

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ANALISIS DE 100 CASOS DE OBSTRUCCION INTESTINAL  
EN EL HOSPITAL ROOSEVELT"

TITO SAUL PEREZ MARROQUIN

## PLAN DE DESARROLLO

I.- INTRODUCCION

II.- GENERALIDADES

III.- MATERIAL Y METODOS

IV.- RESULTADOS

V.- COMENTARIO

VI.- CONCLUSIONES

VII.- RECOMENDACIONES

VIII.- BIBLIOGRAFIA

## I INTRODUCCION

El problema de la Obstrucción Intestinal ha sido objeto de diversos estudios, en diferentes épocas y lugares.

Respecto a ello, se dice que es una de las condiciones más comunes que requieren una laparatomía de emergencia.

Sufian y Matsumoto en 1976 (14) en un estudio de 329 casos del Hospital Hannemann de Philadelphia, Pensilvania, reportan una mortalidad de 65.5% en individuos de raza blanca, y un 38.1% en individuos de raza negra, en 177 pacientes y fallecidos de serie.

En nuestro medio, estudios preliminares del Dr. García Guillioli en 1954 (6) y del Dr. Mendoza Gálvez en 1966 (8) nos indican que si bien la mortalidad no fue tan alta como el estudio de Sufian y Matsumoto, (un 8.34% y un 10.29% de mortalidad respectivamente) es un problema que requiere nuestra consideración y estudio.

El objetivo del presente trabajo fue revisar casos de Obstrucción Intestinal en el Hospital Roosevelt; durante un período de tres años; considerando que no existe un estudio similar en este Hospital, que nos pueda servir de termómetro comparativo.

## II GENERALIDADES

### OBSTRUCCION INTESTINAL

#### 2.1 ETIOLOGIA

#### 2.2 DEFINICION

Existen varias definiciones, pero en general se acepta que hay Obstrucción Intestinal cuando existe un Obstáculo patológico, que impide el normal tránsito del contenido intestinal en dirección al ano. Dicho obstáculo patológico puede ser por "Obstrucción Mecánica" o por parálisis del músculo Intestinal, lo cual se ha llamado "Ileo Paralítico". (13, 1 y 11).

#### 2.2.1 OBSTRUCCION MECANICA

Tradicionalmente esta entidad se ha subdividido en tres tipos de anomalías (13 y 1) que pueden producirla, así:

##### 2.2.1.1 FACTORES EXTRAMURALES

Son considerados las causas más frecuentes de Obstrucción Intestinal encontrándose subdividida en 3 grupos, a saber: -- Hernias externas, entre las cuales se pueden mencionar las hernias Inguinales (directa e indirecta) crurales, umbilicales, incisionales; adherencias peritoneales secundarias o intervenciones quirúrgicas previas (15) procesos inflamatorios locales y Vólvulos que es la torción completa de un asa intestinal al rededor de la base de inserción mesenterica (12).

##### 2.2.1.2 FACTORES INTRINSECOS (ENGROSAMIENTO PARIETAL)

Entre este grupo de causas se encuentran las neoformaciones (tumores benignos y malignos); Estenosis inflamatorias co-

mo consecuencia de diverticulitis, enteritis regional o anastomosis operatorias previas y ano imperforado congénito (13 y 11).

Se han señalado asimismo causas yatrogénitas, como la irradiación o la administración de tabletas de potasio, Patyk (3) reporta además, Obstrucción Intestinal secundaria o impactación de tabletas de antiácido (hidroxido de aluminio).

##### 2.2.1.3 FACTORES INTRAMURALES (Oclusión de la luz intestinal)

Han sido señalados como las causas menos frecuentes de producir obstrucción Intestinal; entre otras tenemos:

Impactación fecal; meconio; invaginaciones Intestinales, especialmente en niños, aunque su presentación en el adulto no se puede excluir del todo (16); Bezoares que es una masa de material extraño (generalmente pelos y/o fibra vegetal) que se observa más frecuentemente en niños y en retrasados mentales; cuerpos extraños e infestación masiva por áscaris que en un momento dado pueden apelotonarse y obstruir la luz intestinal.

#### 2.2.2 ILEO PARALITICO O ADINAMICO

Una buena parte en los casos de Obstrucción Intestinal se explica por este grupo de causas.

El Ileo Paralítico depende de una insuficiencia del peristaltismo general o regional. Ocurre con cierta frecuencia en el Post-operatorio de pacientes que se han sometido a cirugía abdominal, como consecuencia de la manipulación de las asas intestinales.

