

8
24 11210



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Hospital General Centro Médico "La Raza"

EVALUAR LA UTILIDAD DE UNA ESCALA DE CALIFI-
CACION PARA LA DECISION DE TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON OCLUSION INTESTINAL
SECUNDARIA A BRIDAS POSTQUIRURGICAS

T E S I S

Que para obtener la Especialidad de
CIRUJANO PEDIATRA

p r e s e n t a

JOSE ALFREDO CORTES CRUZ

Profesor Titular del Curso
DR. HECTOR H. RODRIGUEZ MENDOZA

Asesores: DR. JAIME ZALDIVAR C.
DR. DANIEL LOPEZ FLORES

México, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	2
OBJETIVO.....	5
HIPOTESIS.....	6
PLANTEAMIENTO.....	7
ANTECEDENTES.....	8
MATERIAL Y METODOS.....	11
RESULTADOS.....	15
DISCUSION.....	20
CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	23

OBJETIVO GENERAL:

**EVALUAR LA UTILIDAD DE UNA ESCALA DE CALIFICACION
PARA LA DECISION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
OCLUSION INTESINAL SECUNDARIA A BRIDAS
POSTQUIRURGICAS.**

HIPOTESIS DE ALTERNANCIA

La escala de calificación para la decisión de tratamiento en pacientes con obstrucción intestinal secundaria a adherencias postquirúrgicas es de utilidad para determinar el tipo de manejo a seguir y evitar la posibilidad de obstrucción intestinal complicada.

HIPOTESIS DE NULIDAD

La escala de calificación para la decisión de tratamiento en pacientes con obstrucción intestinal secundaria a adherencias postquirúrgicas no es útil para determinar el tipo de manejo a seguir y no evita la posibilidad de una obstrucción intestinal complicada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La frecuencia de ingresos al servicio de Cirugía Pediátrica del HGCMR con cuadro oclusivo intestinal por bridas postquirúrgicas, corresponde de aproximadamente el 7-8% de los ingresos totales.

Muchos de estos pacientes son llevados a cirugía tardíamente con graves consecuencias, como amplias reseciones intestinales y cuadros de peritonitis de diversos grados, que ensombrecen su pronóstico debido a la ausencia de un criterio uniforme y precoz para decidir el momento en que se requiere manejo quirúrgico y evitar un cuadro oclusivo intestinal complicado.

Se propuso una escala de calificación para decidir el tratamiento en pacientes con obstrucción intestinal por adherencias postquirúrgicas, pero no se ha evaluado su utilidad, siendo esto la finalidad del presente trabajo.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La obstrucción intestinal adhesiva secundaria a cirugía abdominal es un problema particularmente perturbador.

Se tienen antecedentes de esta patología desde el siglo XVIII cuando Fitz (1) recomendó el tratamiento médico y el retardo de la intervención dada la gran mortalidad de la época.

Durante este siglo muchos autores han realizado numerosas investigaciones, recomendando el diagnóstico temprano e intervención quirúrgica, otros, en cambio aportaron técnicas para evitar nuevos cuadros oclusivos como Noble en 1920, Childs y Phillips. (2).

Se han publicado estudios en los que se previenen las adherencias postquirúrgicas con medicamentos como la coliquicina, prometazina, dexametasona, heparina y dextran. (3,4,5,6).

La mortalidad por obstrucción intestinal adhesiva en las pasadas décadas era del 60% (7). La obstrucción complicada continua con elevada mortalidad aproximadamente del 30%, parte de esta elevada mortalidad se debe al retraso para establecer el diagnóstico de obstrucción complicada en ausencia de un criterio diagnóstico de estrangulación.

Muchos autores han demostrado que la diferenciación entre una obstrucción simple y complicada puede ser difícil y en algunos casos recomiendan la intervención temprana en la obstrucción mecánica, a fin de evitar la catástrofe de la estrangulación. (7,9,9)

Paulatinamente la morbilidad tiende a disminuir gracias a la disponibilidad de antimicrobianos, mejor conocimiento de la fisiopatología y apoyo de la alimentación parenteral. (4).

