

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"OBSTRUCCION INTESTINAL" EN EL HOSPITAL NACIONAL
DE RETALHULEU, REVISION DE SEIS AÑOS: 1,973 - 1,978

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

LUZ MARIA DIAZ DIAZ

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

PRIMERA PARTE:

- 1.- Objetivos
- 2.- Material y Métodos
- 3.- Introducción.

SEGUNDA PARTE:

1. Teoría Científica

- a. Definición
- b. Etiología
- c. Fisiopatología

2.- Síntomas y Signos

- a. Percusión y auscultación
- b. Rayos X

TERCERA PARTE:

- 1.- Tratamiento
- 2.- Diagnóstico Diferencial
- 3.- Causas de muerte.

CUARTA PARTE:

PRIMERA PARTE:

- 1.- Objetivos
- 2.- Material y Métodos
- 3.- Introducción.

SEGUNDA PARTE:

1. Teoría Científica

- a. Definición
- b. Etiología
- c. Fisiopatología

2.- Síntomas y Signos

- a. Percusión y auscultación
- b. Rayos X

TERCERA PARTE:

- 1.- Tratamiento
- 2.- Diagnóstico Diferencial
- 3.- Causas de muerte.

CUARTA PARTE:

- 1.- Estudio de 102 pacientes de Obstrucción Intestinal -
en el Hospital Nacional de Retalhuleu.

a. Datos generales del paciente

- 1) Edad
- 2) Sexo
- 3) Procedencia

b. Diagnóstico final

c. Gráficas.

QUINTA PARTE:

1.- Conclusiones

SEXTA PARTE:

1.- Recomendaciones

SEPTIMA PARTE:

1.- Bibliografía

OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Conocer la etiología predominante de obstrucción intestinal en el Hospital de Retalhuleu.
- 2.- Identificar a que edad y que sexo es el más afectado.
- 3.- Dar a conocer la complicación más frecuente del cuadro obstructivo.
- 4.- Analizar la terapéutica efectuada en un medio de pocos recursos.
- 5.- Analizar los datos de laboratorio reportados en el Hospital Nacional de Retalhuleu.
- 6.- Establecer normas para el diagnóstico más preciso del cuadro obstructivo.

MATERIAL Y METODOS

RECURSOS MATERIALES:

- a) Hospital Nacional del Departamento de Retalhuleu.
- b) Servicios de Cirugía (hombres y mujeres).
- c) Historias clínicas de los pacientes.
- d) Laboratorio del Hospital de Retalhuleu.
- e) Literatura.

RECURSOS HUMANOS:

- a) Personal del departamento de Archivo.
- b) Médico Revisor.
- c) Médico Asesor.

METODOS:

- a) Comparativo.
- b) Analítico.
- c) Inductivo.
- d) Deductivo.
- e) Científico.

INTRODUCCION

Obstrucción Intestinal es una enfermedad de mucha controversia, ya que no viene de una sola causa sino es provocada, por numerosas patologías, debido a lo cual no se tiene un patrón definido, y único; su sintomatología difiere de una causa a otra y no proporciona un indicio inicial claro del factor que está provocando la Obstrucción.

Esta revisión se efectuó para recordar las innumerables causas que van a provocar el cuadro obstructivo, mismas que se mencionarán en orden de prevalencia ya que actualmente esto viene a ser una forma de ayuda diagnóstica sumado a datos clínicos como historias clínicas, sintomatología (aunque muy tácita a veces), datos generales del paciente etc.

La revisión bibliográfica se estandarizó en el punto de que se debe ser precavido, tanto en diagnóstico como en tratamiento pero ambos deben ser inmediatos ya que se han registrado estadísticas en las cuales se ha demostrado que la mortalidad mayor se debe a retraso en el manejo adecuado de los pacientes.

CAPITULO I

TEORIA CIENTIFICA DE LA OBSTRUCCION
INTESTINAL

1.1 DEFINICION:

Es una afección dada por un accidente local o general originado de una causa mecánica o de una musculatura ineficiente que viene a detener la progresión del contenido Intestinal.

1.2 ETIOLOGIA:

Las causas que van a desencadenar un cuadro obstructivo es propiamente del intestino y fuera de éste, los cuales son innumerables por lo que después de describir los cinco principales causas, expondré un cuadro, el cual se resumen la mayoría de etiologías.

Hernias encarceradas, intususcepción, adherencias, apendicitis, tumores.

