UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

USO DE UN TROCAR DE NUEVO DISEÑO, DE DOBLE SALIDA, PARA LA DECOMPRESION DE INTESTINO DELGADO EN LA OBSTRUCCION AGUDA

ARTURO RIOS VILLATORO

PLAN DE TESIS

1.- INTRODUCCION

2.- ANTECEDENTES

3.- JUSTIFICACIONES

4.- OBJETIVOS

5.- HIPOTESIS

6.- MATERIAL Y METODOS

7.- ELEMENTOS DE INFORMACION BASICA

7.1.- Técnica Quirúrgica para el uso de un Trocar de Doble Salida, para la decompresión de Intestino Delgado en la obstrucción aguda.

7.2.- Ventajas de la Decompresión, en Obstrucción Aguda de Intestino Delgado.

8. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

9.- CONCLUSIONES

10.- RECOMENDACIONES

11.- BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Considerando que uno de los accidentes quirúrgicos más frecuentes es la obstrucción aguda del intestino delgado y que constituye una emergencia, se decidió realizar la presente investigación, no con el propósito de revisar las causas que originan este problema, sino las ventajas que tiene una decompresión operatoria adecuada, lo cual permite la fácil manipulación del intestino delgado y la visualización pronta del área de obstrucción, disminuyendo así la morbilidad, mortalidad y tiempo de intervención quirúrgica.

Con esta investigación, se propone dar a conocer y demostrar a médicos y cirujanos el uso correcto y seguro de el trocar de doble salida. La experiencia obtenida da una tasa de mortalidad de 0.00o/o con el uso decompresivo del trocar de doble salida, en un estudio de quince casos, con obstrucción aguda del intestino delgado. Estos fueron tomados de las salas de cirugía de mujeres y hombres del Hospital Nacional de Huehuetenango, incluyendo cinco resecciones. En el lapso de tres años seis meses, comprendidos de Octubre de 1976 a Marzo de 1980.

En la presentación de análisis y resultados se reporta el caso de un paciente fallecido, no por el uso del trocar decompresivo, sino por una causa secundaria.

II. ANTECEDENTES

En la literatura nacional no se encuentra estudio algu al respecto del presente trabajo. Unicamente un estud extranjero de cinco años de duración, en el departamento Cirugía del Hospital de San José, Houston, Texas, U.S.A encontrando 502 casos de obstrucción aguda de intesti delgado, incluyendo 103 resecciones en los cuales se usó trocar decompresivo de doble salida, teniendo una mortalid de 30 casos, lo que hace un porcentaje de 5.9o/o.

III. JUSTIFICACION

Sabiendo que la decompresión aguda de intestino delgado al efectuar la laparotomía ha sido un tema de mucho interés, por las ventajas y desventajas que representa para el paciente dicha intervención, considero justificable dar a conocer una nueva técnica de decompresión, con un trocar de doble salida, diseñado, por el Dr. Payton Barns, de EE.UU. el cual es usado en el Hospital Nacional de Huehuetenango, en donde se realizó el presente estudio para dar a conocer sus ventajas. Dicho estudio es el primero en realizarse en todos los hospitales del país.

IV. OBJETIVOS

- Mejorar el manejo quirúrgico de los pacientes con obstrucción aguda del intestino delgado, con el trocar decompresivo.

- Contribuir con las investigaciones científicas realizadas en el Hospital Nacional de Huehuetenango y nuestro país.

- Hacer del conocimiento de médicos y cirujanos la técnica operatoria del trocar decompresivo de doble salida.

- Mejorar la atención hospitalaria del paciente con obstrucción aguda de intestino delgado.

- Reducir el tiempo de la intervención quirúrgica, disminuyendo así la morbilidad y mortalidad del paciente con obstrucción aguda de intestino delgado.

V. HIPOTESIS

EN LA OBSTRUCCION AGUDA DEL INTESTINO ELGADO, UNA DECOMPRESION OPERATORIA ADECUADA, ERMITE LA FACIL MANIPULACION DEL MISMO Y LA ISUALIZACION PRONTA DEL AREA DE OBSTRUCCION, ISMINUYENDO ASI LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y EMPO DE INTERVENCION QUIRURGICA.

VI. MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo, se contó con la colaboración de asesor, revisor y material de las instituciones siguientes: Hospital Nacional de Huehuetenango, Bibliotecas de la Facultad de Medicina y Hospital Roosevelt.

