



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“ABDOMEN OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A HERNIACIÓN INGUINAL”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Medina Aguilar, Mireya Andrea

Tutor: Dr. Pozo Mayorga, Fernando Patricio

Ambato – Ecuador

Diciembre, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor en el Análisis de Caso Clínico sobre:

“ABDOMEN OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A HERNIACIÓN INGUINAL”
de Mireya Andrea Medina Aguilar, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2016.

EL TUTOR

.....

Dr. Pozo Mayorga, Fernando Patricio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico, “**ABDOMEN OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A HERNIACIÓN INGUINAL**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad, como autora del presente Trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2016.

LA AUTORA

.....
Medina Aguilar, Mireya Andrea

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de mismo un documento disponible para su lectura, consulta y proceso 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, Junio del 2016.

LA AUTORA

.....
Medina Aguilar, Mireya Andrea.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“ABDOMEN OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A HERNIACIÓN INGUINAL”**, de Mireya Andrea Medina Aguilar, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, diciembre de 2016.

Para constancia firman

1er VOCAL

2do VOCAL

PRESIDENTE

DEDICATORIA

Dedico éste trabajo en primer lugar a Dios Todopoderoso, a mi madre, por su paciencia, cariño, amor incondicional y su constancia, por enseñarme que todo se puede en esta vida, que los límites no existen y que para pasar los obstáculos se requiere de mucha fortaleza empeño honestidad y humildad.

A mi padre, quien me llenaba de inspiración y quien siempre me incentivaba a dar un poco más de mí. A mis hermanos por apoyarme siempre. Y a todas las personas que han pasado por mi vida, todos me han enseñado algo, algunos me han dejado mucho y otros poco, pero todos han hecho de mi vida una experiencia maravillosa.

Medina Aguilar, Mireya Andrea

AGRADECIMIENTO

A Dios infinitamente porque me ha dado la luz, la sabiduría suficiente y ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

Agradezco a mi madre y padre por apoyarme constantemente moral y económicamente, a mis hermanos y amigos por hacer de cada situación una grata experiencia. De manera especial reconozco a la Universidad Técnica de Ambato por abrirme las puertas al conocimiento y sobre todo me encuentro muy agradecida con todos mis profesores, doctores que siempre me incentivaron e inspiraron de una u otra forma a ser más consiente en mi trabajo. Al Dr. Patricio Pozo quien me brindó sus conocimientos para la culminación de este trabajo. Y por último pero no menos importante agradezco a Daniel por su apoyo incondicional y por acompañarme a conseguir este logro en mi vida.

Gracias

Medina Aguilar, Mireya Andrea

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| PORTADA..... | i |
| APROBACIÓN DEL TUTOR..... | ii |
| AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO | iii |
| DERECHOS DE AUTOR | iv |
| APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR..... | v |
| DEDICATORIA | vi |
| AGRADECIMIENTO | vii |
| RESUMEN..... | xi |
| SUMMARY | xiii |
| II.-INTRODUCCIÓN | 1 |
| III.- OBJETIVOS | 2 |
| III.a- OBJETIVO GENERAL | 2 |
| III.b.- OBJETIVO ESPECÍFICOS | 2 |
| IV.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO | 3 |
| IV.a.-DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION UTILIZADAS.. | 5 |
| VI.-DESCRIPCIÓN DEL CASO | 7 |
| VII.-ANÁLISIS DEL CASO | 13 |
| VIII.-DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO | 22 |
| IX.-ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS | 23 |
| IX.a.-ACCESO A LA ATENCIÓN | 23 |
| IX b.-OPORTUNIDADES DE ATENCIÓN | 24 |
| X.-IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS | 24 |

| | |
|--|----|
| XI.-CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA | 25 |
| XII.-ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA | 25 |
| XIII.-CONCLUSIONES | 28 |
| Referencias bibliográficas | 29 |
| BIBLIOGRAFÍA | 29 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N° 1 biometría hemática al ingreso | 8 |
| Tabla N° 2 Química sanguínea al ingreso | 9 |
| Tabla N° 3 Biometría de control | 10 |
| Tabla N° 4 Química sanguínea de control..... | 11 |
| Tabla N° 5 biometría de control 20 días posterior a la cirugía..... | 12 |

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

“ABDOMEN OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A HERNIACIÓN INGUINAL”

Autora: Medina Aguilar, Mireya Andrea

Tutor: Dr. Pozo Mayorga, Fernando Patricio

Fecha: Junio 2016

RESUMEN

El presente caso se presentó en el hospital provincial general de Latacunga, se trata de un paciente masculino de 78 años de edad, el cual refiere dolor a nivel inguinal continuo de más o menos 24 horas de evolución, el cuadro se acompaña de imposibilidad para la deambulacion, motivo por el cual paciente acude a facultativo .

Al examen físico inicial presenta dolor a la palpación a nivel de región inguinal además se puede palpar masa no reductible en el mismo lugar de consistencia sólida.

Se realizan exámenes de laboratorio los mismos que se encuentran normales, los exámenes de imagen se encuentran alterados mostrando patrón de tipo obstructivo y de herniación inguinal incarcerada, motivo por el cual el paciente el llevado a sala de operaciones donde encuentran peritonitis y dejan una bolsa de Bogotá.

A las 48 horas se realiza lavado de cavidad y su cierre, pero paciente comienza a tener empeoramiento en su estado general, llevándolo nuevamente a quirófano donde

se evidencia perforación del asa intestinal se realiza su resección, paciente no mejora y comienza con cuadro de tos sin expectoración, en el examen de imagen se ve la presencia de infiltrados a nivel de bases por lo que se añade a la patología neumonía nosocomial. Paciente es transferido a tercer nivel de atención para su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: ABDOMEN, OBSTRUCTIVO_SECUNDARIO, HERNIACIÓN, INGUINAL

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

“ABDOMEN OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A HERNIACIÓN INGUINAL”

Autora: Medina Aguilar, Mireya Andrea

Tutor: Dr. Pozo Mayorga, Fernando Patricio

Date: June 2016

SUMMARY

The following case raised in the Provincial General Hospital of Latacunga. It relates about a 78 years old male patient, in which it shows continuum pain at an inguinal level with an evolution of 24 hours approximately. The frame is accompanied with the inability of ambulation, for this reason the patient attends the physician.