1.3

FISIOPATOLOGIA

En el Intestino se acumulan gases que provienen del aire deglutido, bióxido de carbono, de fermentación bacteriana, lo cual al producirse la Obstrucción va a provocar distensión abdominal que dará una pérdida de agua y electrólitos, al producirse esto resultará eliguria - heperazoenia y hemoconclatación lo que afectará la presión venosa central disminuyéndola, hipotensión, disminución del gasto cardíaco y el paciente puede entrar en shock hipovolenico.

El aumento de presión Intra abdominal bloqueará el retorno venoso de miembros inferiores, elevación del diafragma que provocará dificultad respiratoria. Lo más grave para el paciente es que al persistir los síntomas y signos pueden llevarlo a un cuadro de shock séptico, por estrangulación de la presión afectada con la consiguiente proliferación bacteriana que iniciaría una peritonitis previa al shock séptico hasta causar la muerte de estos pacientes, afectados por un cuadro de Obstrucción Intestinal.

SINTOMAS Y SIGNOS

Con respecto a esto, tenemos que lo más común a todas las patologías es el dolor abdominal que va a localizarse en el punto más cercano a la lesión, este será más agudo si se trata de un vólvulo y más aún si la lesión ocasiona una estrangulación intestinal; intensificándose si la parte afectada es intestino delgado.

El estreñimiento es típico de una lesión a nivel distal del intestino, si está a nivel proximal o epigástrico lo más frecuente son vómitos de contenido alimenticio, biliar o fecaloide.

El paciente puede presentar signos como hipotensión, pulso rápido, taquicardia, taquipnea, rigidez abdominal etc.

La distensión nos puede guiar por las depresiones que presenta ya que estarán dadas de acuerdo al punto donde se encuentra la lesión (no es patognomónico) así: si la lesión es a nivel de intestino delgado o parte alta en epigastrio la distensión será central con depresión de los flancos; si la causa está a nivel de intestino grueso se observará una distensión formando la figura de una herradura; si la distensión es generalizada dará indicio de una peritonitis sumado a otros signos como hipersensibilidad etc.

En ocasiones se encontrarán ondas peristálticas por atrás de la parte lesionada, signo más marcado en causas crónicas.

Se harán presentes también los signos de deshidratación con acidosis, alcalosis, azoemia, oliguria, albúmina en orina precoz cuanto más alta es la oclusión, leucocitosis, etc.

PERCUSION Y AUSCULTACION

En cuanto a percusión y Auscultación se encontrará timpanismo, borborigmo grave, y ruidos metálicos. Al progresar el cuadro obstructivo puede llegarse a ilio paralítico el cual se caracteriza por ausencia total de ruidos intestinales (ondas peristálticas).

Se debe realizar una observación segura y rápida de signos y síntomas que logren llevar a cabo un buen diagnóstico y de esta manera realizar un manejo rápido de estos pacientes ya que una de las complicaciones es la verdadera razón de las defunciones registradas.

Una complicación frecuente y tardía es la estrangulación intestinal por la cual se interrumpe bruscamente el tránsito del contenido intestinal y es inicio de una peritonitis que vendrá a agravar todo cuadro obstructivo.

"RAYOS X"

Los rayos X será uno de los factores de mayor utilidad para poder dar un diagnóstico más preciso ya que por ejemplo, si la obstrucción es a nivel de intestino delgado no hay gases en colon o este es mínimo si la obstrucción es en intestino grueso no hay gases en intestino delgado; nos proporcionará también la presencia de masas.

Una posición erguida o en decúbito lateral más enema de bario (con precaución) nos dará una mejor visión del cuadro obstructivo o la causa de un ilio paralítico distinguiéndose la segunda por el nivel de gas en toda la porción abdominal más uniforme. También podemos observar niveles líquidos.

TRATAMIENTO

Este debe proporcionarse de forma adecuada y rápida aunque no precipitado pues deberá prepararse al paciente para poder efectuar la maniobra que vendrá a corregir la obstrucción dada.

El preparar al paciente se refiere a corregir los signos de deshidratación, colocar una sonda gasogástrica con succión continua, calmar el vómito, se normalizará temperatura, comparada, presión arterial, taquipnea, taquicardia, etc.

Teniendo todo estos factores bajo control se efectuará la maniobra de corrección la que puede estar dada en una laparotomía exploradora (la mayoría de veces), o se recurrirá a una reducción hidrostática o a la maniobra requerida por el tipo de obstrucción causante.

