%	2.4%	7.1%	2.4%	1.8%	1.2%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.2%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.0%	17.9%	
apendicitis aguda	Count	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	6	
	% within Diagnóstico final	.0%	.0%	16.7%	.0%	33.3%	16.7%	.0%	.0%	.0%	16.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	16.7%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	.0%	2.4%	.0%	16.7%	12.5%	.0%	.0%	.0%	20.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	16.7%	.0%	.0%	3.8%	
	% of Total	.0%	.0%	.8%	.0%	1.2%	.6%	.0%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	3.8%	
volvulus	Count	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	
	% within Diagnóstico final	.0%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	3.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	20.0%	.0%	.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.8%	
	% of Total	.0%	.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	1.8%	
hernia interna	Count	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	
	% within Diagnóstico final	.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	33.3%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	.0%	2.4%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	25.0%	.0%	.0%	100.0%	1.8%	
	% of Total	.0%	.0%	.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.6%	1.8%	
tumor yeyunal	Count	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	% within Diagnóstico final	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	25.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	
	% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.6%	
Total	Count	5	26	42	23	12	8	8	4	5	5	4	5	3	6	4	6	1	1	168	
	% within Diagnóstico final	3.0%	15.5%	25.0%	13.7%	7.1%	4.8%	4.8%	2.4%	3.0%	3.0%	2.4%	3.0%	1.8%	3.6%	2.4%	3.6%	.6%	.6%	100.0%	
	% within Tiempo estancia hospitalaria	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	3.0%	15.5%	25.0%	13.7%	7.1%	4.8%	4.8%	2.4%	3.0%	3.0%	2.4%	3.0%	1.8%	3.6%	2.4%	3.6%	.6%	.6%	100.0%	

Tabla 33. Relación entre el tiempo de estancia hospitalaria y el diagnóstico final.

Morbilidad postquirúrgica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid no	144	85.7	85.7	85.7
ileo	21	12.5	12.5	98.2
fistula	3	1.8	1.8	100.0
Total	168	100.0	100.0	

Tabla 34. Frecuencias de morbilidad.

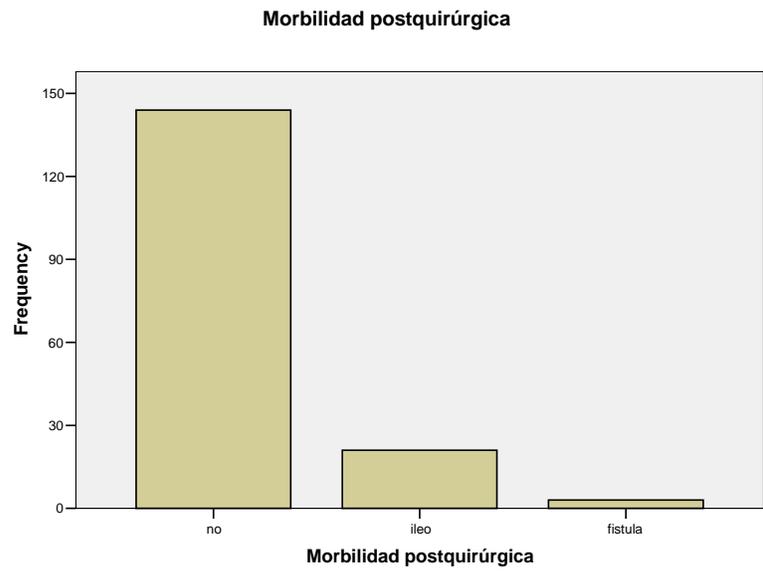


Figura 13. Morbilidad general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Lorenzo C. Pseudo-obstruction: current approaches. *Gastroenterology* 1999; 116: 980-987.
2. Malagelada JR. Chronic Intestinal Pseudo-obstruction. En: Wolfw MM, ed. *Therapy of Digestive Disorders*. Filadelfia: WB Saunders Company, 1998; 599-608.
3. Malagelada JR, Distrutti E. Management of gastrointestinal motility disorders. A practical guide to drug selection and appropriate ancillary measures. *Drugs* 1996; 52: 494-450.
4. Mann SD, Debinski HS, Kamm MA. Clinical characteristics of chronic idiopathic intestinal pseudo-obstruction in adults. *Gut* 1997; 41: 75-81.
5. Murr MM, Sarr MG, Camilleri M. The surgeon's role in the treatment of chronic intestinal pseudoobstruction. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 2.147-2.151.
6. Pandolfino JE, Howden CW, Kahrilas PJ. Motility-Modifying agents and management of disorders of gastrointestinal motility. *Gastroenterology* 2000; 118: S32-S47.
7. Ponc RJ, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *New Engl J Med* 1999; 341: 137-193.
8. Turnague Rh, Berguen PC. Intestinal Obstruction and Ileus. En: Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF, eds. *Sleisenger and Fordtran Gastrointestinal and Liver Disease*. Filadelfia: WB Saunders Company, 1998: 1.799-1.810.

9. Bickell N, et. al. Influence of Time on Risk of Bowel Resection in Complete Small Bowel Obstruction, *J Am Coll Surg* 2005;201:847–854.
10. Nauta R, et. al. Laparotomy and Small Bowel Obstructions, *J Am Coll Surg* 2005;200:904–911.
11. Krouse R, Surgical Palliation of Bowel Obstruction, *Gastroenterol Clin N Am* 35 (2006) 143–151.
12. Nova M, et. al. Small Bowel Obstruction: A Population-Based Appraisal, *J Am Coll Surg* 2006;203:170–176.
13. Flasar H, et.al. Acute Abdominal Pain, *Prim Care Clin Office Pract* 33 (2006) 659–684.
14. Andrew J, et. al. Treatment of Postoperative Ileus After Bowel Surgery with Low-Dose Intravenous Erythromycin, *Urology* 69: 611– 615, 2007.
15. Parente F, et. al. Intermittent small-bowel obstruction caused by gastric adenocarcinoma in a Meckel's diverticulum *Gastrointestinal endoscopy* Volume 61, No. 1 : 2005.
16. Kwok K, et. al. Small-bowel obstruction secondary to incarcerated obturator hernia, *j.amjsurg*.2006.01.014.
17. Nagle A, et. al. Laparoscopic adhesiolysis for small bowel obstruction *j.amjsurg*.2003.12.036.
18. Hsieh C, et. al. Treatment of Constipation in Older Adults, *Am Fam Physician* 2005;72:2277-84, 2285.