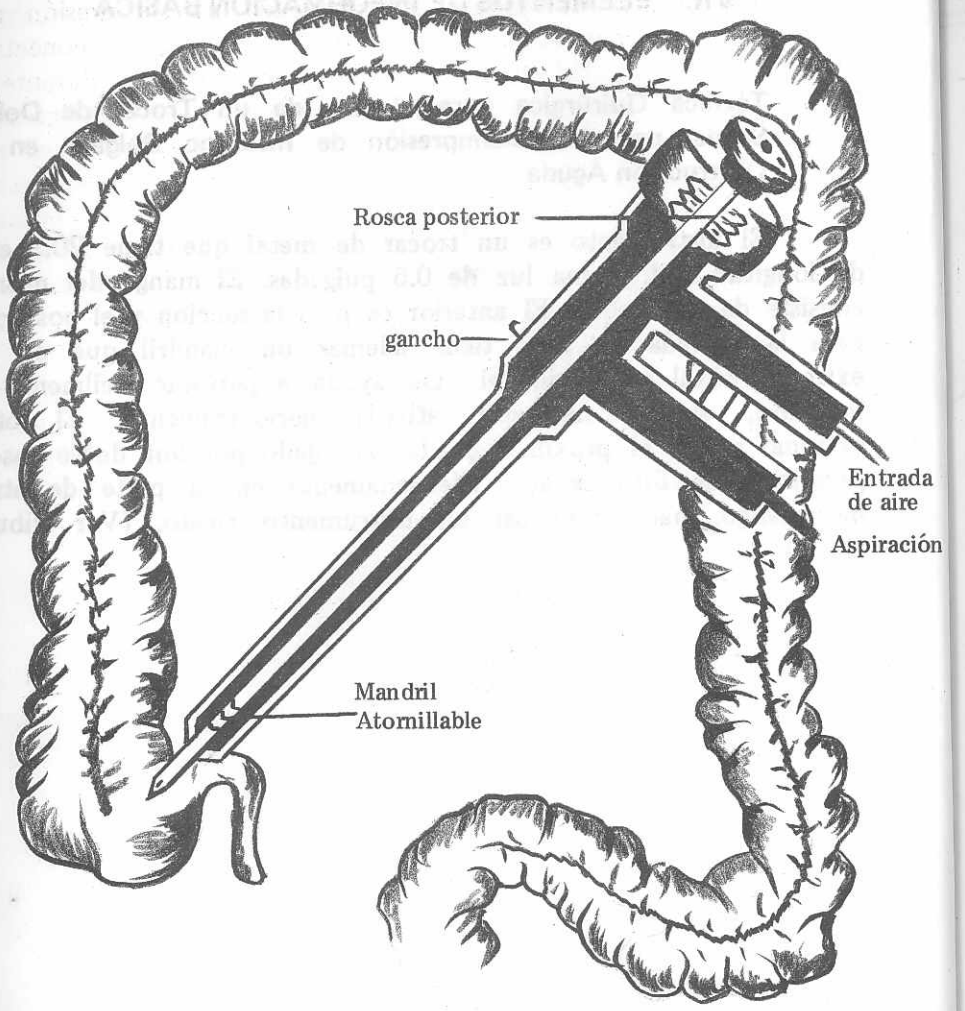
El estudio se llevó a cabo haciendo una revisión de tres años seis meses, comprendidos de 1976 a 1980, en la sección de cirugía de mujeres y hombres del Hospital Nacional de Huehuetenango, para lo cual fueron revisados los libros de estadística de los archivos de registros médicos, libro de sala de operaciones, libro de ingreso y egreso de las salas de cirugía de mujeres y hombres y obtener los registros médicos que tuvieran el diagnóstico de obstrucción aguda de intestino delgado, en los cuales fue usado el trocar decompresivo de doble salida.

Se contó además con una película, en la cual se pudo ver la técnica quirúrgica y el uso del trocar de doble salida, en un paciente con obstrucción aguda de intestino delgado.

VII. ELEMENTOS DE INFORMACION BASICA

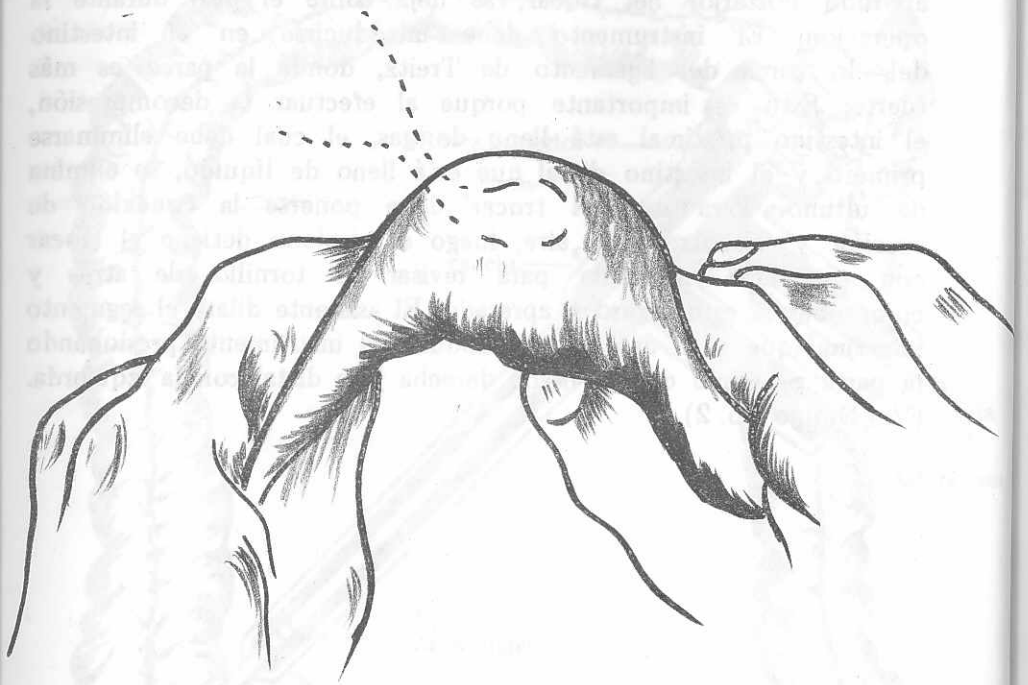
7.1 Técnica Quirúrgica para el uso de un Trocar de Doble Salida, para la Decompresión de Intestino Delgado en la Obstrucción Aguda.