La obstrucción intestinal secundaria a bridas postquirúrgicas es una de las principales causas de ingreso a un hospital, ya que es un problema muy complejo y su ocurrencia no es predecible, la etiología no es bien conocida y las formas de prevención muy controversiales. (7,9,10,11)

Se han establecido varias teorías sobre su etiología teniendo desde:

- La lesión tisular con producción de adherencias con formación vascular en zonas de isquemia.
- La reacción peritoneal a un cuerpo extraño (talco, suturas no absorbibles) produce adherencias.
- La clásica: lesión sobre la serosa que adhiere un asa intestinal por coágulo fibrinoso produciendo bridas.

Y la más moderna y aceptada que establece que hay crecimiento vascular hacia el tercio isquémico, cuando la crisis isquémica ha pasado los vasos colaterales se reabsorben dejando una cicatriz fibrosa. (4)

La fisiopatología de la oclusión por bridas se caracteriza por la coexistencia de tres fenómenos: (7)

1. Obstrucción mecánica proximal.
2. Obstrucción de un asa cerrada específica.
3. Congestión venosa del asa involucrada.

Los últimos dos fenómenos hacen que la obstrucción complicada sea más seria que la obstrucción simple.

La alta mortalidad por la obstrucción complicada es explicada por los siguientes mecanismos de muerte:

La congestión venosa del segmento intestinal involucrado es seguida por espasmo arterial causando simultáneamente anoxia del segmento llevando al infarto intestinal, perforación, peritonitis y choque con secuestro de sangre y plasma del asa afectada; por tratada los líquidos colectados en el asa obstruida pasan a la cavidad peritoneal antes de la perforación del intestino conteniendo productos tóxicos y bacterias que pueden causar depresión miocárdica, coágulo circulatorio, choque y muerte después de la afección en el torrente circulatorio.

Reconocer tempranamente la presencia de isquemia intestinal en pacientes con obstrucción mecánica por bridas es muy importante para decidir se maneja quirúrgico.

Estableciendo como obstrucción simple: A la obstrucción mecánica, al flujo intestinal sin compromiso vascular. Obstrucción complicada: A la presencia de compromiso vascular irreversible con infarto perforación y peritonitis. (7)

Las adherencias postquirúrgicas condicionan un cuadro oclusivo intestinal de tipo mecánico, ya que las bridas pueden estar localizadas entero-entericas, entero-extraentéricas y mixtas.

Se han descrito datos clínicos, radiológicos y de laboratorio, como signos clínicos de obstrucción complicada al dolor continuo, fiebre, taquicardia, signos de irritación peritoneal, masa palpable, resistencia muscular, sangrado rectal e hipotermia; paraclínicos como leucocitosis, aumento de la DHL, CPK, TGO, TGF, amilasa y acidosis metabólica que indican progresión del deterioro intestinal. (7-12)

También se han descrito factores pronósticos. (8,10,14)

El tratamiento ha sido muy controversial ya que algunos autores promueven el manejo conservador con vigilancia estrecha, otros indicar intervención temprana para evitar complicación

intestinal. (7-13)

La dificultad de diferenciar el momento en que un cuadro obstructivo simple se complica, ha hecho que pacientes con cuadros simples se intervengan quirúrgicamente condicionando mayor formación de adherencias y en cuadros obstructivos complicados se retarde su exploración quirúrgica llevándolos a la pérdida de segmentos intestinales y mayor riesgo de morbimortalidad. (15)

Durante el año de 1987 en el servicio de Cirugía Pediátrica del Centro Médico "La Raza", se analizaron los factores que indican realización de intervención quirúrgica en pacientes con obstrucción intestinal secundaria a bridas postquirúrgicas, concluyendo que aparte de los signos clínicos clásicos de distensión abdominal, vómitos y drenaje biliar por sonda hay otros datos clínicos como fiebre, crisis de dolor; radiológicos como patrón aéreo anormal, presencia de niveles hidroaéreos, asa fija, edema interasa, líquido libre acompañados de alteraciones laboratoriales como leucocitosis, aumento de transaminasa y deshidrogenasa láctica y variaciones electrolíticas que son de utilidad para tomar la decisión de llevar a manejo quirúrgico.

En base a estos datos clínicos, radiológicos y laboratoriales se propuso una ESCALA DE CALIFICACION para la toma de decisión de tratamiento en pacientes con obstrucción intestinal por bridas postquirúrgicas que sea confiable e indique cuando un paciente debe ser llevado a cirugía o mantener manejo conservador, evitando un cuadro oclusivo intestinal complicado.