Los trastornos de tipo electrolítico, especialmente hipopotasemia, son capaces de producir también Ileo Paralítico. En pa-

cientes con distensión abdominal prolongada, por mecanismo reflejo está inhibida la motilidad Intestinal, esto es lo que se conoce como "Reflejo Enteroenterico", que es mucho más grave en presencia de peritonitis.

En forma menos grave el Ileo puede ocurrir en enfermedades agudas como la neumonía y el infarto del miocardio o acompañar a diversos procesos dolorosos como cólico biliar y renal, hematoma retroperitoneal y lesiones de columna vertebral.

Algunos autores también han señalado como causa de Ileo Paralítico, la distensión de otros órganos, como los ureteres. Vale la pena resaltar el hecho que el Dr. Caballeros Estrada (2), señalara entre este grupo de causas a la Ovulación, cosa que no se pudo encontrar en la literatura consultada.

### 2.3 PATOGENIA

Sea cual fuere el mecanismo causal de obstrucción Intestinal el efecto inmediato es interrumpir el tránsito intestinal y los procesos de absorción de líquidos y gas. Se sabe que aunque no exista ingestión, ingresan al tubo digestivo diariamente, de 8 a 10 litros de agua y solutos, gran parte de lo cual es absorbido a niveles inferiores. (1, 5 y 9).

Uno de los fenómenos más significativos en los procesos de Obstrucción mecánica de intestino delgado, es la pérdida de agua y electrolitos del cuerpo, secundarios al proceso de distensión.

Por este mismo mecanismo hay secuestro de líquidos de los compartimientos corporales para quedar en la luz intestinal, como consecuencia de esto se produce deshidratación y pérdida de sodio y cloruro del líquido extracelular.

Para compensar la pérdida de potasio por el intestino, hay desplazamiento de este electrolito desde el líquido intracelular al extracelular; la hipopotasemia que se produce así, inhibe aún más el peristaltismo.

La hipovolemia y la hipopotasemia, pueden originar insuficiencia Renal Aguda incluso en ausencia de Hipotensión arterial.

Puede también ocurrir vómito reflejo secundariamente a la distensión abdominal. Se sabe que la Obstrucción proximal de intestino delgado produce vómitos relativamente mayores y menos distensión que la obstrucción distal. (13)

La estasis dentro del intestino es causa de multiplicación de gas producido por acción bacteriana, difusión desde el torrente vacuolar y deglución de aire. (1)

En este aspecto hay un poco de diversidad de opiniones entre diversos autores, (13, 1, 11 y 16) porque mientras algunos opinan que las bacterias y sus toxinas atraviesan la pared del intestino hasta el peritoneo y el torrente circulatorio, otros señalan que las bacterias no desempeñan ningún papel en los efectos dañinos, de la Obstrucción Mecánica simple de intestino delgado, puesto que ni éstos ni sus toxinas atraviesan la mucosa intestinal normal; de todas maneras vale la pena hacer resaltar que durante la estosis de intestino delgado, cualquiera que sea la causa, las bacterias proliferan con rapidez, y este fenómeno es notable sobre todo en la obstrucción Intestinal. El contenido del intestino delgado, por lo tanto, se hará "Fecaloide" durante la obstrucción, debido a las grandes cantidades de bacterias.

A nivel del asa intestinal comprometida en el proceso obstructivo, los cambios que ocurren son en primer lugar: Edema de la pared intestinal, consecuentemente compromiso vascular consistente en dificultad para la irrigación y el retorno venoso, todo lo cual produce isquemia y posteriormente perforación con salida del contenido in-

testinal hacia la cavidad peritoneal. Estos casos podrán evolucionar hacia peritonitis y Shock Septico con desmejoramiento del cuadro general.

## 2.4 MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones fundamentales de la obstrucción Intestinal, aguda son: dolor abdominal, vómitos, estreñimiento y distensión.

Uno de los primeros síntomas de Obstrucción mecánica Aguda es el dolor abdominal, el cual es de tipo retortijón, referido casi siempre a la zona periumbilical y con paroxismos a intervalos de 3 a 4 minutos. Este dolor Paroxístico no se presenta en el ileo adinámico,

El orden de apareamiento y la intensidad de estos síntomas es útil para establecer el sitio del problema. En general los procesos obstructivos de localización alta ( Intestino Delgado ) producen síntomas más graves, en estos, el vómito ocurre más pronto que en Obstrucción del colon en la que incluso a veces no se presenten.

Al inicio los vómitos son de material alimenticio, luego aparecerán de color verdoso debido a la bilis; y finalmente es posible el color parduzco con olor fecal debido a la proliferación de bacterias intestinales.

