

**SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS QUE RECIBEN MANEJO MÉDICO
EN EL HUSJ DURANTE EL PERIODO 2012-2013.**



**ANUAR ARMANDO IDROBO ESCOBAR
RESIDENTE DE CIRUGIA GENERAL**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS QUIRURGICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD FAMILIAR
POPAYAN - 2013**

**SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS QUE RECIBEN MANEJO MÉDICO
EN EL HUSJ DURANTE EL PERIODO 2012-2013.**



**ANUAR ARMANDO IDROBO ESCOBAR
RESIDENTE DE CIRUGIA GENERAL**

**TRABAJO PRESENTADO COMO PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL
TITULO DE CIRUJANO GENERAL**

TUTOR CIENTÍFICO: DR. JUAN PABLO MARTINEZ.

TUTOR METODOLÓGICO: DRA. BEATRIZ BASTIDAS.

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS QUIRURGICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD FAMILIAR
POPAYAN - 2013**

NOTA DE ACEPTACION:

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

POPAYAN- DICIEMBRE- 2013

TABLA DE CONTENIDO

Pag

1. TITULO DEL PROYECTO.....	1
2. RESUMEN.....	2
3. <i>ABSTRACT</i>	14
4. INTRODUCCIÓN	15
5. OBJETIVOS.....	18
5.1. <i>OBJETIVO GENERAL</i>	18
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
6. METODOLOGIA	19
6.1. TIPO DE DISEÑO	19
6.2. UNIVERSO.....	19
6.3. POBLACION – MUESTRA SUJETO DE ESTUDIO	19
6.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	20
6.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION.....	20
6.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.....	20
6.5. METODOS, TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION E INSTRUMENTOS.....	20
7. PLAN DE ANALISIS DE DATOS	23
8. CONSIDERACIONES ETICAS.....	26
9. RESULTADOS DEL PROYECTO- ARTICULO CIENTIFICO	28
10. DISCUSION	48
11. CONCLUSIONES	51
12. RECOMENDACIONES.....	53
13. BIBLIOGRAFIA	54

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla N° 1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	5
Tabla N° 2 ANTECEDENTES	6
Tabla N° 3 SÍNTOMAS	7
Tabla N° 4 SIGNOS CLÍNICOS, RADIOLÓGICOS	7
Tabla N° 5 ASPECTOS PARACLÍNICOS	8
Tabla N° 6 TIEMPOS	8
Tabla N° 7 MANEJO MÉDICO Y RESPUESTA	9
Tabla N° 8 HALLAZGOS QUIRÚRGICOS Y COMPLICACIONES	9
Tablas DE CONTINGENCIA	10

LISTA DE ANEXOS

	PAG
ANEXO 1 - INSTRUMENTO -----	58
ANEXO 2 - INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO -----	62
ANEXO 3 - CONSENTIMIENTO INFORMADO -----	68
ANEXO 4 - AVAL ETICO-----	71
ANEXO 5 - AVAL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA -----	65

1 TITULO DEL PROYECTO

“SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS Y QUE RECIBEN MANEJO MEDICO EN EL HUSJ DE POPAYAN DURANTE EL PERIODO 2012-2013.”

2 RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva prospectiva de pacientes con obstrucción intestinal por bridas que recibieron manejo medico en el HUSJ de Popayán durante el periodo de octubre 2012 y octubre de 2013, el propósito fue analizar el desenlace posterior a este tipo de manejo. Se hizo seguimiento a un total de 56 pacientes, encontrándose una edad promedio de 54.98 años, el grupo etario predominante fueron los pacientes mayores de 50 años (34 casos), la mayoría de afectados fueron del género masculino (33 casos), 51 pacientes tenían antecedentes de cirugías abdominales y 11 casos antecedente de cirugías pélvicas, la cirugía por procesos inflamatorios fue el antecedente más frecuente con 24 casos.

El intervalo de tiempo predominante entre el antecedente quirúrgico y la aparición de síntomas fue entre 1 – 5 años (48.3%) y el rango de tiempo predominante entre el inicio de síntomas y la consulta fue mayor a 24 horas en 38 casos. Igualmente el síntoma principal fue el vómito y la distensión abdominal con 38 casos cada uno, en los paraclínicos la leucocitosis se presentó en 15 casos y los trastornos hidroelectrolíticos solo en 9 pacientes, el hallazgo imagenológico principal fue la presencia de niveles hidroaéreo con 28 casos.

Todos los pacientes recibieron manejo conservador, 45 casos (80.4%) respondieron adecuadamente, 22 pacientes(39.3%) recibieron manejo medico por tiempo superior a 48 horas, 11 requirieron manejo quirúrgico donde el hallazgo principal fueron las bridas en 9 casos, finalmente 5 pacientes presentaron complicaciones médicas y 4 pacientes complicaciones quirúrgicas, el tiempo promedio de hospitalización fue 5.5 días, 1 paciente falleció a causa de carcinomatosis intestinal, y 4 egresaron con complicaciones (1 falla renal y 3 hernias postinsicionales).

Conclusiones: la obstrucción intestinal es una patología frecuente, con una importante morbilidad principalmente en pacientes que no responden al manejo médico.

MATERIALES Y METODOS

El tipo de estudio realizado fue descriptivo prospectivo observacional cuyo objetivo fue realizar un seguimiento a los pacientes que ingresaron con diagnóstico de obstrucción intestinal por bridas al HUSJ de Popayán y recibieron manejo médico durante el periodo comprendido entre octubre de 2012 y octubre de 2013, esto implicó una caracterización socio demográfica inicial, un seguimiento de este grupo de pacientes a través del tiempo desde el ingreso y los aspectos relacionados con el desenlace que incluyen tipo de manejo, días de hospitalización, complicaciones, observar la respuesta de los pacientes al manejo médico así como los hallazgos quirúrgicos de los pacientes que terminaron con esta decisión clínica y su estado al egreso hospitalario, con el fin de analizar el desenlace posterior al manejo médico que recibieron durante su estancia hospitalaria en este centro de salud.

Se incluyeron pacientes adultos que ingresaron al servicio de urgencias del hospital universitario San José en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de octubre de 2012 y 31 de octubre de 2013.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tuvo un $n=2085$ pacientes que fueron valorados por cirugía general durante el año 2010, con una prevalencia por bridas del 12%. Se tuvo en cuenta un intervalo de confianza del 95%, y un error estimado del 5%. El tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia y para el análisis de datos se utilizó el programa Epi info V.6.

RESULTADOS

Se incluyeron en total 56 pacientes, encontrándose en el análisis sociodemográfico una edad promedio de 54.98 años, rango mínimo- máximo(18, 85 años), el grupo etario predominante fueron los pacientes mayores de 50 años (34 casos- 60.7%), el sexo masculino fue el género más afectado (33 casos- 58.9%), la mayoría de los pacientes tenían antecedentes de cirugías abdominales (51 casos- 91.1%) y solo 11 casos (19.6%) antecedente de cirugías pélvicas, la cirugía por procesos inflamatorios fue el antecedente más frecuente (24 casos- 42.9%).

Por otra parte el intervalo de tiempo predominante transcurrido entre el antecedente quirúrgico y la aparición de síntomas fue entre 1 – 5 años con 27 casos (48.3%) y el rango de tiempo predominante entre el inicio de síntomas y la consulta fue mayor a 24 horas en 38 casos (67.9%).

Igualmente el síntoma principal fue el vómito y la distensión abdominal con 38 casos (67.9%) cada uno, en los paraclínicos la leucocitosis se presentó en 15 casos (26.8%), los trastornos hidroelectrolíticos solo en 9 pacientes (16.1%), y el hallazgo imagenológico principal fue la presencia de niveles hidroaéreo con 28 casos (50%).

Todos los pacientes recibieron manejo médico, 45 casos (80.4%) respondieron adecuadamente, 22 pacientes(39.3%) recibieron manejo medico por un tiempo mayor a 48 horas, 11 pacientes (19.6%) requirieron manejo quirúrgico, y el hallazgo quirúrgico principal fueron las bridas con 9 casos(81.8%), finalmente 5 pacientes presentaron complicaciones médicas y 4 pacientes tuvieron complicaciones quirúrgicas, el tiempo promedio de hospitalización fue de 5.5 días, 1 paciente falleció a causa de carcinomatosis peritoneal, y 4 egresaron con complicaciones (1 falla renal y 3 hernias postinsicionales).

En el análisis bivariado al realizar el cruce de las variables de interés científico con las variables de desenlace se encontró que se presentaron más complicaciones en los pacientes que recibieron manejo medico por un tiempo superior a 24 horas, con antecedente de 1 cirugía abdominal, igualmente los pacientes que consultaron después de 24 horas de inicio de los síntomas y en los pacientes con intervalo de tiempo de años entre el antecedente quirúrgico y el inicio de los síntomas, como hallazgo llamativo se encontró también que se presentaron mayor número de complicaciones entre los pacientes que no tenían leucocitosis, ni trastornos hidroelectrolíticos en los paraclínicos de ingreso, sin embargo no se pueden sacar conclusiones contundentes con estos hallazgos debido a que el tamaño muestral es pequeño lo que hace que el peso estadístico en las pruebas de significancia de estos datos sea menor.