El instrumento es un trocar de metal que tiene 20.3 cm. de longitud útil y una luz de 0.5 pulgadas. El mango del mismo consiste de dos tubos: El anterior es para la succión y el posterior para la entrada de aire, tiene además un mandril que en su extremo distal es agudo, el cual ayuda a perforar fácilmente el intestino, siendo necesario afilarla periódicamente. El otro extremo o sea el proximal puede ser fijado por una doble rosca, permitiéndole ésto sellarlo adecuadamente en la parte de atrás del mango, haciéndolo así un instrumento rígido. (Ver Dibujo No. 1).



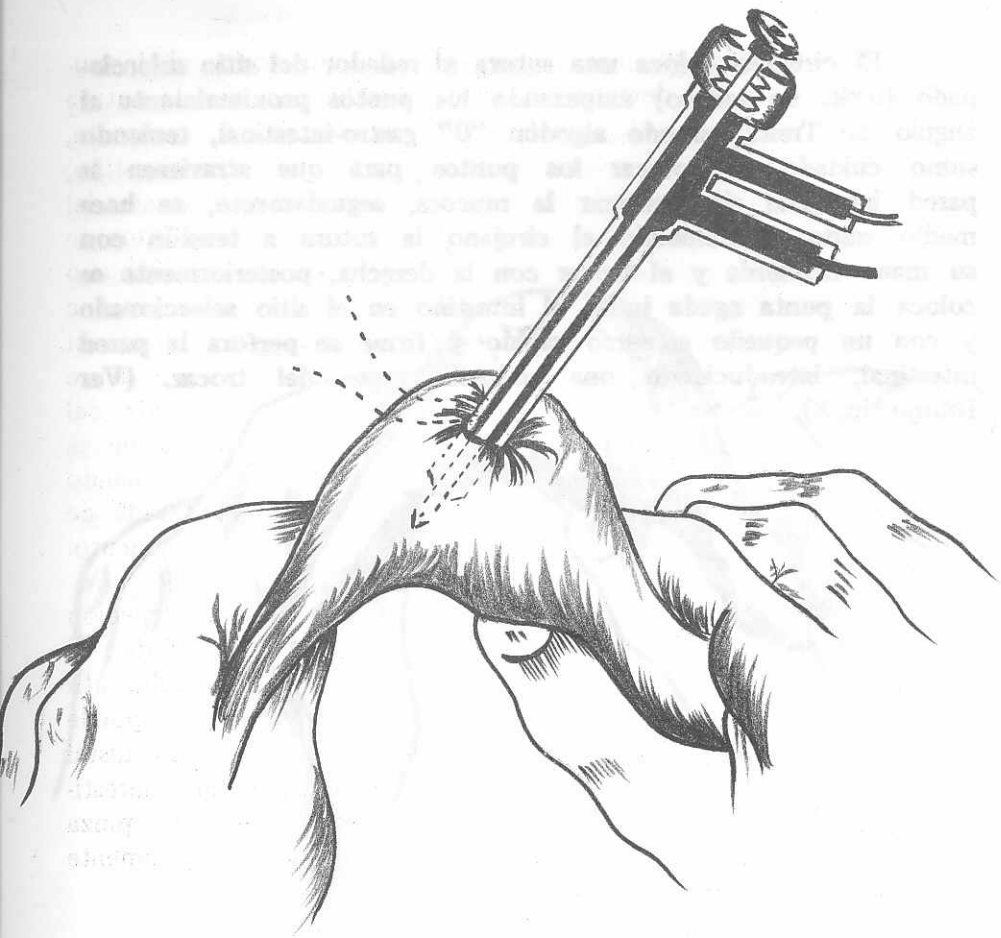
Dibujo No. 1.— El dibujo No. 1, nos muestra las partes de que consta el trocar de doble salida, teniendo una longitud de 30 cms. en total, lo que cubre del ángulo de Treizt, a la válvula ileocecal.

La succión del trocar es controlada por la presión que pone el cirujano con el pie sobre el tubo de goma, que conectado al tubo posterior del trocar, se deja sobre el piso durante la operación. El instrumento debe introducirse en el intestino delgado cerca del ligamento de Treitz, donde la pared es más fuerte. Esto es importante porque al efectuar la decompresión, el intestino proximal está lleno de gas, el cual debe eliminarse primero y el intestino distal que está lleno de líquido, se elimina de último. Para usar el trocar debe ponerse la conexión de succión y la entrada de aire, luego el cirujano detiene el trocar con su mano izquierda para revisar el tornillo de atrás y comprobar si está seguro y apretado. El asistente dilata el segmento intestinal que va a usar para introducir el instrumento presionando la parte proximal con la mano derecha y la distal con la izquierda. (Ver Dibujo No. 2).



Dibujo No. 2.— El dibujo número 2, nos indica la forma en que el asistente dilata el segmento intestinal, para introducir el instrumento, presionando la parte proximal con la mano derecha y la distal con la izquierda. Obsérvese además la bolsa de tabaco.

