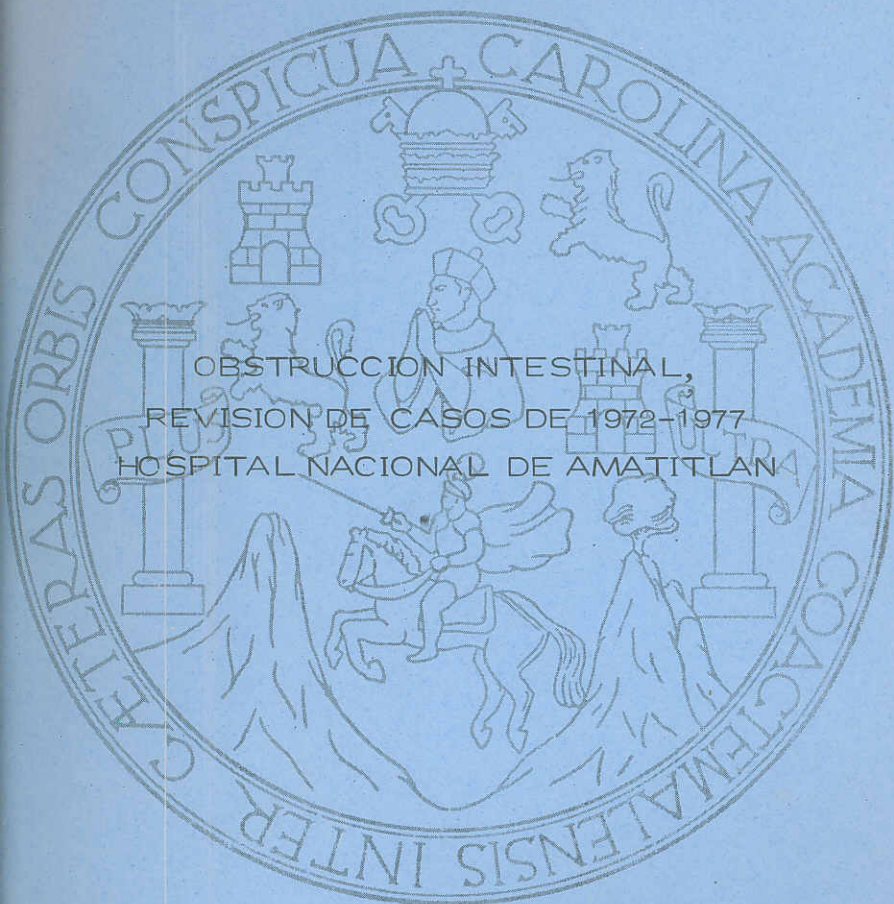


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



BENJAMIN MATHAMBA PRECIADO

PLAN DE TESIS

1. PREFACIO
2. INTRODUCCION
3. OBJETIVOS
4. ANTECEDENTES
5. CONSIDERACIONES GENERALES
 - a) PATOGENIA Y ETIOLOGIA
 - b) EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y DIAGNOSTICO
 - c) **TRATAMIENTO**
6. MATERIAL Y METODOS

ANALISIS DE 24 FICHAS CLINICAS DE PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN

 - a) Frecuencia relativa
 - b) Frecuencia por edad y sexo
 - c) Frecuencia de complicaciones
 - d) Frecuencia de entidades nosológicas sinérgicas desde el ingreso del paciente hasta el acto quirúrgico.
7. ANALISIS DE COMPLICACIONES Y MUERTES

8. CONCLUSIONES

9. RECOMENDACIONES

10. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como finalidad primordial, establecer la morbilidad y mortalidad causadas por obstrucción intestinal en uno de los hospitales Nacionales de Guatemala en un período dado, asimismo - establecer las reglas de tratamiento y conductas que deben seguirse, pues se trata de una entidad de elevada mortalidad cuando el problema no es enfocado debidamente; por lo que debe observarse concienzudamente desde el punto de vista clínico, apoyarse en métodos diagnósticos auxiliares y decidir de inmediato la terapia adecuada.

Para finalizar, deseo expresar que las obstrucciones intestinales están entre las causas más frecuentes de Abdomen Agudo Quirúrgico.

