



# "Invaginación Intestinal"<sup>SM</sup>

REVISIÓN DE CASOS DEL HOSPITAL NACIONAL  
DE MAZATENANGO  
DE ENERO 1973 A MARZO 1978

Lilia Mercedes Cuyún Rivera

# CONTENIDO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

HISTORIA

FISIOPATOLOGIA

DESARROLLO DEL TRABAJO Y PRESENTACION DE DATOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Durante muchas décadas la obstrucción intestinal es general, y los problemas que la misma plantea, han merecido gran interés por parte del cuerpo médico. La Invaginación Intestinal como causa de obstrucción, es una de las entidades más frecuentes; cede lugar únicamente a las hernias incarceradas y las oclusiones intestinales producidas por bridas post-operatorias, llegando en algunas regiones (varias naciones africanas) a constituir la causa número uno de las obstrucciones intestinales.

Dada la gravedad del problema y el desenlace fatal que puede ocurrir cuando no se maneja adecuadamente, es que consideramos que debe dársele mucho énfasis en los Hospitales de Enseñanza para que, tanto el Médico General, que se preocupa de detalles diagnósticos, como el cirujano especializado en técnicas y medidas correctoras, tengan conocimiento de este problema.

El presente trabajo lleva como finalidad presentar a la consideración de las autoridades de los Centros Asistenciales Departamentales la multiplicidad de problemas que en el ejercicio de la profesión se confrontan a nivel

de cada uno de ellos. Mi experiencia en el Hospital Nacional de Mazatenango, se remonta al período laborado en mi internado rotatorio (EPS). Por tal motivo quiero dejar plasmada una breve crítica constructiva que sirva de orientación a futuros colegas y ayude en algo a solventar parte de los problemas observados durante mi práctica.

## OBJETIVOS

Conocer la incidencia de Invaginación Intestinal en el Hospital Nacional de Mazatenango.

Hacer un estudio epidemiológico del problema, utilizando las variables: Edad, sexo, procedencia, antecedentes patológicos, condición económica.

Dar a conocer los recursos, métodos y procedimientos médico-quirúrgicos, empleados en la resolución de Invaginación Intestinal.

Determinar el impacto del problema en la utilización de recursos hospitalarios.

## MATERIAL Y METODOS

### MATERIALES:

1. Registro de morbilidad hospitalaria.
2. Libro de Registro de Sala de Operaciones.
3. Registros Médicos del Hospital Nacional de Mazatenango.
4. Rayos X.

### METODO:

1. Estudio retrospectivo de los casos registrados entre Enero de 1973 a Marzo de 1978, en el Hospital Nacional de Mazatenango.
2. Evaluación de la calidad del diagnóstico de ingreso mediante la comprobación quirúrgica y anatómo patológica de los casos.

## HISTORIA

La invaginación intestinal se conoce desde los tiempos de Hipócrates a quien se atribuye la primera descripción de la misma. Desde hace más de un Siglo existen reportes del manejo quirúrgico de la misma, algunos de ellos con éxito, como el reportado por Jonathan Hutchinson en 1783.

Ya en 1921 Perrín, trató de explicar que el tejido linfático era el causante de la invaginación. Steryn y Bell demostraron que tanto la virosis como la adenitis mesentérica contribuían en los problemas de la invaginación.

Desde 1927 se iniciaron estudios con enema de Bario para tratar la invaginación en niños; este método fué muy de batido, pero se ha comprobado que para su diagnóstico y tratamiento es uno de los más importantes a considerar actualmente.

En Guatemala, este problema ha sido estudiado por distintos médicos entre ellos: Martínez Ocrasa, 1958; Eduardo Silva, 1969; Rodolfo Durán, 1963; Roderico Monzón, 1969 y Efraín Ochoa, 1978.

## DEFINICION

## INVAGINACION INTESTINAL:

Se da el nombre de invaginación a la penetración de un segmento intestinal en otro adyacente. En la forma habitual descendente o anterograda, la porción próximal del intestino penetra en la porción distal. En la forma retrógrada o ascendente se produce la invaginación de una porción inferior del intestino en otra superior, en ocasiones excepcionales pueden observarse invaginaciones mixtas.