El estreñimiento ocurre en todos los casos, pero su apareamiento generalmente es tardío por evacuarse el contenido intestinal que se encuentra por debajo de la obstrucción. El apareamiento de sangre en las heces se debe a lesión de mucosa digestiva, que puede ocurrir en cáncer, invaginación o infarto.

El paciente debe evaluarse en forma completa, poniendo especial atención en ciertos aspectos, como signos de deshidratación

y/o peritonitis (taquicardia e hipotensión).

La fiebre sugiere posibilidad de estrangulación. (13)

Se deben buscar cicatrices quirúrgicas, por la asociación de cirugía previa con procesos obstructivos por bridas.

En pacientes obesos suele ser difícil descubrir las hernias incarceradas; se deben buscar también masas abdominales que podrían sugerir neoplasias o invaginaciones.

A la auscultación del abdomen, al inicio del proceso obstructivo serán netos los borborigmos de tono metálico en casos de obstrucción mecánica, y no existen en el ileo adinámico.

El tacto rectal es obligado como parte del examen físico para descubrir masas de la luz intestinal, y la sencia o presencia de heces.

Generalmente la obstrucción Intestinal Aguda suele diagnosticarse mediante historia clínica y exploración física, pero las radiografías son esenciales para confirmar el diagnóstico clínico y para definir con más precisión el sitio obstruido.

Se descubren así cantidades anormalmente grandes de gas en el intestino. En obstrucción mecánica del Intestino delgado no existe gas en el colon o es muy escaso.

Típicamente se observan asas distendidas con múltiples niveles de gas o líquido y que dan el aspecto de una U invertida.

En ocasiones las radiografías no serán satisfactorias, por lo que algunos (13) autores han empleado estudios con medios de contraste (enema de Bario).

Frecuentemente será difícil diferenciar radiológicamente un -

caso de ileo paralítico de una obstrucción mecánica. Puede ayudar que en el Ileo hay distensión gaseosa en el estómago, Intestino delgado y colon, de manera más uniforme.

## 2.5 LABORATORIO

Los trastornos del líquido se manifiestan por disminución de la diuresis y del cloruro y potasio en la sangre, con aumento del pH y el nitrógeno ureico en la misma.

Hay leucocitosis en los casos de estrangulación.

## 2.6 TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL

El tratamiento de la Obstrucción Intestinal comprende dos fases:

La primera de medidas generales con observación constante, y utilización de métodos clínicos y de laboratorio, para establecer en forma pronta y la más exacta posible el proceso que está causando la obstrucción.

La segunda -con pocas excepciones- es el alivio quirúrgico de la misma.

Antes de llevar al paciente a la sala de operaciones deberán de habersele corregido las anomalías de líquido, electrolitos y equilibrio ácido-básico, así como cualquier otro proceso intercurrente (ej: cardiopatías). Sus signos vitales deberán estar normales.

El momento del acto quirúrgico tampoco debe demorar tanto por el peligro de gangrena de la porción intestinal comprometida en el proceso obstructivo.

Se ha señalado (13) que cuando la operación se hace den-

tro de los primeras 24 horas, la mortalidad es muy baja (1%), mientras que aumenta cuanto más se retrase el acto quirúrgico.

Deberá iniciarse antibiótico terapia durante la resucitación, en especial si se sospecha estrangulación.

Aparte de la administración de soluciones intravenosas, es aconsejable la succión nasogástrica continua con una sonda de Levin, con lo cual se vaciará el estómago y se reducirá, el peligro de vómitos y aspiración pulmonar, disminuirá también la distensión abdominal por el gas deglutido durante el preoperatorio.

Para la succión a nivel del intestino delgado se emplean sondas largas, tipo MILLER - ABBOTT, la cual por fluoroscopia o rayos X se hace llegar lo más cerca posible al lugar de la obstrucción. Este es un procedimiento difícil.

## 2.7 TRATAMIENTO OPERATORIO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL.

El tratamiento operatorio de la obstrucción Intestinal depende en sí, de la naturaleza del problema, así, en los casos de hernias incarceradas, bastará con la reducción herniaria, o la simple liberación de las adherencias peritoneales en casos de obstrucción por bridas.

Algunos casos en los que exista compromiso vascular, deberá practicarse resección intestinal.

Sin duda alguna será la habilidad y experiencia del cirujano, así como los hallazgos patológicos durante el acto quirúrgico los que decidirán la técnica operatoria a seguir.

Antes de decidir resecar una porción intestinal, el cirujano deberá comprobar su viabilidad por medio de la coloración, la

motilidad y la pulsación arterial. Si hay duda, se podrá aplicar compresas tibias y húmedas durante 15 a 20 minutos. Si recobra su color y peristalsis, se conservará, pero si persisten las dudas - deberá resecarse.