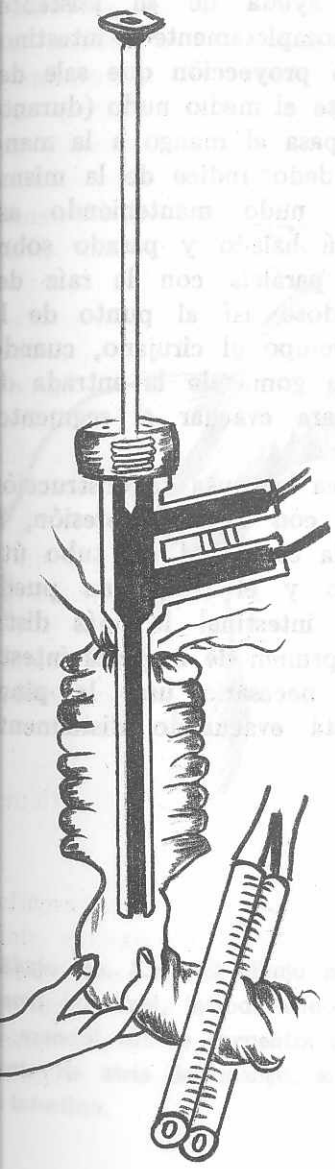
El cirujano coloca una sutura al rededor del sitio seleccionado (bolsa de tabaco) empezando los puntos proximalmente al ángulo de Treitz, usando algodón "0" gastro-intestinal, teniendo sumo cuidado al colocar los puntos para que atraviesen la pared intestinal sin penetrar la mucosa, seguidamente, se hace medio nudo manteniendo el cirujano la sutura a tensión con su mano izquierda y el trocar con la derecha, posteriormente se coloca la punta aguda junto al intestino en el sitio seleccionado y con un pequeño esfuerzo rápido y firme se perfora la pared intestinal, introduciendo una pequeña parte del trocar. (Ver Dibujo No. 3).



Dibujo No. 3.— El dibujo número 3, nos muestra la forma de perforar la pared intestinal, introduciendo una pequeña parte del trocar. Obsérvese que el mandril aún se encuentra en su posición original, el que será fijado en la parte de atrás del mango, antes de introducir el barril total y distalmente al intestino.

Después de su penetración, el asistente toma el instrumento en su mano derecha, el cirujano hala a la vez la sutura con la mano izquierda, luego con ayuda de su asistente, introduce suavemente el trocar distal y completamente al intestino, hasta donde se encuentra un gancho o proyección que sale del instrumento donde se fijará temporalmente el medio nudo (durante el período de decompresión), luego se pasa el mango a la mano izquierda del asistente, el que con el dedo índice de la misma mano, hará presión sobre el medio nudo manteniendo así segura la sutura. Así el intestino estará halado y pasado sobre el tubo del trocar, en una dirección paralela con la raíz del mesenterio y en forma distal, acercándose así al punto de la obstrucción lo más posible, al mismo tiempo el cirujano, cuando él desea pone el pie sobre el tubo de goma de la entrada de aire que se encuentra en el piso, para evacuar el segmento.

Para reducir el shock no se busca la causa de obstrucción hasta que se haya terminado primero con la decompresión, si ésto es posible. Sin embargo, cuando la capacidad del tubo útil está cubierto por el intestino plegado y el trocar no puede pasar más allá, se coloca una pinza intestinal lo más distal posible y entonces líquido y gas se exprimen de la pinza intestinal hacia el instrumento (puede ser necesario usar la pinza intestinal varias veces mientras se está evacuando distalmente el intestino). (Ver Dibujo No. 4)



Dibujo No. 4.— El dibujo número 4, nos muestra que la capacidad del tubo útil está cubierto por el intestino plegado, no siendo posible introducir más allá el trocar (distalmente). Se observa colocada también una pinza intestinal, que facilita con la ayuda de la mano del cirujano a exprimir fluído y gas hacia el instrumento. El mandril se encuentra fijado en la parte posterior del mango (forma correcta para iniciar la decompresión).

Es de esta forma como se vacía el intestino de líquido y gas por medio de la succión, después se deja que los pliegues intestinales caigan del instrumento del intestino sobre el tubo. El trocar queda libre y dentro del intestino únicamente la porción que se introdujo inicialmente; para prevenir la contaminación se desatornilla el mandril de la rosca posterior y se coloca en su posición original.

Mientras el asistente mantiene el trocar, el cirujano retira la sutura del gancho fijado con anterioridad en forma temporal, sacando seguidamente la punta del trocar y colocando en el lugar de la perforación una gasa gruesa para evitar contaminación. En el momento de retirar la punta del instrumento, se remata el medio nudo poniendo además un punto para cerrar la herida, sosteniendo seguidamente el intestino con dos pinzas de Badcock y aplicando suturas interrumpidas y paralelas al eje largo del intestino, ya que de esa manera no se reduce el tamaño de la luz intestinal, teniendo cuidado de cerrar muy bien las ranuras después de asegurarse que la herida punzante haya sido completamente cerrada. El cirujano, el asistente y la instrumentista deben cambiar sus guantes antes de corregir la obstrucción y el cierre abdominal. Por lo tanto las lesiones o cualquier banda gruesa fibrosa patológica se localiza fácilmente y es susceptible de corrección inmediata.