Los antibióticos deberán evaluarse al ser prescritos.

PRONOSTICOS: Es reservado y depende del punto lesionado ya que es de mayores consecuencias si afecta la parte alta del intestino; dependerá también del tiempo que ha durado la Obstrucción o si ha existido extrangulación; la mayor complicación en cuanto a pronóstico malo es cuando se ha producido una peritonitis como en las perforaciones.

CAUSAS DE OBSTRUCCION

A. OBSTRUCCION AGUDA.

1. Debido a oclusión de la luz intestinal.

1) Lesiones intrínsecas del intestino o colon.

a) Defectos congénitos

- 1.- Atresia y estenosis.
- 2.- Malformaciones de recto o colon.
- 3.- Mal rotación intestinal.
- 4.- Duplicación y quistes.
- 5.- Divertículos de Meckel.

b) Lesiones Inflamatorias

1.- Del intestino delgado (enteritis regional, T.B.C. diverticulitis)

2.- De colon.

- a. Diverticulitis.
- b. Linfogranuloma, y otras causas de la estrictura rectal
- c. Colitis ulcerosa, colitis regional.
- d. Lesiones inflamatorias (T.B.C., Actinomicosis, Disentería Bacilar).

3.- Granuloma eosinófilo

c) Tumores

- 1.- Cáncer de colon.
- 2.- Sarcoma (Linfosarcoma, Fibrosarcoma, leiomiomasarcoma, angiosarcoma).
- 3.- Tumor Benigno (fibroma, leomioma, adenoma, lipoma, angioma).
- 4.- Carcinoide.

d) Lesiones Traumáticas.

- 1.- Traumatismo de las estructuras.
- 2.- Hematoma.

e) Intususcepción.

f) Radiación de las estructuras:

g) Endometriosis.

h) Neumatosis Intestinal

2.- OBSTRUCCION POR CUERPOS EXTRAÑOS

- a. Cálculos Biliares.
- b. Intoxicación alimenticia.
- c. Cuerpo extraño.
- d. Enterocolitis.
- e. Impactación Fecal.
- f. Ascaris.
- g. Semilla de papaya simarrona.

3.- VOLVULOS:

- a. Primarios (estómago, intestino delgado, segmento por lo transverso segmoide).
- b. Secundarios
 - (1) asociado con anomalía congénita.
 - (2) secundario a artefacto quirúrgico.
 - (3) secundario a bandas, adiciones, estenosis, obturaciones.

4.- LESIONES INTRA INTESTINALES:

a. Adherencias y bandas.

b. Hernia.

- (1) Extra abdominal (richtter, inguinal, femoral, umbilical, epigástrica, ventral, diafragmática, intersticial, prevesical, lumbar, obturador, ciática, perineal, Littre's).
- (2) Intra abdominal (paraduodenal, del hiato de Winslow, paracecal del sigmoides mesentérico).

c. Compresión por masa extra intestinal.

- (1) Arcinomatosis
- (2) Absceso intra peritoneal.
- (3) Tumor adyacente (masa pélvica, masa renal)
- (4) Embarazo.

- (5) Cuerpo extraño.
- (6) Anomalías de los vasos mesentéricos.
- (7) Por pancreatitis.
- (8) Bazo, anomalías.

5.- Obstrucción Secundaria a Operación.

- a. Dehiscencia de herida.
- b. Abscesos intraperitoneales.
- c. Irritación intestinal.
- d. Acumulación de gases.
- e. Hernia encarcerada.
- f. vólvulos cerca de un punto determinante.

II. OBSTRUCCION AGUDA CON OBSTRUCCION TOTAL INTESTINAL

1.- Megacolon

- a. Enfermedad de Hirschsprung's
- b. Megacolon adquirido

2.- Ilio paralítico.

3.- Ilio espástico.

4.- Trombosis y embolia mesentérica.

B) OBSTRUCCION INTESTINAL CRONICA:

- 1. Neoplasias
- 2. T.B.C.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe diferenciar un cuadro obstructivo de otras patologías como por ejemplo:

a) Inflamación y perforación de viscera

b) De cólico vesicular o renal.

c) Abdomen agudo.

CAUSAS DE MUERTE

1.- DISTENSION:

- a) Causa depleción de Electrolitos.
- b) Produce dificultad en el riego sanguíneo.
- c) Provoca dificultad respiratoria.

