

**CIUDAD DE LA SALUD- HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS.
URGENCIAS PEDIÁTRICAS- OBSTRUCCIÓN INTESTINAL (K56)**

DEFINICIÓN

Bloqueo parcial o completo del intestino delgado o el intestino grueso que impide que los alimentos, los líquidos, los gases y la materia fecal avancen normalmente a través de los intestinos

ETIOLOGÍA

CONGÉNITAS	LACTANTES	NIÑOS
Atresia intestinal	Invaginación Intestinal	Adherencias Postoperatorias
Estenosis intestinal	Hernia Inguinal	Tumores
Malrotación Intestinal	Enfermedad de Hirschsprung	Hernias (inguinales, internas)
Enfermedad de Hirschsprung	Vólvulo Intestinal	Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Malformación Anorrectal	Tumores	Parásitos
Íleo meconial		Vólvulo Intestinal
Hipertrofia del Píloro		Cuerpos extraños
		Malformación Linfática
		Plastrón Apendicular
		Constipación/Estreñimiento

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- **HALLAZGOS CLÍNICOS**
Los síntomas más frecuentes incluyen distensión abdominal, vómitos (inicialmente no biliosos, pero con el tiempo progresan a bilioso y hasta fecaloides), dolor abdominal tipo cólico, anorexia, y constipación. La presencia de fiebre, taquicardia y dolor abdominal pueden hacer sospechar isquemia intestinal.
- **ESTUDIOS DE LABORATORIO**
 - ✓ Hemograma completo (BHC) (un aumento de leucocitosis $\geq 13\ 600$ puede sugerir datos de isquemia intestinal).
 - ✓ Gasometría arterial (lactato >2 sugestivo de peor pronóstico y sepsis)
 - ✓ PCR (> 75 mg/l) Química (electrolitos, creatinina, BUN)
- **ESTUDIOS DE GABINETE**
 - ✓ Radiografía de abdomen (Sensibilidad de 30-70% y Especificidad de 50%)
 - Serie de abdomen agudo (Radiografía de tórax, de abdomen simple, de abdomen de pie o decúbito lateral izquierdo)
 - Podremos encontrar los siguientes hallazgos: dilatación de asas de intestino con niveles hidroaéreos, pilas de moneda. La presencia de aire en colon o recto puede indicar obstrucción temprana o parcial. En casos de neonatos en decúbito lateral para descartar neumoperitoneo.
 - Atresias Intestinales: signo de doble burbuja, dilatación de asas de intestino.
- Estudio contrastado del tracto Gastrointestinal Superior e Inferior: recomendado para casos estables sospechosos de atresias, malrotación o enfermedad de Hirschsprung.
- Ultrasonido Abdominal: útil en la detección de invaginación intestinal, malrotación, vólvulo de intestino delgado.
- Tomografía Computarizada: (Sensibilidad del 64 al 94% y especificidad del 79 al 95%)
 - Es útil para casos difíciles donde los estudios previos no definen diagnóstico como hernias internas y para descartar otras patologías.
 - Se puede identificar zonas de transición de obstrucción o compromiso vascular.

CRITERIOS DE INGRESO

SALA DE OBSERVACIÓN

- Pacientes estables con sospecha de obstrucción intestinal que requieren estudios complementarios (radiografía/ultrasonido/tomografía), para descartar patología médica o quirúrgica.

SALA DE HOSPITALIZACIÓN

- Paciente con diagnóstico de obstrucción Intestinal que iniciará manejo médico.
- Paciente con diagnóstico de obstrucción intestinal que requerirá manejo de líquidos previo a intervención quirúrgica.
- Paciente postoperado de obstrucción Intestinal.

CRITERIOS DE INGRESO A UCI

- Paciente con datos de shock séptico y/o hipovolémico.

COMPLICACIONES

La infección del sitio quirúrgico es la complicación postoperatoria más común: otras complicaciones son sepsis, neumonía, colecciones, abscesos y peritonitis posoperatoria.

Síndrome de intestino corto

- La consecuencia funcional del síndrome de intestino corto dependerá de la longitud, superficie y sitio de intestino delgado reseado. La causa de la resección y la edad del paciente en el momento en que se realizó la cirugía también va a influir en la capacidad de función del intestino remanente.
- Se consultará a Gastroenterología y Nutriología para manejo multidisciplinario.