OBJETIVOS

- 1) Establecer la incidencia de Obstrucción intestinal en el Hospital Nacional de Amatitlán, durante el período 1972-1977.
- 2) Evaluación de los problemas diagnósticos y de la conducta médica inicial, tanto domiciliaria como hospitalaria.
- 3) Revisar complicaciones pre-operatorias y post-operatorias con respecto a lo que obstrucciones intestinales se refiere.
- 4) Revisión de la mortalidad de pacientes por obstrucción intestinal.
- 5) Establecer la letalidad por obstrucción intestinal en el período 1972-1977.

ANTECEDENTES

Fue en el año de 1,904 cuando se efectuó el primer trabajo siendo presentado como tesis a la Facultad de Ciencias Médicas por el Doctor Pallais S., en 1920 el Dr. Rafael Pardo hizo un enfoque sobre Ileo Paralítico, en 1958 se efectuó un estudio sobre Invaginación intestinal por el Dr. Gustavo Martínez, el mismo tema fue enfocado por el Dr. Roderico Monzón en 1964 y el último estudio sobre el problema es el del Dr. José de Jesús Mendoza en 1966; todos estos trabajos se efectuaron en el Hospital General San Juan de Dios de la Ciudad Capital de Guatemala. Siendo una necesidad efectuar un estudio sobre el problema en el Hospital Nacional de Amatitlán en donde no se ha efectuado ningún trabajo sobre el mismo, fue la causa principal que nos animara a hacer el presente trabajo de tesis el cual esperamos sea provechoso para la comunidad Médica de Amatitlán y de todo el País.

DEFINICION E HISTORIA

Con denominación de Vólvulo, Ileo, Cólico Miserere, Pasión Ilíaca, vómitus stercoris, etc. designaba se antiguamente un estado mórbido caracterizado por vómitos incoercibles, dolores vivos de vientre, meteorismo y sobre todo por la supresión completa de las evacuaciones. Esta enfermedad en las distintas épocas

cas ha recibido varios nombres; considerada antiguamente como espasmódica, merced a los progresos de la anatomía patológica que proporcionó datos muy interesantes acerca de su naturaleza íntima, estableciendo de manera evidente la semejanza entre el ileo y la hernia estrangulada, demostrándose que las más de las veces el pretendido espasmo estaba constituido por un obstáculo real que impedía el curso normal de las materias en el intestino; se le llamó entonces Estrangulación Interna.

Es en 1857 que el Dr. Oscar Masson propuso que se reemplazara el nombre de Estrangulación interna por el de Oclusión intestinal que para él era la adecuada para abarcar todos los casos o causas en las cuales los intestinos se encontraban obliterados.

De las importantes investigaciones de Cruveilhier, Bonet, Bartholin, Leichterstein, Fernet y Malpighio que enriquecieron de modo notable la patogenia y la anatomía patológica, se desprendieron progresos indiscutibles en la terapéutica, entrando la laparatomía a formar parte primordial del tratamiento de esta enfermedad, a lo cual contribuyó notablemente el Dr. Lejars.

Defínese hoy la oclusión intestinal: Un estado mórbido caracterizado por un conjunto de síntomas que suceden a la detención que sufren en su curso normal, por cualquier causa las materias intestinales.

CONSIDERACIONES GENERALES

La obstrucción intestinal sigue siendo uno de los accidentes más comunes y graves que pueden ocurrir en cirugía abdominal. Cualquier causa que impida el tránsito normal a lo largo del intestino de las materias contenidas en el mismo, causa síntomas de extrema gravedad.

Si la obstrucción es completa, los efectos secundarios que se producen son intensos y pueden resultar mortales en unos días. Solo mediante un pronto diagnóstico y la institución inmediata de la terapéutica apropiada se podrá solventar el problema. Son tan preponderantes, en relación con los casos citados, las obstrucciones originadas por causas mecánicas que interrumpen la continuidad del calibre intestinal. Muchas obstrucciones interrumpen la circulación del asa afectada, y ocluyen su luz. Tal obstrucción circulatoria se llama Estrangulación; y la obstrucción intestinal que la produce se llama obstrucción estrangulante, en oposición a la obstrucción simple o no estrangulante. La estrangulación causa gangrena del segmento intestinal correspondiente, esto resulta de la distensión progresiva y el aumento consiguiente en la tensión intra-intestinal. Una clasificación amplia de las obstrucciones intestinales podría incluir tres agrupaciones; Obstrucción Mecánica; simple o estrangulante, obstrucción Neurógena o Ileo, y obstrucción vascular que se referiría a las raras ocasionadas por embolia o trombosis de uno de los vasos mesentéricos principales, como la arteria mesentérica superior.

