

Medicent Electrón. 2015 ene.-mar.;19(1)

HOSPITAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO-DOCENTE
«CMDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

Caracterización de la morbilidad y la mortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal mecánica

Characterization of morbidity and mortality in patients operated on mechanical intestinal occlusion

MSc. Dr. Isnay Arbelo Hernández¹, Dr.C. Abraham Dimas Reyes Pérez², Dra. Nayda Yoanka Rodríguez Quesada³

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía General y en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.
2. Doctor en Ciencias. Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Titular y Consultante de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico-Quirúrgico-Docente Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructora. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal, en 93 pacientes, con el objetivo de caracterizar la morbilidad y mortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal mecánica en el servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Quirúrgico Docente «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero», de Santa Clara, Villa Clara, entre octubre de 2009 y septiembre de 2013. Los síntomas y signos al momento del ingreso más frecuentes fueron el dolor abdominal de tipo cólico (96%), las náuseas y los vómitos (87,1 %) y la distensión abdominal (84,9 %). Las bridas posquirúrgicas fueron las causas más frecuentes de la oclusión (46,2 %), seguidas de las neoplasias de colon y las hernias inguinales atascadas, con un 10,7 % y 9,6 %, respectivamente. El diagnóstico precoz, la atención clínico-quirúrgica que reciben estos pacientes y la interrelación que existe entre la atención primaria y secundaria, favorecen un egreso precoz y les garantizan una atención esmerada, lo que permite disminuir la estadía hospitalaria.

DeCS: obstrucción intestinal/cirugía, obstrucción intestinal/mortalidad.

ABSTRACT

A descriptive and observational study of transversal type was carried out in 93 patients with the objective of characterize the morbidity and mortality in patients operated on mechanical intestinal

occlusion in the general surgery service at the Teaching Clinical-Surgical Hospital «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero», of Santa Clara, Villa Clara, from October, 2009 to September, 2013. The most frequent symptoms and signs at the moment of admission were: colicky abdominal pain (96 %), nausea and vomiting (87,1 %) and abdominal distention(84,9%). Post-surgical bridges were the most frequent causes of occlusions (46,2 %), followed by colon neoplasms and blocked inguinal hernia with a 10,7 % y 9,6 %, respectively. Early detection of the disease, the clinical and surgical care of these patients and the relationship between primary and secondary care, favor an early admission and guarantee them an excellent care, as well as, reduce length hospital stay.

DeCS: intestinal obstruction/surgery, intestinal obstruction/mortality.

La cirugía es uno de los resultados del desarrollo del conocimiento humano; su evolución ha acompañado paso a paso los cambios sociales, económicos y culturales de los tiempos. Muchos de estos cambios se están verificando en el momento actual, de los que surgirán en el futuro innovaciones insospechadas. El carácter y el nivel de desarrollo de la cirugía, como parte de la medicina, están determinados por las condiciones materiales de la vida de la sociedad, por el grado de desarrollo de las fuerzas productivas y por el carácter de las relaciones de producción.¹

La obstrucción intestinal fue descrita como entidad nosológica aún antes de Cristo; la causa más frecuente de las obstrucciones era la hernia estrangulada, y por ello, fue la más mencionada en la literatura médica de esa época. Praxágora, 350 años A.C, efectuaba ya una incisión en la región inguinal en casos de hernia estrangulada. En 1561, se incorpora el arsenal del cirujano al tratamiento de la obstrucción intestinal por hernia estrangulada; por esta época, Paré y luego cirujanos de la categoría de Cooper, Nelaton, Kocher y otros, contribuyeron notablemente al conocimiento y tratamiento de la obstrucción intestinal.²

La oclusión intestinal fue una enfermedad fatal, hasta que el cirujano francés Alexander de Littre, en 1710, y Pillore en 1776, realizaron colostomías como forma de descompresión.^{2,3}

El trabajo que se comunica se realizó con el objetivo de caracterizar la morbilidad y mortalidad en pacientes intervenidos quirúrgicamente por oclusión intestinal mecánica en el servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Quirúrgico Docente «Cmdte. Manuel Fajardo Rivero», de Santa Clara, Villa Clara, entre octubre de 2009 y septiembre de 2013. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal, con un total de 93 pacientes.

Como resultado, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo, aunque se observó un predominio masculino. La mayoría de los pacientes se encontraban entre 60-74 años, seguidos por el grupo entre 45-59 años; el grupo de menor número de pacientes tenía entre 15-29 años, lo cual coincide con el patrón de envejecimiento de la población cubana.

La cirugía abdominal previa ocupó el primer lugar como antecedente patológico personal con 46,2 %; en segundo lugar, las hernias complicadas con el 18,3 %; y el cáncer de intestino delgado, colon y recto con el 17,2 %. El diagnóstico de la oclusión intestinal se basa en sus manifestaciones clínicas; lo cual coincide con los resultados de este trabajo y lo informado en la literatura consultada.^{4,5}

Los síntomas y signos al momento del ingreso más frecuentes fueron: el dolor abdominal de tipo cólico (96 %), las náuseas y los vómitos (87,1%) y la distensión abdominal (84,9 %). El dolor abdominal es un síntoma frecuente, y existe un elevado número de causas responsables; su carácter normalmente inespecífico lo convierte, en ocasiones, en un desafío diagnóstico.