La invaginación intestinal puede tener diferentes significados clínicos según la época en que ocurra. En la primera infancia la etiología corre casi exclusivamente a cargo de un factor embriológico: la falta o retardo de coalscencia del mesocolon al peritoneo posterior. Se trataría de invaginaciones primitivas o idiopáticas. La evolución es, generalmente, aguda.

En la segunda infancia, el factor causal debe buscarse sobre todo en el divertículo de Meckel o en un tumor benigno.

La invaginación intestinal en el adulto tiene como etiología los tumores pediculados, pólipos intestinales,

lipomas submucosos, carcinomas, adenomas, etc. etc.

La invaginación intestinal en el adulto suele ser de curso subagudo o crónico.

Todas estas formas de invaginación tienen un gran significado clínico-quirúrgico de urgencia, por las alteraciones que ocasiona al tránsito normal intestinal, provocando los síndromes de obstrucción u oclusión agudas, acompañados o no de serias lesiones vasculares.

#### SINTOMATOLOGIA:

Ombredanne instituyó la ecuación: Signos de oclusión más emisión de sangre por el ano, igual invaginación; Feure: Sugiere que hay que establecer el diagnóstico clínico de invaginación antes de la eliminación de sangre por el ano; sintetizando el cuadro de la siguiente forma:

En todo lactante que presente crisis dolorosas paroxísticas intermitentes y vómitos, se debe practicar lo siguiente: Palpación abdominal profunda, tacto rectal, examen radiológico; con el cual surge la siguiente ecuación: Dolores paroxísticos abdominales intermitentes, más vómitos, más tumor es igual a invaginación.

Los niños adoptan una actitud de indiferencia, fijan vista, toleran el examen físico, inmobilizados, palidez mate, serios, abdomen meteorizado (signo de Dance).

Las madres relatan lo siguiente: Un niño activo, juetón que, sin causa aparente comienza a gritar, crisparse, a contorsionarse y flexionar sus piernas adoptando una posición gatuna; esto sucede en períodos intermitentes y en los intervalos el niño se queda tranquilo, vuelve a jugar hasta que nuevamente aparece el cólico.

Características:

Extremadamente pálido, ojos hundidos, inquietos, no se mueven, contrastan en general con el buen estado nutricional.

Su palidez está determinada por el intenso shock provocado por el gran tironeamiento del mesenterio y compresión de los filetes nerviosos a nivel del collar.

Este estado de shock se agrava debido a la obstrucción intestinal que tiene como resultado una absorción

tóxica masiva.

En general, estas crisis se acompañan con vómitos que se repiten por minutos o más espaciados, cada cuarto de hora, cada hora o cada dos horas.

Al establecerse los cólicos, rechazan el pecho o biberón, es decir, tienen una intolerancia gástrica.

Por la palpación se tratará de localizar el tumor de invaginación; se ha observado en ocasiones y coincidentemente con el cólico intestinal a la simple inspección una elevación de la pared abdominal que corresponde al tumor de invaginación, el cual se puede palpar en la fosa ilíaca izquierda, derecha, periumbilical, sub-hepática, epigástrica en hipocondrio. Finalmente, puede salir la cabeza de invaginación por el orificio anal.

En la segunda infancia, se caracteriza por la forma sub-aguda o crónica, a veces puede manifestarse con una marcha aguda pero de menor intensidad que en la primera infancia.

En esta etapa, la forma más característica simula la apendicitis aguda, además los vómitos que suelen ser constantes; la sintomatología en vez de hacerse aparente de inmediato y alcanzar su acmé al segundo día, se va presentando en forma esporádica en el lapso de dos o tres semanas.

En el adulto la evolución adopta la forma crónica y secundaria a tumores malignos o benignos o a inversiones del apéndice o del divertículo de Meckel.

#### INCIDENCIA;

El 87% de los casos corresponde a niños menores de dos años, el 70% de todos los casos corresponde a niños entre las edades de 4 a 11 meses.