CRITERIOS DE EGRESO

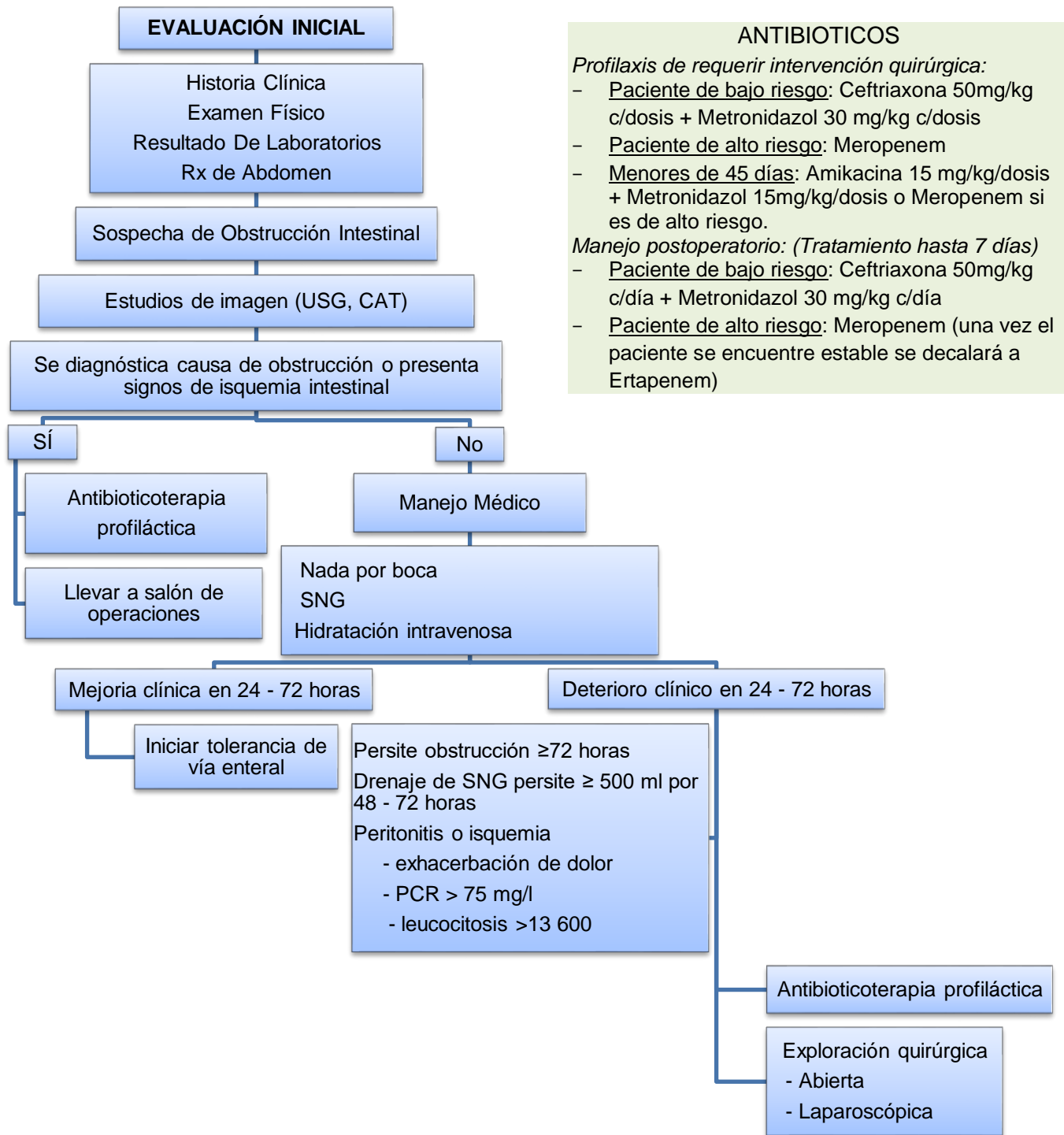
Una vez el paciente presente resolución de cuadro obstructivo mediante manejo médico se iniciará tolerancia a la vía oral, de ser exitosa se dará egreso. El paciente que requirió manejo quirúrgico con causa conocida una vez inicie vía oral y la tolere se dará egreso; de requerir antibióticoterapia o presentar complicaciones se dará egreso una vez resuelta dicha complicación.