CLASIFICACIONES CLINICA Y ANATOMOPATOLOGICA DE LOS TIPOS DE OBSTRUCCION INTESTINAL:

CLASIFICACION CLINICA CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA

- I. Obstrucción Mecánica Simple
 - A. Estrechamiento del calibre
 1. Estrechases de la pared intestinal.
 - a. Congénitas
 - Atresia, estenosis Ano imperfecto.
 - b. Adquiridas
 - Inflamatorias, traumáticas, vasculares, neoplásicas.
 2. Oclusión
 3. Compresión externa
 - (sobre todo en la pelvis y en el duodeno retroperitoneal)
 - B. Obstrucción intestinal por adherencias y bridas
 - congénita
 - inflamatoria
 - traumática
 - neoplásica

- C. Hernia, externa o interna
 - Estrangulante
- D. Vólvulo
- E. Invaginación
- F. Anomalías de desarrollo que den origen a obstrucción (además de la atresia y estenosis congénitas)

- II. Obstrucción intestinal por desequilibrio nervioso Simple

- A. Ileo por inhibición (paralítico o adinámico) Simple
- B. Ileo espasmódico (dinámico)

- III. Obstrucción Vascular Estrangulante
 - A. Obstrucción por embolia o trombosis mesentéricas.

Oclusión por estrangulamiento: Trátase en este caso de un estrangulamiento interno análogo al producido por una hernia, una brida, un divertículo de meckel o con grandes dimensiones que puede enrollar al intestino, la introducción de una sección intestinal en un orificio patológico del mesenterio o epiplón, también podría ser en el hiato de Winslow, algunos estudios efectuados han demostrado que las estrangulaciones se producen con mayor frecuencia en la terminación del ileon,

con mucha menos frecuencia en el intestino grueso.

Oclusión de volvulus: Consiste esta variedad en la torsión o rotación del intestino; se comprende que la laxitud del mesenterio a nivel del ciego y de la ese ilíaca favorece la torsión en ese sitio.

Oclusión por invaginación: Invaginación o intususcepción se considera la introducción de un segmento del intestino en otra que le es superior o inferior, frecuentemente es la parte superior la que penetra en la inferior, según la porción del intestino que se invagina recibe las siguientes denominaciones: ileo-cólica, ileo-cecal etc.

Oclusión por estrechez: Es quizá la variedad de oclusión que presenta las más diversas causas, puede ser debida a procesos neoplásicos de vecindad que comprimen la pared intestinal, aneurisma de la aorta abdominal, causas congénitas, inflamatorias, traumáticas.

Oclusión por obstrucción: La acumulación de materias fecales en el ciego o en la ese iliaca que son lugares de elección son una causa, obstrucción masiva por ascarides lumbricoides, más rara causa son los gruesos cálculos biliares, los enterolitos, además cuer-pos extraños ingeridos.

Ileo adinámico o paralítico: Suele presentarse después de ciertas maniobras quirúrgicas, estudios diagnósticos como la pielografía ascendente, un traumatismo, o como resultado de un DHE.

Ileo Dinámico o espástico: Es una forma poco frecuente

te de hiperactividad mecánica del intestino normal por detrás de uno o varios segmentos intestinales espásticos. Se observa en enfermedades tóxicas, como la uremia, envenenamiento por metales pesados, porfiria, infecciones y ulceraciones extensas.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La obstrucción intestinal mecánica aguda se cacteriza por dolor tipo cólico, náusea, vómito, distensión y constipación. La obstrucción en la parte alta del intestino produce vómito más temprano y de mayor gravedad, mientras que la obstrucción en la parte baja provoca constipación más temprana, mayor distensión y vómito más tardío. Cuando la obstrucción se acompaña de estrangulación el dolor es más intenso, en íleo adinámico no se refiere dolor, acompañándose de distensión progresiva que causa: taquipnea, taquicardia, oliguria secundaria al secuestro de líquidos. - En la obstrucción mecánica aguda del intestino delgado, el dolor se refiere a la parte media del abdomen, y se presenta con paroxismos que alcanzan un máximo luego cesan bruscamente.

En la obstrucción mecánica aguda del colon, el dolor de tipo cólico es menos intenso y es referido a la parte inferior del abdomen. Las obstrucciones de la parte alta provocan deshidratación y alcalosis más tempranas por pérdida de ácido clorhídrico, mientras que las obstrucciones de la parte baja producen deshidratación más lenta, pérdida de líquido alcalino y acidosis. Al inicio el vómito contiene moco y bilis, pero más tarde se vuelve de color café y de olor fecaloideo por la putrefacción de las proteínas en el intestino delgado.