The initial physical examination shows pain when performing the palpation at an inguinal region level, besides it can be palpated non reducible mass in the same place with solid consistency.

The laboratory examinations are performed with normal results, however the image examinations are altered and show a gaseous pattern that suggest an acute abdomen of obstructive kind. The patient is urgently taken to the operations room, determining a peritonitis which requires a Bogota bag to be constructed.

48 hours later, a cavity washing is performed including its closure. Yet, the patient presents a lousy evolution which requires him to be taken once again to the operations room where it can be evidenced a perforation of the small intestine bail

which does resection and ileostomy, later, it is complicated by the respiratory system with a frame of dry cough. In the image examination it can be seen the presence of infiltrators at a base level which are added to the nosocomial pneumonia pathology. The patient is transferred to tertiary level attention for its treatment

KEYWORDS: ABDOMEN, OBSTRUCTIVE INCIDENTAL, HERNIATION, INGUINAL

II.-INTRODUCCIÓN

El abdomen obstructivo secundario a herniación inguinal es uno de los casos mas frecuentes que se hallan a nivel de nuestro país, es un problema en los países subdesarrollados. La edad más común de presentación de abdomen agudo ronda entre los 21- 40 años con 39%; el segundo grupo de más incidencia 41 – 60 años El abdomen agudo es una patología más común en el sexo masculino; Del total de casos se observó que más del 70% corresponden a abdomen agudo inflamatorio, el oclusivo intestinal 11,8%, el perforativo con 18% y finalmente el oclusivo vascular con 1,7%. La sensibilidad de la ecografía es de 90%; pero su especificidad es 51%; lo que repercute en el índice de Yoden (0,43).

Constituye uno de los cuadros quirúrgicos urgentes que se observan con más frecuencia en la práctica clínica. En general la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes intervenidos de cirugía abdominal, son las adherencias ó bridas postoperatorias (35-40%). Tanto es así que debe ser considerada siempre como la causa en pacientes intervenidos, mientras no se demuestre lo contrario. La segunda causa más frecuente son las hernias externas (20-25%), ya sean inguinales, crurales, umbilicales ó laparotomías. La causa más frecuente de obstrucción intestinal baja son las neoplasias de colon y recto

III.- OBJETIVOS

III.a- OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la calidad de atención que recibió el paciente del cual se analiza el siguiente caso clínico.

III.b.- OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Analizar los procedimientos y el diagnóstico oportuno que tuvo el paciente para el presente caso .
- Investigar el manejo y el diagnóstico de ABDOMEN OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A HERNIACIÓN INGUINAL
- Identificar las principales alteraciones analíticas que se manifiestan en dicha patología
- Proponer acciones de prevención y promoción de salud que puedan modificar los factores de riesgo involucrados en la patología.

IV.- DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

El caso que se presenta a continuación es de un paciente de sexo masculino de 78 años de edad, residente en el cantón de La Mana, Provincia de Cotopaxi, no posee ningún antecedente clínico, quirúrgico, traumático ni familiar aparentemente.

Su padecimiento actual se presenta desde hace más o menos un mes, y hace aproximadamente 1 día presenta dolor de moderado a intenso localizado a nivel inguinal sin ninguna causa aparente el cual se irradia a extremidad de lado derecho dificultando a la deambulación, el paciente no posee ninguna otra sintomatología motivo por el cual es llevado a emergencias en el cantón de La Mana, donde prescriben analgesia e hidratación y solicitan exámenes de imagen. Posterior es referido a HPGL (HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA) al servicio de emergencias.

Al examen físico inicial la presencia de dolor a la digito presión a nivel de región inguinal además se palpa masa en el mismo lugar, la misma que posee las siguientes características: muy dolorosa a la palpación, no reductible, solida. El paciente se encuentra consiente, orientado en las tres esferas, álgico.

Se realizan exámenes del laboratorio los cuales reportan alteración leve a nivel de células blancas con 4.8 k/ul, hemoglobina de 14g/dl hematocrito de 43.1%, el examen elemental y microscópico de orina revelan células 1-2 por campo, piocitos 3-5 por campo, hematíes 8-10 por campo, bacterias +, moco++, uratos amorfos ++, Gram de gota fresca positivo para Gram + el estudio de imagen realizado en el primer nivel de atención reporta: hígado homogéneo de contornos regulares, parénquima hiperecogenico por infiltrado de tejido adiposo difuso. Se visualiza claramente los conductos de bilis permeables, sin imágenes de litiasis, ni ectasias, senos venosos y supra hepáticas permeables, vesícula muy distendida llena de líquido de paredes delgadas regulares sin imágenes de litiasis.

Fosa iliaca derecha masas con contenido abdominal y contenido hidro-aereo, abdomen muy distendido con abundante contenido hidro-aereo. Se realiza radiografía de abdomen la misma que reporta imágenes con patrón oclusivo mecánico. Se ingresa al paciente como tratamiento inicial se coloca sonda nasogástrica, analgesia con tramadol a 100 miligramos cada 8 horas, hidratación con solución salina al 0.9% 1000 centímetros cada 8 horas, y antibiótico ampicilina más sulbactam 1.5 gramos endovenoso cada 6 horas, y se decide el ingreso a sala de operaciones donde se realiza laparotomía más resección y sutura intestinal, dejando una bolsa de Bogotá por la peritonitis difusa encontrada. En el transoperatorio se encuentra asa intestinal perforada a 20 centímetros de válvula cecal. En el posoperatorio inmediato el paciente se encuentra tranquilo no presenta ninguna modificación, se le coloca vía central para su nutrición parenteral. Dos días después se ingresa a quirófano, donde se realiza lavado y cierre de cavidad peritoneal, sin ninguna complicación. A los 20 días posteriores a la intervención quirúrgica se realizan exámenes de laboratorio: hemoglobina de 10 g/dl y hematocrito de 32 %, motivo por el cual se le colocan dos paquetes globulares al paciente. Comienza con tos húmeda, alza térmica y a la auscultación estertores en ambos campos pulmonares, se realiza radiografía de tórax evidenciando infiltrados inflamatorios por lo cual se diagnostica neumonía nosocomial y recibe medicación. En este periodo también se constata una fistula intestinal motivo por el cual ingresa a quirófano donde se realiza su resección. Lo anterior empeora el estado general, por lo cual se decide su transferencia a tercer nivel para cuidados intensivos.