TABLA 1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

VARIABLE		Sexo				TOTAL	
		Mujer		Hombre			
Edad	Media	58,35		52,64		54,98	
	SD	18,7		21,56		20,4	
	RANGO	66		68		68	
	(Min – Max)	(19 – 85)		(18 – 85)		(18 - 85)	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Procedencia	Urbano	17	73,9	17	51,5	34	60,7
	Rural	6	26,1	16	48,5	22	39,3
Escolaridad	Ninguno	1	4,3	6	18,2	7	12,5
	Primaria	8	34,8	10	30,3	18	32,1
	Secundaria	12	52,2	14	42,4	26	46,4
	Universitario	2	8,7	3	9,1	5	8,9
	Técnico		0		0		
	Postgrado		0		0		
Estrato Social	Estrato 1	13	56,5	19	57,6	32	57,1
	Estrato 2	2	8,7	4	12,1	6	10,7
	Estrato 3	8	34,8	10	30,3	18	32,1
Seguridad Social	Vinculado	1	4,3	1	3,0	2	3,6
	Subsidiado	9	39,1	22	66,7	31	55,4
	Contributivo	13	56,5	10	30,3	23	41,1

TABLA 2 ANTECEDENTES		Sexo				TOTAL	
		Mujer		Hombre			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Cirugía Pélvica	No	16	69,6	29	87,9	45	80,4
	Si	7	30,4	4	12,1	11	19,6
Cual Cirugía pélvica	Cesáreas	4	17,4		0	4	7,1
	Anexo y/o histerectomía	3	13,0		0	3	5,4
	Prostatectomía	0		4	100	4	7,1
Cirugía Abdominal	No	3	13,0	2	6,1	5	8,9
	Si	20	87,0	31	93,9	51	91,1
Cuales Cx abdominales	Cirugía oncológica	3	13,0	4	12,1	7	12,5
	Cirugía por procesos inflamatorios	11	47,8	13	39,4	24	42,9
	Cirugía por traumatismo		0	7	21,1	7	12,5
	No Cirugía abdominal	3	13,0	2	6,1	5	8,9
	otras Cirugías	6	26,1	5	15,2	11	19,6
	cirugía por patología vascular		0	1	3,0	1	1,8
No. Cx Abdominal Previa	0	2	8,7	2	6,1	4	7,1
	1	8	34,8	21	63,6	29	51,8
	2	11	47,8	6	18,2	17	30,4
	3		0	3	9,1	3	5,4
	4		0	1	3,0	1	1,8
	8	1	4,3	0	0	1	1,8

TABLA 3 SÍNTOMAS

		Sexo				TOTAL	
		Mujer		Hombre			
		Recuento		Recuento			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Presencia de Vómito	No	10	43,5	8	24,2	18	32,1
	Si	13	56,5	25	75,8	38	67,9
Distensión abdominal	No	8	34,8	10	30,3	18	32,1
	Si	15	65,2	23	69,7	38	67,9
Fiebre	No	21	91,3	33	100	54	96,4
	Si	2	8,7		0	2	3,6
Taquicardia	No	21	91,3	27	81,8	48	85,7
	Si	2	8,7	6	18,2	8	14,3
Hipotensión	No	23	100	33	100	56	100
Ausencia Deposición	No	10	43,5	5	15,2	15	26,8
	Si	13	56,5	28	84,8	41	73,2

TABLA 4 SIGNOS CLÍNICOS, RADIOLÓGICOS

		Sexo				TOTAL	
		Mujer		Hombre			
		Recuento		Recuento			
SIGNOS CLÍNICOS		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Irritación peritoneal	No	22	95,7	31	93,9	53	94,6
	Si	1	4,3	2	6,1	12	21,4
Peristaltismo	No	4	17,4	8	24,2	12	21,4
	Si	19	82,6	25	75,8	44	78,6
SIGNOS RADIOLÓGICOS							
Nivel hidroaéreo	No	15	65,2	13	39,4	28	50,0
	Si	8	34,8	20	60,6	28	50,0
Ausencia de aire distal	No	19	82,6	21	63,6	40	71,4
	Si	4	17,4	12	36,4	16	28,6

TABLA 5 ASPECTOS PARACLÍNICOS

		Sexo				TOTAL	
		Mujer		Hombre			
		Recuento		Recuento			
CUADRO HEMÁTICO		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Leucocitosis	No	18	78,3	23	69,7	41	73,2
	Si	5	21,7	10	30,3	15	26,8
ELECTROLITOS							
Trastorno electrolítico	No					47	83,9
	Si					9	16,1
Hipokalemia leve- 6 pacientes							
Hipokalemia moderada- 3 pacientes							

TABLA 6 TIEMPOS

		Sexo				TOTAL	
		Mujer		Hombre			
		Recuento		Recuento			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Tiempo antecedente quirúrgico	Primera semana	2	8,7	2	6,1	4	7,1
	Primer mes	1	4,3	3	9,1	4	7,1
	Primer año	5	21,7	5	15,2	10	17,9
	1-5 años	8	34,8	9	27,3	17	30,4
	6-10 años	3	13,0	5	15,2	8	14,3
	> 10 años	4	17,4	9	27,3	13	23,2
Tiempo entre síntomas y consulta	< 12 horas	5	21,7	2	6,1	7	12,5
	12 -24 horas	4	17,4	7	21,2	11	19,6
	> 24 horas	14	60,9	24	72,7	38	67,9
Tiempo de manejo Médico	< 12 horas	3	13,0	3	9,1	6	10,7
	12-24 horas	5	21,7	6	18,2	11	19,6
	24-48 horas	6	26,1	11	33,3	17	30,4
	> 48 horas	9	39,1	13	39,4	22	39,3
Tiempo hospitalización	Media	4,22		6,39		5,50	
	SD	3,919		7,992		6,669	
	Rango	14		36		36	
	(Min – Max)	(1 – 14)		(1 – 37)		(1 – 37)	

TABLA 7 MANEJO MÉDICO Y RESPUESTA

		Sexo				TOTAL	
		Mujer		Hombre			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Respuesta al manejo médico	No	3	13,0	8	24,2	11	19,6
	Si	20	87,0	25	75,8	45	80,4

TABLA 8 HALLAZGOS QUIRÚRGICOS Y COMPLICACIONES

		Sexo				TOTAL	
		Mujer		Hombre			
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Hallazgos quirúrgicos	Bridas	2	66,7	7	87,5	9	81,8
	Bridas y Necrosis	1	33,3	0	0	1	9,1
	Bridas y Perforación	0	0	1	12,5	1	9,1
Complicaciones	No	3	100	3	37,5	6	54,5
	Médica	0	0	2	25,0	2	18,2
	Quirúrgica	0	0	3	37,5	3	27,3

TABLA DE CONTINGENCIA

			Complicaciones			Total
			No	Médicas	Quirúrgicas	
No. Cx Abdominal Previa	0	Recuento	2	1	1	4
		% de No. Cx Abdominal Previa	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	1	Recuento	23	3	3	29
		% de No. Cx Abdominal Previa	79,3%	10,3%	10,3%	100,0%
	2	Recuento	16	1	0	17
		% de No. Cx Abdominal Previa	94,1%	5,9%	,0%	100,0%
	3	Recuento	3	0	0	3
		% de No. Cx Abdominal Previa	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	4	Recuento	1	0	0	1
		% de No. Cx Abdominal Previa	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	8	Recuento	1	0	0	1
		% de No. Cx Abdominal Previa	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	46	5	4	55
		% de No. Cx Abdominal Previa	83,6%	9,1%	7,3%	100,0%

TABLA DE CONTINGENCIA

			Complicaciones			Total
			No	Médicas	Quirúrgicas	
Tiempo entre Cx y Síntomas	Días	Recuento	6	0	1	7
		% de Tiempo entre Cx y Síntomas	85,7%	,0%	14,3%	100,0%
	Meses	Recuento	7	1	0	8
		% de Tiempo entre Cx y Síntomas	87,5%	12,5%	,0%	100,0%
	Años	Recuento	34	4	3	41
		% de Tiempo entre Cx y Síntomas	82,9%	9,8%	7,3%	100,0%
Total		Recuento	47	5	4	56
		% de Tiempo entre Cx y Síntomas	83,9%	8,9%	7,1%	100,0%

TABLA DE CONTINGENCIA

			Complicaciones			Total
			No	Médicas	Quirúrgicas	
Presencia Leucocitosis	No	Recuento	35	3	3	41
		% de Presencia Leucocitosis	85,4%	7,3%	7,3%	100,0%
	Si	Recuento	12	2	1	15
		% de Presencia Leucocitosis	80,0%	13,3%	6,7%	100,0%
Total		Recuento	47	5	4	56
		% de Presencia Leucocitosis	83,9%	8,9%	7,1%	100,0%

TABLA DE CONTINGENCIA

			Complicaciones			Total
			No	Médicas	Quirúrgicas	
Tiempo de Manejo Médico	< 12 Horas	Recuento	5	0	1	6
		% de Tiempo de Manejo Médico	83,3%	,0%	16,7%	100,0%
	12-24 Horas	Recuento	11	0	0	11
		% de Tiempo de Manejo Médico	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	24-48 Horas	Recuento	13	3	1	17
		% de Tiempo de Manejo Médico	76,5%	17,6%	5,9%	100,0%
	> 48 Horas	Recuento	18	2	2	22
		% de Tiempo de Manejo Médico	81,8%	9,1%	9,1%	100,0%
Total		Recuento	47	5	4	56
		% de Tiempo de Manejo Médico	83,9%	8,9%	7,1%	100,0%

