



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“VÓLVULO DE CIEGO”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Freire Bombón, María Mercedes

Tutor: Dr. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

Ambato – Ecuador

Noviembre 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el Análisis del Caso Clínico con el tema:

“VÓLVULO DE CIEGO” de María Mercedes Freire Bombón, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2015

EL TUTOR

.....
Dr. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación sobre el Análisis del Caso Clínico con el Tema: “**VÓLVULO DE CIEGO**”, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2015

LA AUTORA

.....
Freire Bombón, María Mercedes

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autora.

Ambato, Septiembre 2015

LA AUTORA

.....
Freire Bombón, María Mercedes

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis del Caso Clínico, sobre: **“VÓLVULO DE CIEGO”** de María Mercedes Freire Bombón estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre de 2015

Para constancia firman:

PRESIDENTE/A

1 er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo producto de mi esfuerzo y dedicación se lo dedico primero a dios ser supremo que es aquel que me da la fuerza sabiduría paciencia y la vida necesaria para culminar la primera parte de mi Carrera.

A mi familia que siempre han estado apoyándome y alentándome con palabras de fuerza y amor en especial a mis padres por todo el sacrificio y esfuerzo que me brindaron para poder ser una profesional, a mi hermana por el amor incondicional, a ellos por ser un pilar fundamental en mi vida.

Mi triunfo también es el de ustedes.

Mercedes Freire Bombón

AGRADECIMIENTO

El presente Análisis de Caso Clínico, se lo agradezco a mi familia, a mis padres los señores César y Mercedes, que gracias a sus consejos, amor, y apoyo han hecho de mí una persona de bien, a mi hermana Yessita por su ayuda incondicional.

A la Universidad Técnica de Ambato y al HPGDA (Hospital Provincial General Docente Ambato) por haberme abierto sus puertas para formarme como profesional de la Salud y así cumplir mi anhelo de servir a la sociedad.

Al Tutor de este Análisis de Caso Dr. Fabián Yépez, por la orientación en todos y cada una de sus recomendaciones, por el tiempo dedicado y porque sin su asesoramiento este trabajo no hubiera sido posible.

Entre todos hemos ido superando los obstáculos de la Carrera, y este ha sido uno más que pronto estará también superado.

Mi efusivo saludo de estima y consideración a los miembros del Tribunal.

Mercedes Freire Bombón

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE PÁGINAS PRELIMINARES

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	vii
Resumen.....	ix
Summary	xi

ÍNDICE DE CONTENIDO GENERAL

I. Introducción.....	1
II. Objetivos	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos	4
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INFORMACIÓN DISPONIBLES	5
IV. DESARROLLO	6
DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	6
DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	12
FACTORES DE RIESGO PERSONALES	12
FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES	13
ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	13

OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA	13
ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA	13
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	14
OPORTUNIDAD DE REMISIÓN.....	14
IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS	14
CARACTERÍSTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	16
V. CONCLUSIONES	17
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
BIBLIOGRAFÍA.....	18
LINKOGRAFÍA	19
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA	20

ÍNDICE DE TABLAS

VII. ANEXOS:	21
--------------------	----

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“VÓLVULO DE CIEGO”

Autora: Freire Bombón, María Mercedes

Tutor: Dr. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

Fecha: Septiembre del 2015

RESUMEN

El vólvulo es la torsión anormal o rotación de una porción del intestino sobre su mesenterio, que ocasiona la oclusión de la luz, obstrucción y compromiso vascular. Es una obstrucción mecánica que ocurre debido a una torsión anatómica del intestino alrededor de un pedículo mesentérico estrecho. Puede producirse en cualquier parte del tubo gastrointestinal, pero se observa en porciones con mesenterio largo, estrecho en su raíz y móviles principalmente. La mayoría ocurre en el colon izquierdo en un 45% a un 80%, en el colon derecho en un 15% a 30% y transverso y ángulo esplénico en un 2 a 5%.

El vólvulo del ciego es una condición clínica infrecuente y representa solamente el 2 a 3% de los casos de oclusión intestinal en el adulto. Los pacientes con esta entidad usualmente presentan un cuadro clínico de dolor abdominal intermitente, vómitos y no expulsión de heces por el recto.