IV.a.-DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACION UTILIZADAS

Las fuentes de información utilizadas para el análisis de caso clínico de un paciente con abdomen obstructivo secundario a herniación inguinal son:

- La historia clínica que es revisada en junio y julio del presente, de la cual se obtuvieron la mayoría de los datos, los cuales se detallan de manera cronológica, desde el inicio de la sintomatología, tiempos de permanencia en las diferentes unidades y servicios hospitalarios
- Informes de anamnesis, donde se recogen los datos epidemiológicos factores de riesgo, así como los registros del seguimiento intrahospitalario y todos los eventos hasta la transferencia del paciente
- Guías de práctica clínica, artículos de revisión actualizados que resumen y evalúan todas las evidencias encontradas para ayudar a elegir la mejor estrategia de manejo posible para el tratamiento médico individual además de protocolos estandarizados para las mejores medidas terapéuticas en este tipo de pacientes.

Datos del paciente

- Paciente masculino de 78 años de edad, nacido en Sigchos y residente en el cantón La Mana, casado, analfabeta, de ocupación agricultor, religión católico, tipo de sangre desconoce.
- No presenta antecedentes clínicos, quirúrgicos ni familiares aparentemente
- Hábitos :

Alimenticio: 3 veces al día, dieta rica en harinas grasas

Consumo de alcohol: esporádico

Consumo de medicamentos: no refiere

- Antecedentes socio económicos

Paciente posee una vivienda de una sola planta, cuenta con todos los servicios básicos, agua potable, vive actualmente solo, posee animales extra domiciliarios perros. Condición económica es regular.

VI.-DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 78 años de edad nacido e Sigchos – Chugchilan, actualmente residente el canto La Mana desde aproximadamente 40 años, sin ningún antecedente personal ni familiar de importancia.

Paciente acude por presenta dolor a nivel inguinal de más o menos 24 horas de evolución, de moderado a intenso, en una escala del dolor de 8 /10, continuo, que se exacerba cuando el paciente deambula, el mismo que se irradia a pierna de lado derecho, acude a primer nivel de atención donde realizan ecografía inicial donde se puede apreciar abdomen distendido , asas intestinales con abundante contenido aéreo en fosa iliaca derecha se evidencia masas con contenido abdominal y contenido hidro-aereo, diagnosticando de abdomen obstructivo y herniación inguinal y lo transfieren a segundo nivel para su resolución quirúrgica. El dolor se exacerba con el transcurso de las horas motivo por el cual es ingresado a sala de operaciones para su tratamiento.

Examen físico

Paciente afebril, hidratado orientado en las tres esferas, álgico.

➤ signos vitales:

Tensión arterial: 120/80

Frecuencia cardíaca: 84 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto

Temperatura axilar: 36,5 *C

Peso: 59 kilogramos

Talla: 150 centímetros

- piel.- normotérmica, elasticidad y turgencia disminuida, no presenta laceraciones ni escoriaciones, llenado capilar 2 segundos.
- Cabeza: normocefálica cabello de implantación de acuerdo a la edad y al sexo
- Ojos: pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas.
- Nariz. pirámide nasal sin ninguna lesión aparente
- Boca: mucosas orales húmedas, piezas dentales en regular estado de conservación, halitosis.
- Tórax: expansibilidad conservada, buena entrada bilateral de oxígeno murmullo vesicular conservado.
- Corazón: rítmico normofonético no se auscultan soplos ni ruidos sobre añadidos.
- Abdomen: globoso doloroso a la palpación ruidos hidro-aéreos disminuidos
- Región inguinal: masa palpable dolorosa de consistencia sólida
- Extremidades simétricas.

Se solicitan exámenes complementarios los mismos que reportan

Tabla N° 1 biometría hemática al ingreso

| BIOMETRIA HEMATICA | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| Leucocitos | 4.8 k/ul |
| Neutrófilos | 36.3% |
| Linfocitos | 18% |
| Monocitos | 45,2% |
| Hemoglobina | 14 g/dl |
| Hematocrito | 43.1% |
| Plaquetas | 271 10 ³ /mm ³ |

Fuente: Historia Clínica de Hospital General de Latacunga.

Elaborado por : Andrea Medina

Tabla N° 2 Química sanguínea al ingreso

| QUIMICA SANGUINEA | |
|---------------------------|------------|
| TGO | 38u/l |
| TGP | 37 u/l |
| BUN | 23 mg/dl |
| Fosfatasa alcalina | 83 u/ml |
| Glucosa | 132mg/dl |
| Creatinina | 1 mg/dl |
| Acidourico | 4,2 mg/dl |
| Cloro | 107 mmol/L |
| Sodio | 136 mmol/L |
| potasio | 3,5 mmol/L |

Fuente: Historia Clínica Hospital Provincial General Latacunga

Elaborado por: Andrea Medina

Ecografía al ingreso:

Hígado homogéneo de contornos regulares. Con parénquima hiperecogenico por infiltrado de tejido adiposo difuso, se visualiza claramente los conductos biliares intrahepaticos permeables regulares, sin imágenes de litiasis, ni ectasias, senos venoso portal y suprhepaticas permeables.

Vesícula muy distendida llena de líquido de paredes delgadas regulares sin imágenes de litiasis.