Las técnicas a nivel de colon son diferentes y requieren más - cuidados, pero como se dijo anteriormente queda a criterio del - cirujano, durante el acto quirúrgico elegir la conducta adecua - da, ya que no se pretende hacer una larga exposición de técni - cas quirúrgicas.

## 2.8 TRATAMIENTO DEL ILEO PARALITICO

Lo básico en el tratamiento del Ileo Paralítico es la corrección del desequilibrio hidroelectrolítico, en especial la hipopotase - mia que es sumamente importante en el tratamiento de este tras - torno.

La otra medida es la succión nasogástrica por medio de una son - da de Levin, o mejor aún de Miller-Abbott.

Con frecuencia ocurre Ileo después de cirugía abdominal, el - cual suele ser transitorio con duración de dos o tres días. Cuan - do persiste éste u ocurra sin etiología manifiesta, se debe luchar por eliminar la sepsis y la obstrucción mecánica quizás por me - dio de laparotomía.

En muchas oportunidades la distensión abdominal secundaria - al Ileo, puede comprometer la irrigación intestinal.

## III MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se revisaron las histo - rias clínicas de los pacientes atendidos por la emergencia del -- Hospital Roosevelt con el diagnóstico de Obstrucción Intestinal - durante los años de 1970, 1971, 1972.

La revisión de los casos que se han presentado durante años -- más recientes, hubieran brindado mayor satisfacción, pero se tro - pezó con la dificultad de obtener las historias clínicas correspon - dientes, ya que esas aún no se encontraban clasificadas.

Los parámetros que se usaron para el presente estudio fueron: - edad, sexo, motivo de consulta, signos y síntomas, tratamiento -- efectuado, tiempo de uso de succión nasogástrica antes y después de la operación, complicaciones ocurridas, medicamentos emplea - dos, mortalidad y sus causas, y realización de autopsia en los ca - sos de fallecimiento.

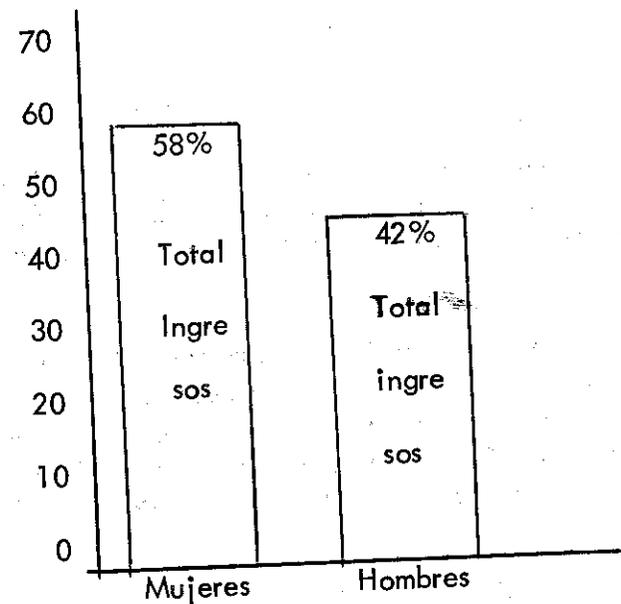
El total de casos presentados fue de 100, en el período de los - tres años mencionados.

IV RESULTADOS

4.1.- La edad más frecuente encontrada en los 100 casos de obstrucción analizados, estuvo comprendida en los intervalos de edades de 40 a 49 años con 26 casos, y de 60 a 69 años con 22 casos como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Intervalos de Edades	FRECUENCIAS
0 - 9	1
10 - 19	4
20 - 29	10
30 - 39	13
40 - 49	26
50 - 59	9
60 - 69	22
70 - 79	9
80 - 89	6
TOTAL	100

4.2 La incidencia de obstrucción intestinal fue más frecuente en mujeres (58%), que en hombres (42%), como se puede apreciar en el siguiente cuadro.