TABLA DE CONTINGENCIA

			Trastornos Hidroelectrolíticos		Total
			No	Si	
Manejo Quirúrgico	No	Recuento	38	7	45
		% de Manejo Quirúrgico	84,4%	15,6%	100,0%
	Si	Recuento	9	2	11
		% de Manejo Quirúrgico	81,8%	18,2%	100,0%
Total		Recuento	47	9	56
		% de Manejo Quirúrgico	83,9%	16,1%	100,0%

TABLA DE CONTINGENCIA

			Trastornos Hidroelectrolíticos		Total
			No	Si	
Complicaciones	No	Recuento	39	8	47
		% de Complicaciones	83,0%	17,0%	100,0%
	Médicas	Recuento	4	1	5
		% de Complicaciones	80,0%	20,0%	100,0%
	Quirúrgicas	Recuento	4	0	4
		% de Complicaciones	100,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	47	9	56
		% de Complicaciones	83,9%	16,1%	100,0%

CONCLUSIONES

- La obstrucción intestinal por bridas es una patología frecuente que se presenta mayoritariamente en pacientes en edad social y económicamente productiva y que genera una morbilidad importante sobre todo en los paciente que no responden adecuadamente al manejo medico como se pudo evidenciar con el presente trabajo.
- Los pacientes con obstrucción intestinal por bridas total o parcial sin signos de estrangulación deben recibir manejo medico inicial debido a que la respuesta a este tipo de manejo es buena como se pudo observar en este estudio el 80.4 % de pacientes respondió de manera adecuada, teniendo en cuenta que la tasa de recidiva es menor con este tipo de manejo aunque el rango de tiempo para una nueva de recidiva sea igualmente menor.
- El mayor número de pacientes con complicaciones por obstrucción intestinal por bridas se presentó en los pacientes que tenían 1 antecedente de cirugía abdominal, en pacientes con mayor intervalo de tiempo entre el antecedente quirúrgico y el inicio de los síntomas, pacientes con consulta tardía luego del inicio de los síntomas y llamativamente se presentaron menos complicaciones entre los pacientes que tenían leucocitosis y trastornos hidroelectrolíticos en los paraclínicos de ingreso, estos hallazgos pueden ser tenidos en cuenta como variables clínicas predictores de prolongación del tiempo de manejo médico, presencia de complicaciones y mayor tiempo de hospitalización aunque con el tamaño muestral de este estudio es difícil que estos hallazgos puedan tener el peso estadístico necesario para sacar conclusiones válidas y para esto se necesitara de otros estudios con un mayor número de pacientes.

3 ABSTRACT

SUMMARY

A prospective descriptive study was conducted of patients with intestinal obstruction by adhesions who received medical management in Popayan HUSJ during the period October 2012 and October 2013, the purpose was to analyze the outcome after this type of management. They were followed for a total of 56 patients, finding an average age of 54.98 years, the predominant age group were patients older than 50 years (34) , most affected were males (33), 51 patients had history of abdominal surgery and 11 cases a history of pelvic surgery , surgery for inflammatory processes was the most frequent with 24 cases antecedent. The predominant time interval between surgical history and the onset of symptoms was between 1-5 years (48.3 %) and the range of predominant time between onset of symptoms and consultation was greater than 24 hours in 38 cases. Likewise, the main symptom was vomiting and abdominal distension with 38 cases each, paraclinical leukocytosis occurred in 15 cases and electrolyte disorders in only 9 patients, the main imaging finding was the presence of fluid levels in 28 cases. All patients received conservative treatment , 45 cases (80.4 %) responded adequately , 22 patients (39.3 %) received medical management for more than 48 hours while 11 required surgical treatment where the principal finding was flanges in 9 cases , 5 patients eventually presented medical complications and 4 patients surgical complications , the average time of hospitalization was 5.5 days , 1 patient died of intestinal carcinomatosis, and 4 were discharged with complications (renal failure 1 and 3 postinsicionales hernias) .

Conclusions: Intestinal obstruction is a common condition with significant morbidity especially in patients who do not respond to medical management.

4 INTRODUCCIÓN

Se considera que no hay mejor introducción al hablar de este tema citando el primer párrafo del texto de Berkeley Moynihan sobre cirugía abdominal publicado en 1926.

“Cuando un cirujano es llamado para tratar un caso de obstrucción intestinal aguda se enfrenta con una de las emergencias más graves y desastrosas”.

El paciente puede ser, y a menudo lo es, un hombre o una mujer en lo mejor de su vida, en pleno goce de una vigorosa salud, que, sin previo aviso, se ve súbitamente convulsionado por el dolor más intolerable en el abdomen, seguido de colapso y vómitos primero leves, pero luego continuos. El abdomen se distiende, el peristaltismo intestinal cesa y el intestino por encima de la obstrucción, cargado con contenido retenido y séptico, se convierte en un vehículo para la absorción de productos cuya acción intensamente tóxica lleva al paciente rápidamente al final. (9).

Reconocer la obstrucción, localizar el nivel de la misma, distinguir entre oclusión mecánica simple o estrangulación, establecer las condiciones generales del paciente y establecer las características anatómicas y patológicas de la lesión constituyen fases fundamentales para el diagnóstico de la obstrucción intestinal. (7).

Por tanto, el tratamiento de la obstrucción intestinal depende indudablemente de un diagnóstico temprano, un manejo habilidoso y de un tratamiento oportuno. Cuando esta patología es reconocida y tratada eficazmente en sus primeros estadios, los resultados inmediatos y mediatos son muy satisfactorios en la gran mayoría de los pacientes. Desafortunadamente, a menudo hay atrasos que algunas veces pueden atribuirse al paciente, pero también al equipo médico. Como resultado de esta demora, el intestino distendido o estrangulado se lesiona en forma seria o irreparable, el cuadro cambia a uno de extremo peligro de modo que el alivio de la obstrucción puede no ser suficiente para prevenir un desenlace fatal. (9).

La obstrucción intestinal es una de las mayores causas de admisión a los servicios de urgencias alrededor del mundo después de los cuadros de apendicitis aguda y sus complicaciones y representa aproximadamente el 20% de los ingresos de urgencias de origen quirúrgico (27), En Colombia la obstrucción intestinal representa el 20% de todos los ingresos a un servicio quirúrgico y cada año se producen más de 9.000 muertes por obstrucción intestinal y post operatorio(22), las adherencias peritoneales definidas como bandas fibrosas anormales entre órganos o tejidos o ambos en la cavidad abdominal que normalmente son separados son responsables del 65-75% de los casos de obstrucción intestinal, estas pueden ser adquiridas o congénitas , pero la mayoría son adquiridas como resultado de la lesión peritoneal y de estas la causa más común son las cirugías abdomino – pélvicas, con menos frecuencia se pueden formar como resultado de condiciones inflamatorias, infección intraperitoneal o trauma abdominal (27), en general, la mortalidad atribuida a las adherencias se correlaciona principalmente con la obstrucción intestinal y con el procedimiento de adhesiolisis y corresponde entre el 6 y 11% lo que genera costos por atención médica de 3.000 millones de dólares por año en los EEUU (23).

La obstrucción intestinal Se define como la detención del tránsito o de la progresión del contenido intestinal debido a una causa mecánica (15), o simplemente puede definirse como la dificultad mecánica o funcional para la progresión del contenido intestinal (7). Las bridas y las adherencias peritoneales pueden ocurrir hasta en el 94% de todos los pacientes que son sometidos a procedimientos abdominales y son la primera causa de obstrucción del intestino delgado y las hernias la segunda (15), además de estas causas también se encuentran las compresiones externas y los tumores (7).

Reconocer la obstrucción, localizar el nivel de la misma, distinguir entre oclusión mecánica simple o estrangulación, establecer las condiciones generales del paciente y establecer las características anatómicas y patológicas de la lesión constituye bases fundamentales para el diagnóstico y oportuno manejo de la obstrucción intestinal (7).

Clínicamente se manifiesta de acuerdo a la localización de la obstrucción, de allí que en obstrucción de intestino delgado se presenta dolor en la parte media del abdomen cuya aparición puede ser paroxística y el dolor puede disminuir ya sea

por alivio de la oclusión o por agotamiento del peristaltismo. Si la obstrucción se ubicase en intestino grueso el dolor tipo cólico es de menor intensidad que el anterior, y pueden aparecer vómitos tardíos (10). También forma parte importante de la sintomatología la ausencia de expulsión de gases y heces por el ano así como náuseas, constipación, distensión abdominal, pueden existir signos de deshidratación como; taquicardia, hipotensión, sequedad de piel y mucosas (15). La palpación abdominal puede provocar cierto dolor pero la existencia de irritación peritoneal (Blumberg) o la defensa abdominal sugiere la posibilidad de estrangulación y la necesidad de manejo quirúrgico de urgencia (7).

La importancia de poseer este conocimiento clínico se ve reflejada a la hora de realizar el diagnóstico oportuno, tomando en cuenta un adecuado interrogatorio y un examen físico exhaustivo para así establecer una conducta apropiada.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones y que las diversas alternativas tradicionales de tratamiento y prevención de la OIB han demostrado resultados deficientes que se reflejan en su alto costo de atención (12- 22) Es por esto, que la realización de este estudio y la información resultante, nos permitirán conocer el perfil sociodemográfico de la población con OIB, la sintomatología y signología más frecuente de nuestros pacientes, la respuesta al manejo conservador sobre el quirúrgico en cifras que representen días de hospitalización, casos de adherencias recidivantes, tiempo promedio de respuesta al manejo médico, tiempo entre el procedimiento quirúrgico y la aparición de OIB, complicaciones y estado al egreso de los pacientes. Todo esto resultara en conocimiento clínico que permita brindar un manejo más adecuado y oportuno de la OIB, aportar una estadística propia de esta patología en este centro así como también aportar a la literatura para que sea un material útil y de provecho para futuras generaciones, a la vez que optimizará el recurso humano, tecnológico y financiero dirigido al manejo de esta patología.