Abdomen muy distendido con asas intestinales con abundante contenido hidro-aéreo

Fosa iliaca derecha masas con contenido abdominal y contenido hidro-aéreo

Radiografía de abdomen: muestra signos de obstrucción mecánica.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Abdomen Obstructivo por hernia inguinal incarcerada.

Por lo que el paciente es sometido a intervención quirúrgica la cual reporta lo siguiente:

Hallazgos:

- Líquido inflamatorio aproximadamente 200 centímetros
- Múltiples gleras fibrino purulentas en asas intestinales
- Asa intestinal perforada a 20 centímetros de la válvula ileocecal
- Asas intestinales distendidas.

Paciente se le coloca una bolsa de Bogotá.

Se encuentra tranquilo no refiere ninguna sintomatología se le coloca vía central para su alimentación parenteral, no presenta ninguna novedad y continua con el antibiótico.

Tabla N° 3 Biometría de control

| Biometría hemática | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| Leucocitos | 6.8 k/ul |
| Neutrófilos | 78% |
| Linfocitos | 12% |
| Monocitos | 9% |
| Hemoglobina | 12.9 g/dl |
| Hematocrito | 44.3% |
| plaquetas | 271 10 ³ /mm ³ |

Fuente: Historia Clínica Hospital General Latacunga

Elaborado por: Andrea Medina

Tabla N° 4 Química sanguínea de control

| Química sanguínea | |
|--------------------------|-----------------|
| Creatinina | 0.8 mg/dl |
| Glucosa | 121 mg/dl |
| Ácido úrico | 4.1 mg/dl |
| Proteínas totales | 4.7g/dl |
| Albumina | 1.9 g/dl |
| Sodio | 138 mmol/L |
| Cloro | 108 mmol/L |
| Potasio | 3.1 mmol/L |
| BUN | 22 mg/ dl |

Fuente: Historia Clínica Hospital General Latacunga

Elaborado por: Andrea Medina

El paciente se encuentra tranquilo no refiere molestia alguna aparentemente tiene colocada una bolsa de Bogotá a demás vía central para su nutrición por los niveles bajos de proteínas y de albumina.

A las 48 horas el paciente es reingresado a quirófano y se le realiza lavado de cavidad más el cierre de la misma dejando drenaje. Dos días después se cambia de medicación endovenosa a ceftriaxona 1 gramo cada doce horas.

Se realizan curaciones diarias tanto de la herida como de la vía central

Se realizan exámenes del laboratorio diariamente

Paciente se encuentra tranquilo no refiere molestias aparentemente

Se rota de medicación a mero penen paciente se encuentra decaído,

Se notifica a medicina interna de cuadro de tos del paciente quien valora y decide realizar placa de tórax teniendo como resultado infiltrados y diagnostica de neumonía nosocomial.

Se realiza biometría de control

Tabla N° 5 biometría de control 20 días posterior a la cirugía

| Biometría hemática | |
|---------------------------|------------------|
| Leucocitos | 6.8 k/ul |
| Neutrófilos | 78% |
| Linfocitos | 12% |
| Monocitos | 9% |
| Hemoglobina | 10.9 g/dl |
| Hematocrito | 34.3% |
| plaquetas | 271 10*3/mm3 |

Fuente: Historia Clínica Hospital General Latacunga

Elaborado por: Andrea Medina

Se colocan dos paquetes globulares al paciente por su baja hemoglobina y hematocrito

En este periodo también se constata una fistula intestinal motivo por el cual ingresa a quirófano donde se realiza su resección.

Paciente se encuentra en malas condiciones generales por lo que se decide su transferencia a tercer nivel.

VII.-ANÁLISIS DEL CASO

Para que exista un abdomen obstructivo debe conocerse primero la causa del cual este se origine, la herniación a nivel inguinal constituye una de las causas mas relevantes de este proceso y es de ahí de donde se debe partir para realizar un buen diagnosticoa demás el tartamiento a cualestara encaminado.

Se puede definir una hernia como una protusión del contenido de la cavidad abdominal a través de defectos, ya sean éstos congénitos o adquiridos, de la pared abdominal. El contenido protruido está acompañado siempre del peritoneo parietal que constituye el saco de la hernia. Los elementos que con mayor frecuencia están contenidos en el saco herniario son el intestino delgado, el epiplón y el colon.

H. Inguinales: Las más frecuentes. El saco herniario se encuentra en el conducto inguinal. A su vez las hernias inguinales se dividen en directas u oblicuas internas cuando el contenido herniario prutuye de forma medial a los vasos epigástricos; e indirectas u oblicuas externas, cuando protuyen de forma lateral a los vasos epigástricos. Las indirectas son las más frecuentes dentro de este grupo y su recorrido es por dentro del cordón inguinal pudiendo llegar hasta el escroto(hernia inguino-escrotal)

Dentro de la patología herniaria debemos incluir aquellas producidas por la mano del hombre, que son las hernias incisionales o eventraciones, que llegan a constituir hasta el 10% de la patología herniaria y que se consideran una complicación de un proceso quirúrgico abdominal.

-Hernia encarcerada: Es éstas la irreductibilidad se acompaña de un trastorno del tránsito intestinal, con un cierto grado de obstrucción intestinal, pero sin existir

compromiso vascular ni isquemia intestinal. La incarceration se suele seguir de la estrangulación.²

La oclusión intestinal se constituye como una causa importante de atención médico quirúrgica, según estudios recientes esta enfermedad es la responsable del 15% de la totalidad de ingresos hospitalarios por causa abdominal.

La oclusión intestinal en su mayoría está localizada en el intestino delgado donde las principales causas son adherencias (75%), hernias (20%), compresión extrínseca (3%), otras causas (2%).¹⁹ Cuando el cuadro clínico y la causa son evidentes el tratamiento deberá realizarse de manera oportuna; sin embargo, en pocos padecimientos existen tantos motivos de controversia como en éste, es por ello que se han planteado diversos puntos de controversia que desembocan en dilemas (del griego sendero con dos caminos) que es necesario responder para acceder a la elección correcta que nos permita intervenir de manera oportuna para modificar de manera favorable el curso de la historia natural de esta enfermedad. Para fines didácticos exponemos los puntos de controversia más relevantes para el tratamiento de la oclusión intestinal desde el establecimiento del diagnóstico y hasta la elección del tratamiento y medidas necesarias.