El vómito puede ser fecaloideo y tardío en las obstrucciones bajas.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y DIAGNOSTICO

Después de una buena historia y reconocimiento clínico concienzudo, es útil la radiografía de abdomen que debe tomarse en posición sentada o decúbito lateral, para que puedan observarse mejor los gases, la distensión de las asas intestinales y en ocasiones el sitio de la obstrucción. Se pueden tomar fluoroscopías con enema de Bario para establecer el lugar de la obstrucción. Una hematología, en donde puede pescarse una leucocitosis o un hematocrito elevado deben solicitarse al laboratorio, teniendo laboratorios completos podrán pedirse concentración de electrolitos tales como Na y K, la Deshidrogenasa Lactica estará aumentada en caso de un infarto intestinal.

TRATAMIENTO

Bajo el punto de vista internista deberá corregirse el DHE que se presenta en la mayoría de casos; secundario al secuestro del líquidos en la cavidad peritoneal, produciéndose por lo mismo hemoconcentración. Deberá administrarse cloruro de Na y cloruro de K, según la obstrucción sea alta o baja. También están indicadas las soluciones dextrosadas pues a estos pacientes no se les dará NPO HNO. Será útil medir la diuresis la cual debe ser 1 litro por día para calcular

el grado de Hidratación.

Se recomienda una ingesta de 2000 calorías y colocar SNG, tanto mejor si hay de las sondas intestinales largas, que se pueden colocar con succión suave y continua.

Bajo el punto de vista quirúrgico se enfocará el problema bajo tres puntos de vista: 1) duración de la obstrucción, es decir, gravedad de las anomalías de los líquidos, electrolitos y equilibrio ácido-básico 2) Mejoramiento del funcionamiento orgánico, por Ej: en el anciano con cardiopatía, puede ser útil la digitalización rápida pre-operatoria, 3) peligro de estrangulación.

Por lo tanto pacientes sin problemas secundarios graves y con síntomas de corta duración 24 a 30 horas se pueden intervenir al hacer el diagnóstico.

Pacientes con problemas secundarios muy severos se beneficiarán con un Tx Médico pre-operatorio de 18 a 24 horas.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 24 Fichas Clínicas de pacientes de todas las edades que fueron causa de Morbilidad por obstrucción intestinal durante el período (1972-1977), las cuáles fueron proporcionadas por el Depto. de Estadística del Hospital Nacional de Amatlán, ayuda sin la cuál no hubiese sido posible efectuar el presente trabajo. Cada ficha clínica completa con su hoja de estadística, hoja de motivo de consulta, historia de la enfermedad, hallazgos del examen físico, hoja de órdenes médicas y hoja de evolución, hoja de notas de enfermería y hoja de resultados de laboratorio clínico; de donde se obtuvieron los siguientes datos:

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Procedencia
- 4.- Antecedentes quirúrgicos
- 5.- Diagnóstico Inicial
- 6.- Tiempo de evolución de los síntomas

SINTOMAS

- 1.- Vómitos
- 2.- Constipación
- 3.- Dolor Abdominal
- 4.- Disnea
- 5.- Distensión Abdominal
- 6.- Náusea
- 7.- Fiebre
- 8.- Anorexia
- 9.- Terapéutica casera empleada

- 1.- HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO
Datos de Laboratorio clínico, diagnóstico radio-
lógico
- 2.- TRATAMIENTO QUIRURGICO Y/O MEDICO
- 3.- ANESTESIA EMPLEADA
- 4.- OPERACION PLANEADA
- 5.- OPERACION REALIZADA
- 6.- HALLAZGOS OPERATORIOS
- 7.- COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1: Número y porcentaje según edad y sexo de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal en el Hospital Nacional de Amatlán en el período 1972-1977

GRUPO ETAREO	SEXO		TOTAL	
	M	F	#	%
1 año		1	1	4.1
1 - 4 años		1	1	4.1
5 - 14 años	5		5	20.8
15 - 44 años		7	7	29.1
45 y más	10		10	41.6
	15	9	24	100.0

CUADRO No. 2: Número y porcentaje según procedencia de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal en el período 1972-1978.