A continuación se presenta el caso de una paciente femenina de 29 años de edad nacida en Alausí y residente en Ambato “Santa Rosa – El Quinche”, con antecedente de cuadro obstructivo intermitente hace tres años. Hace tres meses acudió al servicio de Emergencias del Hospital Provincial Docente Ambato por presentar dolor y distensión abdominal, donde fue diagnosticada e intervenida por presentar un Vólvulo de Ciego por esta razón en su primera intervención quirúrgica se le realizó

la desvolvulación y cecopexia para luego programar una hemicolectomía derecha en forma electiva.

A la paciente se le intervino hace 3 semanas en la que se le realiza una hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis la misma que tuvo una evolución favorable. Actualmente la paciente es controlada periódicamente por consulta externa del Servicio de Cirugía del HPGDA.

PALABRAS CLAVES: VÓLVULO_CIEGO, DESVOLVULACIÓN, CECOPEXIA, HEMICOLECTOMIA_DERECHA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF MEDICINE

“CECAL VOLVULUS”

Author: Freire Bombón, María Mercedes

Tutor: Dr. Yépez Yerovi, Fabián Eduardo

Date: September 2015

SUMMARY

Volvulus is abnormal twisting or rotating a portion of the intestine on its mesentery, which causes occlusion of light, obstruction and vascular compromise. It is a mechanical obstruction which occurs due to an anatomical twisted intestine around a narrow mesenteric pedicle. It can occur anywhere in the gastrointestinal tract, but is observed in portions with long mesentery, narrow at base, mainly mobile. Most occur in the left colon by 45% to 80%, in the right colon in 15% to 30% and splenic flexure transverse and a 2 to 5%.

The blind volvulus is a rare clinical condition and represents only 2-3% of cases of intestinal obstruction in adults. Patients with this condition usually present clinical symptoms of intermittent abdominal pain, vomiting and no passage of stool from the rectum.

With a history of intermittent obstructive picture three years ago - then the case of a female patient of 29 years of age born and living in Ambato Alausí "The Quinche Santa Rosa" is presented. Three months ago she went to the emergency room of the Provincial Teaching Hospital Ambato to present pain and abdominal distension,

which was diagnosed and operated by presenting a cecal volvulus is why his first surgery he underwent the desvolvulation and cecopexy then schedule a colectomy right electively.

The patient was intervened three weeks in which he performed a right hemicolectomy with anastomosis ileotransverso the same who had a favorable evolution ago. Currently the patient is regularly checked by outpatient surgery HPGDA Service.

KEYWORDS: CECAL_VOLVULUS, DESVOLVULATION, CECOPEXY, RIGHT_HEMICOLECTOMY.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación busca identificar, diagnosticar y tratar oportunamente un vólvulo cecal el cual resulta de la falta de fijación del colon derecho. La rotación se lleva a cabo alrededor de los vasos sanguíneos ileocólicos y ocurre en un momento temprano una alteración vascular.¹

Esta enfermedad es relativamente infrecuente y supone el 1–1,5% de todas las causas de oclusión intestinal; después del vólvulo de sigma que es el tipo más frecuente de vólvulo.²⁻³ Etiopatológicamente los vólvulos del colon derecho son más raros que los del colon izquierdo. No presentan una distribución geográfica ni étnica definida, como sí lo hacen los vólvulos del sigmoides; condición ésta que haría suponer una menor o ausente repercusión en la génesis de los vólvulo del colon derecho de enfermedades intestinales (como la diverticulosis colónica, poliposis, colon irritable, bridas, entre otras) y de los factores ambientales (ingestión abundante de fibra en la dieta en forma crónica, el uso prolongados de laxantes,).⁴⁻⁸

Atendiendo a su mecanismo fisiopatológico se han descrito tres tipos de vólvulo cecal: torsión axial, torsión en bucle y báscula cecal. La torsión axial y la torsión en bucle son las formas más graves, ya que suelen conllevar estrangulación vascular. En la báscula cecal no se produce torsión, sino un punto de flexión en el ciego que provoca un mecanismo valvular de oclusión.⁹⁻¹⁰