#### SEXO:

Tiene predilección por varones con una relación: 3:1 registrándose mayor número de casos en primavera y oto-

ño en otros países.

CAUSAS PREDISPONENTES:

A pesar de que en la mayor parte de los casos la cau  
sa predisponente es desconocida, los siguientes factores  
pueden ser coadyuvantes

ENTERITIS AGUDA:

Puede ocurrir durante o inmediatamente después de un  
episodio de enteritis. Los movimientos peristálticos al  
terados por la enfermedad pueden desencadenar la penetra  
ción de un segmento intestinal en forma de prolapso den  
tro de otro.

El divertículo de Meckel, pólipos, quistes, mal rota  
ción e inmadurez anatómica. Son lesiones específicas  
que se han encontrado como factores desencadenantes en  
el 5% de los casos. (Cap. 22 - pag. 375); lo mismo pue  
de aducirse de la inflamación del tejido linfoide de la  
pared intestinal, traumatismos abdominales e imbalance  
del sistema nervioso autónomo con hiperperistalsis.

## IMAGENES RADIOLOGICAS QUE PUEDEN PRESENTARSE EN LOS DISTINTOS TIPOS DE INVAGINACION

Imágenes en escaparela; radiografías que muestran la invaginación de frente. Un círculo blanco corresponde a la cabeza de la invaginación y una banda negra circular al líquido opaco que llena el espacio entre el tumor invaginado y el intestino receptor.

Cuando la radiografía se toma de perfil, las imágenes mas frecuentes son las formas en "U", en media luna, en copa.

En las invaginaciones laxas pueden aparecer surcos transversales u oblicuos que traducen las muescas de los distintos segmentos donde imágenes en espiral y helicoidales.

El enema de bario efectuado bajo fluoroscopia constituye el método de elección en lactantes y niños y los resultados son excelentes en más del 75% de los pacientes. Casos tempranos subagudos de invaginación que son conocidos, son frecuentemente reducidos por presión hidrostática.

SE HAN IDENTIFICADO DISTINTAS FORMAS  
DE INVAGINACION, ENTRE ELLAS:

ILIOILEAL:

Un segmento invaginado constituido por el ileon penetra en el extremo inferior de otro segmento ileal. No es muy frecuente; su tratamiento es quirúrgico.

ILIOCECAL:

La región ileocecal del ciego, penetra en el mismo pudiendo progresar hacia el colon. Constituye las formas cecocolónicas de la infancia. Su tratamiento es enema de bario, el cual es inocuo y eficaz.

ILIECECOLOCONICA:

Junto con la ileocecal alcanzan el 63% en frecuencia. Comienza la última porción del delgado y penetra en el

ciego a través de la válvula de Bauhin, recorriendo el colon. Tratamiento: Primeramente se hará la reducción con enema de bario. si este fracasa se hace laparatomía.

#### ILEOILEOCECOCOLOCÓNICA:

Es la forma quirúrgica de la invaginación, representa el 18%. Invaginación previa ileoileal que sigue su curso, pasa la válvula de Bauhin, arrastra el ciego invaginándolo en el colon. En las formas laxas puede exteriorizarse a través del orificio anal.

#### COLONOCOLOCÓNICA:

Segmento invaginado constituido por el colon penetra en otro segmento distal colónico. Origen tumoral; su tratamiento es exclusivamente quirúrgico.

## TRATAMIENTO

El tratamiento inicial debe dirigirse a dicha obstrucción, e incluye intubación nasogástrica y succión para evitar el vómito y la posible aspiración de material gástrico; se aplican electrolitos y sangre por vía intravenosa según la necesidad.

### TRATAMIENTO INCRUENTO:

El enema con doble medio de contraste servirá no solo para observar el diagnóstico clínico, si no que hoy debe ser considerado como el medio terapéutico más inocuo y eficaz para conseguir la desinvaginación en el 80% de las formas ileocecales y secocecales. En las invaginaciones con más de 48 horas de evolución el método radiológico debe usarse con sumo cuidado.