4.3 El motivo de consulta más frecuente encontrado fue el dolor abdominal agudo (86%), según consta en cuadro siguiente.

4.4 Los síntomas más frecuentes encontrados fueron, náuseas, vómitos e imposibilidad para defecar.

MOTIVO DE CONSULTA	No. CASOS	PORCENTAJE
Dolor Abdominal Agudo	86	86%
Dolor Escrotal	1	1%
Dolor Inguinal	8	8%
Masa Inguinal	1	1%
Distención Abdominal	1	1%

MOTIVO DE CONSULTA	No. CASOS	PORCENTAJE
Referido con signos de Obstrucción Intestinal	1	1%
Se ignoró	2	2%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

4.5 La causa más común de obstrucción intestinal fue debida a hernias (53%); y de éstas las más frecuentes fueron las hernias crurales derechas e izquierdas (19 y 13% respectivamente)

4.6 Después de las obstrucciones intestinales debidas a hernias las otras causas más comunes fueron debidas a adherencias (19%), invaginación intestinal 8%, vólvulos (7%), ascaridiosis (3%) y luego otras causas menos frecuentes como se observará en el siguiente cuadro.

TIPO DE OBSTRUCCION	No. CASOS	PORCENTAJE
Hernia Crural Derecha *	19	19%
Hernia Crural Izquierda *	13	13%
Hernia Inguinal Derecha *	9	9%
Hernia Inguinal Izq. *	8	8%
Hernia Umbilical *	2	2%
Hernia Incisional *	2	2%
Adherencias	19	19%
Por ascaris	3	3%
Ileo Paralítico	1	1%
Vólvulos $\left\{ \begin{array}{l} \text{Sigmoides} \\ \text{I. Delg.} \end{array} \right.$	3 4	3% 4%

TIPO DE OBSTRUCCION	No. CASOS	PORCENTAJE
Invaginación Intestinal	6	6%
Fibobezoar	2	2%
Compresión Intrínseca	1	1%
Anomalías Congénitas***	1	1%
Indeterminada	5	5%
<b>TOTAL</b>	<b>100 Casos</b>	<b>100%</b>

\* Incluye la clasificación de hernia incarcerada y/o estrangulada y de directa e indirecta en las hernias inguinales.

\*\* Estenosis múltiples de yeyuno.

4.7 En un cinco por ciento (5%) de los pacientes no se pudo determinar la causa de la obstrucción intestinal, como consta en el cuadro anterior.

4.8 El procedimiento quirúrgico más utilizado fue la Hernioplastia simple (36%), luego en orden de frecuencia le siguieron las Hernioplastias, en las cuales se practicó además resección intestinal y anastomosis termino-terminal (13%).

4.9 De los pacientes cuya causa principal fue adherencias (19%) únicamente fueron intervenidas quirúrgicamente 8 casos (8%), practicándoseles liberación de adherencias.

4.10 De los cien casos de obstrucción intestinal analizados, 21 casos (21%) no fueron intervenidos quirúrgicamente resolviéndose el problema únicamente con tratamiento médico (succión nasogástrica, soluciones IV etc).

4.11 Como técnica secundaria en la operación principal fueron practicados 7 apendisectomías profilácticas y una salpingotomía.

4.12 De los cien pacientes atendidos 21 (21%) no recibieron tratamiento con ningún medicamento, administrándoseles únicamente

te, soluciones IV.

Los incisos 4.8, 4.9, 4.10, 4.11 y 4.12 se pueden apreciar gráficamente en el siguiente cuadro:

TECNICA QUIRURGICA REALIZADA	No. CASOS
Hernioplastia *	36
Liberación de adherencias	6
Hernioplastia con resección intestinal y Anastomosis Termino-terminal	13
Laparatomía y resección Intestinal con Anastomosis Termino-Terminal	6
Laparatomía, resección y exteriorización de yeyuno en doble boca	2
Colostomía tipo Miculix	1
Reducción de Invaginación	5
Reducción de Invaginación con resección Intestinal y anastomosis termino-terminal	1
Enterostomía	1
Cecostomía Descompresiva	1
Hemicolectomía y colostomía	2
Reducción de Vólvulos	2
Muertos, sin operación	21
Apendicectomía profiláctica	7
Salpingotomía ***	1
* Incluye Diversas Técnicas	
** Para extracción de Bezoar	
*** Como Técnica secundaria en la operación principal.	

4.13 De los 79 pacientes que requirieron operación, 50 no presentaron ninguna complicación post-operatoria (63%); 9 casos (11%) presentaron dehiscencias de la herida operatoria, y 6 casos (11.3%) presentaron persistencia de la distensión.

NOMBRE COMPLICACION	No. FREC.	PORCENTA JE
Absceso de la pared abdominal	1	1.3
Persistencia de la Distensión	6	7.6
Dehiscencia de la Herida Operatorio	9	11.4
Edema Escrotal	1	1.3
Bronconeumonía Bilateral	3	3.8
Peritonitis	2	2.5
Evisceración	2	2.5
Diarrea	1	1.3
Convulsiones	1	1.3
Ictericia	1	1.3
Shock Séptico	1	1.3
Shock Hipovolemico	1	1.3
Sin complicación	50	63.3
TOTAL	79	100%

4.14 Como causa de mortalidad se encontró que la bronconeumonía por aspiración fue la más frecuente (5%) y luego peritonitis (2%).