2.- PERITONITIS: Puede ser inicio de un shock séptico.

3.- SHOCK HIPOVOLEMICO.

4.- INTOXICACION por absorción del material tóxico.

ESTUDIO DE 102 PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL

Los pacientes que acuden a un centro asistencial de salud presentan innumerables características, ya que proceden de distintos estratos sociales y ambientales pero para cualquier estudio deben tomarse parámetros para poder realizar un mejor análisis de una afección dada.

Por lo antes expuesto en el presente trabajo se tomaron parámetros los cuales se redujeron por la poca información escrita en cada historia clínica; mismos que se organizaron de la siguiente manera:

1.- Datos Generales del Paciente.

- Edad
- Sexo
- Procedencia

2.- Historia Clínica de los pacientes

- Sintomatología
- Antecedentes
- Examen Físico.

Diagnóstico Final

- Descripción de cada Diagnóstico.

ANALISIS DE RESULTADOS.

Fueron un total de 102 pacientes, sobre esta base se relacionaron los diferentes tópicos encontrados en esta revisión que tomó papeletas correspondientes a los servicios de cirugía de hombres, cirugía de mujeres y pediatría.

Sexo

Según revisión bibliográfica la mayoría de afecciones se presentan en sexo masculino.

En revisión de los 102 pacientes el resultado es:

Masculino: 53 casos, 51.96%

SEXO:

Femenino: 49 casos, 48.04%

EDAD

En esta clasificación encontramos que el paciente más pequeño afectado tenía la edad de 2 días; el mayor encontrado con 92 años.

La mayoría de casos fue dada por pacientes con la edad de 30 años ahora el período de vida más frecuente obtenido es de 10 años a 20 años o sea que en este tipo de población la mayoría de afectados suelen ser adolescentes.

Dividido en períodos tenemos:

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE %
0 - 11 meses	6	5.88
1 - 10 años	11	10.78
11 - 20 años	20	19.61
21 - 30 años	15	14.71
31 - 40 años	16	15.69
41 - 50 años	16	15.69
51 - 60 años	11	10.78
61 - 70 años	3	2.94
71 - 80 años	3	2.94
81 - 90 años	0	0.00
91 - 100 años	1	0.98
TOTAL	102	100 %

PROCEDENCIA

La mayoría de pacientes proceden del área central, lo que nos indica que quizá sea el lugar más afectado o las condiciones de caminos no permitan el fácil acceso al centro para acudir al-
gún facultativo; de este parámetro tenemos:

LUGAR

LUGAR	No. PACIENTES
Retalhuleu	78
Nuevo San Carlos	6
Caballo Blanco	2
San Sebastián	3
Palmar	1
Champerico	4
Izabal	1
Playa Grande	1
San Felipe	1
Santa Cruz Mulua	2
Colomba	1
Asintal	1
TOTAL	102

La mayoría de pacientes proceden del área central, lo que nos indica que quizá sea el lugar más afectado o las condiciones de caminos.

HISTORIA CLINICA

De este parámetro fue muy poco lo que se pudo recabar y analizar, obteniéndose los siguientes puntos:

SINTOMATOLOGIA:

La mayor parte de los pacientes presentaron los primeros síntomas más comunes que va a dar un cuadro de obstrucción Intestinal como son:

a: Distensión abdominal, sin características lo que pudo

-haber aprendido al diagnóstico.

b. Dolor Abdominal, signo generalizado sin especificar tiempo de evolución ni localización del mismo.

c. Estreñimiento, sin descripción del material ni duración de este síntoma.

d. Vómitos, de ayuda diagnóstica; en el muestreo no hay definición de los mismos.

e. Fiebre sin más características.

ANTECEDENTES

En este punto se tiene que la mayoría de pacientes presentó anterior al cuadro obstructivo una intervención quirúrgica, de los mismos se efectuaron apendicectomías, laparatomía explorada; se encontró un caso de volvulos a repetición el cual presentaba reincidencia por cuarta vez.

EXAMEN FISICO

El examen físico quizá si fue realizado pero no se hizo anotación de los mismos, sólo se generalizó en los datos como por ejemplo: Distensión abdominal, meteorismo, ausencia de ruidos intestinales, desequilibrio hidroelectrolítico con mayor frecuencia los grados uno y dos.