Usualmente la decompresión de intestino delgado tiene una duración de quince a dieciocho minutos.

Hay que hacer notar que en nuestro medio, los ascaris o restos de alimentos tragados enteros, obstruyen la luz del instrumento en el momento de la operación, pero con sólo desatornillar el mandril y volverlo a colocar dentro del tubo, expulsa los parásitos o restos alimenticios y puede continuarse la aspiración, después de volver el mandril a su posición original posterior.

7.2 Ventajas de la Decompresión, en Obstrucción Aguda del Intestino Delgado.

La aspiración del intestino al efectuar la laparotomía ha gozado períodos de popularidad y fases de descrédito. Antes de conocerse técnicas más adecuadas, se consideraba que el método más eficaz para disminuir la distensión era la de utilizar sondas de gran diámetro con perforaciones múltiples; cuando el intestino se había colapsado por aspiración, se plegaba sobre el tubo.

Tal intervención, claro está, incluía cierto grado de contaminación y muchas manipulaciones del intestino. La morbimortalidad era alta, por el desconocimiento de una terapéutica sustitutiva. Al crearse en 1932 los métodos de decompresión eficaz, casi unánimemente se abandonó la aspiración del intestino con dichas sondas. Ochsner y Storck en 1936 la condenaron fundándose en datos experimentales y clínicos, ya que las manipulaciones del intestino distendido producen neta caída de la presión arterial.

Actualmente,cuando la terapéutica substitutiva adecuada ha disminuído el peligro de estas técnicas, las ventajas de aspirar el intestino se han puesto de manifiesto. Incluyen facilitar la operación, aliviar inmediatamente la distensión, lo cual facilita la normalización de la circulación, y suprimir el contenido intestinal mal tolerado por el paciente.

FACILITACION DE LA OPERACION

En muchos pacientes con distensión avanzada, es imposible descubrir la localización exacta de la obstrucción antes de aspirar el intestino. Se evita la eventración de asas gigantes. El cierre de la herida, imposible antes de aspirar, resulta fácil.

ALIVIO DE LA DISTENSION

El intestino pasa de un color púrpura obscuro al color normal cuando reaparecen las pulsaciones arteriolares. Noer, Derr y Johnston demostraron la importancia de disminuir la distensión, al observar en sus estudios de los vasos rectos del intestino que el riego sanguíneo estaba muy disminuído incluso con grados mínimos de distensión. Pronto reaparecen la actividad peristáltica. Además, el intestino colapsado puede devolverse al abdomen sin que se produzcan las angulaciones tan frecuentes cuando por fuerza se introducen asas distendidas. Los peligros de obstrucción post-operatoria han disminuído al bajar el contacto de paredes intestinales (adherencias).

SUPRESION DEL CONTENIDO INTESTINAL

El contenido intestinal carece de valor para el paciente y puede ser muy peligroso; por ello está justificado aspirar el intestino al efectuar la laparotomía en todos los casos de obstrucción excepto los muy tempranos, siempre que tal aspiración se efectúe con técnica aséptica.

VIII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO SEGUN EL LUGAR DE PROCEDENCIA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Procedencia	No. de Casos	Porcentaje
Chiantla	3	20.00
Cuilco	3	20.00
Santa Bárbara	2	13.33
Todos Santos	2	13.33
San Miguel Acatán	1	6.66
Huehuetenango	1	6.66
La Libertad	1	6.66
Momostenango (Totonicapán)	1	6.66
San Francisco El Alto (Totonicapán)	1	6.66
Total.	15	100.00

En el Cuadro No. 1 podemos observar el lugar de procedencia de los casos de obstrucción aguda de intestino delgado, así vemos que los municipios de Chiantla y Cuilco, fueron los que más casos aportaron con una frecuencia de 20o/o, le sigue Santa Bárbara y Todos Santos con 13.33o/o y con el 6.66o/o los municipios restantes.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO DE LOS CASOS DE OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Grupo Etáreo	No. de Casos	Porcentaje
15 a 24 años	4	26.66
25 a 34 años	5	33.33
35 a 44 años	1	6.66
45 a 54 años	1	6.66
55 a 64 años	2	13.33
65 a 74 años	1	6.66
75 a 84 años	1	6.66
Total	15	100.00

La frecuencia de casos según el grupo etáreo está representada en el Cuadro No. 2, interpretando que los grupos más afectados fueron los comprendidos entre las edades de 25 a 34 años con 5 casos y de 15 a 24 años con 4 casos, lo que da un 33.33o/o para el primero y 26.66 para el segundo. Se observan 2 casos entre las edades de 55 a 64 años con 13.33o/o.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE CASOS DE OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO SEGUN SEXO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Sexo	No. de Casos	Porcentaje
Masculino	14	93.33
Femenino	1	6.66
Total	15	100.00

En el cuadro No. 3, se aprecia que en el estudio realizado 14 casos pertenecen al sexo masculino con un 93.33o/o y un caso femenino con 6.66o/o.