La realización de este estudio permitirá contestar las siguientes interrogantes: ¿cuál es la respuesta de los pacientes frente al manejo no quirúrgico de la obstrucción intestinal por bridas?, ¿cuáles son las complicaciones de los pacientes sometidos a este tipo de manejo?, ¿Qué tipo de pacientes se pueden beneficiar del manejo conservador? En consecuencia, este estudio responderá como pregunta de investigación: ¿cuál es el seguimiento de los pacientes adultos que ingresan con diagnóstico de obstrucción intestinal por bridas al HUSJ y que reciben manejo médico durante el periodo 2012 - 2013?

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el seguimiento de los pacientes adultos que consultan por obstrucción intestinal por bridas al HUSJ y reciben manejo medico durante el periodo 2011-2013.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar socio demográficamente a la población a estudio.
- Determinar las características clínicas de los pacientes del estudio.
- Determinar la frecuencia de los pacientes con respuesta al manejo médico y los que terminan en manejo quirúrgico.
- Describir los hallazgos quirúrgicos de los pacientes de la población a estudio que terminan en este tipo de manejo.
- Describir cuales fueron las principales complicaciones de los pacientes de la población a estudio.
- Describir el tiempo transcurrido entre el ingreso al centro de salud y la resolución del cuadro o la decisión de manejo quirúrgico, y tiempo total de hospitalización de los pacientes desde su ingreso hasta su egreso o muerte.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE DISEÑO

El tipo de estudio realizado fue un estudio descriptivo prospectivo observacional cuyo objetivo fue realizar un seguimiento a los pacientes adultos que ingresaron con diagnóstico de obstrucción intestinal por bridas al HUSJ de Popayán y recibieron manejo medico durante el periodo comprendido entre octubre de 2012 y octubre de 2013.

6.2 UNIVERSO

Pacientes adultos que ingresaron con diagnóstico de obstrucción intestinal por bridas al HUSJ de Popayán y recibieron manejo medico durante el periodo comprendido entre octubre de 2012 y octubre de 2013.

6.3 POBLACION – MUESTRA SUJETO DE ESTUDIO

El tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, se incluyeron pacientes adultos que ingresaron al servicio de urgencias del hospital universitario San José en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de octubre de 2012 y 31 de octubre de 2013.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tuvo un $n=2085$ pacientes que fueron valorados por cirugía general durante el año 2010, con una prevalencia según la literatura de obstrucción por bridas del 12%. Se tuvo en cuenta un intervalo de confianza del 95%, y un error estimado del 5% y para el análisis de datos se utilizó el programa Epi info V.6. La prueba piloto se realizó con 8 pacientes (10% de la muestra).

En este estudio la muestra no fue un subgrupo de la población debido a que se trabajó con todos los casos de pacientes con obstrucción intestinal que ingresaron al hospital universitario san José de Popayán durante el periodo estipulado, de modo que los pacientes no se escogieron al azar y la única manera de no ser incluidos en el estudio era que se encasillaran dentro de los criterios de exclusión definidos. Finalmente el cálculo de la muestra arrojó un tamaño muestral de 80 pacientes y los pacientes que fueron recolectados fueron 56, ningún paciente fue excluido del estudio.

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Paciente con cuadro sugestivo de obstrucción intestinal por bridas que consulta al servicio de urgencias del HUSJ en el periodo de tiempo estipulado.
- Paciente que acepta participar en el estudio a través del consentimiento informado.
- Paciente candidato para recibir manejo medico como tratamiento de su patología obstructiva.
- Paciente mayor de 18 años.

6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Paciente que es remitido a otra institución durante el periodo de estudio.
- Paciente que durante la realización del seguimiento decida no permitir continuar con la participación en el proyecto.

6.5 METODOS, TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION E INSTRUMENTOS.

En el presente trabajo en primer lugar se construyó un instrumento tipo encuesta que fue sometido a revisión por expertos que lo corrigieron con base en el título del proyecto y los objetivos planteados.

Seguidamente se efectuó una prueba piloto tanto del instrumento como del proceso de recolección de la información; en dicha prueba se evaluaron 8 pacientes que reunieron los criterios de inclusión. Luego de la prueba se aclararon algunos ítems evaluados en la encuesta con el fin de obtener información que facilitara la construcción de un instrumento confiable, valido y mejorar el procedimiento de recolección de información, para así minimizar los sesgos.

Finalmente con el instrumento mejorado se dio inicio a la recolección de la información.

Se realizó una socialización del proyecto entre el personal del servicio de urgencias del HUSJ a través de 3 exposiciones que se realizaron en 3 días distintos con el fin de mejorar la accesibilidad a las mismas por parte del personal. En las exposiciones se explicó a los participantes la importancia del proyecto, sus

objetivos generales y específicos, y el aporte del estudio a la literatura local y nacional.

Además se explicó a los participantes las funciones para el desarrollo del proyecto y la adquisición de los datos para el diligenciamiento del instrumento de recolección de información:

El paciente con obstrucción intestinal fue recibido por el médico general en el servicio de urgencias que se encargó del diligenciamiento de la historia clínica de donde se obtuvieron los datos de identificación, de los signos vitales y datos del examen físico de ingreso del paciente; además el médico general se encargó de la solicitud de los paraclínicos y los rayos x de ingreso.

El residente de cirugía participo activamente debido a que se encargó de la evaluación secundaria del paciente y se encargó del diligenciamiento inicial del instrumento, debe solicitar los paraclínicos y RX de abdomen si no han sido solicitados en las indicaciones del médico general.

El médico general de la sala quirúrgica participó de manera pasiva en el presente proyecto debido a que este diligencio en la historia clínica los eventos que sucedieron dentro de la hospitalización del paciente e informo al investigador del episodio para que fuera registrado en el instrumento.

El Cirujano general participó de manera pasiva con el diligenciamiento claro de los hallazgos quirúrgicos del paciente que fue sometido a este tipo de procedimiento luego de la falta de respuesta al manejo médico.

El investigador principal realizó el seguimiento diario de la evolución de los pacientes con obstrucción intestinal.

Este es un proyecto descriptivo en el cual se realizó un seguimiento a los pacientes que ingresaron con esta patología y recibieron manejo medico en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN en el periodo establecido para ello se utilizó como instrumento de recolección una encuesta en la cual se registraron datos de identificación, datos del examen físico de ingreso y datos de la evolución y seguimiento del paciente hasta su egreso o muerte.

El protocolo del hospital universitario se basa en el manejo establecido en la literatura mundial el cual fue actualizado en el año 2013 y consta básicamente de

reposo intestinal, descompresión del tracto gastrointestinal mediante sonda nasogástrica y manejo de los trastornos fisiopatológicos que puedan estar afectados por la obstrucción.

7 PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Para el análisis estadístico de las variables se utilizó el programa SPSS V 15.0

Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población a estudio.

Se analizaron las variables de edad, procedencia, nivel educativo, estrato socioeconómico y tipo de seguridad social por medio de análisis univariado obteniendo frecuencias y proporciones según el sexo.

Al ser la edad una variable cuantitativa se calculó en ella las medidas de tendencia central (media, valor mínimo, valor máximo y la desviación estándar).

- Determinar las características clínicas de los pacientes del estudio.

Basados en los datos clínicos del instrumento relacionados con la literatura sobre los síntomas más frecuentes encontrados en los pacientes con OIB se obtuvieron frecuencias y proporciones de las variables presencia de vómito, distensión abdominal, fiebre, taquicardia, hipotensión arterial y ausencia de deposiciones.

Adicional a esto se analizó la presencia de antecedentes médicos y/o quirúrgicos de los pacientes, los cuales podrían influir en las características del cuadro clínico, por frecuencias y porcentajes. De igual manera se correlacionó el antecedente quirúrgico con el tiempo del mismo tomando como base los grupos de tiempo reportados en la literatura como los más influyentes en la presentación del OIB, estos son: primera semana, primer mes, primer año, 1 - 5 años, 6 - 10 años, más de 10 años.

Por otro lado se tuvieron en cuenta estudios paraclínicos de laboratorio y de imagen para apoyar el diagnóstico de obstrucción intestinal que también se asocian a las manifestaciones clínicas del paciente como lo son: leucocitosis, presencia de niveles hidroaéreos y ausencia de gas distal en la radiografía de abdomen, analizadas también con frecuencias y proporciones.

- Determinar la frecuencia de los pacientes con respuesta al manejo médico y los que terminan en manejo quirúrgico.

Para el cumplimiento de este objetivo se tuvo en cuenta la variable tiempo de manejo médico, respuesta al manejo médico y requerir manejo quirúrgico, analizadas con frecuencias y proporciones asociadas al sexo.

- Describir los hallazgos quirúrgicos de los pacientes de la población a estudio que terminan en este tipo de manejo.

Se clasificaron los hallazgos quirúrgicos como la presencia de bridas, necrosis o perforación, analizada por medio de frecuencias y proporciones.

- Describir cuales fueron las principales complicaciones de los pacientes de la población a estudio.