DESARROLLO DEL TRABAJO Y PRESENTACION DE RESULTADOS A MANERA DE SITUAR GEOGRAFICA Y SOCIALMENTE EL PROBLEMA DISCUTIDO EN ESTE TRABAJO. SE PRESENTA UNA RESEÑA MONOGRAFICA DEL AREA DONDE EL MISMO SE REALIZO.

El pasado histótico de Mazatenango y áreas vecinas está ligado a las costumbres precolombinas, predominantemente a la cultura Quiché, tal se comprueba con la existencia de costumbres ancestrales y con el predominio del idioma Quiché, entre sus actuales descendientes, aquellos núcleos poblacionales de San Bartolomé de Mazatenango, que fue el asiento de la alcaldía mayor de Suchitepéquez y, a partir del 6 de Noviembre de 1915 por acuerdo gubernativo fué elevado a la categoría de ciudad y actual Cabecera del Departamento de Suchitepéquez.

DIVISION POLITICA Y POBLACION DEL  
DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ

Este Departamento se encuentra situado al Sur de la República y, actualmente, dividido en 20 Municipios que son:

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| Mazatenango               | San Miguel Panam     |
| Cuyotenango               | San Gabriel Chicacao |
| San Francisco Zapotitlán  | Patulul              |
| San Bernardino            | Santa Bárbara        |
| San José El Idolo         | San Juan Bautista    |
| Santo Domingo             | Santo Tomás La Unión |
| San Lorenzo               | Zunilito             |
| Samayac                   | Pueblo Nuevo         |
| San Pablo Jocopilas       | Río Bravo            |
| San Antonio Suchitepéquez |                      |

Que complementan una extensión total en 2715 Kms<sup>2</sup>.  
Su población (Censo clínico, área de Salud 1976) está

calculada por: Urbana 76150; Rural 186144, con un total de 262294 habitantes.

Los límites geográficos del actual Municipio son: Al Norte, Quetzaltenango, Sololá y Chimaltenango. Al Sur: con el Océano Pacífico. Al Este: con Escuintla; al Oeste con Retalhuleu.

Cabecera del Departamento es la Ciudad de Mazatenango, que se encuentra comunicada con la Capital de la República por vía asfaltada y por vía férrea, cuenta además con buenas instituciones de servicios públicos, como escuelas, iglesias, centro hospitalario, medios de comunicaciones sociales, etc. etc.

#### ECONOMIA:

La posición geográfica y la calidad de sus tierras hacen de Suchitepéquez una región eminentemente agrícola, siendo sus principales productos, café, algodón, caña de azúcar, cacao, cereales y frutas tropicales. Además de

Las tierras de cultivos existen excelentes pastizales para la crianza y explotación de ganado.

Esto hace de la región un lugar de trabajo y de fuentes de riquezas que, lamentablemente, se encuentran mal distribuidas.

#### EDUCACION Y SALUD:

En la Cabecera Departamental el rubro educación cuenta con una cobertura que va desde la escuela de párvulos hasta un Centro Regional Universitario, apéndice de la Universidad Autónoma de San Carlos, pero, en los Municipios restantes, estos servicios son limitados.

En el rubro de salud, funciona el Hospital Nacional de Mazatenango; es una Institución del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que cubre servicios que la salud del pueblo demanda. Cuenta con los siguientes recursos materiales:

Tiene una capacidad de 360 camas, las cuales pueden

umentarse hasta 380, se encuentra dividido en Departamentos, todos ellos bastante limitados de recursos. Ejemplo es el Departamento de Estadística y Archivo, donde el manejo de papeletas se dificulta, porque no hay una persona especializada que agilice el movimiento de papeletas, ya que al momento se recurre a procedimientos anticrónicos para poder obtener un dato de importancia. Como otro ejemplo podríamos citar el Departamento de Rayos X, manejado exclusivamente por un técnico en la materia, sin contar, hasta el momento, con un médico radiólogo que haga la interpretación adecuada o exámenes especiales para la mejor atención del paciente; estas situaciones fueron observadas al realizar parte del trabajo de investigación, pero especialmente, al cumplimiento del trabajo durante la práctica.