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO, SEGUN ELTIEMPO QUE TRANSCURRIO DESDE EL INICIO DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS HASTA SU INGRESO AL HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Tiempo de Evolución	No. de Casos	Porcentaje
1 día	2	13.33
2 días	2	13.33
3 días	4	26.66
4 días	4	26.66
5 días	3	20.00
Total	15	100.00

Como se explica en el encabezado del Cuadro No. 4, el tiempo se sacó según la referencia de los pacientes con obstrucción aguda de intestino delgado, desde que inició el cuadro obstructivo hasta su ingreso al hospital.

CUADRO No. 5

SIGNOS Y SINTOMAS DE PACIENTES CON OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO PRESENTADOS A SU INGRESO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Signos y Síntomas	No. de Casos	Porcentaje
Distensión Abdominal	15	100.00
Náusea y Vómitos	15	100.00
Paro del Tránsito Intestinal	15	100.00
Ruidos intestinales metálicos (de lucha)	11	73.33
Ausencia ruidos intestinales	4	26.66
Ampolla rectal vacía	3	20.00
Oliguria	2	13.33
Anuria	1	6.66

En el Cuadro No. 5, pueden apreciarse los signos y síntomas más frecuentemente presentados por los pacientes con obstrucción aguda de intestino delgado, vemos entonces que la distención abdominal, paro del tránsito intestinal, náusea y vómitos se presentaron en el 100o/o.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO SEGUN CIRUGIA PREVIA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Cirugía Previa	No. de Casos	Porcentaje
Hernioplastia Inguinal derecha	2	13.33
Volvulus del intestino delgado, laparotomía y resección de intestino delgado con anastomosis Termino Terminal - ileo ileal	1	6.66
Sin antecedentes	12	80.00

En el Cuadro No. 6, puede observarse que el porcentaje de 80 correspondió a pacientes sin antecedentes quirúrgicos, siguiéndole los antecedentes de hernioplastía inguinal derecha con 13.33o/o.

Debe mencionarse que de los 2 casos de hernioplastia, una fue cirugía electiva y la otra de emergencia por hernia inguinal derecha incarserada.

CUADRO No. 7

SIGNOS VITALES DE INGRESO DE LOS PACIENTES CON OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO SEGUN SU EXPRESION MAXIMA, MINIMA Y PROMEDIO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Expresión	Temperatura	Pulso	Presión Arterial
Máxima	38 C	150 X	160/80 mm
Mínima	35.5 C	80 X	30/20 mm
Promedio	36.6 C	93 X	98/65 mm

El Cuadro No. 7, demuestra la variación de los signos vitales de los pacientes con obstrucción aguda de intestino delgado, tomados al ingreso al hospital. Así vemos que la mayor temperatura fue de 38°C y la mínima de 35.5°C con un promedio de 36.6°C, el pulso varió desde 150 a 80 pulsaciones por minuto, encontrando un promedio de 93 por minuto y por último la presión arterial una máxima de 160/80 mm a 30/20 mm, siendo el promedio de 98/65 mm.

CUADRO No. 8

CARACTERISTICAS ENCONTRADAS EN RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN DE PACIENTES CON OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO, A SU INGRESO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Características	No. de Casos	Porcentaje
Distensión Asas Intestinales	12	80.00
Niveles Hidroaéreos (líquido intraperitoneal)	9	60.00
Gas libre	1	6.66

Puede leerse en el Cuadro No. 8, que un 80o/o presentaron distensión de asas intestinales en obstrucción aguda de intestino delgado, en lo que respecta a radiografía simple de abdomen, el 60o/o niveles hidroaéreos, un único caso refiere gas libre con 6.66o/o.

CUADRO No. 9

VARIACION Y PROMEDIO DE LA HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO REGISTRADOS AL INGRESO DE LOS PACIENTES CON OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Variación	Hemoglobina	Hematocrito
Mayor	17.7 gr.	53o/o
Menor	12.2 gr.	35o/o
Promedio	14.5 gr.	44.2o/o

El Cuadro No. 9, manifiesta los exámenes de hemoglobina y hematocrito, encontrando que el valor mayor de hemoglobina fue de 17.7 gr. y el menor de 12.2 gr. siendo el promedio de 14.5 gr. Con respecto al hematocrito el valor mayor fue de 53o/o, el menor de 35o/o y el promedio de 44.2o/o. Los valores altos los consideramos así por hemoconcentración.

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE PACIENTES CON OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO SEGUN EL RECUENTO Y FORMULA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

No. de casos	Neutrófilos	Leucocitos	
1	92	20,700	
2	92	14,500	
3	68	12,200	
4	84	11,150	
5	90	10,900	Sin comp Sin compromiso
6	72	9,900	
7	51	9,600	
8	76	6,500	
9	62	5,400	
10	94	20,200	
11	86	11,150	Necrosi Necrosis y Resección
12	80	6,600	
13	81	4,350	
14	80	15,700	
15	88	25,450	Sin compromiso Bronconeumonía

Del cuadro anterior podemos decir que el recuento leucocitario no es determinante para diagnosticar necrosis intestinal, no así que la leucocitosis es más marcada en pacientes sin compromiso.

En la forma diferencial se encuentra marcado aumento de neutrófilos en la mayoría de los casos.