DIAGNOSTICO FINAL:

Para llegar a un diagnóstico definitivo sabemos que se nece

sita contar con una historia clínica completa y un buen examen físico, de esta manera si podremos realizar un buen manejo de los pacientes y lograr nuestro objetivo.

Con los datos obtenidos el diagnóstico no nos parecía definitivo por lo que se consultó el registro de cirugía factor encontrado en el 90% de este grupo tomado y lo cual si nos dio un diagnóstico definitivo.

En orden de frecuencia encontrados tenemos:

PATOLOGIA	No. CASOS	PORCENTAJE
1º Hernia	21	20.59
2º Parasitismo	13	12.75
3º Neoplasias	10	9.80
4º Apendicitis	13	12.75
5º Perforación Intestinal	9	8.82
6º Bridas y Adherencias	6	5.88
7º Vólvulos	6	5.88
8º Quiste de Ovario	4	3.92
9º Etiología Indeterminada	4	3.92
10º Embarazo	3	2.94
11º Espasmo Pilórico	2	1.96
12º Herida penetrante	2	1.96
13º Ano Imperforado	1	0.98
14º Quiste de mesenterio	1	0.98
15º Ruptura de bazo	1	0.98
16º Cirrosis	1	0.98
17º Intususcepción	1	0.98
18º Puerperio	1	0.98
19º Espasmo Intestinal	1	0.98
20º Diu Intraabdominal	1	0.98
21º Tricobezoar	1	0.98
TOTALES	102	100

1.- HERNIA:

Esta causa fue la más frecuente y de acuerdo a la bibliografía, sí es la causa que más predispone a un cuadro obstructivo como se ha podido comprobar por medio de estadísticas.

En la investigación se presentaron 21 casos que hacen un 20.59%. La mayor parte de este porcentaje corresponde a hernias del tipo inguinal el resto al tipo crural.

En un 50% se presentaron hernias Incarceradas el alto índice nos preocupa ya que demuestra una apatía por parte de quienes padecen de hernias.

El sexo femenino obtuvo el mayor porcentaje con respecto a esta dolencia.

2.- PARASITISMO:

La segunda causa fue parasitismo con un total de 13 casos que hacen el 12.75%. Esto se explica ya que esta zona es un medio muy propicio para la infestación de parásitos los que en frecuencia de predominio son: áscaris lumbricoides, amebas, tricoséfalos, etc.

La mayoría de casos se presentó en niños en los cuales estos parásitos no solo va a causar el cuadro clínico de obstrucción intestinal sino además causan desequilibrio nutricional.

La obstrucción se forma por apelmazamiento de estos parásitos y puede llegar a complicarse si los mismos provocan una perforación intestinal iniciando una peritonitis.

En relación al sexo tuvo predominio en el sexo masculino, la amebiasis predominó en adultos, se presentaron tres casos de peritonitis los que afortunadamente se resolvieron, los que consideramos pudieron evitarse con tratamientos más sencillos.

3.- NEOPLASIAS:

Es la causa que ocupa el tercer lugar lo que nos llama la atención ya que las causas es de esperarse, aún no se pueden solucionar, solamente dar un alivio a las dolencias; las neoplasias fueron comprobadas por biopsia.

La mayoría de pacientes recurrió al centro hospitalario hasta que tuvo complicación, lo que nos vuelve a llamar la atención de que la gente no se controla a tiempo esto puede deberse al sin número de obstáculos que deben salvar para poder llegar a un centro asistencial.

En esta investigación los órganos más afectados por un Ca. fueron en orden de frecuencia: Estómago, hígado y vías biliares.

4.- APENDICE:

Esta patología presentó un total de 10 casos que hacen 9.80%. Lo que demuestra su alta incidencia tanto por antecedente de apendisectomía como por el mismo cuadro de apendicitis que puede ocasionar un cuadro de obstrucción intestinal.

Se obtuvo que de estos pacientes tres habían presen-

tado apendicectomía anterior o sea que el cuadro de obstrucción estuvo dado por Bidas de más o menos de uno a dos años de formación post-operación; de los cuadros obstructivos por apéndice tres fueron perforaciones pero no hubo complicaciones ya que en la cirugía practicada se les efectuó lavado de peritoneo con solución salina.

Se presentaron tres casos de plastrón apendicular con adherencias.

5.- PERFORACION INTESTINAL:

La causa que ocupó el quinto lugar en frecuencia fue perforación Intestinal ocasionada por Salmonella Tifi.