El vólvulo del colon derecho constituye principalmente la forma de presentación en el adulto del espectro de anomalías anatomoclínicas de los fenómenos de no-rotación, rotación incompleta o fijación incompleta intestinal, conocidos genéricamente como "malrotación intestinal".¹¹ El vólvulo del ciego ocurre como manifestación de defectos en la fijación intestinal; sin embargo, su asociación con una rotación intestinal incompleta no se ha podido encontrar en los casos reportados en la bibliografía universal.¹²

La mal rotación intestinal constituye una entidad poco frecuente, con una incidencia aproximada de 1 por cada 500 nacimientos. Como consecuencia, quizás, de su baja frecuencia, no existen estadísticas confiables sobre esta entidad; no obstante, no parece haber un predominio definitivo sobre uno u otro sexo, así como tampoco una diferencia entre razas.¹³⁻¹⁵

A diferencia del vólvulo sigmoide, el cecal nunca puede destorcerse por medios endoscópicos.¹⁶ Más aún, debido a que pronto en la evolución del vólvulo cecal hay alteración vascular, cuando se establece el diagnóstico se requiere exploración quirúrgica inmediata en la mayoría de casos, lo que implica un gran coste para el sistema de salud tanto por el requerimiento de médicos especialistas como por el uso de recursos y estancia hospitalaria, a fin de evitar sus posibles complicaciones las cuales originan un gran impacto biopsicosocial en el paciente.¹⁷⁻¹⁸

El aporte del estudio y análisis de este caso clínico en particular es identificar puntos críticos donde existan deficiencias o falencias en el sistema de salud y su interacción con el paciente, para poder proponer alternativas de mejoramiento y puntos de mayor énfasis sea en cuanto a una mejor desempeño diagnóstico, terapéutico, investigativo, académico, o de recursos y prestaciones, en los diferentes niveles de atención a los que el paciente accedió.

Lamentablemente a nivel de nuestra provincia no contamos con estadísticas confiables sobre la real incidencia de abdomen agudo obstructivo por vólvulo cecal, más aún en nuestro Cantón Ambato, razón por el cual nos debe motivar para realizar estudios estandarizados que permitan tener una visión global e integral de esta problemática con relación a factores previsibles, al diagnóstico y tratamiento de este padecimiento dentro de nuestras unidades de salud.

Además es importante resaltar las recurrencias de esta patología al manejar solo con tratamientos quirúrgicos conservadores como es la desvolvulación, destorsión simple o está más cecopexia razón por lo que se realizó una hemicolectomía derecha como técnica quirúrgica definitiva de nuestra paciente en estudio para así evitar

complicaciones con repercusión global tanto para la paciente como el sistema de salud.^{10, 19,20}

II. OBJETIVOS

Objetivo General

1. Establecer un diagnóstico y tipo de tratamiento oportuno de un Vólvulo de Ciego que permita un eficaz y eficiente manejo de esta patología.

Objetivos Específicos

1. Reconocer los principales factores de riesgo para la presentación de un abdomen agudo obstructivo por Vólvulo de Ciego.
2. Discutir las alternativas en cuanto al manejo inicial y quirúrgico del paciente bajo la disponibilidad de recursos del hospital que fue atendido.
3. Dejar un precedente para toma de acciones a futuro encaminadas a evitar falencias en el manejo de pacientes con Vólvulo Cecal.
4. Determinar si existe protocolos estandarizados sobre el manejo de Vólvulo Cecal, dentro de nuestras unidades de salud que permita un mismo manejo por todos los profesionales de salud.
5. Identificar las posibles complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de un paciente con Vólvulo de Ciego.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

La principal fuente de investigación de datos obtenidos en este caso fue de manera retrospectiva bajo la descripción de múltiples fuentes en la que cabe destacar, la recopilación y el análisis detallado de:

- Historia Clínica, en la que se destaca la revisión de documentos a través de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, tiempos de permanencia en las diferentes unidades y servicios hospitalarios, manejos clínicos, características de la atención, identificación de puntos críticos, así como sus oportunidades de mejora después de su egreso hospitalario.
- Guías de práctica clínica y artículos de revisión, ya que resumen y evalúan todas las evidencias relevantes con el objetivo de ayudar a los médicos a escoger la mejor estrategia del manejo posible para el tratamiento de un paciente individual.
- Información directa a través de la aplicación de entrevista a paciente, con el objeto de determinar las condiciones de ingreso, tiempos de atención, calidad y rapidez en la realización de solicitudes, acceso a las distintas unidades de salud y oportunidades de mejora después de su egreso, en la que se obtuvo información acerca de su cumplimiento farmacológico, protocolo quirúrgico y cambios en su estilo de vida, así como sus posibilidades de mejora.