Para identificar dicha escala en el presente trabajo, se denominara "ESCALA DE CALIFICACION".

PROGRAMA DE TRABAJO :

MATERIAL

UNIVERSO DE TRABAJO :

Los pacientes que ingresen al Servicio de Cirugía Pediátrica del Centro Médico "La Raza", con obstrucción intestinal por bridas postquirúrgicas del Ito. de abril de 1989 al 31 de diciembre de 1989 y que cumplan con los siguientes requisitos:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Edad en menor grado a 16 años.
- Antecedente de cirugía abdominal previa de diversa naturaleza.
- Presentar uno o más signos clínicos y radiológicos de oclusión intestinal manifestado por distensión abdominal, vómitos, ausencia de ruidos distal, niveles hidroaéreos y edema intestinal.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- Pacientes con bridas congénitas.
- Pacientes con cirugía previa y cuadro oclusivo intestinal que presenten proceso infeccioso a cualquier nivel: Pancreatitis, colecistitis, antecedentes de traumatismo previo, hayan recibido antibióticos, radioterapia o quimioterapia.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes con oclusión intestinal secundaria a bridas postquirúrgicas que una vez incluidos en el estudio se detecte proceso infeccioso a cualquier nivel.

RECURSOS MATERIALES:

- Expediente clínico
- Hoja de recopilación de datos (anexo 1)
- Escala de calificación (anexo 2)

METODO:

Los pacientes con diagnóstico de oclusión intestinal por bridas postquirúrgicas que ingresen al hospital se internarán al servicio de Cirugía Pediátrica, se les colocará sonda nasogástrica, se tomarán muestras sanguíneas para biometría hemática, electrolitos séricos, transaminasas, deshidrogenasa láctica y tiempos de coagulación.

Se indicará ayuno y soluciones glucoelectrolíticas por vía parenteral.

Se efectuará interrogatorio dirigido investigando diagnóstico previo que lleve a cirugía, fecha, tiempo de inicio de la sintología, cuadros oclusivos previos. Exploración física completa, radiografías simples de abdomen AP de pie / decubito. Una vez valorado en forma integral se obtendrá la calificación para la decisión de tratamiento (primera valoración).

Se efectuará tratamiento conservador (ayuno, sonda nasogástrica y soluciones parenterales) con calificación menor de 8 puntos, valorando su respuesta clínica, radiológica y laboratorial al tratamiento médico conservador cada 6-8 hrs.

Cuando la calificación sea mayor de 8 puntos en la primera valoración y mayor de 12 puntos en valoraciones subsiguientes, se solicitará plasma y sangre para transoperatorio o corregir anomalías en fórmula roja y tiempos de coagulación.

Se iniciará con antimicrobiano del grupo aminoglucosido intravenoso y se llevará a cirugía urgente, si el paciente se encuentra inestable se someterá a manejo preoperatorio intensivo por 2-6 hrs. antes de ser llevado a cirugía.

La técnica quirúrgica será bajo anestesia general con halotano efectuando laparotomía exploradora ya sea por incisión media o transversa dependiendo de la incisión previa o extendiéndose sobre esta última, se abrirá cavidad,

se aspira y se liberan adherencias firmes y laxas con disección roma o constante hasta identificar la porción intestinal ocluida. se verificará permeabilidad intestinal en caso necesario se efectuará la descompresión manual, si ocurren desdoblamientos del intestino se plicarán con seda 4-0, si se encuentran zonas de isquemia al momento de liberar la brida se esperará un tiempo prudente hasta recuperación de la zona afectada.

De no recuperarse el segmento intestinal con necrosis establecida se efectuará resección intestinal con anastomosis término-terminal tipo Connell-Mayo o puntos separados en dos planos. si encontrarse peritonitis se derivará efectuando derivación tipo Michulica modificada o de bocas separadas.

Del quirófano según evolución transoperatoria podrá pasar al piso de Cirugía Pediátrica o Terapia Intensiva, con sonda nasogástrica y doble esquema antimicrobiano de haber efectuado resección intestinal con anastomosis o derivación.