Existen dos cuadros clínicos distintos que es importante diferenciar y que responden a entidades diferentes. Hablamos de obstrucción mecánica cuando existe un obstáculo al paso del contenido intestinal (pudiendo acompañarse de compromiso vascular), y de íleo paralítico, cuando no hay una verdadera interrupción del tránsito intestinal, sino una detención o enlentecimiento

En la obstrucción simple, la irrigación del intestino no está comprometida; en la estrangulada, los vasos de un segmento intestinal están ocluidos, en general por adherencias. Probablemente, el íleo adinámico supone, en conjunto, la causa más frecuente de obstrucción. En el desarrollo de este cuadro interviene el componente hormonal del sistema suprarrenal. El íleo adinámico aparece cuando la ausencia de estimulación nerviosa refleja impide el peristaltismo en un intestino por lo demás

normal. Puede aparecer después de cualquier agresión al peritoneo, y su intensidad y duración dependen, hasta cierto grado, del tipo de lesión peritoneal. El íleo funcional puede dar lugar a una paresia difusa (íleo adinámico), que afecta, sobre todo, a intestino delgado y es secundaria a cirugía abdominal, o bien dar lugar a una paresia segmentaria, generalmente colónica, dando lugar al denominado síndrome de Ogilvie (pseudoobstrucción intestinal aguda primaria)

FISIOPATOLOGÍA

El contenido intestinal normal contiene gases, secreciones intestinales y alimentos. La acumulación intraluminal de secreciones gástricas, biliares y pancreáticas continúa incluso en ausencia de consumo oral. Cuando la obstrucción evoluciona el intestino se congestiona y el contenido intestinal no se reabsorbe, a esto siguen los vómitos y la reducción del consumo oral. La combinación de disminución de la absorción e ingestión origina desequilibrio electrolítico, lo que ocasiona, en última instancia, insuficiencia renal o choque. La distensión intestinal suele acompañar a la obstrucción mecánica con acumulación de líquidos en la luz intestinal, incremento de la presión intraluminal y del número de contracciones peristálticas, con aumento de los ruidos hidroaéreos y dilución de aire. Cuando la presión intraluminal excede a la presión capilar y venosa en la pared intestinal, la absorción y el drenaje linfático disminuyen. En esta etapa las bacterias ingresan al torrente sanguíneo (traslocación bacteriana), el intestino se torna isquémico y puede surgir septicemia y necrosis intestinal, sobreviene el choque con rapidez.⁴

Las complicaciones de las hernias son la causa más frecuente de cirugía urgente en pacientes ancianos. Las hernias incarceradas pueden originar obstrucción intestinal, pero prácticamente todas las hernias de intestino en las que existe compromiso vascular producen signos y síntomas de obstrucción intestinal y un alto riesgo de

necrosis intestinal. La presencia de una hernia de la pared abdominal dolorosa e irreducible será indicación de cirugía urgente.³

Las personas con obstrucción gastrointestinal pueden tener los siguientes síntomas:

- Náuseas y vómitos, en ocasiones el vómito puede contener alimentos, líquidos o medicamentos que se tomaron muchas horas antes del vómito
- Dolor debido a la obstrucción, que es posible que disminuya después del vómito
- Cólicos producidos por el movimiento de los intestinos al intentar desplazar los alimentos
- Imposibilidad de realizar deposiciones o evacuar gases, pese a la necesidad de hacerlo

Un aspecto importante del tratamiento y la atención del cáncer es aliviar los efectos secundarios, lo que también se denomina control de los síntomas, cuidados paliativos o atención médica de apoyo.

Dolor abdominal

Es el síntoma más frecuente y, generalmente, el primero en aparecer, sobre todo en los mecánicos. Es de tipo cólico, insidioso o brusco e intenso si existe compromiso vascular (estrangulación), perforación o peritonitis. Aunque existe una amplia variación individual en la obstrucción mecánica de intestino delgado, el dolor suele localizarse en mesogastrio y tiende a ser más intenso cuanto más alta sea la obstrucción; el dolor puede disminuir a medida que progresa la distensión. En la obstrucción colónica, en general, el dolor es de menor intensidad, pudiendo incluso estar ausente. En la obstrucción mecánica del colon el dolor suele localizarse en el piso abdominal inferior. Vómitos Presentes desde el comienzo si la obstrucción es alta, de aspecto biliogástrico o alimenticio. En la obstrucción del intestino grueso, los

vómitos aparecen mucho más tarde o faltan, y son, en general, fecaloideos. Ausencia de ventoseo y deposición Es signo típico de que la obstrucción es completa

Acúmulo del contenido intestinal Disminución de la absorción Creación de un tercer espacio Proliferación bacteriana Aumento presión intraluminal Edema y estasis venoso Alteración hidroelectrolítica Traslocación bacteriana Gangrena perforación Sepsis Trombosis isquemia Tránsito gastrointestinal. ladas diarreicas. La existencia de diarreas frecuentes, sin embargo, es signo de obstrucción incompleta y de pseudoobstrucción, y si éstas se acompañan de sangre puede ser signo de estrangulación o isquemia en las asas.

Distensión abdominal Localizada selectivamente en los mecánicos y difusa en el adinámico.

Exploración física

El examen general nos aporta datos de gravedad evolutiva, valorando la afectación del estado general, el estado de hidratación, la fiebre, la alteración del pulso y tensión arterial, así como la actitud en que está el paciente. Tempranamente, en el íleo mecánico complicado y, más tardíamente, en el funcional pueden aparecer signos de gravedad como shock y sepsis.

Inspección: hay que inspeccionar el abdomen en busca de cicatrices de intervenciones previas y de hernias inguinales. Apreciaremos si el abdomen está distendido (de forma general en el íleo adinámico, o local en el íleo mecánico).