4.15 El total de muertes ocurridas fue de 12 casos (12%).

4.16 De los pacientes fallecidos, únicamente a uno se le practicó autopsia.

4.17 Del total de muertes ocurridas, una fue durante el acto quirúrgico. (Los incisos del 4.14 al 4.17 se podrán observar gráficamente en el siguiente cuadro.)

CAUSAS DE MUERTE	No. FREC	PORCENTAJE
Bronconeumonía por aspiración	5	5%
Insuficiencia Cardíaca	1	1%
Ileo Paralítico	1	1%
D H E Severo	1	1%
Peritonitis	2	2%
Embolia Pulmonar	1	1%
Shock Hipovolémico	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>12%</b>

4.18 La succión nasogástrica fue utilizada en 82 pacientes - (82%), de los cuales en 54 (54%) fue utilizado tanto en el Pre como en el Post-Operatorio; en 24 casos (24%) - únicamente se utilizó en el Pre-operatorio, y en 4 casos (4%) solo en el post-operatorio.

4.19 De los cien pacientes tratados por el problema de obstrucción intestinal, 18 (18%) no requirieron succión nasogástrica. (Ver siguiente cuadro)

USO DE SNG PRE OPERAT. Y/O POST OPERATORIO	No. FREC.	PORCENTAJE
Solo en el Pre-Op.	24	24%
Solo en el Post-Op.	4	4%
En Pre y Post-Operat.	54	54%
Sin succión	18	18%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

4.20 El intervalo de duración de la succión nasogástrica más frecuente estuvo comprendida en el Pre-Operatorio, de 7 a 12 horas con 21 casos y en el Post-operatorio en el intervalo de más de 49 horas con 15 casos.

4.21 De los 79 pacientes operados únicamente uno necesitó re-intervención quirúrgica, no encontrándose el motivo. - (Consultar cuadros siguientes).

INTERVALOS EN HORAS DE SNG	FRECUENCIA
1 - 6	19
7 - 12	21
13 - 18	6
19 - 24	15
25 - 30	2
31 - 36	5
37 - 42	0
43 - 48	6
49 - +	3
<b>TOTAL</b>	<b>77</b>

INTERVALOS EN HORAS DE SNG	FRECUENCIA
1 - 6	2
7 - 12	1
13 - 18	7
19 - 24	10
25 - 30	1
31 - 36	8
37 - 42	2

43 - 48	9
49 - +	15
TOTAL	55

4.22 El principal medicamento utilizado fueron los antibióticos, siendo más frecuentes las asociaciones de penicilinas con estreptomocina o cloranfenicol; menos frecuentes fueron las asociaciones de más de tres antibióticos, como se observará en el siguiente cuadro.

MEDICAMENTOS	FREC.
Antiespasmódicos	39
Penicilina Cristalina	31
Penicilina procaina	25
Estreptomocina	19
Kanamicina	10
Aspirina	9
Poción Epectorante	9
Cloranfenicol	12
Tetraciclina	14
Ampicilina	8
Gantrisión	6
Neomicina	3
Dicloxacilina	1
Eritromicina	1
PAS	1
INH	1
Piperacina	3
Insulina	3
Sedantes	2
Antiheméticos	3
Sulfato ferroso	2
Diuréticos	2

MEDICAMENTOS	FREC.
Cardiotónicos	2
Antiácidos	5
Esteroides	5
Antidiarreicos	7
Laxantes	1
Antihistamínicos	3
Vitamina C	3
Yoduro de potasio	2
Complejo B	2

## V COMENTARIO

Se considera que este estudio ha sido muy interesante porque permite -aunque en diferentes épocas-, hacer un análisis comparativo con los estudios preliminares de el Hospital General y de autores internacionales, y obtener importantes conclusiones.

En relación al estudio similar presentado por Sufian y Matsu moto, encontró como causas más frecuentes de obstrucción Intestinal las adherencias y en tercer lugar las Hernias externas ; vemos que en el estudio realizado por nosotros, las adherencias ocupan el segundo lugar en frecuencia, siendo las hernias externas la causa más frecuente de obstrucción Intestinal, lo cual coincide con los estudios previos en nuestro medio (6) (8). La alta frecuencia de la hernia, como factor de obstrucción Intestinal en nuestro medio, tal y como lo hiciera notar Mendoza Gálvez (8), se debe a que nuestros pacientes, con bajo nivel cultural, no consultan el médico en período temprano, sino que generalmente hasta que la hernia sufre una complicación como incarceration o estrangulación.