Si al paciente solamente se le efectuó lisis de bridas, en 24-48 hrs. después, con peristalsis presente y tránsito intestinal y gasto mínimo por sonda, ésta se retirará a las 24 horas y después se inicia la vía oral, al tolerar y evolucionar en forma adecuada se egresará enterando a los familiares de la posibilidad de presentar un nuevo cuadro oclusivo y la importancia de una atención adecuada y oportuna.

La utilidad de la escala se evaluará de la siguiente manera:

En caso de tratamiento conservador, considerando la evolución del paciente:

CALIFICACION CORRECTA: Cuando la evolución fué satisfactoria y el cuadro oclusivo se resolvió, independientemente de que se trate de la primera valoración o subsecuentes.

CALIFICACION INCORRECTA: Cuando la evolución fué torpida, sin resolución del cuadro clínico y ameritó manejo quirúrgico y en los hallazgos transoperatorios se confirmó la necesidad de este procedimiento por la presencia de isquemia o necrosis.

En caso de tratamiento quirúrgico se considerará:

CALIFICACION CORRECTA: Cuando el cuadro oclusivo persistió o se encontraron datos de deterioro intestinal y en hallazgos quirúrgicos se confirmó oclusión franca o compromiso vascular incipiente o establecido.

CALIFICACION INCORRECTA: Cuando por evolución se llevó a cirugía y en hallazgos transoperatorios no se encontró oclusión franca ni compromiso vascular incipiente.

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, prospectivo, analítico para valorar la utilidad de una prueba diagnóstica.

IDENTIFICACION DE VARIABLES:

INDEPENDIENTE: Escala de calificación

DEPENDIENTE: Tipo de tratamiento

CRONOGRAMA:

Elaboración de protocolo	1 mes
Recolección y concentración de datos	9 meses
Análisis	1 mes
Redacción	1 mes

ANALISIS ESTADISTICO:

Pruebas de sensibilidad y especificidad para valorar la utilidad de la escala.

ASPECTOS ETICOS:

No amerita de autorización para el manejo conservador. Se solicitará autorización por escrito y firmada por el familiar, previa explicación de los riesgos y beneficios del procedimiento quirúrgico.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

EVALUACION DE LA ESCALA DE CALIFICACION PARA LA DECISION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON OCLUSION INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDAS POSTQUIRURGICAS.

Nombre _____ SEXO _____

Cédula _____ EDAD _____

ANTECEDENTES:

Diagnóstico previo a cirugía anterior _____

Primera Cirugía: Fecha _____

Op. efect: _____

2da, 3ra, Cirugía: Fecha _____

Op. Efect: _____

Cuadros Oclusivos previos:

Tipo de Manejo: Quirúrgico Conservador

Fecha:

Duración:

Padecimiento Actual

Tiempo de Evolución:

CALIFICACION PARA DECISION DEL TRATAMIENTO:

Fecha: 1a. Valoración Subsecuente CALIFICACION Manejo:

Hollozgos y Op. efect:

Evolución:

Alta:

"CENTRO MEDICO LA RAZA"

ESCALA DE CALIFICACIONES PARA
DECISION DEL TRATAMIENTO.

	PRIMERA VALORACION	SUBSECUENTES
**FIEBRE	1	2
* CRISIS DOLOR COLICO	2	2
* VOMITOS DRENAJE BILIAR (SONDA)	1	2
**DISTENSION ABDOMINAL	1	2
* RX: GAS DISTAL (NULO, DISMINUIDO)	1	1
* ASA FIJA	2	2
* EDEMA INTER-ASA	1	1
* NIVELES HIDROAEREOS	1	1
* LIQUIDO LIBRE	1	1
**LAB. LEUCOCITOSIS	1	2
** TGO, TGP, DHL	1	2
* ALTERACIONES ELECTROLITICAS	1	2
	14 PUNTOS	20 PUNTOS

* χ^2 P < 0.01

** χ^2 P < 0.05

TX CONSERVADOR CON CALIFICACION MENOR DE 8

PRIMERA VALORACION | TX QUIRURGICO CON CALIFICACION MAYOR DE 8

VALORACIONES SUBSECUENTES | TX CONSERVADOR CON CALIFICACION MENOR DE 12

| TX QUIRURGICO CON CALIFICACION MAYOR DE 12
CALIFICACIONES 12-20 SUGIEREN PROGRESION DEL
DETERIORO INTERTINAL.