IV. DESARROLLO

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El caso clínico que se presenta a continuación se refiere a una paciente de 29 años de edad nacida en Alausí y residente en Ambato “Santa Rosa – El Quinche”, mestiza, en unión libre, agricultora, con primaria completa, católica, diestra, grupo sanguíneo desconoce, antecedente quirúrgico de abdomen agudo obstructivo por lo que le realizaron una laparotomía exploratoria hace tres años, antecedentes familiares y alergias sin relevancia clínica.

Paciente que acude de forma ambulatoria al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, a las 06 h 15 min del día martes 23 de Junio del 2015 por presentar dolor abdominal de gran intensidad localizado en fosa ilíaca derecha de 12 horas de evolución, sin causa aparente el cual se acompaña de diarrea de color amarillenta en moderada cantidad por 4 ocasiones al día, más náuseas que no llegan al vómito.

Al examen físico, signos vitales dentro de los parámetros normales, Glasgow 15/15, cardiopulmonar sin hallazgos patológicos, abdomen: se evidencia lesión cicatrizal medio supra e infra-umbilical de más o menos 10 cm, ligeramente distendido, suave, depresible, doloroso a la palpación en forma difusa, ruidos hidroaéreos presentes. Extremidades: pulsos presentes, fuerza, tono, trofismo conservado en ambas extremidades.

Inicialmente se indicó hidratación con solución salina al 0.9%, se administra antiespasmódico (Butilescopolamina 10mg IV STAT) y antiemético (Metoclopramida 10mg IV STAT). Se realiza exámenes complementarios con los siguientes reportes:

BIOMETRÍA

- Leucocitos 9.360 cel/mm³
- Neutrófilos 73%
- Linfocitos en 19 %

- Hemoglobina 14.1g/dl
- Hematocrito 41%
- Plaquetas 291000 cel/mm³

QUÍMICA SANGUÍNEA

- Glucosa 104.3mg/dl
- Úrea 28.8 mg/dl
- Creatinina 0.79 mg/dl

TIEMPOS DE COAGULACIÓN: TP 11 seg y TTP 32 seg.

PCR: 5.05

ELEMENTAL MICROSCÓPICO DE ORINA

- Densidad: 1020
- pH: 5
- Píocitos: 7-9,
- Eritrocitos 1-2
- Bacterias: ++
- Moco: ++

COPROLÓGICO

- Polimorfos: 80%
- Píocitos: +++
- Histolítica +
- Coli ++
- Flora bacteriana aumentada.

Motivo por lo que deciden dar el alta con diagnóstico de **GASTROENTERITIS BACTERIANA AGUDA** se administra antibiótico intravenoso (Ciprofloxacina 200mg IV stat) y tratamiento ambulatorio Ciprofloxacina 500mg VO cada 12 horas por 7 días e Ibuprofeno 400mg VO cada 8 horas por 4 días.

A las 24 horas de su egreso y con tratamiento la paciente no siente mejoría, exacerbándose el dolor abdominal acompañado de distensión abdominal, motivo por lo que regresa al servicio de emergencia donde es valorada y se le indica hidratación con lactato ringer, y se administra analgesia (tramadol 100mg IV STAT), antiemético (metoclopramida 10mg IV c/8h), Se repitieron exámenes complementarios con los siguientes reportes:

BIOMETRÍA

- Leucocitos 9.170 cel/mm³
- Neutrófilos 71%
- Linfocitos en 21.1%
- Hemoglobina 14.3g/dl
- Hematocrito 41.9%
- Plaquetas 309000 cel/mm³

ELEMENTAL MICROSCÓPICO DE ORINA

- Densidad 1010
- Ph: 6
- Píocitos 2 – 3
- Eritrocitos 1-3
- Bacterias +.

Rx simple de abdomen en dos posiciones donde se evidencia asas intestinales distendidas + signo de grano de café en el cuadrante izquierdo.