CUADRO No. 11

ORDENES MEDICAS Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO A SU INGRESO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Ordenes médicas y tratamiento	No. de Casos	Porcentaje
Soluciones	15	100.00
Sonda Nasogástrica	15	100.00
Nada por vía oral	15	100.00
Control de Ingesta y Excreta	15	100.00
Control Circunferencia Abdominal	8	53.33

En el cuadro No. 11, se aprecia que las órdenes médicas y tratamiento más frecuente fueron las soluciones, sonda nasogástrica, nada por vía oral, control de ingesta y excreta en un 100o/o; el control de circunferencia abdominal en 53.33o/o, pues aunque fue evaluada en el resto de pacientes no se hizo en forma seriada.

CUADRO No. 12

CLASE DE ANESTESIA USADA EN LA INTERVENCION QUIRURGICA DE PACIENTES CON OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Clase de Anestesia	No. de Casos	Porcentaje
General	15	100.00

CUADRO No. 13

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN EL ESTADO DEL INTESTINO Y CAVIDAD PERITONEAL EN EL MOMENTO OPERATORIO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Estado del intestino y cavidad peritoneal en el momento operatorio	No. de Casos	Porcentaje
Asas Intestinales Distendidas	15	100.00
Asas con cambio de coloración	5	33.00
Ascaris abundantes en ileon medio	1	6.66
Líquido intestinal en la cavidad peritoneal	1	6.66

El cuadro No. 13, nos indica que en pacientes con obstrucción aguda de intestino delgado el 100o/o presentó asas intestinales distendidas, el 33.00o/o asas con cambios de coloración y en un 6.66o/o se encontraron ascaris abundantes en ileon medio y líquido intestinal en la cavidad peritoneal.

CUADRO No. 14

DISTRIBUCION DE LOS CASOS SEGUN LOS HALLAZGOS OPERATORIOS ENCONTRADOS EN PACIENTES CON OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO

Hallazgos Operatorios	No. de Casos	Porcentaje
Volvulus de Intestino Delgado	6	40.00
Obstrucción de intestino delgado por brida Volvulus de intestino delgado	1	6.66
Volvulus de intestino delgado Necrosis del ileon terminal	1	6.66
Obstrucción intestinal por brida Necrosis ileon terminal por brida apretada	1	6.66
Ileo paralítico	1	6.66
Invaginación ileo cólica severa	1	6.66
Obstrucción de intestino delgado por bridas Perforación ileon terminal por distención	1	6.66
Obstrucción intestinal por bridas	1	6.66
Obstrucción intestinal por infección pélvica antigua, áreas de equimosis y necrosis focal de ileon medio, fístula ileo sigmoidea	1	6.66
Obstrucción intestinal por carcinoma invasivo de Colom	1	6.66
Total	15	100.00

El cuadro No. 14, nos demuestra que en pacientes con obstrucción aguda de intestino delgado un 40o/o se debió a volvulus de intestino únicamente, pues se encuentran volvulus y bridas en otros casos, pero acompañados de otros hallazgos.

CUADRO No. 15

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS PACIENTES CON OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Tratamiento Quirúrgico	No. de Casos	Porcentaje
Decompresión de Intestino Delgado con Trocar de Doble Salida	15	100.00
Corrección de Volvulus	6	40.00
Resección de brida Corrección de Volvulus	1	6.66
Corrección de Volvulus Resección intestinal, Anastomosis T.T., ileo ileal	1	6.66
Resección de brida Resección intestinal 5 cm. y anastomosis T.T., Apendisectomía	1	6.66
Resección intestinal ileo cólica, Anastomosis T.T. (ileocolostomía)	1	6.66
Resección de bridas, resección intestinal ileocólica, anastomosis T.T. ileocólica	1	6.66
Resección de bridas	1	6.66
Liberación de intestino delgado, corrección de fístula, resección intestino ileon terminal, anastomosis T.T.	1	6.66
Colostomia del Transverso	1	6.66

En el Cuadro anterior, podemos ver que el 100o/o fue tratado quirúrgicamente con el trocar de doble salida, entre los que se incluye un único caso que presentó ileo paralítico; el 40o/o sólo se le efectuó corrección de volvulus y con un 6.66o/o aparecen 8 casos tratados como el cuadro lo refiere.

CUADRO No. 16

MEDICAMENTOS MAS FRECUENTEMENTE USADOS EN SALA DE OPERACIONES EN LOS CASOS DE OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Medicamentos	No. de Casos	Porcentaje
Hartman	10	66.66
Atropina	9	60.00
Mixto	8	53.33
Prostigmine	7	46.66
Dextrosa	4	26.66
Akrinor	3	20.00

CUADRO No. 17

VARIACION Y PROMEDIO DEL TIEMPO DE INTERVENCION QUIRURGICA DE LOS PACIENTES CON OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Variación	Horas
Máximo	2:35
Mínimo	1:00
Promedio	2:77

CUADRO No. 18

DIAS HOSPITALIZACION, VARIACION Y PROMEDIO EN LOS CASOS DE OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Variación	Días Hospitalización
Máximo	49 días
Mínimo	7 días
Promedio	16 días

El paciente que permaneció 49 días hospitalizado, tuvo como complicación dehiscencia de herida operatoria. Otros pacientes, según notas del registro médico, permanecieron hospitalizados aún con orden de egreso, encontrándose el problema que los familiares encargados de los mismos no llegaron por ellos en la fecha indicada.