RESULTADOS:

Se estudiaron en total 42 pacientes con el diagnóstico de oclusión intestinal secundaria a bridas postquirúrgicas, ingresados al Servicio de Cirugía Pediátrica del CRM.

Se excluyeron 11 por no reunir los criterios de inclusión o reunieron criterios de exclusión, por haber recibido medicamentos anticolinérgicos o presentar proceso infeccioso, quedando un universo de trabajo de 31 pacientes.

Formáronse 2 grupos de acuerdo al tratamiento recibido:

A) 12 pacientes no se realizó intervención quirúrgica (39%).

B) 19 pacientes se realizó intervención quirúrgica (61%) (gráfica 1)

En la distribución por sexos predominó el sexo masculino con 22 casos (70%) y el femenino con 9 casos (30%) con una proporción de 2.4:1 en favor del masculino. (gráfica 2)

De acuerdo a la edad el rango fue de 18 días de vida a 17 años con promedio de edad de 5.2 años.

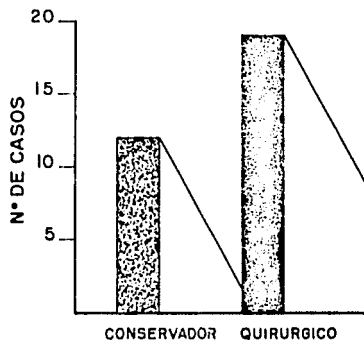
Con una distribución por edades, con pico de mayor frecuencia en el primer año de vida. (gráfica 3)

Por grupos de edad predominaron los menores de 2 años, seguido del grupo entre los 3 y 5 años. (gráfica 4)

Los diagnósticos de cirugía previa realizados en los pacientes son:

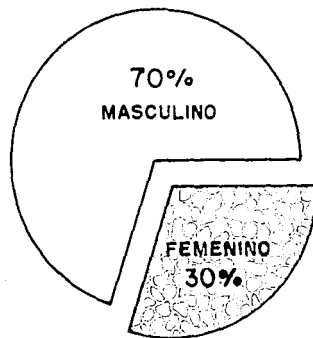
OCLUSION POR BRIDAS

TRATAMIENTO RECIBIDO



CIR. PED. GRAFICA 1

OCLUSION POR BRIDAS
SEXO



DIAGNOSTICO	No.	%
Apendicitis	11	35
Invaginación intestinal	4	12
Divertículo de Meckel	3	9.6
Atresia intestinal	2	6.4
Extrofia vesical	2	6.4
Ent. de Hirschsprung	2	6.4
Hernia diafragmática	1	3.2
Malformación anorrectal	2	6.4
Ileo reconial	1	3.2
Omfalocele	1	3.2
Tumor abdominal	1	3.2
Pancreatitis	1	3.2
Perforación de duodeno	1	3.2
Quemadura por cáusticos	2	6.4

Predomina el diagnóstico de apendicitis en el 35% (11 casos) y en 8 casos se acompañó de peritonitis previa (72%).

También se analizó el tiempo entre la última cirugía y el cuadro oclusivo motivo de estudio en el Servicio de Cirugía Pediátrica, mostrando dos picos de frecuencia máxima, el primero durante el primer mes de postoperatorio y posteriormente en el periodo del primer año de postoperatorio. (gráfica 5)

Se valoró la frecuencia de presentación de cuadros oclusivos por adherencias postquirúrgicas previo que fue de 7 casos. (22%) de los cuales en 5 (70%) habian requerido de manejo quirúrgico.

La frecuencia de presentación del cuadro oclusivo por adherencias postquirúrgicas en el año subsecuente a la última cirugía fue de 70.9% en los primeros tres meses y 9.6% del tercero al séptimo mes. (Cuadro 1)

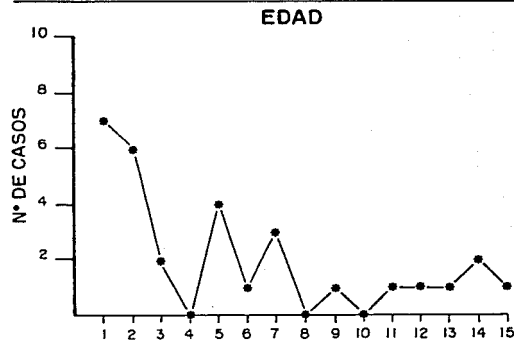
Al revisar el tiempo de evolución del cuadro oclusivo se encontró que en pacientes que se llevaron a cirugía fue de 52 hrs. y en pacientes que se manejaron conservativamente fue de 31 hrs.