La fiebre tifoidea es otra entidad que afecta bastante a esta población ya que su medio ambiente es muy propicio para su reproducción; en cinco de los casos presentados el cuadro de Obstrucción Intestinal se complicó con Peritonitis pero se resolvieron con éxito.

Esta patología se presentó en nueve casos para hacer un 8.82% y la mayoría fueron niños de ambos sexos.

En esta entidad siempre debe tenerse mucha precaución ya que este parásito va a infestarse de manera que el mayor riesgo que se corre es que produzca perforación Intestinal si su tratamiento no es a tiempo.

6.- BRIDAS Y ADHERENCIAS:

Es una de las causas de mayor frecuencia según esta-

dísticas como la efectuada en el Hospital General de Massachusetts por Mc Iver.

En el presente estudio se encontraron seis casos que hacen 5.88%. Lo que es relativamente bajo; de los casos encontrados se tiene que las adherencias se formaron en su mayoría por patologías del apéndice como Plastrón, Apendicitis, un caso complicado con un Ca. Gástrico, otra causa fue después de haber efectuado un Pomeroy.

Se presentó también un caso de Bidas de origen congénito complicado con perforación Intestinal.

Se tuvieron casos originados de hernioplastias; no se pudo analizar el tiempo de formación de estas bidas y adherencias debido a la poca información encontrada.

7.- VOLVULOS:

Esta patología se forma al producirse la torción de un asa alrededor de su eje mesentérico; el dolor es agudo, sordo referido a región lumbar la mayoría de veces, al examen físico se logra a veces palpar el asa volvulada, distendida sin movimientos peristálticos.

Se produce anatómicamente en un 50% en ciego, luego le sigue la porción sigmoidea, siendo rara en colon transversal, es más frecuente en adultos.

La anomalía puede estar dada por un mesenterio largo (anormal), por tuberculosis, estreñimiento tenaz, parasitismo, traumatismos, por Purgas violentas, por mala manipulación en cirugía, por embarazo y puerperio.

Obtuvimos en relación a esta patología un total de seis casos que hacen 5.88%. En la bibliografía consultada el volvulus puede volver a formarse como se presentó un caso en el cual era cuarta vez que un paciente de 45 años presentaba obstrucción Intestinal por volvulos.

La mayor parte de pacientes afectada correspondieron a el sexo masculino.

8.- QUISTE DE OVARIO:

Esta entidad se presentó en un total de cuatro casos que hacen 3.92%, porcentaje que es relativamente poco y que en estadísticas registradas casi no la mencionan como causa predisponente de un cuadro de obstrucción Intestinal.

9.- ETIOLOGIA INDETERMINADA:

En este inciso se agrupan cuatro casos que hacen 3.92% de los cuales los pacientes presentaron un cuadro obstructivo pero no se pudo obtener el origen, tratamiento, seguimiento de los casos; no es de que se deba a patología desconocida.

10.- OBSTRUCCION POR EMBARAZO:

Es una entidad que presenta mucho riesgo tanto para la madre como para el bebé por nacer, de mayor consecuencia si llega a complicarse, como en los casos presentados que fueron afortunadamente solo tres con un 2.94%, de los cuales dos casos fueron embarazo ectópico localizados en

región abdominal, afortunadamente para las madres se resolvieron entre el segundo y tercer mes de gestación.

Los casos fueron presentados por pacientes de 22 y 20 años, la coincidencia de edades aunque es muy poca muestra nos hace pensar que es muy frecuente en esta edad.

11.- INVAGINACION:

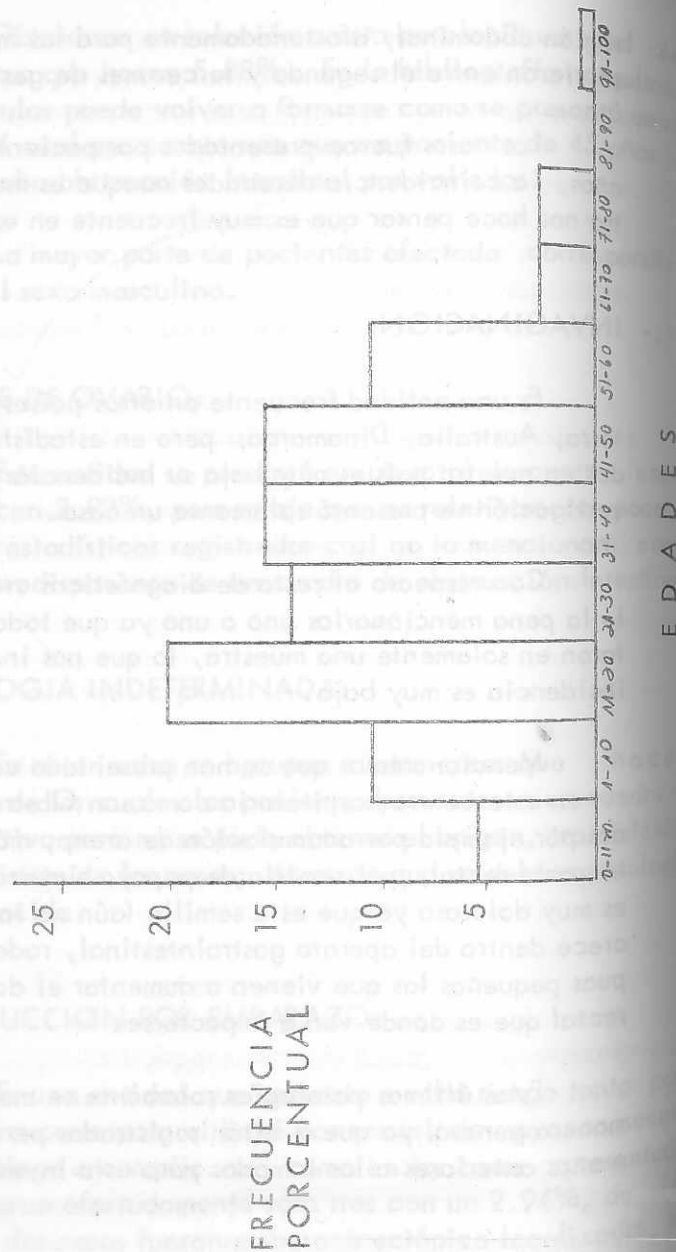
Es una entidad frecuente en otros países como Inglaterra, Australia, Dinamarca; pero en estadísticas efectuadas en nuestro país es muy baja su incidencia y en esta investigación se presentó solamente un caso.

Con respecto al resto de diagnósticos creo que no vale la pena mencionarlos uno a uno ya que todos se presentaron en solamente una muestra, lo que nos indica que su incidencia es muy baja.

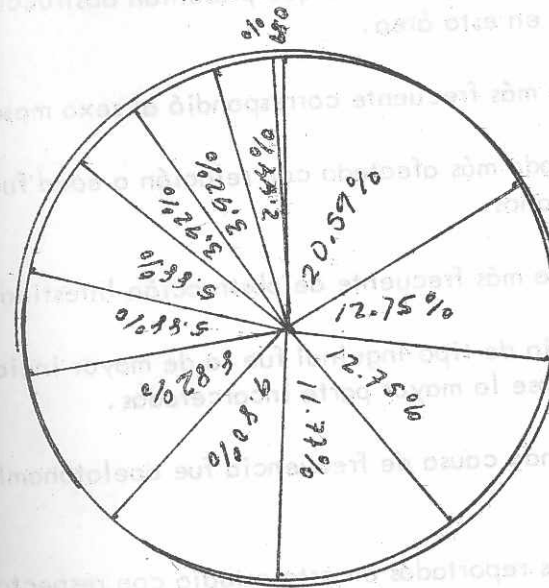
Mencionaremos que se han presentado casos muy raros en este centro hospitalario como son Obstrucciones dadas por ejemplo por acumulación de arena, más que todo en parte rectal; por semilla de papaya simarrona, la que es muy dolorosa ya que esta semilla (aún no investigada) crece dentro del aparato gastrointestinal, rodeándose de puas pequeñas las que vienen a aumentar el dolor a nivel rectal que es donde van a impactarse.

Estas últimas patologías solamente se mencionan de manera general ya que si están registradas pero pertenecen a años anteriores a los tomados para esta investigación.

GRAFICA No. 1
 EDAD PRESENTADA POR 102 PACIENTES DE OBSTRUCCION INTESTINAL,
 HOSPITAL NACIONAL DE RETALHULEU, 1,973 a 1,978



ETIOLOGIA DE LOS 102 PACIENTES EN EL HOSPITAL
 NACIONAL DE RETALHULEU REVISION DE SEIS AÑOS;
 1973 a 1978.