El manejo del problema -con algunas excepciones-, varió poco en los diferentes Hospitales.

Vale la pena hacer énfasis en que el problema de Obstrucción Intestinal es una emergencia que debe ser vista y evaluada lo más conscientemente por personal médico capacitado, para tratar de instaurar en forma precoz el tratamiento adecuado y antes de que concurren otras entidades que agraven aún más el problema. Asimismo es importante no escatimar esfuerzos y estudios complementarios -si fuere necesario-, para establecer el diagnóstico lo más correcto posible y en forma pronta, antes de intentar cualquier conducta quirúrgica.

A este respecto, llena de satisfacción el hecho que en nuestra emergencia de adultos nunca se intentó la taxis externa en los -

casos de hernias externas incarceradas como fuera reportado en un estudio preliminar (8) por el peligro de la pseudo-reducción en bloque y porque además en estas condiciones es imposible saber hasta qué punto existe compromiso vascular y se arriesga la vida del paciente intentar maniobra tal.

En general se considera que nuestros pacientes -con pocas excepciones-, fueron bien manejados.

## VI CONCLUSIONES

- 6.1 Fueron estudiados en total cien casos con diagnóstico de Obstrucción Intestinal ingresados por la emergencia del Hospital Roosevelt.
- 6.2 De todos los casos presentados, las causas más comunes de Obstrucción Intestinal fueron debidas a Hernias externas (53%), seguidas en frecuencia por las adherencias (19%), Vólvulos (7%).
- 6.3 Una de las causas de Obstrucción diagnosticada, que fue considerada como anomalías congénitas fue debida a estenosis múltiples de yeyuno, y que requirió practicar la resección intestinal.
- 6.4 Un 26% de los pacientes estudiados estaban comprendidos en la edad de 40 - 49 años.
- 6.5 La mortalidad presentada fue del 12%, de las cuales todas ocurrieron en el post-operatorio, a excepción de un paciente que falleció en la misma sala de operaciones.
- 6.6 Relacionado con el sexo, fue más frecuente en mujeres que en hombres, de ahí que entre las hernias, las crurales fueron las más frecuentes como causa de obstrucción Intestinal.
- 6.7 Comparados con otros autores (6 y 16) en nuestro estudio la evacuación de sangre pura aparecida dentro del conjunto sintomático, se observó en todos los casos de invaginación Intestinal.
- 6.8 El antecedente de cirugía previa es fundamental en la sospecha de un cuadro obstructivo, lo cual ha sido registrado en otros estudios (15).

- 6.9 En 55% de los casos las radiografías simples de abdomen fueron reportados con niveles líquidos y asas distendidas; en el resto de pacientes los estudios radiográficos no fueron satisfactorios ni diagnósticos de Obstrucción Intestinal.
- 6.10 La ausencia de casos de Obstrucción Intestinal debidos a carcinoma del Recto Sigmoide, se considera se debió a que la mayoría de casos son atendidos por los servicios de cirugía antes de que presenten procesos Obstructivos.
- 6.11 La presencia de Obstrucción por Ascaris fue de 3 casos (3%) lo cual es significativo en nuestro medio, ya que Mendoza (8) reportó un 3.52% de frecuencia, y Caballeros (2) hizo un estudio de 13 casos presentados en el Hospital General.
- 6.12 El total de Pacientes, operados fue de 79 (79%), confirmando el diagnóstico pre-operatorio de obstrucción Intestinal en el acto quirúrgico. No se encontraron reportes de error diagnóstico.

## VII RECOMENDACIONES

- 7.1 En la totalidad de los casos el diagnóstico se hizo por la historia clínica y el examen físico, por lo que se considera conveniente que en las salas de emergencia al hacer la historia se deben anotar los datos más importantes, ya que en muchos casos no se consignan éstos y en algunos otros no se encuentran ni el motivo de consulta, ni los síntomas y signos que presentaba el paciente.
- 7.2 Como parte importante del examen físico el tacto rectal y el examen ginecológico debieran hacerse en un 100% (en especial el tacto rectal), y consignarse los datos de esto, ya que la proporción en que estos exámenes se realizan es muy baja. (Menos del 5%).
- 7.3 Tratar de mejorar nuestra atención y cuidado ante el paciente, para lograr disminuir tan alto porcentaje de complicaciones Post-Operatoria (36%) y de mortalidad (12%).