De acuerdo al número de cirugías previas al cuadro oclusivo motivo de ingreso encontrados que en 17 casos (54%) tuvieron una cirugía, dos cirugías en 7 casos (21%) y tres cirugías o más en 5 casos (16%) (Cuadro 2)

Los datos clínicos, radiológicos y laboratoriales predominantes fueron:

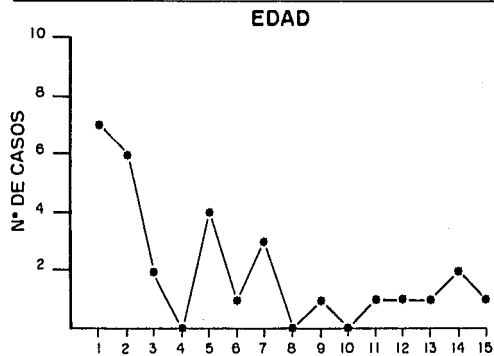
	No.	%
Fiebre	4	13
Dolor abdominal	26	83
Vomito biliar	31	100
Distensión abdominal	24	77
Ausencia de gas	27	87
Asa fija	12	38
Edema interasa	24	77
Niveles hidroaéreos	29	93
Líquido libre	5	16
Leucocitosis	18	58
Alteración en transaminasas	14	45
Alteración electrolítica	4	13

OCLUSION POR BRIDAS



GRAFICA 3

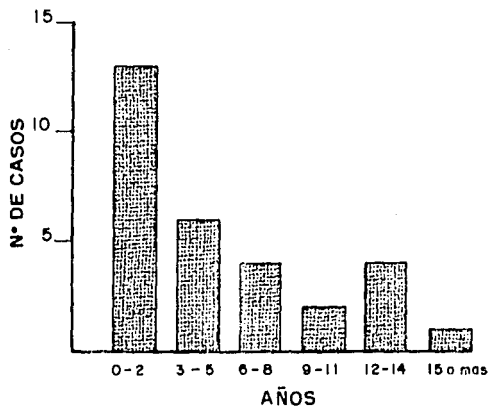
OCLUSION POR BRIDAS



GRAFICA 3

OCLUSION POR BRIDAS

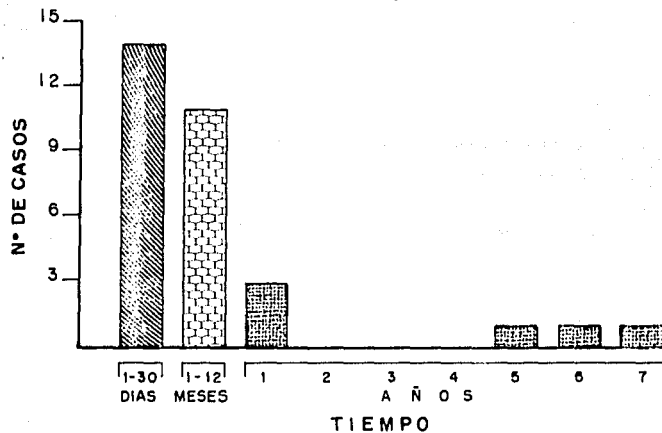
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD



GRAFICA 4

OCCLUSION POR BRIDAS

Tiempo entre cirugía y cuadro oclusivo



ESCALA DE CALIFICACION

Los pacientes que se llevaron a cirugía con calificación menor de 8 en la primera valoración fueron 9 casos (47%) y los que tuvieron inicialmente manejo conservador y que por calificación mayor de 12 puntos en valoraciones subsiguientes se llevaron a cirugía fueron 10 casos (53%).

Al llevarse a cirugía fueron abordados por diversas incisiones según cada caso encontrado como hallazgo transoperatorio:

- Bridas fuertes en 15 casos.
- Bridas laxas en 3 casos.
- Presencia de líquido libre en 5 casos.
- Compromiso vascular recuperado en 10 casos.
- Compromiso vascular irreversible en 1 caso que requirió de resección y anastomosis de 60 cm. de ileon.
- Volvulo de intestino medio por adherencia en dos casos.
- Hernia interna en 4 casos.
- Invaginación ileo-ileal en 3 casos.