ETIOLOGIA:

1.- Hernia	20.59%
2.- Parasitismo	12.75%
3.- Neoplasias	9.80%
4.- Apéndice	12.75%
5.- Resto de Casos	11.77%
6.- Perforación Intest.	8.82%
7.- Bridas y Adherencias	5.88%
8.- Vólvulos	5.88%
9.- Quiste de Ovario	3.92%
10.- Etiología Indeterm	3.92%
11.- Obstrucción por Embarazo	2.94%
12.- Invaginación	0.98%

CONCLUSIONES

- 1.- El número de pacientes que presentan obstrucción Intestinal es alto en esta área.
- 2.- El sexo más frecuente correspondió al sexo masculino.
- 3.- El período más afectado con relación a edad fue de diez a veinte años.
- 4.- La causa más frecuente de obstrucción Intestinal fue Hernia.
- 5.- La hernia de tipo Inguinal fue la de mayor incidencia, presentándose la mayor parte incarceradas.
- 6.- La segunda causa de frecuencia fue apendicitis.
- 7.- Los datos reportados en este estudio con respecto al examen físico fueron insuficientes.
- 8.- El tratamiento fue adecuado aunque los datos anotados resultan limitados.
- 9.- No se presentaron complicaciones lo que da un índice de haberse efectuado un tratamiento adecuado en el período post-operados.
- 10.- En el período pre-operatorio la complicación más frecuente fue peritonitis.
- 11.- El antecedente de cirugía es una causa frecuente de obs-

trucción Intestinal debido a que forma bridas y adherencia.

- 12.- La mortalidad es relativamente baja; solamente un caso falleció, debido a la tardanza en buscar ayuda médica sobre viniéndole un cuadro de peritonitis, posterior a una perforación típica Intestinal, causándole shock séptico.

RECOMENDACIONES

- 1.- Investigar a fondo cada paciente, efectuando un buen examen físico, lo que nos guiará a un buen diagnóstico.
- 2.- Mejorar el archivo del Hospital con respecto a la clasificación de papeletas.
- 3.- Toda evolución de los pacientes deberá llevarse en forma apropiada.
- 4.- Al tener un paciente que presente un cuadro de obstrucción Intestinal tratarlo de manera rápida y efectiva.
- 5.- Advertir a los pacientes que causas sencillas como parasitismo, puede ocasionarles serios problemas más difíciles de resolver.
- 6.- Hacer notar la facilidad con que pueden complicarse las hernias de todos los tipos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Claude E. Welch, Intestinal Obstruction, Copyringth, 1958. The year Book publishers, inc. Printed in U.S.A.
- 2.- Marcus A. Khupp y Milton J. Catton y asociados, Diagnóstico clínico y tratamiento. El manual moderno, S.A. México 11 D.F. 1, 975.
- 3.- David C. Sabistonex, Jr, Profesor y jefe James B. Duke, Tratado de Patología Quirúrgica, décima edición, Traducido de la décima edición de la obra David- Christopher, - Textbook of surgery, 1974 por nueva editorial Interamericana S.A, de C.V. Cedro, México D.F.
- 4.- Stanley L. Robbins, Tratado de Patología, Editorial Interamericana S.A. Tercera edición, 1, 968. México D.F. Traducida al Español por Homero Vela Traviño.
- 5.- Víctor C. Vaughan, III M.D. R. James Mckay, M.D. Waldo E. Nelson M.D. Texbook of Pediatría, W.B. Sanders Company, 1975 Philadelphia, London. Toronto.
- 6.- Harrison T.R.: Medicina Interna Ea Ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1954.
- 7.- Moore, Robert M.: Obstrucción Intestinal, en: Christopher Tratado de patología, Quirúrgica 7a. ed. México, - Editorial Interamericana S.A, 1, 961.
- 8.- Wangenstein, Owen H.: Intestinal Obstrucción, A Physiological and clinical consideration with emplasis on therapy, including discription of operative procedures 2nd ed. - Springfield Ill. Vhstlrd V. Thomas, 1, 942.

Br.

Luz María Díaz y Díaz.

Asesor.

Carlos Sandoval Paiz.

Dr.

Revisor.

Dr. Waldemar Alvarado B.

Dr.

Secretario

Raul A. Castillo R.

Dr.

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.