CUADRO No. 19

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS POR EL USO DE EL TROCAR DE DOBLE SALIDA, EN LOS CASOS DE OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Complicaciones Post-Operatorias	No. de Casos	Porcentaje
Dehiscencia herida operatoria	2	13.33
Sin Complicaciones	13	86.66
Total	15	100.00

Respecto al cuadro anterior, debemos mencionar que de los 2 casos con dehiscencia de herida operatoria, uno de ellos presentó como hallazgo en el momento quirúrgico, obstrucción de intestino delgado por bridas y perforación ileon terminal por distensión, el otro caso únicamente Volvulus de intestino delgado.

CUADRO No. 20

MORTALIDAD EN LOS CASOS DE OBSTRUCCION AGUDA DE INTESTINO DELGADO EN LOS CUALES SE USO EL TROCAR DE DOBLE SALIDA. HOSPITAL NACIONAL DE HUEHUETENANGO. OCTUBRE 1976 A MARZO 1980

Condición	No. de Casos	Porcentaje
Vivos	14	93.33
Muertos	1	6.66
Total	15	100.00

El único caso que se reporta como muerto, se trata de un paciente de 76 años de edad que fue laparotomizado, no habiéndose encontrado obstrucción intestinal, nada más un íleo paralítico reflejo, efectuándosele decompresión con el trocar de doble salida.

El paciente falleció por bronconeumonía severa, insuficiencia cardíaca congestiva y aspiración de vómito 24 horas después de haber sido intervenido quirúrgicamente.

IX. CONCLUSIONES

1. El uso adecuado del trocar de doble salida en la decompresión de intestino delgado, disminuye la morbilidad, mortalidad y tiempo de intervención quirúrgica.

2.- Una decompresión operatoria adecuada, permite la fácil manipulación del intestino delgado y la visualización pronta del área de obstrucción.

3.- Con el uso correcto del trocar de doble salida en la decompresión de intestino delgado, se reduce en lo más mínimo el peligro de contaminación.

4.- La supresión del contenido intestinal, mediante la decompresión, mejora el estado del paciente.

5.- Los ascaris y alimentos tragados enteros, no obstruyen la luz del instrumentos en el momento de la decompresión.

6.- El intestino colapsado puede devolverse al abdomen sin que se produzcan angulaciones, con lo cual se reduce los peligros de obstrucción post-operatoria.

7.- El tiempo promedio de intervención quirúrgica de pacientes con obstrucción aguda de intestino delgado, fue de 2 horas 17 minutos.

8.- De quince casos en los que se usó el trocar de doble salida, únicamente 2 presentaron dehiscencia de herida operatoria.

9.- En los quince casos estudiados y en los que se usó el trocar de doble salida, la mortalidad fue de 0.00o/o.

10.- Algunos de los registros médicos o fichas clínicas que se utilizaron en el presente estudio, carecen de datos importantes.

X. RECOMENDACIONES

1.- Tomando en cuenta que el Hospital Nacional de Huehuetenango, funciona como hospital escuela, y en el que se realizan frecuentes investigaciones, debe efectuarse un mejor seguimiento de las historias clínicas.

Equipar a las salas de operaciones de los hospitales de la capital y departamentales, con el trocar de doble salida, para el mejor manejo quirúrgico de pacientes con obstrucción aguda de intestino delgado.

Seguir realizando medios informativos sobre el uso y manejo del trocar de doble salida, para la decompresión del intestino delgado en la obstrucción aguda.

Elaborar un protocolo que incluya parámetros importantes, relacionados a la decompresión de intestino delgado, (presión arterial, pulso, coloración intestinal, peristaltismo presente y ausente, etc.) para posteriores estudios.

XI. BIBLIOGRAFIA

1.- Claude E. Welch. INTESTINAL OBSTRUCTION. COPYRIGHT UNDER THE INTERNATIONAL COPYRIGHT UNION c 1958 by THE YEAR BOOK PUBLISHERS, INC. CHICAGO.

2.- CIRUGIA INTESTINAL. Charles W. Mayo. Editorial Interamericana, S.A.

3. Ochsner, A., y Storck, A. H.: Mechanical decompression of intestine in treatment of ileus: Effect. of Stripping on blood pressure, Arch. Surg. 33:664, 1936.

4.- Noer, R.J.: Derr, J. W., y Johnston, C.G.: Circulation of Small intestine: Evaluation of its revascularizing potential, Ann. Surg. 130: 608, 1949.

5.- Barnes, J. P.: Trocar decompression in acute small bowel obstruction, Surgery. 37: 542, 1955.

6.- TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA. Dr. David. C. Sabiston, Jr. 10a. Edición Interamericana. Págs. 752, 832 a 840.

7.- MEDICINA INTERNA. Harrison. 4a. Edición, Tomo II. Págs. 1672 a 1675

8.- COMPENDIO DE ANATOMIA TOPOGRAFICA. L. Testut y O. Jacob. Décima Edición. Salvat Editores, S. A. Barcelona. Buenos Aires 1943. Págs. 290 a 294.

Br. _____

ARTURO RIOS VILLATORO. -

_____

Asesor.

FRANCISCO ROJAS GUERRERO

Dr. _____

Revisor.

EDUARDO GONZALEZ

_____

Director de Fase III

HECTOR A. NUILA E.

Dr. _____

Secretario

RAUL A. CASTILLO RODAS

_____

Decano.

ROLANDO CASTILLO MONTALVO