## VIII BIBLIOGRAFIA

1. Beeson, Paul B. y Walsh McDermott  
TRATADO DE MEDICINA INTERNA  
de Cecil Loeb  
13a. Edición 1972  
Ed. Interamericana, S.A.  
Cedro 512, México 4, D. F. México.
2. Caballeros Estrada, Julio Abner  
OBSTRUCCION INTESTINAL POR ASCARIS  
Revisión de 13 casos del Hospital "San Juan de Dios"  
Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos  
Facultad de Ciencias Médicas, 1974
3. David Potyk  
BRIEF RECORDINGS: INTESTINAL OBSTRUCTION  
FROM IMPACTED ANTIACID TABLETS  
The New England Journal of Medicine  
July 1970, Vol 285, No. 3, Page 134
4. Delp, Mahlon H. y Robert T. Manning  
PROPEDEUTICA MEDICA de Major  
7a. Edición 1970  
Ed. Interamericana, S.A.  
Cedro 512, México 4 D.F., México
5. Ganong, William F. Dr.  
MANUAL DE FISIOLOGIA MEDICA  
3a. Edición 1971  
Ed. El Manuel Moderno, S.A., México 11, D.F.  
pp 403 - 418

6. García Guilioli Ramiro  
BREVES CONSIDERACIONES SOBRE EL SINDROME DE  
OCCLUSION INTESTINAL  
Análisis de 60 Casos  
Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos  
Facultad de Ciencias Médicas, 1954
7. Kuschinsky, G. Dr. y Dr. H. Lüllman  
MANUAL DE FARMACOLOGIA  
1a. Edición, 1968  
Ed. Marín, S.A. Barcelona 1968  
pp 95-99
8. Mendoza Gálvez, José de Jesús  
OBSTRUCCION INTESTINAL  
Análisis de 142 casos presentados en el Hospital  
General del 1o. de Junio de 1964 al 31 de Junio de 1966  
Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos  
Facultad de Ciencias Médicas, 1974
9. Quiróz Gutiérrez, Fernando Dr. y Col.  
TRATADO DE ANATOMIA HUMANA  
8a. Edición, 1971  
Ed. Porrúa, S.A., México D.F.  
Tomo III., pp 128-181
10. Ravitch, Mark M, Dr.  
CIRUGIA DE LAS HERNIAS  
1a. edición 1970  
Ed. Interamericana, S.A.  
Cedro 512, México 4, D.F., México

11. Reifferscheid, Martin y Col.  
CIRUGIA  
Salvat Editores, S.A.  
Mallorca 43, Barcelona España, 1974  
pp 437 - 458
12. Robbins, Stanley L, Dr.  
TRATADO DE PATOLOGIA  
3a. Edición 1968  
Ed. Interamericana, S.A.  
Cedro 512, México 4, D. F., México  
pp 778 - 780
13. Sabiston Jr. Davis C. Dr.  
TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA  
de Davis Christopher  
10a. Edición 1974  
Ed. Interamericana, S.A.  
Cedro 512, México 4, D.F., México  
Tomo I, pp 832 - 952
14. Sufian Shekeeb, y Teruo Matsumoto  
INTESTINAL OBSTRUCCION  
The american Journal of Surgery  
Vol 130, July 1975
15. Weibel, M.A.  
PERITONEAL ADHESIONS AND THEIR RELATION TO  
ABDOMINAL SURGERY. A POSTMORTEN STUDY  
The American Journal of surgery  
Sept. 1973, Vol 126, No. 3. page 345
16. Weilbaecher, David  
INTUSSUSCEPTION IN ADULTS  
REVIEW OF 160 CASES  
The American Journal of Surgery  
May 1971, Vol 121, No. 5, Page 531



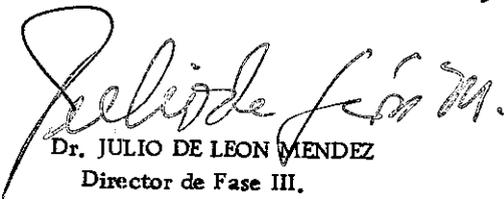
BR. TITO SAUL PÉREZ MARROQUÍN



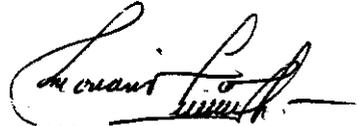
Dr. CARLOS RAUL ARRIAGA  
Asesor.



Dr. JUAN DE DIOS MALDONADO  
Revisor.



Dr. JULIO DE LEÓN MENDEZ  
Director de Fase III.



DR. MARIANO GUERRERO ROJAS  
Secretario General

Vo. Bo.



DR. CARLOS ARMANDO SOTO G.  
Decano