Con el cuadro clínico y los exámenes descritos se diagnostica un ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO POR VÓLVULO DE SIGMA, razón por lo que se solicita interconsulta al Servicio de Cirugía General donde es valorada y se decide su intervención quirúrgica inmediata, la cual no se puede realizar ya que en ese momento no se disponía de quirófano y solo había un anestesiólogo el mismo que se encontraba ocupado en las otras cirugías, por esta razón se decide tramitar su transferencia a otra casa de salud y al mismo tiempo indican: NPO, CSV, la colocación de sonda nasogástrica a caída libre y sonda rectal, lactato ringer 1500cc

IV en 24 horas, tramadol 100 mg IV c/8horas, Ampicilina + sulbactam 1.5 g IV c/6horas, metoclopramida 10mg IV c/8horas, omeprazol 40 mg IV QD. Se realiza exámenes complementarios con los siguientes reportes:

- Na 137mmo/L
- K: 4.0mmol/L
- Cl: 108mmol/L.

A las 10 horas de su admisión en el HPDA la paciente ingresa al quirófano para realizarle una laparotomía exploratoria, encontrándose en el transquirúrgico los siguientes hallazgos:

1. Vólvulo de ciego de 180 grados ausencia de fijación del ciego
2. Dólicocolon
3. Sigma redundante
4. Dilatación de íleo terminal
5. Ausencia del apéndice

Durante el acto quirúrgico se procedió a la desvolvulación más cecopexia, no hubo ningún tipo de complicación, existió un sangrado de aproximadamente 200cc, quedando con las siguientes indicaciones: NPO, sonda nasogástrica a caída libre, sonda rectal, sonda Foley permanente, CSV C/6H, lactato de ringer 1000 cc c/12 horas, Ampicilina + sulbactam 1.5 g IV c/6horas, ketorolaco 30mg IV C/8H, tramadol 50mg IV C/8H, metoclopramida 10mg IV c/8H, ranitidina 50mg IV c/12H, más cuidados de enfermería.

La paciente permanece en sala de recuperación sin novedades, pasando a sala de cirugía general manteniéndose en condiciones estables y con el diagnóstico de **ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO POR VÓLVULO DE CIEGO.**

En su segundo día postquirúrgico se inicia dieta líquida, se retira sonda nasogástrica a lo que responde de manera adecuada, y tiene una evolución aparentemente favorable con signos vitales estables; en cuanto a las indicaciones se suspende el antibiótico y analgesia (tramadol) y se cambia la hidratación por dextrosa en agua al 5% + 20 ml de Sol Na + 10ml Sol K IV 100 ml/H y se solicita exámenes los que reportan:

BIOMETRÍA

- Leucocitos 5400 cel/mm³
- Neutrófilos 60%
- Linfocitos en 29.1%
- Hemoglobina 11.2g/dl
- Hematocrito 32.6%
- Plaquetas 245000 cel/mm³

QUÍMICA SANGUÍNEA

- Glucosa 91.1mg/dl
- Úrea 25.7 mg/dl
- Creatinina 0.75 mg/dl

ELECTROLITOS:

- Na: 139mmo/L
- K: 3.8mmol/L
- Cl: 106mmol/L.

La paciente conservó una buena evolución posquirúrgica manteniéndose en buenas condiciones y con signos vitales estables normales; al cuarto día post-quirúrgico se indicó nuevos exámenes que reportaron:

- Proteínas totales de 5.81g/dl
- Albumina 3.12 g/dl

Razón por lo que se indica dieta blanda e hiperproteica; Al quinto día posquirúrgico tras haber mantenido una buena evolución, sin signos de alarma, con signos vitales estables y sin el uso de sondas deciden dar el alta con controles por consulta externa y programando una nueva intervención quirúrgica para tratamiento definitivo de dicha patología, se le indicó conservar dieta hiperproteica y acudir a los controles programados.