#### UMANOS:

A pesar de que cada uno de los departamentos y servicios cuenta con un médico jefe, es notoria la ausencia

e especialistas en determinadas ramas de la medicina, situación que en muchas ocasiones impide llegar a un diagnóstico definitivo, quedándose únicamente con la impresión clínica.

En las condiciones antes descritas fue realizado es trabajo, dándonos los siguientes resultados:

## CUADRO No. 1

## OBSTRUCCION INTESTINAL

|                        |    |
|------------------------|----|
| Obstrucción en General | 25 |
| Hernia encarcerada     | 10 |
| Ileo paralítico        | 30 |
| Invaginación           | 13 |
| Ascarides              | 10 |
| Volvulos               | 5  |
| Bridas                 | 5  |
| Cuerpo extraño         | 2  |

Este cuadro representa el total de historias clínicas que fueron revisadas con impresión clínica de Obstrucción Intestinal. Utilizándose únicamente las historias clínicas que tenían como impresión clínica Invaginación Intestinal o Intususcepción, las cuales fueron 13, confirmándose el diagnóstico en 6 casos por medios quirúrgicos, los restantes fueron tratados con enemas evacuadores; no se comprobaron radiológicamente, ignorándose si la invaginación cedió por sí sola; ya que no

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS Y DE  
LOS CASOS CONFIRMADOS SEGUN LA EDAD

| EDAD        | CASOS<br>DIAGNOSTICADOS | CASOS<br>CONFIRMADOS |
|-------------|-------------------------|----------------------|
| 0 - 1       | 3                       | 2                    |
| 1-10        | 4                       | 1                    |
| 11-20       | 1                       | 0                    |
| 21-30       | 2                       | 1                    |
| 31-40       | 1                       | 0                    |
| 41-50       | 2                       | 2                    |
| T O T A L : | <u>13</u>               | <u>6</u>             |

Vemos que la edad más afectada corresponde al primer año de vida.

## CUADRO No. 3

## INCIDENCIA DE CASOS SEGUN SEXO

| SEXO        | DIAGNOSTICO<br>PRESUNTIVO | CONFIRMADOS |
|-------------|---------------------------|-------------|
| Masculino   | 7                         | 5           |
| Femenino    | 6                         | 1           |
| T O T A L : | 13                        | 6           |

La bibliografía y estudios hechos refieren que el se xo más afectado es el masculino. Los datos del presente estudio confirman lo encontrado en otras latitudes.

CUADRO No. 4

OCUPACION MAS AFECTADA

|             |         |
|-------------|---------|
| NINGUNA     | 3       |
| JORNALERO   | 2       |
| ESTUDIANTE  | 1       |
| T O T A L : | 6 casos |

Como la mayor parte de casos se presenta en niños, el aspecto ocupacional no tiene ninguna importancia.

## CUADRO No. 5

## LUGAR DE PROCEDENCIA DEL PACIENTE

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| San Rafael Tierras del Pueblo | 1  |
| Tiquisate, Escuintla          | 1  |
| Chicacao                      | 1  |
| Mazatenango                   | 1  |
| Nuevo San Carlos, Reu.        | 1  |
| La Máquina, Reu.              | 1  |
| Nueva Concepción, Escuintla   | 1  |
| San José El Idolo, Such.      | 1  |
| San Andrés Villa Seca, Reu.   | 1  |
| San Antonio Such.             | 1  |
| Santa Bárbara, Such.          | 2  |
| Cuyotenango, Such.            | 1  |
| T O T A L :                   | 13 |

El mayor porcentaje pertenece al Departamento de Suchitepéquez, lo que era de esperarse, a pesar de que el Hospital atiende a pacientes de cualquier origen. En todo caso, la procedencia de casos es eminentemente rural.