Algunos pacientes al momento de la lista de bridas, presentaron despulmientos que se repararon con seda 4-0 y solo un caso en el que se encontró un abdomen congelado por peritonitis fibro-adhesiva antigua, se perfirió realizandose plicatura de la perforación en dos planos.

Las partes del intestino más afectadas por adherencias fueron:

ileon distal	12 casos
yeyuno-ileon	3 casos
ileon proximal	1 caso

Para la evaluación de la escala de calificación para la decisión del tratamiento los resultados se sometieron a pruebas de sensibilidad y especificidad; y de sensibilidad y especificidad nosológica específica.

Con sensibilidad del 96% y especificidad de 50% sometiendolas a procedimiento nosológico para validar un procedimiento diagnóstico, realizando una tabla de contingencia con los siguientes resultados: (cuadro 3)

Sensibilidad Nosológica Estimada
 $P(+IE) = 96\%$

Falsos Negativos
 $P(-IE) = 3.4\%$

Especificidad Nosológica Estimada
 $P(-IE) = 50\%$

Falsos Positivos
 $P(+IE) = 50\%$

No observamos mortalidad en nuestro estudio. El promedio de días de estancia fue de 6 y de acuerdo a manejo quirúrgico la estancia fue de 7 días.

Con manejo conservador fue de 3.5 días la estancia hospitalaria; se egresaron en buen estado general y restablecimiento del tránsito intestinal.

**FRECUENCIA DE PRESENTACION DE CUADROS
OCLUSIVOS EN EL PRIMER AÑO POSTERIOR A
CIRUGIA**

MES	N° PACIENTES	%
0 - 3	22	70.9
4 - 6	1	3.2
7 - 9	2	6.4
10-12	2	6.4

CIR. PED. CUADRO 1

OCLUSION POR BRIDAS

N° DE CIRUGIAS PREVIAS AL CUADRO OCLUSIVO

N° CIRUGIAS	CASOS	%
1	17	55
2	10	32
3 ó mas	5	16

CIR.PED. CUADRO 2

ESTA
TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**TABLA DE CONTINGENCIA, SENSIBILIDAD Y
ESPECIFICIDAD**

CIRUGIA Y/O EVOLUCION

		A L E R T O	N O A L E R T O
		ESCALA DE CALIFICACION	ACERTO
NO ACERTO	(1 CASO) 3.4% Falsos Negativos		(1 CASO) 50% Verdaderos Negativos
		SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD

DISCUSION

El objetivo del trabajo se cumple adecuadamente, ya que la escala de calificación es una prueba diagnóstica efectiva para discriminar o evitar la posibilidad de sufrir una obstrucción intestinal complicada.

De acuerdo a la frecuencia de esta patología, se observó similitud con reportes internacionales y con reportes previos de nuestro servicio de aproximadamente el 7% de todos los ingresos con obstrucción intestinal.

En la distribución por sexos de nuestro estudio predominó el sexo masculino en una proporción 2.4:1, en otras secciones no muestran desigualdad.

De acuerdo a la edad de presentación: predominó en menores de 1 año con el 22%; llamando la atención que a menor edad del paciente, hubo poca resolución del cuadro oclusivo con tratamiento conservador.

Otro aspecto importante a señalar es que en el 35% de los casos el diagnóstico previo de cirugía fue de apendicitis y de ellas el 72% cursó con peritonitis y las invaginaciones intestinales resueltas por vía quirúrgica ocuparon el 12% de los casos, quizá debido a que en estos pacientes es frecuente la descompresión intestinal manual.

Los signos clínicos, radiológicos y laboratoriales establecidos en la escala de calificación son adecuados para determinar el momento en que un paciente debe ser llevado a cirugía y evitar un cuadro oclusivo complicado que incremente la mortalidad.

Al analizar los resultados de las calificaciones obtenidas por la escala y correlacionarlos con hallazgos transoperatorios y evolución clínica, la escala de calificación para la decisión del tratamiento tiene gran sensibilidad y especificidad con un mínimo de falsos negativos.