Este objetivo se abordó con la variable presencia de complicaciones que podía ser médica, quirúrgica o no presentarse, se analizó por medio de frecuencias y proporciones relacionadas con el sexo.

- Describir el tiempo transcurrido entre el ingreso al centro de salud y la resolución del cuadro o la decisión de manejo quirúrgico, y tiempo total de hospitalización de los pacientes desde su ingreso hasta su egreso o muerte.

Para analizar el tiempo del ingreso al centro de salud desde el comienzo de los síntomas se utilizaron los rangos establecidos por la literatura mundial como son: menos de 12 horas, de 12 - 24 horas, más de 24 horas. De la misma manera se analizó el tiempo de manejo conservador por medio de rangos que comprendían: menos de 12 horas, 12 - 24 horas, 24 - 48 horas, más de 48 horas.

El tiempo de hospitalización al ser una variable cuantitativa se analizó por medio de medidas de tendencia central obteniendo la media, el valor mínimo, el valor máximo, el rango y la desviación estándar. Adicionalmente se utilizó como variable independiente para cruzarla con variables previamente descritas.

En el análisis bivariado se realizó un cruce de las variables de interés científico: número de cirugías abdominales previas, tiempo transcurrido entre el antecedente quirúrgico y el inicio de los síntomas, presencia de leucocitosis y el tiempo de manejo médico con las complicaciones, se aplicó prueba de chi cuadrado con un valor $p \leq 0.05$.

8 CONSIDERACIONES ETICAS

La ética médica se define como un conjunto de comportamientos implicados en el ejercicio de la profesión que se ocupan de la salud en los aspectos preventivos y de cuidado.

El presente estudio se acogió a las normas del ministerio de salud mediante la resolución N- 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas técnico- administrativas para la investigación en salud. Para efectos del reglamento y de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 11 este estudio se clasifico como investigación sin riesgo, es decir que en el presente estudio no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron y tampoco involucro aspectos sensitivos de la conducta de dichos individuos.

El proyecto fue aprobado por el comité de ética del hospital universitario san José de Popayán quienes dieron el aval para la realización del proyecto por cumplir con las exigencias de la investigación científica y dar el beneficio para el uso y manejo medico de este tipo de situación en el hospital.

Se obtuvo el consentimiento informado de las personas que cumplieron con los criterios de inclusión, dispuesto por el artículo 14 de esta resolución, donde se les explico en forma clara y completa la realización del estudio, la justificación y los objetivos de la investigación, los beneficios que pueden obtenerse, los procedimientos que van a usarse, las molestias o riesgos esperados, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, así como la seguridad de que no se identificaría la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

El presente estudio tiene como objetivo describir las características epidemiológicas y el seguimiento de una población con obstrucción intestinal por bridas que reciben manejo medico en los diferentes servicios del Hospital universitario San José, para cumplir tal propósito se ha desarrollado por parte del investigador y con la asesoría de los tutores científico y metodológico un instrumento que permite describir estas características previamente analizadas en el marco teórico, dicho instrumento se fundamenta en los conceptos clínicos pero

además tiene como fundamento el principio de confidencialidad de la información y el derecho de libre escogencia.

Se ha hecho revisión de todos los aspectos éticos y se ha tomado como base el código de Helsinki y se basa en los principios básicos de beneficencia, justicia, respeto por la persona, y no maleficencia.

Cada participante ha sido informado sobre los objetivos y propósitos de este estudio y de una manera consciente y autónoma ha decidido participar de este estudio y ha permitido que se aplique el instrumento de investigación.

10 DISCUSION

La obstrucción intestinal y en especial la obstrucción intestinal por bridas (OIB) es una patología frecuente y que genera como se observó durante el desarrollo del presente trabajo una alta morbilidad sobre todo en los pacientes con complicaciones posteriores al manejo medico inicial y que no responden a este tipo de tratamiento.

El presente estudio permitió caracterizar este fenómeno en la población de pacientes que ingresaron con este diagnóstico al centro de salud, igualmente permitió la evaluación de factores predisponentes para la mala evolución de los pacientes al manejo médico.

La caracterización sociodemográfica de nuestra población nos permitió determinar que la edad de presentación de esta patología en la población actualmente en nuestro medio es mayor que la reportada en la literatura como lo muestra EL DR EDUARDO BOLAÑOS en su estudio “manejo de la obstrucción intestinal por bridas en el hospital universitario san José de Popayán en el año 1995- 1996(30), pero aun así esta población continua siendo un grupo etareo con alto valor social y económicamente productivo por lo cual tiene valor tomar medidas para tratar de prevenir la formación de adherencias posoperatorias con el fin de disminuir la presentación de obstrucción intestinal y sus posibles complicaciones.

En nuestro estudio pudimos evidenciar que el síntoma principal referido por los pacientes a diferencia de lo referido en la literatura que es el dolor abdominal fue la distensión abdominal y el vómito, como lo describe el DR. ARGÜETA en su estudio análisis crítico de pacientes intervenidos en el HEODRA 2003- 2006 (14), igualmente pudimos identificar que en nuestra muestra la presencia de leucocitosis y los trastornos hidroelectrolíticos no fueron tan frecuentes como los reportados por el DR BOLAÑOS en su estudio donde encontró leucocitosis en más del 50% de los pacientes. (30).

De igual importancia en nuestro estudio se pudo establecer que los hallazgos imagenológicos más frecuentemente encontrados son los niveles hidroaéreos que se encontraron en la mitad de los pacientes y esto está en concordancia con lo descrito en la literatura donde se menciona como un hallazgo frecuente, los antecedentes de mayor relevancia tienen que ver con los procedimientos quirúrgicos abdominales y de estos las intervenciones por procesos inflamatorios

son los más frecuentemente encontrados a diferencia con lo descrito por EL DR MACLEAN AR, en su estudio “ Risk of small bowel obstruction after the ileal pouch-anal anastomosis”. *Ann Surg*2002 donde se estima que el riesgo de obstrucción intestinal por bridas es de 1 % a 10 % después de la Apendicectomía, 6,4 % después de la colecistectomía abierta, 10% a 25 % después de cirugía intestinal y 17 % a 25 % después de proctocolectomía, ni tampoco similar a lo mostrado por JO- ANNE en su estudio “adhesive small bowel obstruction, biology and prevention” donde las intervenciones más frecuentes son las cirugías abdominopelvicas seguido de la cirugía por condiciones inflamatorias.(28).

En cuanto al tiempo de aparición de los síntomas posterior a una intervención quirúrgica predominó la obstrucción intestinal que se presentó entre 1 a 5 años después de la cirugía en concordancia con lo reportado por el del Dr BOLAÑOS donde el periodo de aparición más frecuentes fue similar, y en este mismo estudio los pacientes al igual que los nuestros consultaron después de 24 horas del inicio de los síntomas.

Por otra parte todos los pacientes del presente estudio recibieron manejo médico o conservador luego del diagnóstico, 45 casos (80.4%) respondieron adecuadamente y fueron egresados sin complicaciones y esto está acorde con lo que reporta el Dr PATRCK en su estudio donde encontró una tasa de éxito entre 40 - 70 % con el manejo conservador, 22 de los 56 pacientes(39.3%) recibieron manejo medico por un tiempo mayor a 48 horas lo que está en contraposición por lo descrito dentro del protocolo de manejo del hospital San José donde se estipula que el paciente que no resuelve su obstrucción en 24 horas debe ser llevado a cirugía (16) , 11 pacientes (19.6%) requirieron manejo quirúrgico y el hallazgo quirúrgico principal fueron las bridas con 9 casos (81.8%) igual a lo reportado por el Dr BOLAÑOS donde refiere una frecuencia de bridas de 44.4 % (30).

En total 5 pacientes presentaron complicaciones médicas (carcinomatosis, falla renal, neumonía nosocomial y 2 hemorragias de vías digestivas) y 4 pacientes tuvieron complicaciones quirúrgicas (1 perforación intestinal con posterior peritonitis, 1 dehiscencia de anastomosis con fistula y sepsis abdominal, 1ileo posoperatorio prolongado, 1 hernia paraostomal), el tiempo promedio de hospitalización fue de 5.5 días igual a lo descrito por la DRA MUJICA que encontró un tiempo promedio de 5.1 días(7), pero la mayoría de pacientes permaneció entre

1 y 2 días (21 casos-), 1 paciente falleció a causa de carcinomatosis intestinal, 51 pacientes egresaron sin complicaciones y 4 egresaron con complicaciones (1 con falla renal y 3 con hernias postinsicionales).

El mayor número de pacientes con complicaciones por obstrucción intestinal por bridas se presentó en los pacientes que tenían 1 antecedente de cirugía abdominal, en pacientes con mayor intervalo de tiempo entre el antecedente quirúrgico y el inicio de los síntomas, pacientes con consulta tardía luego del inicio de los síntomas y llamativamente se presentaron menos complicaciones entre los pacientes que tenían leucocitosis y trastornos hidroelectrolíticos en los paraclínicos de ingreso, estos hallazgos pueden ser tenidos en cuenta como variables clínicas predictores de prolongación del tiempo de manejo médico, presencia de complicaciones y mayor tiempo de hospitalización aunque con el tamaño muestral de este estudio es difícil que estos hallazgos puedan tener el peso estadístico necesario para sacar conclusiones válidas y para esto se necesitara de otros estudios con un mayor número de pacientes.