Auscultación: previa a la palpación para no alterar la frecuencia de ruidos intestinales. Se valora la frecuencia y características de estos ruidos. Al principio presenta ruidos hidroaéreos aumentados, de lucha y metálicos (en intestino delgado), borborigmo (en intestino grueso) y en fases avanzadas silencio abdominal.

Percusión: ayuda a evaluar la distensión dependiendo de su contenido, gaseoso (timpanismo) o líquido (matidez), y será dolorosa si hay afectación de las asas o peritoneo.

Palpación: debe ser superficial y profunda, realizarse con extrema suavidad y comenzando siempre desde las zonas más distales al dolor. El dolor selectivo a la descompresión abdominal, considerado esencial en el diagnóstico de irritación peritoneal, está ausente en gran número de ancianos. El vientre en tabla puede estar ausente en muchos pacientes mayores, y el signo de rebote típico dependerá de la localización del proceso, de la integridad del sistema nervioso, así como de la velocidad de instauración del cuadro.

Tacto rectal: detecta presencia o no de tumores, fecaloma o restos hemáticos y un fondo de saco de Douglas doloroso por afectación peritoneal. Debe realizarse después del estudio radiológico.

Signos de alarma para descubrir la estrangulación:

- a. Fiebre.
- b. Taquicardia.
- c. Hipersensibilidad abdominal.

d. Leucocitosis.

Estudios de laboratorio:

a. Biometría hemática completa que puede demostrar hemoconcentración, leucocitosis con desviación a la izquierda en las formas graves con compromiso vascular.

b. Urea y creatinina: medir función renal.

c. Ionograma y gasometría: ambos mostrarán alteraciones de acuerdo a la severidad del trastorno hidroelectrolítico y ácido básico existente.

d. Examen general de orina: aumento de la gravedad específica.

e. Prueba de Imbert: cetonuria.

Exámenes radiológicos.

a. Radiografía de abdomen simple (4 vistas):

- Mostrará los típicos niveles hidroaéreos horizontales coronados por una cámara gaseosa.
- Cambio de posición de los gases dentro del intestino en las placas seriadas, lo cual indicará la existencia de un íleo mecánico mientras que su inmovilidad estará a favor del íleo paralítico.
- Localización central (intestino delgado) o marginal (colon) de la distensión.
- Presencia de un asa dilatada (proceso local, vólvulo).

b. Radiografía de colon por enema a baja presión y control fluoroscópico:

- Se utilizará si no hay signos de irritación peritoneal.
- Es muy demostrativo en los vólvulos, cáncer de colon e invaginación ileocecal (imagen en pico de ave, en llama de vela o muela de cangrejo).

- En la radiografía puede observarse además fractura de columna, de cadera, litiasis biliar, pancreática o renal que pueden intervenir por vía refleja en el desarrollo del síndrome, así como cálculos y cuerpos extraños responsables del bloqueo intestinal. Exámenes endoscópicos. Sigmoidoscopia: Se indicará de urgencia cuando se sospeche oclusión causada por afecciones del rectosigmoide incluido el vólvulo del sigmoide (puede constituir el tratamiento de urgencia eliminando el vólvulo del asa intestinal).

TRATAMIENTO

Se trata al inicio de forma conservadora: con descompresión nasogástrica si aparecen vómitos, reposo digestivo, rehidratación, analgesia y antibioterapia empírica/terapéutica. En casos de impactación fecal, se procederá a su eliminación de forma manual o bien con enemas de aceite mineral templado. El íleo mecánico complicado (si el diagnóstico es seguro de obstrucción completa o en la incompleta que no se resuelve en 48 horas de tratamiento conservador), o hay estrangulación por hernia, se indica tratamiento quirúrgico urgente. La cirugía de urgencia inmediata debe ser máxima para evitar complicación isquémica y peritonítica:

- Hernias estranguladas e incarceradas.
- Peritonitis/neumoperitoneo.
- Estrangulación intestinal y sospecha.
- Vólvulos no sigmoideos.
- Vólvulos sigmoideos con toxicidad y peritonitis.
- Obstrucción completa.

La laparotomía permite una exploración abdominal completa, liberación de bridas o hernias, extirpación de causas obstructivas cuando es posible (resección intestinal,

tumoral) o derivación del tránsito, bien por derivaciones internas (entero-enterostomías), o hacia el exterior (ileostomía, colostomía).

VIII.-DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

La obstrucción del intestino se puede dar por un íleo en el cual el intestino no funciona de manera correcta, pero no existe un problema mecánico (anatómico), o por causas mecánicas. El íleo paralítico, también llamado pseudoobstrucción, es una de las principales causas y factores que lo determinan son:

- Edad niños y ancianos
- Sexo afecta más a masculino
- Antecedentes de herniación
- Medicamentos, especialmente narcóticos
- Infección intraperitoneal
- Alteraciones metabólicas tales como la disminución de niveles de potasio
- Complicaciones de una cirugía intraabdominal

Si la obstrucción bloquea el suministro de sangre al intestino, el tejido puede morir y causar infección y gangrena. Los factores de riesgo para la muerte del tejido son, entre otros: malignidad intestinal, enfermedad de Crohn, hernia y cirugía abdominal previa.³

IX.-ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS

Oportunidades en la atención de emergencia en los subcentros de salud

Se identifica al tiempo transcurrido que tiene el paciente para ser atendido en el primer nivel de salud a demás debería realizarse el diagnóstico oportuno de estas patologías con las visitas domiciliarias de las cuales no se las realizan o solo están encaminadas a otros problemas de salud.