La paciente conservó una buena evolución no presentó sintomatología ni signos de alarma y acudió a dos controles por consulta externa, siendo este último el 06/08/2015 en el cual se indicó su reingreso para el día 14/08/2015. La Paciente ingreso al servicio de cirugía a sala general la fecha indicada manteniendo una buena evolución y con indicaciones de cirugía programada para el 18/08/2015, preparación intestinal (enemas evacuantes, laxantes y antibiótico como Eritromicina y Metronidazol) y se actualizó exámenes paraclínicos con el siguiente reporte:

BIOMETRÍA

- Leucocitos 6200 cel/mm³
- Neutrófilos 57%
- Linfocitos en 30.9 %
- Hemoglobina 13.7g/dl
- Hematocrito 41%
- Plaquetas 305000 cel/mm³

QUÍMICA SANGUÍNEA

- Glucosa 81mg/dl
- Úrea 12 mg/dl
- Creatinina 0.72 mg/dl

TIEMPOS DE COAGULACIÓN: TP 12 seg, TTP 25 seg

VIH y VDRL: no reactivo

Proteínas totales de 7.7g/dl

Albumina 4.2 g/dl.

Al cuarto día de permanecer hospitalizada y previa preparación quirúrgica la paciente ingresa al quirófano donde se realizó una Hemicolecotomía Derecha + Ileotransverso-anastomosis latero – lateral con sutura mecánica. En el acto quirúrgico se realizaron los siguientes hallazgos:

- 1) Dolico cólon

- 2) Múltiples adherencias en ciego y colon ascendente
- 3) Adenopatías mesentéricas marcadas
- 4) Ausencia de apéndice
- 5) Sigma redundante.

Durante el acto quirúrgico no hubo ningún tipo de complicación, existió un sangrado escaso, prescribiéndose las siguientes indicaciones: NPO, CSV C/4H, SNG a caída libre, Control I/E, lactato ringer 1000cc c/12H, Cefaxolina 1g IV c/6H, tramadol 50mg IV C/8H, ketorolaco 30mg IV C/8H, omeprazol 40mg IV QD, gluconato de calcio 10% 10cc IV C/12H, sulfato de magnesio 20% 10cc IV QD, ácido ascórbico 1g IV QD, complejo B 5cc IV QD, más cuidados de enfermería.

La paciente posteriormente al acto quirúrgico permanece hospitalizada por 7 días en el servicio de cirugía, la cual tuvo una buena evolución posquirúrgica y sin complicaciones es dada de alta con tratamiento ambulatorio de Amoxicilina + Acido clavulánico 500mg VO c/8 H por 9 días, Paracetamol 1g VO c/8H por 5 días y controles periódicos por consulta.

DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO PERSONALES

Edad

Sexo femenino

Antecedente de ser laparotomizada hace 3 años por cuadro de abdomen agudo obstructivo.

Dieta rica en alimentos con fibra

Agricultora

Falta de apego un sistema de salud en acudir pronto a una valoración médica temprana

FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

Factores geográficos que no permiten un acceso adecuado al sistema de salud

ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE CONSULTA

En el presente caso de la paciente en estudio, se puede apreciar fácilmente el desapego por un sistema de salud, que se rige por niveles de atención, puesto que dicha paciente menciona no acudir primeramente al centro de salud por la falta de atención inmediata y acudir a un nivel superior como es el caso del servicio de emergencia del HPDA de forma ambulatoria ya que menciona que dicho cuadro tuvo una presentación de 12 horas (desde la noche a la madrugada) por lo que la paciente ingreso en horas de la mañana. El tiempo promedio de atención en una unidad hospitalaria (servicio de emergencias) es inmediata desde su ingreso a su atención (15 min). Y el tiempo en que se demoró para su intervención fue de 38 horas.

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Paciente vive en la localidad de “El Quinche”, Parroquia de “Santa Rosa” del cantón Ambato, refiere y se evidencia una Unidad de Salud Primaria a unos 500 metros de su lugar de residencia, no se evidencia dificultades geográficas ya que existen vías de primer orden desde su residencia hasta la Unidad Primaria de Salud, centro de salud está dotado de un médico general, un odontólogo una licenciada de enfermería y una auxiliar quienes brindan atención médica todos los días en un determinado horario.

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

El manejo en Urgencias se basa en la atención clínica inmediata y monitorización, razón por lo que la paciente al momento de su ingreso fue observada y manejada inmediatamente según su cuadro clínico patológico, en el que, el personal médico se valió de sus conocimientos y exámenes paraclínicos para llegar así a un primer diagnóstico; pero no tomaron en cuenta solicitar la valoración de otro servicio como es el de Cirugía ya que según los reportes de exámenes enviados y el cuadro de la paciente daban para defender el diagnóstico ya dicho. Pero, cabe recalcar que cuando la paciente reingreso al día siguiente su atención fue oportuna e inmediata, y en este momento tuvo la valoración por parte de Cirugía quienes en base a sus conocimientos, experiencia médica y la ayuda de medios de diagnóstico ayudaron a cumplir con el objetivo de obtener un pronto diagnóstico y tratamiento para la patología de dicha paciente. Por lo que se puede observar que existió un trabajo conjunto entre los diferentes servicios de esta entidad de salud y el manejo de inmediato para resolver la patología que cursaba la paciente y evitar complicaciones para la misma.