## CUADRO No. 6

## SINTOMATOLOGIA MAS FRECUENTE

| SINTOMA               | DIAGNOSTICO<br>PRESUNTIVO | CONFIRMADO |
|-----------------------|---------------------------|------------|
| Diarrea sin<br>sangre | 4                         | 0          |
| Vómitos               | 6                         | 6          |
| Náusea                | 4                         | 0          |
| Taponamiento          | 6                         | 2          |
| Dolor Abdominal       | 6                         | 6          |
| Masas                 | 3                         | 3          |
| Distensión            | 6                         | 0          |
| Diarrea con<br>sangre | 1                         | 0          |
| T O T A L :           | 36                        | 17         |

La clásica tríada: Dolor Abdominal, vómitos, diarrea con sangre; casi se confirma en nuestro estudio ya que, a excepción de la diarrea con sangre, la mayor parte de estos pacientes presentó esa sintomatología.

## CUADRO No. 7

## SIGNOS

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Ruidos metálicos             | 3 |
| Abdomen en tabla             | 3 |
| Signo de rebote              | 1 |
| Ruidos intestinales ausentes | 4 |
| Ruidos intestinales escasos  | 1 |
| Masas                        | 3 |

Entre los signos de mayor frecuencia e importancia, fueron: Ruidos metálicos, ausencia de ruidos intestinales; lo cual es de importancia para el diagnóstico.

## CUADRO No. 8

PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN LOS  
DIAGNOSTICOS DE LOS CASOS

|            |   |
|------------|---|
| RAYOS X    | 6 |
| NO TOMADOS | 7 |

El examen radiológico como medio de diagnóstico de la invaginación intestinal, debe incluirse en el mismo; el tratamiento por método incruento, así se use el ene ma de Bario, o aire, servirá no sólo para confirmar el diagnóstico clínico, sino que es un medio terapéutico eficaz para conseguir la desinvaginación.

## CUADRO No. 9

|                |   |
|----------------|---|
| ENEMA DE BARIO | 4 |
| TACTO RECTAL   | 0 |
| SONDA RECTAL   | 2 |

Enema de bario solo estaba indicado ya que no se comprobó ninguno. El tacto rectal es un examen que debe efectuarse a todo paciente con problemas gastrointestinales; ya que según estudios tiene un alto índice de positividad en la invaginación; lamentablemente, en este servicio no toman en cuenta este procedimiento o bien no es anotada su ejecución en el Registro Clínico del paciente.

## TRATAMIENTO

|                  |    |
|------------------|----|
| SOLUCIONES       | 12 |
| SUCCION CONTINUA | 12 |
| SONDA RECTA      | 2  |
| ANTIBIOTICOS     | 6  |
| TRANSFUSIONES    | 5  |
| ANTIESPASMODICOS | 6  |

Se observa que los procedimientos terapéuticos utilizados coinciden con el tratamiento indicado, y que los antibióticos al igual que los antiespasmódicos también alcanzan un alto número de aplicaciones lo cual es contraindicado.

## CUADRO No. 11

## EVOLUCION

|                         |   |
|-------------------------|---|
| EVOLUCION SATISFACTORIA | 5 |
| COMPLICADA              | 1 |

La mayoría de pacientes tuvo una evolución satisfactoria, encontrándose un caso complicado el cual falleció por septicemia.

## CUACRO No. 12

| PACIENTES   | No. PACIENTE | PROMEDIO DIAS ESTANCIA UTILIZADOS POR PACIENTE |
|---|--------------|--|
| Con diagnóstico de invaginación intestinal al ingreso | 13           | 4  |
| Confirmado el diagnóstico y operados                  | 6            | 8  |
| Descartados   | 7            | 3  |

El promedio general de días estancia para los operados es de ocho días, dato aceptable, en tanto que los casos no confirmados consumieron días estancia que significan recursos utilizados innecesariamente.

## CUADRO No. 13

## TIPOS DE INVAGINACION

| SEXO | EDAD  | ILEOCECAL | ILEOCOLICA | ILEO-ILEAL |
|------|-------|-----------|------------|------------|
| M    | 0-1   |           | 2          |            |
| F    | 1-10  |           | 1          |            |
|      | 11-20 |           |            |            |
| M    | 21-30 | 1         |            |            |
|      | 31-40 |           |            |            |
| M    | 41-50 |           |            | 2          |

Vale más hacer abrir el abdomen, en caso dudoso, que contemporizar con una invaginación por falta de diagnóstico precoz.