Por lo que concluimos que la utilidad de la escala de calificación para la decisión del tratamiento tiene valor estadístico significativo y con nula mortalidad.

Considerando que la escala de calificación es de gran utilidad para uniformar criterios para la decisión de manejo en un servicio quirúrgico.

CONCLUSIONES

- 1.- La escala de calificación para la decisión del tratamiento en pacientes oriundos por oclusión postquirúrgica es útil para evitar un cuadro oclusivo leve o al complicado.
- 2.- La escala de calificación tiene gran sensibilidad y especificidad como prueba diagnóstica.
- 3.- La asociación de oclusión previa con peritonitis sigue siendo un importante antecedente para el paciente desahucio bridas postquirúrgicas.
- 4.- La localización más frecuente de las adherencias en el intestino es el ileon distal.
- 5.- El presente trabajo demostró la efectividad y utilidad de seguir LA ESCALA DE CALIFICACION PARA LA DECISION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON OCLUSION INTESINAL POR BRIDAS POSTQUIRURGICAS.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Espejo Plascencia Rosendo EVALUACION DE FACTORES QUE INDICAN REALIZACION DE INTERVENCION QUIRURGICA EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDAS POSTQUIRURGICAS Tesis de postgrado 1987 HCONA IMSS.
- 2.- Anders Somell MESENTERIC PLICATION IN THE TREATMENT OF ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION Acta Chir Scand 1978 144:255-9.
- 3.- Toni Hau, William D. F. The FIBRINOLYTIC ACTIVITY OF THE PERITONEUM DURING EXPERIMENTAL PERITONITIS Surgery Gynecology and Obstetrics 1979 March;143:455-58.
- 4.- Robert L. Refflogis, Rudolph Johnson PREVENTION OF POSTOPERATIVE INTESTINAL ADHESIVE WITH COMBINED PROMETHAZINE AND DEXAMETHASONE TREATMENT Annals of Surgery 1966 April;163(4):520-51.
- 5.- Carlos D. González-Lana, Ernesto Gómez, Alfredo Lortés EFECTO DE LA COLUICINA EN LAS ADHERENCIAS INTRAPERITONEALES POSTOPERATORIAS-Estudio experimental en ratas- Arch. Invest. Med. 1985;16:49-57.
- 6.- Jamil A. Fayed PREVENTION OF PELVIC ADHESION FORMATION BY DIFFERENT MODALITIES OF TREATMENT Am.J.Obstet Gynecol. 1987 Nov.;157(5):1184-88.
- 7.- Ahmad H. Shatila CURRENT STATUS OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF STRANGULATED OBSTRUCTION OF THE SMALL BOWEL The American Journal of Surgery 1976;132:299-303.
- 8.- Lawrence S. Eiler SMALL BOWEL OBSTRUCTION The Role of nonoperative treatment in simple intestinal obstruction and predictive criteria for strangulation obstruction Surgery 1921 April;29(4):407-10.
- 9.- Edward N. Snyder, Mc Cranie CLOSED LOOP OBSTRUCTION OF THE SMALL BOWEL American Journal of Surgery 1966;111:398-422.

10. - Charvát Tephichal ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION
American Journal of Surgery 1967;154:287-287.
11. - Joseph S. Janik, Sigmond H. AN ASSESSMENT OF THE
SURGICAL TREATMENT OF ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN
INFANT AND CHILDREN J. Ped. Surg 1981 June;15: (7):225-229.
12. - Robert E. Brozin PARTIAL SMALL BOWEL OBSTRUCTION
Surgery, 1974 February;95: (2):145-149.
13. - Michael G. Sarr, Gregory R. Bullock, AGGRESSIVE
RECOGNITION OF INTESTINAL STRANGULATION OBSTRUCTION:
Prospective Evaluation of Diagnostic Capabilities. The
American Journal of Surgery 1987;145:175-182.
14. - Barbara M. Williams, L. Seitz INCIDENCE OF POSTOPERATIVE
ADHESION OBSTRUCTION FOLLOWING NEONATAL LAPAROTOMY
Br.J.Surg. 1974 Sept;76:762-64.
15. - Kenneth J. Welch PEDIATRIC SURGERY 1956 Fourth ed.
vol.2 Year Book Medical Publishers Co.:695-699.