IX.a.-ACCESO A LA ATENCIÓN

El presente trabajo, se encuentra encaminado y también está basado en los derechos que rige el gobierno legislativo del Ecuador en el título II en el capítulo segundo de los derechos del buen vivir, en la sección séptima que enuncia:

El paciente es de condiciones socioeconómicas regulares el paciente es atendido bajo el ministerio de salud pública por que no cuenta con seguro social ni tampoco campesino, la primera atención tiene una demora significativa por que el proceso que el paciente presenta es netamente quirúrgico y rápido para evitar las complicaciones la tardanza y la falta de pruebas diagnósticas que hay en el primer nivel hacen que las complicaciones sean evidente

IX b.-OPORTUNIDADES DE ATENCIÓN

El paciente que dé inicio no presenta un buen manejo por parte del primer nivel de atención por la tardanza que este presenta al traslado para segundo nivel donde existe la misma problemática, al no haber disponibilidad de médico tratante de cirugía en el horario nocturno donde acuden con más frecuencia este tipo de patologías a demás no hay anestesiólogo que permita que estos pacientes sean ingresados a sala de operaciones con la rapidez que lo necesitan.

Las dificultades en este caso son las geográficas por el tiempo de transferencia que existe desde el cantón de donde es el paciente hasta la unidad de atención que se encuentra en Latacunga.

En el HPGL se valora al paciente se le da soporte necesario pero la falta de disponibilidad de quirófanos hace que el proceso empeore produciendo las complicaciones, dado que el paciente acude sin exámenes desde el primer nivel solo una ecografía se requieren otros exámenes de mejor exactitud y exámenes de rutina los mismos que se los debió haber realizado en el primer nivel de atención.

X.-IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

En este caso se identificaron varios puntos críticos

- Dificil acceso al nivel de atención
- Demora en el tiempo de diagnóstico y de remisión de paciente
- Inadecuado manejo
- Falta de exámenes del laboratorio en el primer nivel de atención
- Examen de imagen no realizado en el primer nivel de atención

- Dificultad en la transferencia del paciente
- Falta de cirujano en el segundo nivel de atención
- Falta de anestesiólogo en el segundo nivel de atención
- Estadía hospitalaria prolongada que promueve a la complicación del paciente
- Dificultad en la remisión del paciente a tercer nivel de atención.

XI.-CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Diseñar campañas de salud para prevenir este caso de patología
- Fomentar el autocuidado en los pacientes
- Capacitación al personal de salud en el diagnóstico y manejo de la patología
- Socializar este análisis con el personal involucrado
- Sensibilizar y educar al personal administrativo de las instituciones en el proceso de atención a los pacientes y la prioridad de referencia
- Mejorar el sistema de remisiones y transferencias para que sea más ágil y que los pacientes sean remitidos al nivel de atención que corresponda de acuerdo a su gravedad
- Promover la creación de guías clínicas y protocolos de manejo en nuestro país en donde se describa el manejo adecuado para pacientes con obstrucción abdominal y herniación inguinal

XII.-ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA

Después del análisis es importante establecer un plan de mejoramiento, que consiste en realizar actividades tendientes a controlar las condiciones médicas y no médicas que contribuyen al proceso de la evolución de la patología y evitar el riesgo de las complicaciones a posterior

Este plan de mejoramiento toma en cuenta las condiciones de la comunidad y de los hospitales acorde al análisis realizado. Se asigna responsables y plazos de ejecución, crea condiciones de seguimiento y de evaluación.

Idealmente se involucran las direcciones de salud, los organismos de control y calidad, las organizaciones comunitarias y los representantes de instituciones prestadoras de salud.

Únicamente el trabajo en equipo continuo y perseverante permitirá mejorar la situaicon de salud actual en nuestro país.

| Oportunidades de mejora | Acciones de mejora | Fecha de cumplimiento | Forma de acompañamiento |
|--|---|-----------------------|--------------------------------------|
| Control periódico en el primer nivel de salud | Visitas domiciliarias | 6 meses | Grupos de atención primaria |
| Cooperación institucional | Mejoramiento en los mecanismos de transferencia del paciente | 1 año | Directores de salud |
| Reducción en el tiempo de demora y cantidad de tramites | Dar prioridad de atención a quienes lo necesitan de acuerdo a la gravedad de la patología | 6 meses | Directores de salud y trabajo social |
| Implementar guías de manejo propias para el manejo y control de las hernias inguinales | Establecer guías de prácticamédica para el diagnóstico y la detección de la patología | 6 meses | Juntas medicas |

| | | | |
|---|---|---------|---|
| y abdomen obstructivo | | | |
| Diagnósticos correctos y manejos propicios | Capacitaciones de la patología en los servicios de emergencia y cirugía | 6 meses | Personal de salud médicos enfermeras e internos rotativos |
| Implementar medidas de autocontrol | Capacitar a las personas sobre la patología y concientizar de las posibles complicaciones | 6 meses | Personal de salud |
| Implementar protocolo de mejoramiento en el diagnóstico y tratamiento | Capacitación sobre los exámenes de primera línea para la detección oportuna de la patología | 6 meses | Personal de salud |

XIII.-CONCLUSIONES

- El abdomen obstructivo secundario a herniación inguinal es una patología no muy común en nuestro medio pero requiere de un diagnostico preciso para evitar las complicaciones a posterior como las fistulas intestinales
- Las principales causas de abdomen obstructivo son los sacos herniarios inguinales que pueden hacer que las complicaciones del paciente se vean más afectadas si no se realiza el diagnostico precoz de las mismas
- El manejo de la hernia inguinal incarcerada es quirúrgico y se debe realiza con la prontitud del caso puesto que promueve a que existan patologías subyacentes
- Se debe realizar charlas explicativas al personal de salud y la población de este tipo de patología para promover así su mejor manejo y tratamiento a tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Historia clínica, Hospital Provincial General Latacunga, Numero de historia 207362 (1)

LINKOGRAFÍA

1. Arráez-Aybar LA, González-Gómez CC, Torres-García AJ. Hernia diafragmática paraesternal de Morgagni-Larrey en adulto. Rev Esp Enferm Dig . 2009 [citado 1 Dic 2012];101(5):357-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113001082009000500009&script=sci_arttext&tlng=pt (2)
2. Bancalero Lobato, Luis y Felices Montes, Manuel. Patología De Las Hernias De La Pared Abdominal. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hernia.pdf> (3)