11 CONCLUSIONES

- La obstrucción intestinal por bridas es una patología frecuente que se presenta mayoritariamente en pacientes en edad social y económicamente productiva, que representa una alta morbilidad especialmente en los pacientes que no responden al manejo médico inicial y terminan en manejo quirúrgico.
- El Hospital universitario san José atiende pacientes de bajo recursos y estrato social bajo como se pudo establecer en el análisis sociodemográfico.
- las características sociodemográficas de nuestra población difieren de las encontradas en la literatura por lo tanto estamos enfrentados a pacientes con mayor rango de edad y menor reserva fisiológica ante posibles complicaciones.
- Los pacientes con obstrucción intestinal por bridas total o parcial sin signos de estrangulación se benefician de recibir manejo médico inicial debido a que la respuesta a este tipo de manejo es buena como se pudo observar en este estudio donde el 80.4 % de pacientes respondió de manera adecuada, la tasa de recidiva es menor aunque el rango de tiempo para una nueva de recidiva es igualmente menor.
- El mayor número de pacientes que presentaron complicaciones se observó en el grupo de pacientes que recibieron manejo médico por tiempo superior a 24 horas, en el protocolo del HUSJ se establece que luego de 24 horas de manejo médico se debe continuar con manejo quirúrgico, sin embargo varios de nuestros pacientes excedieron este tiempo y en este grupo de pacientes fue donde se presentaron más complicaciones médicas y quirúrgicas, por este motivo se debe insistir al personal médico para regirse por las guías de manejo para evitar estos desenlaces.
- El mayor número de pacientes con complicaciones por obstrucción intestinal por bridas se presentó en los pacientes que tenían 1 antecedente de cirugía abdominal, en pacientes con mayor intervalo de tiempo entre el antecedente quirúrgico y el inicio de los síntomas, pacientes con consulta tardía luego del inicio de los síntomas, en pacientes con antecedente de cirugía por procesos inflamatorios, estos hallazgos pueden ser tenidos en cuenta como variables clínicas predictores de prolongación del tiempo de manejo médico, presencia de

complicaciones y mayor tiempo de hospitalización aunque con el tamaño muestral de este estudio es difícil que estos hallazgos puedan tener el peso estadístico necesario para sacar conclusiones válidas y para esto se necesitara de otros estudios con un mayor número de pacientes.

12 RECOMENDACIONES

- Mediante los datos obtenidos en el presente trabajo se debe prestar atención al seguimiento estricto de los pacientes con mayor intervalo de tiempo entre el antecedente quirúrgico y el inicio de los síntomas, pacientes con consulta tardía luego del inicio de los síntomas, en pacientes con antecedente de cirugía por procesos inflamatorios, debido a que se pueden catalogar como variables predictores de prolongación y falta de respuesta al manejo médico con necesidad de manejo quirúrgico, así como de asociación con complicaciones y estancia hospitalaria prolongada, sin embargo para mejorar el peso estadístico de estas relaciones se hace necesario aumentar el tamaño muestral de un futuro estudio.
- Se deben optimizar las medidas de manejo y prevención de bridas y adherencias postoperatorias en los pacientes sometidos a cirugía con el fin de impactar en la frecuencia de estas y así disminuir la incidencia de obstrucción intestinal y sus posibles complicaciones.
- Concientizar al personal de salud al respecto del tema a través de una capacitación periódica y continua acerca del protocolo de manejo debido que muchos de los pacientes de este estudio recibieron manejo médico por un tiempo mayor de 24 horas y en este grupo de pacientes fue donde se presentaron mayor número de complicaciones.
- Se debe procurar por la realización de estudios posteriores con un tamaño muestral mayor o con un intervalo de tiempo mayor para la recolección de la muestra o que tengan intervención para medir el impacto en la presentación de la patología y disminución de las posibles complicaciones asociadas.
- Este conocimiento debe proporcionar el impulso de una mayor investigación en esta área, para mejorar nuestra comprensión de la fisiopatología de las adherencias y para permitir el desarrollo de métodos para alterar los eventos biológicos que son necesarias para su formación.

13 BIBLIOGRAFIA

1. MARC ZEREY, M.D.a, Catherine W. Sechrist, B.S.a, Kent W. Kercher, M.D.a, Ronald F. Sing, M.D.a, Brent D. Matthews, M.D.b, B. Todd Heniford, M.D.a, *. *The laparoscopic management of small-bowel obstruction* . 2007.
2. STEPHEN B. WILLIAMS, B.S., Jose Greenspon, M.D., Heather A. Young, M.P.H., Bruce A. Orkin, M.D. *Small Bowel Obstruction: Conservative vs. Surgical Management* 2005.
3. MANUEL FELICES MONTES. *Residente de Cirugía. H. Universitario Virgen de la Victoria, Dra. Ana Cafarena. Residente de Cirugía. OBSTRUCCION INTESTINAL. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.*
4. RICHARD A HODIN, MD, Liliana Bordeianou, MD, *Small bowel obstruction: Causes and management. Richard A Hodin, MD, Liliana Bordeianou, MD, Last literature review version 18.2: mayo 2010.*
5. TODD H. BARON, MD, *Acute Colonic Obstruction. FASGE. Gastrointest Endoscopy Clin N Am. 17 (2007) 323–339.*
6. MITCHELL S. CAPPELL, MD, PhD*, Mihaela Batke, MD. *Mechanical Obstruction of the Small Bowel and Colon. Med Clin N Am 92 (2008) 575–597.*
7. KARLA MUJICA, MD. Delmary Morillo, MD. Samir Cumare, MD. *obstrucción intestinal por bridas y adherencias. análisis de 135 casos en el hospital central universitario Antonio maría pineda, durante el período 1994 – 2003.*
8. MICHAEL P. DIAMOND and Michael L. Freeman. *CLINICAL IMPLICATIONS OF POSTSURGICAL ADHESIONS. 2001.*
9. CÉSAR TOBÍAS ASPIAZU HOLGUÍN, MD. *obstrucción intestinal.*

10. HARRISON, *medicina interna, decimocuarta edicion (ingles) pag 1656-1657.*
11. MENZIES D, Ellis H. *Intestinal obstruction from adhesions--how big is the problem? Annals of The Royal College of Surgeons of England 1990;72(1)60.*
12. BECKER JM, Stucchi AF. *Intra-abdominal adhesion prevention: are we getting any closer? Annals of surgery 2004;240(2)202.*
13. MARIO MORE FLORES, melva Benavides López, Elena vega Pérez. *Obstrucción intestinal postoperatoria por bridas y adherencias en niños: estudio retrospectivo de 90 casos ocurridos en el IESN. 1998-20026(1) 2004.*
14. ARGUETA JIMÉNEZ, José de la Cruz. *Obstrucción intestinal por bridas análisis crítico de pacientes intervenidos en el HEODRA 2003-2006 / Intestinal obstruction for flanges critical analysis of patients intervened in the HEODRA 2003-2006.*
15. THOMSON J. S: *intestinal obstruction ileus, and pseudoobstruction. En: Digestive tract surgery. Editores; R.H. bell. Philadelphia, USA, 1996. pp 1119.*
16. PATRICK G. JACKSON, MD, and MANISH RAIJI, MD. *evaluation and management of intestinal obstruction. Georgetown university hospital, washington, district of columbia.*
17. FEVANG BT, Jensen D, Svanes K, Viste A. *Early Operation or conservative management of patients with Small bowel obstruction. Eur J Surg 2002; 168: 475-481.*
18. R. SCOTT JONES M.D. *Obstrucción intestinal. En Sabiston, DC: Tratado de Patología Quirúrgica. Méjico DF, Editorial Interamericana, S.A., 1991, pp 936-945.*

19. GOMEZ, EDILBERTO; González M., Armando; Peláez, Gustavo A; Torres, Edgar. *Diagnóstico y tratamiento de la obstrucción intestinal mecánica / Diagnosis and treatment of mechanical bowel obstruction- Univalle.*
20. SUBHUTI DHARMANANDA, Ph.D., Director, Institute for Traditional Medicine, *Abdominal Adhesions: Prevention and Treatment.* Portland, Oregon.
21. MILLER EM, Winfield JM: *Acute intestinal obstruction secondary to postoperative adhesions. Arch Surg 1959; 78: 148-53.*
22. MORENO A.MD, SCC. Doctor Alejandro Moreno Rojas, Prof. de Cir. *Gral.adherencias intraperitoneales postquirúrgicas- revista colombiana de cirugía., Fac. de Medicina de la Univ. de Antioquia, Medellín, Colombia.*
23. RAY NF, Denton WG, Thamer M, et al: *Abdominal adhesiolysis: In patient care and expenditures in United States in 1994. Am J Surg 1998; 186: 1-9.*
24. NEMIR P JR: *Intestinal Obstruction: Ten years survey at the hospital of the University of Pennsylvania. Ann Surg 1952; 135: 367-75.*
25. RÄF LE: *Causes of Abdominal adhesions in cases of intestinal obstruction. Acta Chir Scand 1969, 135: 73-6.*
26. DE LA GARZA - VILLASEÑOR L., *Etiology of intestinal occlusion. México. 2001 oct - dec;66(4): 193- 6.*
27. LA GAMMA A, Letoquart JP. *obstruction of the small intestine caused by bridles and adherences. Analysis of 157 operated cases. Paris, 1994 Jun-Jul;131(6 - 7): 279 - 84.*
28. JO- ANNE P. Attar and anthony R. Mac lean. *adhesive small bowel obstruction: epidemiology, biology and prevention. Can J Surg. 2007 August; 50(4): 291–300.*

29. *RICHARD P G TEN BROEK, PhD candidate, ET AL, of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis. BMJ. 2013; 347: f5588.*

30. *BOLAÑOS, Eduardo, residente de cirugía general. Manejo de la obstrucción intestinal por bridas en el hospital universitario San José de Popayán durante el año 1995-1996*

ANEXO 1- INSTRUMENTO
SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LOS PACIENTES ADULTOS CON
DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS Y RECIBEN
MANEJO MEDICO EN EL HUSJ DURANTE EL PERIODO 2011-2013.