La distribución de los pacientes, según topografía de la oclusión intestinal, fue de 71 % en el intestino delgado bajo, seguido por la oclusión de intestino grueso (28 %) y, por último, un 1% en el intestino delgado alto. La localización de la oclusión a nivel del intestino delgado bajo se relacionó con las causas más frecuentes de oclusión (bridas, hernias atascadas) y otras menos frecuentes que aparecen en esta porción del intestino (bezóares, neoplasias y vólvulos) seguidos por la oclusión de intestino grueso, lo cual está en concordancia con la literatura consultada sobre el tema.⁶

La mayoría de los pacientes acudieron al hospital antes de las 24 horas de iniciado los síntomas, y solo tres entre las 24-48 horas, con una diferencia significativa entre los intervalos de tiempo ($p = 0,047$). Esto lo explica la funcionalidad del sistema de salud en el país. Se observó que 88 pacientes fueron operados antes de las 24 horas de ingresados; las bridas posquirúrgicas fueron

las causas más frecuentes de la oclusión (46,2 %), seguidas de las neoplasias de colon y las hernias inguinales atascadas con un 10,7 % y 9,6 %, respectivamente. La lisis de las bridas posquirúrgicas fue el procedimiento quirúrgico más practicado (46,2 %), en correspondencia con la causa, seguido de quelotomía con herniorrafia inguinal en el 11,7 %; se realizaron también otros procedimientos, como las colostomías y las resecciones con anastomosis de intestino delgado, con en 10,9 % y 10,2 %, respectivamente.

Las complicaciones postoperatorias aparecieron en un 23,7 %: la más frecuente fue la infección de la herida quirúrgica en el 8,6 % de los pacientes, cifra que fue inferior a las encontradas por otros autores, donde las complicaciones representaron un 44 % y la infección de la herida quirúrgica un 18,0 %.^{6,7} El porcentaje de complicaciones halladas en la presente investigación es similar al informado por otros autores.⁸

La estadía hospitalaria fue menor de cinco días en el 78,5 % de los pacientes; los días de internación guardan estrecha relación con el factor causal y con la aparición y tipo de complicaciones. En Cuba, el diagnóstico precoz, la atención clínico-quirúrgica que reciben estos pacientes y la interrelación que existe entre la atención primaria y secundaria, favorecen un egreso precoz y les garantizan una atención esmerada, lo que permite disminuir la estadía hospitalaria.

En pacientes con diagnóstico de oclusión intestinal y autopsia realizada, las principales causas de muerte fueron la peritonitis fibrinopurulenta severa, seguida de la disfunción múltiple de órganos. La mortalidad bruta fue de un 9,7 %, lo cual coincide con las cifras actuales que oscilan entre 5 % y un 10 %. Los resultados obtenidos guardan relación con un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y baja incidencia de complicaciones. Otros autores de países latinoamericanos, en sus estudios, publican una mortalidad mayor que la encontrada en esta investigación.⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo Soriano G. La medicina en el Antiguo Egipto. *Pediátrica*. 2003;5(1):44- 50.
2. García GA, Delgado GG. Historia de la cirugía. En: García GA, Pardo GG. *Cirugía*. Vol. I. La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p. 1- 25.
3. Ocampo JM, González HA. Abdomen agudo en el anciano. *Rev Colomb Cir*. 2006; 21(4):266-82.
4. Brekke M, Eilertsen RK. Acute abdominal pain in general practice: tentative diagnoses and handling. A descriptive study. *Scand J Prim Health Care*. 2009;27(3):137- 40.
5. Turnage RH, Heldmann M, Cole P. Intestinal obstruction and ileus. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, (editors). *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, and management*. 8th. ed. Philadelphia: Elsevier - Saunders; 2006. p. 2653- 78.
6. De la Garza Villa L. Etiología de la oclusión intestinal. *Rev Gastroenterol Mex*. 2009;66(4):193-6.
7. Magee C, Rodeheaver GT. Potentiation of wound infection by surgical drains. *Am J Surg*. 2010;131:547- 9.
8. Souvik A, Hossein MZ, Amitabha D, Nilanjan M, Udipta R. Etiology and Outcome of Acute Intestinal Obstruction: A Review of 367 Patients in Eastern India. *Saudi J Gastroenterol*. 2010;16(4):285- 7.
9. Pol Herrera PG, López Rodríguez PR, León González O, Caiñas Román J, Cruz García N, Pando Santos A, *et al*. Cirugía de la hernia inguinal en la tercera edad: ambulatoria y con hospitalización corta. *Rev Cubana Cir [internet]*. 2011 ene.-mar. [citado 13 sep. 2012];50(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932011000100006&lng=es

Recibido: 20 de enero de 2014

Aprobado: 17 de abril de 2014

MSc. Dr. Isnay Arbelo Hernández. Especialista de Primer Grado en Cirugía General y de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.