3. Bassy Iza Natalia, Obstrucción Intestinal Disponible en: file:///C:/Users/CyberPlanet_Estandar.pc01-PC/Downloads/S35-5%2056_III.pdf (4)
4. Canosa MA, Alonso Fernández L, et al. Hernia de Morgagni encarcelada en un adulto. Rev Esp Enferm . 2008 [citado 1 Dic 2012];100(7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082008000700013&script=sci_arttext (5)
5. Cruz Santiago Cesar, Dilemas clínicos en oclusión intestinal Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2013/cgs131y.pdf> (6)
6. Dra. Valle Adriana, Manejo terapéutico actual de la oclusión intestinal maligna no quirúrgica Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168803902012000200004&script=sci_arttext&tlng=es (14)
7. Felices Montes, obstrucción intestinal Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/obsintes.pdf> (7)
8. Dr. Monzón Rodríguez Rudis, Guía de práctica clínica para la oclusión intestinal. Disponible en: file:///C:/Users/CyberPlanet_Estandar.pc01-PC/Downloads/Gu%C3%ADa%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20para%20la%20oclusi%C3%B3n%20intestinal.pdf (8)
9. Quevedo Guanche, Oclusión intestinal. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932007000300015&script=sci_arttext (9)
10. Quesada Nicolás ,león Felipe Tratamiento Laparoscópico De La Obstrucción Intestinal Por Bridas Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v66n5/art07.pdf> (10)
11. Rodríguez-Hermosa JI et al. Hernia diafragmática de Bochdalek en el adulto. Cir Esp 2004 [citado 27 Nov 2012];76(3):191-Disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/36/36v76n03a13065557pdf001.pdf> (11)

12. Sandstrom CK, Stern EJ. Diaphragmatic Hernias: A Spectrum of Radiographic Appearances. *Current Problems in Diagnostic Radiology*. 2011 [citado 1 Dic 2012];40(3):95-115. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0363018809000929> (12)
13. Tapias L, Tapias-Vargas L, Tapias-Vargas LF. Hernias diafragmáticas: desafío clínico y quirúrgico. *Diafragmáticas. Rev Colombiana Cir* . 2009 [citado 30 Oct 2012];24:95-105. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S201175822009000200005&script=sci_arttext (13)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

14. **EBRARY:** Carrera-García, L; Rivas-Crespo, MF. Las crisis abdominales recidivantes pueden tener origen genético / Recurrent abdominal crises can have genetic origin *An Pediatr (Barc)*; 83(4): 293-294, oct. 2015. **IBECS | ID:** ibc-143987(15)
15. **EBRARY:** Fernández-Ibieta, M; Opciones de tratamiento del síndrome de obstrucción intestinal distal: ¿y si los enemas fallan? / Treatment options of distal intestinal obstruction syndrome: And if the enemas fail? *An Pediatr (Barc)*; 84(1): 54-55, ene. 2016. **Ilus IBECS | ID:** ibc-147630 (16)
16. **EBRARY:** Garro Donini, Alessio. Pseudoobstrucción intestinal por *Ascaris lumbricoides* *Med. leg. Costa Rica*; 32(2): 173-179, sep.-dic. 2015. **ilus. LILACS-Express | ID:** lil-764966 (17)
17. **EBRARY:** Gore RM; Silvers RI; Thakrar KH et al. Bowel Obstruction, *Radiol Clin North Am*; 53(6): 1225-40, 2015 Nov. **Medline | id:** mdl-26526435 (18)
18. **EBRARY:** Hagos M. Acute abdomen in adults: a two year experience in mekelle, ethiopia. *Ethiop Med J*; 53(1): 19-24, 2015 Jan. **MEDLINE | ID:** mdl-26591288 (19)

19. **EBRARY:** Hor T; Paye F. Occlusion intestinale, du diagnostic au traitement. / [Diagnosis and treatment of an intestinal obstruction]. Rev Infirm; 217: 19-21, 2016 Jan. Medline | ID: mdl-26743365 (20)
20. **EBRARY:** Martino, Marcello Di; et at. Signo del peine en la obstrucción intestinal por reacción desmoplásica de tumor neuroendocrino ileal , Rev Esp Enferm Dig; 107(11): 697-698, nov. 2015. Ilus IBECS | ID: ibc-145299 (21)
21. **EBRARY:** Oller Navarro, I; Moya Forcen, P; Vólvulo de ciego y colon derecho: una causa infrecuente de obstrucción intestinal / Cecal and right colon volvulus: a infrequent cause of intestinal obstruction Rev. esp. investig. quir; 19(1): 28-31, 2016. Ilus LILACS-Express | ID: ibc-SMB-10423 (22)
22. **EBRARY:** Romera Barba, E; Lage Laredo, A et at. Obstrucción intestinal en paciente joven / Small bowel obstruction in a young adult Rev Clin Esp; 215(9): 539-539, dic. 2015. Ilus IBECS | ID: ibc-146463(23)
23. **EBRARY:** Santín-Rivero J; Núñez-García E; Vólvulo de intestino delgado. Reporte de caso y revisión de la bibliografía. / [Intestinal volvulus. Case report and a literature review]. Cir Cir; 83(6): 522-6, 2015 Nov-Dec. Medline | ID: mdl-26144269 (24)
24. **EBRARY:** Segura-Sampedro, Juan José; Small bowel obstruction due to laparoscopic barbed sutures: an unknown complication? Rev Esp Enferm Dig; 107(11): 677-680, nov. 2015. tab, ilus. IBECS | ID: ibc-145296 (25)
25. **EBRARY:** Sippey M; Mozer AB; Grzybowski M; Obstructing ventral hernias are not independently associated with surgical site infections. J Surg Res; 199(2): 326-30, 2015 Dec. Medline | ID: mdl-26004497 (26)
26. **EBRARY:** Trilling B; Girard E; L'occlusion intestinale, état des lieux. / [Intestinal obstruction, an overview]. Rev Infirm; 217: 16-8, 2016 Jan. Medline | ID: mdl-26743364 (27)