INSTRUMENTO

NUMERO DE ENCUESTA: _____

Historia clínica: _____

EDAD: AÑOS

SEXO: M F

PROCEDENCIA:

URBANA

RURAL

ESCOLARIDAD:

PRIMARIA

SECUNDARIA

UNIVERSITARIOS

POSTGRADO

TECNICO

NINGUNO

¿OTRA/CUAL?: _____

ESTRATO SOCIAL:

ESTRATO 1 ESTRATO 2 ESTRATO 3 ESTRATO 4 ESTRATO 5 ESTRATO 6

REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL:

VINCULADO

SUBSIDIADO

CONTRIBUTIVO

ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

CIRUGIA PELVICA: SI NO

CUAL ? : _____

CIRUGIA ABDOMINAL: SI NO

CUAL ¿ _____

NÚMERO DE CIRUGIAS ABDOMINALES PREVIAS: _____

ANTECEDENTES MEDICOS: SI NO

CUAL: _____

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL ANTECEDENTE QUIRURGICO Y EL INICIO DE LOS SINTOMAS:

DIAS: _____ MESES: _____ AÑOS: _____

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

PRESENCIA DE VOMITO:

SI NO

PRESENCIA DE DISTENSION ABDOMINAL:

SI NO

PRESENCIA DE FIEBRE:

SI NO

PRESENCIA DE TAQUICARDIA:

SI NO

PRESENCIA DE HIPOTENSION ARTERIAL:

SI NO

AUSENCIA DE DEPOSICIONES:

SI NO

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DE LOS SINTOMAS Y EL MOMENTO DE LA CONSULTA:

MENOS DE 12 HORAS ENTRE 12 Y 24 HORAS > A 24 HORAS

PRESENCIA DE IRRITACION PERITONEAL: SI No

PERISTALTISMO PRESENTE: SI NO

ASPECTOS PARACLINICOS

PRESENCIA DE LEUCOCITOSIS:

SI NO

PRESENCIA DE NIVELES HIDROAEREOS EN LA RX DE ABDOMEN: SI NO

AUSENCIA DE AIRE DISTAL EN LA RX DE ABDOMEN: SI NO

TRASTORNOS ELECTROLITICOS: SI NO

CUAL: _____

DECISIÓN TERAPÉUTICA

MANEJO MEDICO:

SI NO

TIEMPO DE MANEJO MEDICO:

< 12 HORAS 12- 24 HORAS 24-48 HORAS >48 HORAS

RESPUESTA AL MANEJO MEDICO:

SI NO

MANEJO QUIRURGICO:

SI NO

HALLAZGOS QUIRURGICOS:

BRIDAS NECROSIS PERFORACION

COMPLICACIONES:

MEDICAS QUIRURGICAS

CUAL: _____

TIEMPO TOTAL DE HOSPITALIZACION: (días –meses) _____

ESTADO AL EGRESO:

VIVO

MUERTO

SIN COMPLICACIONES

CON COMPLICACIONES

Nombre del encuestador _____

ANEXO 2- INSTRUCTIVO

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DE LOS PACIENTES ADULTOS CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS Y RECIBEN MANEJO MEDICO EN EL HUSJ DURANTE EL PERIODO 2011-2013.

El **Residente de cirugía de Turno** o el **Investigador Principal** diligencian el instrumento usando los siguientes parámetros:

DATOS DE IDENTIFICACION:

Número de encuesta: Se escribe el número consecutivo asignado a cada formulario, este se correlaciona con el número consignado en el documento de registro de pacientes, así permite al investigador principal identificar el paciente para llevar a cabo el debido seguimiento.

Historia clínica: se escribe el número de historia clínica con el que ingresa el paciente a la institución, este podrá ser objeto de cambio si el paciente ingresa con un número consecutivo por falta de documento.

Edad: Se escribe el número de años cumplidos, obtenido del documento de identificación, si no se cuenta con esto y el paciente no la refiere, se escribe una edad aproximada.

Sexo: Se escribe el carácter sexual externo del paciente perteneciendo al género masculino o femenino.

Procedencia: Se escribe el sitio donde ha vivido el paciente los 2 últimos años. Esta información se obtiene como fuente primaria el paciente, la fuente secundaria son las personas que llevan el paciente al servicio de urgencias, estos pueden ser paramédicos, médico de la remisión, policía, bomberos, o los mismos familiares.

Escolaridad: Se escribe el grado de escolaridad del paciente, tomando como referencia el último curso aprobado, se marca a través de las distintas casillas, en caso de no encontrarse dentro de las opciones, se registra como “otro” y se especifica cuál.

Estrato socioeconómico: Se escribe el estrato socioeconómico al que pertenece el paciente, esta información se obtiene al preguntarle al paciente o acudiente el estrato con el que figura la vivienda o barrio de residencia del paciente.

Régimen Seguridad Social: En este numeral se escribe el tipo de afiliación que tiene el paciente en el sistema de salud colombiano, esta información se obtiene a través del carnet, verbalmente o por medio del servicio de admisiones del hospital.

ANTECEDENTES

Antecedentes quirúrgicos: en este numeral se consigna la existencia de antecedentes quirúrgicos por cirugía pélvica o abdominal y el número de cirugías abdominales previas que ha tenido el paciente. La fuente principal de esta variable es el paciente cuando está en condiciones o su familiar cuando el paciente no es digno de crédito, de lo contrario se obtendrá los datos de la historia clínica como fuente secundaria.

Enfermedades de base: se registran la existencia o no de patologías previas del paciente y si el resultado es positivo debe consignarse en el apartado marcado como cuál? La patología que padece. La fuente principal de esta variable es el paciente cuando está en condiciones o su familiar cuando el paciente no es digno de crédito, de lo contrario se obtendrá los datos de la historia clínica como fuente secundaria.

Tiempo entre el antecedente quirúrgico y el evento obstructivo: se escribe el tiempo transcurrido en días, meses o años desde el último acto quirúrgico y el evento actual, si el paciente tiene varios antecedentes quirúrgicos se tomara como referencia la última intervención quirúrgica. La fuente principal de esta variable es el paciente o su familiar cuando el paciente no está capacitado para dar la información o en su defecto los datos registrados en la historia clínica como fuente secundaria.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Vomito: se registra su presencia en la sintomatología del paciente, es importante porque hace parte de los síntomas cardinales de esta patología. La fuente principal de esta variable es el paciente cuando está en condiciones o su familiar

cuando el paciente no es digno de crédito, de lo contrario se obtendrá los datos de la historia clínica.

Distensión abdominal: se registra su presencia en la sintomatología o al examen físico del paciente, es importante porque hace parte de los síntomas cardinales de esta patología. La fuente principal de esta variable es el paciente cuando está en condiciones o su familiar cuando el paciente no es digno de crédito, de lo contrario se obtendrá los datos de la historia clínica como fuente secundaria.

Temperatura de Ingreso: Se registra la presencia o no de hipertermia en la temperatura tomada a través del termómetro en los signos vitales de entrada. La fuente principal de esta variable son los registros de temperatura en la hoja de registro de signos vitales.

Frecuencia cardiaca: se registra el resultado de la frecuencia cardiaca al ingreso del paciente que nos pueden dar una idea del estado de hidratación o un compromiso infeccioso del paciente. La fuente principal es el registro de los signos vitales al ingreso.

Hipotensión arterial: se registra la presencia o no de hipotensión (definida en la literatura como PA < de 90/60) que nos puede indicar un compromiso hemodinámico o estado de deshidratación importante. La fuente principal de esta variable es el registro de signos vitales de la historia clínica de ingreso.

Ausencia de deposiciones: se registra en el instrumento la presencia o no de este síntoma que hace parte de los síntomas cardinales, La fuente principal de esta variable es el paciente cuando está en condiciones o su familiar cuando el paciente no es digno de crédito, de lo contrario se obtendrá los datos de la historia clínica.

Irritación peritoneal: se registra la presencia o no de este signo en el examen físico de ingreso del paciente. La fuente principal de esta variable es el contacto directo con el paciente en la evaluación inicial, la fuente secundaria es la historia clínica.

Peristaltismo presente: Se registra la presencia o no de este signo en el examen físico de ingreso del paciente. La fuente principal de esta variable es el contacto

directo con el paciente en la evaluación inicial, la fuente secundaria es la historia clínica.

Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el momento de la consulta: se registra el tiempo en horas que se demora el paciente en consultar al centro de salud desde que inicia su sintomatología, se debe tener en cuenta que esta variable tiene intervalos de tiempo en horas para su registro. La fuente principal de esta variable es el paciente cuando está en condiciones o su familiar cuando el paciente no es digno de crédito, de lo contrario se obtendrá los datos de la historia clínica.