## CONCLUSIONES

1. La edad más afectada es el primer año de vida.
2. El sexo más afectado es el masculino, confirmando datos de la bibliografía.
3. Los síntomas más frecuentes fueron: vómito, distensión, taponamiento, dolor abdominal.
4. El tratamiento quirúrgico fue el más usado en el medio.
5. El enema de bario, siendo un procedimiento diagnóstico no es utilizado, a pesar de que puede resolver muchos casos sin necesidad del acto quirúrgico.
6. El tacto rectal, siendo un medio de diagnóstico eficaz no es muy utilizado para fortalecer el diagnóstico.
7. La evolución en los problemas de invaginación intestinal son generalmente satisfactorios.
8. El Hospital de Mazatenango no hace uso de todas las técnicas o procedimientos de diagnóstico disponibles, lo que indica falta de preocupación por la calidad de atención.

## RECOMENDACIONES

1. Que los diagnósticos, tanto de ingreso como de egreso, sean revisados cuidadosamente.
2. Que los hospitales departamentales sean equipados al igual que los de la Capital, para prestar un mejor servicio a quienes demandan su atención.
3. Que los especialistas no se concentren solamente en la ciudad capital, sino que se haga conciencia de la necesidad de ellos, en áreas departamentales.
4. Debe hacerse uso de los recursos y técnicas de diagnóstico que estando disponibles y siendo de eficacia comprobada, ayudarían a confirmar los casos y a eliminar las dudas, con lo que se pueden evitar actos quirúrgicos innecesarios. Al final, lo que se pretende es darle mayor atención a la población con el menor riesgo posible.

## BIBLIOGRAFIA

BENSON, C.D. LLOYD J.R. and FISHER, H. Intussusception in infants. An analysis of 300 cases. Arch Surg. 86:745, 1963.

BROWNS, M.J. Intussusception of infancy and childhood. Arch. Surg. 84:499, 1962.

FREUND, H., HURVITZH., and SCHILLER, M. Etiology and Therapeutic aspects of intussusception in childhood. Am. J. Surg. 134 (2): 272-4, Aug. 1977.

FOX, P.F. Intussusception: Surgical Treatment. Surg. Clin. N. Amerc. 36: 1501 1956.

GIULIANO ALFREDO. Clínica y Terapéutica quirúrgica. 3a. ed. Buenos Aires, Argentina, El Ateneo, 1976.

HARLAFTIS, N. et al. The pattern of intussusception in adults. J. Med. Assoc. Ga. 66 (7): 534-9, J. 1977.

7. HARRISON. Medicina Interna 4 edición 1973 México  
Prensa Médica mexicana.
8. KAHLEZ, H.R. and THOMPSON, C.T. Diagnostic and  
rapeutic, considerations of intussusception. Surg  
Gynec. and Obst. 97: 693-701 1953.
9. MOORE, T.C. : The Managemente on Intussusception  
Infants and Children. Ann. Surg. 135:184 1952
10. PACKARD and ALLEN. Tretment of Intussusception  
Infants and children. Surgery 41 : 567-575 1957
11. RAVITH, M.M. and MC CUNE, R.M. Instussusception  
Infants and Children. 152 cases with discussion  
reduction by Barium Enema. J. Pediar. 37: 153-  
1958.
12. SPIRO, HOWARD, Gastro-Enteriología Médica. México  
Interamericana, 1972 Cap. IV.

Lilia Mercedes Cayún Rivera

Dr: Lilia Mercedes Cayún Rivera

J. Garcia

Asesor

Dr: Julio Cesar Garcia Perez

Carlos Waldheim

Revisor

Dr: Carlos Waldheim

Julio De Leon M.

Director de Fase III

Dr: Julio De Leon M.

Raúl A. Castillo

Secretario General

Dr: Raúl A Castillo R.

Vo.Bo.

Rolando

Decano

Dr: Rolando