OPORTUNIDAD DE REMISIÓN

La referencia o remisión de un paciente que cursa con un cuadro clínico aparente de abdomen agudo obstructivo y más cuando este ya es confirmado la referencia debe ser inmediata, ya que su resolución es estrictamente quirúrgica en la mayoría de casos y debe ser remitido de un nivel de atención de salud primaria a uno superior con capacidad resolutive adecuada; este paso en el caso presentado, no se dio, ya que la paciente acude directamente a un nivel superior que cuenta con las áreas necesarias para garantizar un manejo integral y multidisciplinario.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- La despreocupación o desconocimiento por parte de la paciente al no mantener una adecuada dieta baja en fibra por su antecedente quirúrgico y al no acudir de forma periódica a controles rutinarios al Subcentro de salud de su localidad.
- El retraso en el diagnóstico y la no derivación para su valoración a otro servicio como es el caso de Cirugía el primer día de su ingreso.
- El retraso en la intervención quirúrgica como tratamiento para dicha patología por no constar en el momento con el personal necesario ya que por ese día solo existía un especialista anestesiólogo para toda la alta demanda de pacientes que se encontraba por ingresar al quirófano.
- La falta de uso de otros métodos paraclínicos para realizar un buen diagnóstico.
- Desapego al sistema de salud al no acudir pronto a una valoración médica temprana y oportuna.
- Falta de estudios nacionales para determinar los factores de riesgo y/o zonas de riesgo de mayor predisposición a este tipo de patología.
- Despreocupación por la adopción y adecuación de guías y protocolos extranjeros a la realidad de nuestro país.

CARACTERÍSTICAS DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
Información y control periódico dentro de las unidades de atención primaria	<p>Visitas domiciliarias</p> <p>Controles periódicos en unidad de atención primaria</p>
El retraso, equivocación en el diagnóstico	Realizar capacitaciones al personal médico, para obtener menos errores al momento de realizar el diagnóstico.
El retraso en la derivación a otros servicios del mismo plantel para su manejo	Realizar interconsultas inmediatas para una mejor valoración y un tratamiento.
Falta en la utilización de otros métodos paraclínicos para un mejor diagnóstico	Si se sospecha en alguna patología quirúrgica sacar provecho a todos los equipos diagnóstico que tenga la institución de salud.
Desapego al Sistema de Salud	Promoción del funcionamiento del sistema de Salud actual
Implementar guías de manejo propias para nuestro medio	Establecer guías y/o protocolos relacionados a la atención, tiempos y manejo dentro de cada servicio del HPDA
Falta de Promoción de alimentación Adecuada	Charlas y Promoción de una Cultura de Alimentación Saludable