RECOMENDACIONES AL EGRESO

- Se dará seguimiento en la consulta externa 7 a 10 días luego de egreso.
- Continuará antibióticoterapia oral según indicación.
- Recomendaciones de dieta según indicación.
- Recomendaciones de cuidados de heridas.
- Se dará recomendaciones en consulta externa para actividad regular.

CONTINÚA 

TRATAMIENTO



ANTIBIOTICOS

Profilaxis de requerir intervención quirúrgica:

- Paciente de bajo riesgo: Ceftriaxona 50mg/kg c/dosis + Metronidazol 30 mg/kg c/dosis
- Paciente de alto riesgo: Meropenem
- Menores de 45 días: Amikacina 15 mg/kg/dosis + Metronidazol 15mg/kg/dosis o Meropenem si es de alto riesgo.

Manejo postoperatorio: (Tratamiento hasta 7 días)

- Paciente de bajo riesgo: Ceftriaxona 50mg/kg c/día + Metronidazol 30 mg/kg c/día
- Paciente de alto riesgo: Meropenem (una vez el paciente se encuentre estable se decalará a Ertapenem)

BIBLIOGRAFÍA:(1) Instituto Nacional del Cáncer. (S.F.). diccionario de Cáncer del NCI. Recuperado el 16 de junio de 2021, de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/obstruccion-intestinal>(2)Lautz TB, Barsness KA. Adhesive small bowel obstruction acute management and treatment in children. Semin Pediatr Surg. 2014 Dec;23(6):349-52.(3)Chang YJ, Yan DC, Lai JY, Chao HC, Chen CL, Chen SY, Tsai MH. Strangulated small bowel obstruction in children. J Pediatr Surg. 2017 Aug;52(8):1313-1317.(4)Carroll AG, Kavanagh RG, Ni Leidhin C, Cullinan NM, Lavelle LP, Malone DE. Comparative Effectiveness of Imaging Modalities for the Diagnosis of Intestinal Obstruction in Neonates and Infants: A Critically Appraised Topic. Acad Radiol. 2016 May;23(5):559-68.(5)Arnol Coran (2010). Sther W, Gingalewski CA. Other Causes of intestinal obstruction. Pediatric Surgery. (Seven Edition., Pp 1127). Philadelphia: Elsevier.(6)Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, Coccolini F, Biffi WL, Ansaloni L, Velmahos GC, Sartelli M, Fraga GP, Kelly MD, Moore FA, Peitzman AB, Leppaniemi A, Moore EE, Jeekel J, Kluger Y, Sugrue M, Balogh ZJ, Bendinelli C, Civil I, Coimbra R, De Moya M, Ferrada P, Inaba K, Ivatury R, Latifi R, Kashuk JL, Kirkpatrick AW, Maier R, Rizoli S, Sakakushev B, Scalea T, Søreide K, Weber D, Wani I, Abu-Zidan FM, De'Angelis N, Piscioneri F, Galante JM, Catena F, van Goor H. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World J Emerg Surg. 2018 Jun 19;13:24.(7)Deng Y, Wang Y, Guo C. Prediction of surgical management for operated adhesive postoperative small bowel obstruction in a pediatric population. Medicine (Baltimore). 2019 Mar;98(11): e14919. (8)Miyake H, Seo S, Pierro A. Laparoscopy or laparotomy for adhesive bowel obstruction in children: a systematic review and meta-analysis. Pediatr Surg Int. 2018 Feb;34(2):177-182. (9)Adamou H, Magagi IA, Habou O, Adakal O, Ganiou K, Amadou M. Acute mechanical intestinal obstruction in children at zinder national hospital, Niger: Aetiologies and prognosis. Afr J Paediatr Surg. 2017 Jul-Sep;14(3):49-52.(10)Kim HH, Kang H, Park CH, Kwon YJ, Jung E, Lim M. Rapidly Progressive Small Bowel Necrosis in a Previously Healthy Child without Proven Mechanical Obstruction. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2019 May;22(3):291-297. (11)Chang YJ, Yan DC, Lai JY, Chao HC, Chen CL, Chen SY, Tsai MH. Strangulated small bowel obstruction in children. J Pediatr Surg. 2017 Aug;52(8):1313-1317.(12)Hyak J, Campagna G, Johnson B, Stone Z, Yu Y, Rosenfeld E, Zhang W, Naik-Mathuria B. Management of Pediatric Adhesive Small Bowel Obstruction: Do Timing of Surgery and Age Matter? J Surg Res. 2019 Nov;243:384-390.