ASPECTOS PARACLINICOS

Presencia de Leucocitosis: se registra la presencia o no de leucocitosis en los exámenes paraclínicos de ingreso del paciente. La fuente principal es la historia clínica del paciente, la fuente secundaria son los registros de para clínicos del laboratorio del HUSJ.

Presencia de niveles hidroaéreos en los RX de abdomen: se registra la presencia de este signo en la radiografía de abdomen de ingreso del paciente. La fuente principal de esta variable es la lectura del cirujano de turno o la lectura oficial del radiólogo de la institución, la fuente secundaria es la historia clínica del paciente.

Ausencia de aire distal en los rayos X de abdomen: se registra la presencia o no de este hallazgo en los rayos X de abdomen de ingreso del paciente. . La fuente principal de esta variable es la lectura del cirujano de turno o la lectura oficial del radiólogo de la institución, la fuente secundaria es la historia clínica del paciente.

Trastornos electrolíticos: se registra la presencia de anormalidades en los valores considerados normales de los principales electrolitos. La fuente primaria son los resultados impresos por el laboratorio central del HUSJ incluidos en la historia clínica del paciente y la fuente secundaria son los registros de la base de datos del laboratorio en caso de no estar impresos e incluidos en la historia clínica.

DECISION TERAPEUTICA

Manejo medico: se registra si el paciente recibió o no manejo medico como tratamiento de su cuadro obstructivo. La fuente primaria es la historia clínica del paciente.

Tiempo de manejo medico: se registra el tiempo en horas según el intervalo establecido en el instrumento hasta la resolución del cuadro obstructivo. La fuente primaria es la historia clínica.

Respuesta al manejo medico: se registra la resolución o no del cuadro obstructivo luego del manejo medico aplicado al paciente. La fuente primaria es la historia clínica.

Manejo quirúrgico: se registra la práctica de intervención quirúrgica en el paciente luego del fracaso del manejo medico como medida adicional para la resolución del proceso obstructivo. La fuente primaria es la historia clínica del paciente.

Hallazgos quirúrgicos: se registran los principales hallazgos quirúrgicos de la intervención. La fuente primaria es la nota operatoria diligenciada por el cirujano que practica la intervención que se encuentra en la historia clínica del paciente.

Complicaciones: se registran las complicaciones que se presentan durante el manejo del paciente, teniendo en cuenta las complicaciones tomadas como: infecciosas, quirúrgicas, respiratorias y nutricionales. La fuente principal es la historia clínica.

Estado al egreso: es el estado vivo o muerto al egreso del paciente. La fuente principal de esta variable es la historia clínica y la fuente secundaria el área de estadística.

Tiempo de hospitalización: Se escribe el número de días que el paciente estuvo hospitalizado en la institución desde su ingreso y sin importar el servicio. La fuente primaria de esta variable es la historia clínica y el área de estadística como fuente secundaria.

ASPECTOS ETICOS

El presente estudio tiene como objetivo describir las características epidemiológicas y el seguimiento de una población con obstrucción intestinal por bridas que reciben manejo medico en los diferentes servicios del Hospital universitario San José, para cumplir tal propósito se ha desarrollado por parte del investigador y con la asesoría de los tutores científico y metodológico un instrumento que permite describir estas características previamente analizadas en el marco teórico, dicho instrumento se fundamenta en los conceptos clínicos pero además tiene como fundamento el principio de confidencialidad de la información y el derecho de libre escogencia.

Se ha hecho revisión de todos los aspectos éticos y se ha tomado como base el código de Helsinki y se basa en los principios básicos de beneficencia, justicia, respeto por la persona, y no maleficencia.

Cada participante ha sido informado sobre los objetivos y propósitos de este estudio y de una manera consciente y autónoma ha decidido participar de este estudio y ha permitido que se aplique el instrumento de investigación.

**ANEXO 3- CONSENTIMIENTO INFORMADO
TITULO**

**CUAL ES EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO
DE OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS Y QUE RECIBEN
MANEJO MEDICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE
POPAYAN ENTRE OCTUBRE 2012 Y OCTUBRE DEL 2013**

Objetivo de la investigación:

Describir el seguimiento de los pacientes que ingresan con diagnóstico de obstrucción intestinal por bridas y reciben manejo médico en los diferentes servicios del Hospital Universitario San José de Popayán en el periodo comprendido entre 2012 y 2013.

¿Qué se propone en este estudio?

Mediante la aplicación de un instrumento de investigación se plantea determinar las características de los pacientes y describir el seguimiento de los pacientes que reciben manejo médico para el tratamiento de la obstrucción intestinal por bridas en el hospital universitario san José de Popayán en el periodo comprendido entre octubre de 2012 y octubre del 2013, para obtener un mejor entendimiento de los procesos subyacentes al desarrollo de la enfermedad y el progreso de posibles complicaciones relacionadas. El estudio sobre el seguimiento de pacientes con obstrucción intestinal por bridas permitirá, a través de un proceso descriptivo, establecer la prevalencia, la tasa de éxito, complicaciones y la estancia hospitalaria, derivadas de esta patología, aportando valiosa información para identificar los posibles pacientes para que pudieran beneficiarse del manejo conservador. Esto permitirá además la implementación de protocolos y pautas de manejo en el contexto de un tratamiento más efectivo de dichos pacientes.

¿Cómo se seleccionaron a los participantes?

Se seleccionaron todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de obstrucción intestinal por bridas y cumplieron con los criterios de inclusión del presente proyecto y que aceptaron participar en el proyecto.

Riesgos y beneficios:

El estudio es de tipo descriptivo por lo tanto no se realizaron intervenciones ni conllevo ningún riesgo y el participante no recibió ningún beneficio económico, se aplicó el protocolo institucional para el manejo de su patología, y sobre el paciente no se aplicó ninguna intervención diferente a la del protocolo

Compensación:

No se dio ninguna compensación económica por participar.

Confidencialidad:

El proceso fue estrictamente confidencial. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

Participación voluntaria:

La participación fue estrictamente voluntaria.

Derecho de retirarse del estudio:

El participante tuvo el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin ningún tipo de sanción o represalias.

Custodia de los datos:

Los datos fueron custodiados por el investigador principal siendo este el único autorizado para su revisión.

A quién contactar en caso de preguntas: Investigador: ANUAR ARMANDO IDROBO ESCOBAR numero celular 3007595275.

CONSENTIMIENTO

Yo _____ identificado con C.C numero _____

de _____, declaro que he recibido toda la información pertinente sobre el estudio “SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS Y RECIBEN MANEJO MEDICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL AÑO 2012 Y 2013”, he entendido claramente los objetivos del estudio, sus riesgos y sus beneficios, se me ha explicado la forma de participación en el, claramente se me ha explicado e ilustrado sobre el instrumento de investigación y de una manera consciente y autónoma decido ser incluido en el estudio y autorizo la aplicación del instrumento de investigación y que se procese toda la información obtenida en él.

Para constancia se firma en Popayán a los _____ días del mes _____ del 20__

PACIENTE

INVESTIGADOR

ANEXO 4- AVAL COMITÉ DE ETICA H.U.S.J



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 891 580 002 - 5

comité DE ETICA HOSPITALARIA

Popayán , 4 de julio de 2012

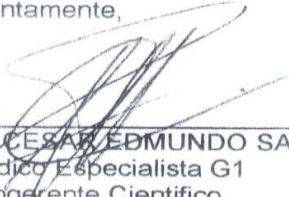
Señor :
Anuar Armando Idrobo Escobar
Residente Cirugia General.
Facultad Ciencias de la Salud.
Universidad del Cauca.

Atento Saludo.

Reunido el comité de Etica de la Investigación del Hospital Universitario San José , el día 28 de Junio , previo estudio por parte de los integrantes del comité , del proyecto **“SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL Y QUE RECIBEN MANEJO MEDICO EN EL H.U.S.J DE POPAYAN DURANTE EL PERIODO 2012 -2013 .“**, determina dar aval correspondiente , por cumplir con las exigencias de la Investigación Cientifica y dar el beneficio para el uso y manejo médico de este tipo de situación en el Hospital.

Se recomienda que en el formato de Consentimiento determine las ventajas de la Investigación.

Atentamente,


Dr. CESAR EDMUNDO SARRIA
Medico Especialista G1
Subgerente Científico.
Miembro Integrante del CEIH


DRA. YOLANDA BOTERO
Abogada Bioetica
Coordinadora del CEIH

ANEXO 5- AVAL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA



Universidad
del Cauca

8.2.9/ 023
Popayán, 26 de marzo de 2012

Facultad Ciencias de la Salud
Departamento de Ciencias Quirúrgicas

Señores
Vicerrectoría de Investigaciones
Universidad del
Cauca

Asunto: Aprobación de Proyecto

Cordial Saludo,

Por medio de la presente y una vez conocido el proyecto de investigación "SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS Y QUE RECIBEN MANEJO MEDICO EN EL HUSJ DE POPAYAN DURANTE EL PERIODO 2012-2013.", realizado por el Dr. ANUAR ARMANDO IDROBO ESCOBAR, con la tutoría del DR JUAN PABLO MARTINEZ (ASESOR CIENTIFICO) y la DRA. BEATRIZ EUGENIA BASTIDAS (ASESORA METODOLOGICA); informamos que el Departamento aprueba su inscripción al grupo de investigación del Departamento de Ciencias Quirúrgicas.

Agradezco la atención a la presente.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Alexei Rojas'.

Alexei Rojas
Director Grupo de Investigacion
Departamento de Ciencias Quirúrgicas

Rosa Ma. Moya