V. CONCLUSIONES

- El dolico colon pero más aún la mal rotación intestinal y la falta de fijación son los factores de riesgo innatos más importantes que puede conllevar al desarrollo de esta patología, y si a esto le añadimos una mala alimentación alta en consumo de alimentos que contengan fibra y con antecedentes de tener cuadro de abdomen agudo obstructivo es mucho más el riesgo que se pueda desarrollar un vólvulo en este caso a nivel del ciego. El mismo que necesita intervención quirúrgica inmediata para su resolución, por lo que se puede constatar que el manejo definitivo que no crea recurrencias ni tampoco complicaciones a futuro es una hemicolectomía derecha.
- Con el análisis de ese caso se llegó a la conclusión que falta más investigación y documentación sobre el desarrollo de esta patología ya que tanto a nivel internacional y más aún nacional y local no existen muchos datos para su mayor estudio.
- La tardanza en el diagnóstico y su manejo hace que aumente la tasa de morbimortalidad.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Céspedes, D. N. Vólvulos de Colon Derecho. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra 18 de Medicina, 18-21. 2005 (4)
- Daniel Gingold, M. Z., Management of Colonic Volvulus. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 236–244. 2012 (10)
- Ferrer Márquez M, B. L. Protocolos en Cirugía Colorrectal. En B. L. Ferrer Márquez M, Protocolos en Cirugía Colorrectal (págs. 181-186). España-Valencia: obrapropia. 2012 (20)
- Fretes, D. I. Oclusión intestinal por Vólvulo de Ciego. Rev. Cir. Parag, 25 - 27. 2012 (2)
- Jaime Ruiz-Tovar, V. M.-C.-M. Complicaciones posoperatorias. Cir Cir, 283-291. 2010 (18)
- José Ignacio Rodríguez-Hermosaa, A. M.-C. Obstrucción intestinal por Vólvulo de Ciego. Cirugía España, 385-387. 2005 (5)
- Mursulí, A. L. Malrotación intestinal asociada a vólvulo del ciego: Reporte de un. Rev Cubana Cir, 41-44. 2010 (14)
- Pérez, E. L. Vólvulo cecal: características en imagen. Elsevier Doima Radiología, 333 - 341. 2010 (9)
- Salud, M. d. Guías Clínicas de Cirugía General. En M. d. Salvador, Guías Clínicas de Cirugía General (págs. 109 - 111). San Salvador: Viceministerio de Políticas de Salud. 2012 (19)
- Schwartz. Principios de la cirugía. México. 2006 (1)
- V1., O. F. Dolicomegacolon Andino y Vólvulos. Rev Gastroenterol Perú, 248-257. 2008 (6)

LINKOGRAFÍA

- A, A. A. (June de 2012). *KARGER*. Recuperado el 2012, de *mEDICAL pRinciples and practice*: <http://www.karger.com/Article/Fulltext/335415> (15)

Recuperado el 25 de Agosto del 2015
- Browne, N. (mayo de 2010). *NCBI*. Recuperado el 2015, de *West J Emerg Med.*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908659/> (8)

Recuperado el 10 de Agosto del 2015
- Pablo, T. B. (15 de JUNIO de 2005). *ELSEVIER DOIMAN*. Recuperado el 24 de AGOSTO de 2015, de *ELSEVIER DOIMAN*: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-aspectos-embriologicos-clinicos-radiologicos-malrotacion-13079955> (11)

Recuperado el 24 de Agosto del 2015
- Stefanie Y. Lee MD, M. B. (14 de mayo de 2013). *Canadian Medical Association or its licensors*. Recuperado el 2013, de *CMAJ 2013*: <http://www.cmaj.ca/content/185/8/684.short> (17)

Recuperado el 30 de Agosto del 2015

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

- EBSCO HOST: Adrián Márquez-Díaz. (2010). *EBSCO HOST*. Recuperado el 2010, de EBSCO HOST:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=28&sid=8e0e2800-78f8-4a2b-8c9f-605963140d8d%40sessionmgr112&hid=115> (3)
- EBSCO HOST: Federico Guillermo Lubinus Badillo, M. (4 de julio de 2006). *EBSCO HOST*. Recuperado el 06 de JUNIO de 2006, de EBSCO HOST:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=8e0e2800-78f8-4a2b-8c9f-605963140d8d%40sessionmgr112&hid=115> (13)
- EBSCO HOST: Henry Ramírez, H. R. (Febrero de 2011). *EBSCO HOST*. Recuperado el 2011, de Informe Médico:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=8e0e2800-78f8-4a2b-8c9f-605963140d8d%40sessionmgr112&hid=115> (12)
- EBSCO HOST: Nicolás Quezada S.1, F. L. (Octubre de 2014). *EBSCO HOST*. Recuperado el 2014, de EBSCO HOST:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=32&sid=8e0e2800-78f8-4a2b-8c9f-605963140d8d%40sessionmgr112&hid=115> (16)
- EBSCO HOST: Victor Hugo Lopez-Villarreal, G. G.-R. (OCTUBRE de 2004). *EBSCO HOST*. Recuperado el 2004, de EBSCO HOST:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&sid=8e0e2800-78f8-4a2b-8c9f-605963140d8d%40sessionmgr112&hid=115> (7)

VII. ANEXOS:



Figura 1



Figura 2