	#	%
AMATITLAN	6	25.0
SANTA LUCIA, COTZ. ESC.	4	16.7
ESCUINTLA, CABECERA	3	12.6
GUATEMALA, CAPITAL	2	8.4
MIXCO	1	4.1
SAN MIGUEL PETAPA	1	4.1
SAN JUAN, SAC.	1	4.1
IXHUATAN, STA. ROSA	1	4.1
PEDRO DE ALVARADO, JUT.	1	4.1

	#	%
SIQUINALA, ESC.	1	4.1
PALIN, ESCUINTLA	1	4.1
MASAGUA, ESCUINTLA	1	4.1
DEMOCRACIA, ESCUINTLA	1	4.1
	24	100.0

CUADRO No. 3: Antecedentes quirúrgicos de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante 1972-1977.

	#	%
LAPARATOMIA EXPLORADORA	2	8.33
LAPARATOMIA EXPLORADORA Y COLOSTOMIA	1	4.16
APENDICECTOMIAS	2	8.33
NO PRESENTARON ANTECEDENTES	19	79.16
	24	100.00

CUADRO No. 4: Número y porcentaje según diagnóstico inicial de los pacientes que presentaron Obstrucción intestinal durante 1972-1977.

	#	%
OBSTRUCCION INTESTINAL	14	58.33
ILEO PARALITICO	3	12.5
BRIDAS POST-OPERATORIAS	3	12.5
COLOM ESPASTICO	1	4.16
ANO IMPERFORADO	1	4.16
HERNIA INGUINAL INCARCERADA	1	4.16
HERNIA INCISIONAL ESTRANGULADA	1	4.16
	24	100.00

CUADRO No. 5: Número y porcentaje del tiempo de evolución de los síntomas de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
0-24 Horas	2	8.33
24-48 Horas	3	12.5
48-72 Horas	10	41.66
72-96 Horas	4	16.66
96-120 Horas	5	20.83
	24	100.0

CUADRO No. 6: Número y porcentaje según los síntomas de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
VOMITOS	16	66.66
NO PRESENTARON	8	33.33
CONSTIPACION	24	100.00
DOLOR ABDOMINAL	21	87.5
NO PRESENTARON	3	12.5
DISNEA	17	70.83
NO PRESENTARON	7	29.16
DISTENSION ABDOMINAL	24	100.00

	#	%
NAUSEAS	13	54.16
NO PRESENTARON	11	45.83
FIEBRE	6	25.0
NO PRESENTARON	18	75.0
ANOREXIA	15	62.5
NO PRESENTARON	9	37.5

CUADRO No. 7: TERAPEUTICA CASERA EMPLEADA por los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
RECIBIERON LAXANTES	12	50.0
RECIBIERON CATARTICOS	8	33.33
NO RECIBIERON NINGUN TX CASERO	4	16.66

CUADRO No. 8: HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
DOLOR ABDOMINAL A LA PALPACION	21	87.5
DISTENSION ABDOMINAL CUANTIFICADA	18	75
MASA DOLOROSA E IRREDUCTIBLE	2	8.33
AUSENCIA DE RUIDOS INTESTINALES	16	66.66

CUADRO No. 9: HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO - de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
ANEMIA MODERADA	3	12.5
ANEMIA SEVERA	21	87.5
HEMOCONCENTRACION	16	66.66

CUADRO No. 10: HALLAZGOS RADIOLOGICOS de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
ASAS INTESTINALES DISTENDIDAS	24	100.0
VISUALIZACION DE ASCARIDES	2	8.33

CUADRO No. 11: TRATAMIENTO empleado en los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
MEDICO	4	16.66
QUIRURGICO	20	83.33

CUADRO No. 12: ANESTESIA EMPLEADA en los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
RAQUIDEA	19	95.0
GENERAL	1	5.0

CUADRO No. 13: OPERACION PLANEADA en los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977..

	#	%
LAPARATOMIA EXPLORADORA	20	100.0

CUADRO No. 14: OPERACION REALIZADA en los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
LAPARATOMIA EXPLORADORA	19	95.0
LAP. EXPLORADORA Y COLOSTOMIA	1	5.0

CUADRO No. 15: HALLAZGOS OPERATORIOS en los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
VOLVULUS	4	16.66
INVAGINACION INTESTINAL	2	8.33
BRIDAS	3	12.5
NECROSIS INTESTINAL	2	8.33
TROMBOSIS MESENTERICA	4	16.66;
ASCARIDIASIS MASIVA EN LUMEN INTESTINAL	2	8.33

CUADRO No. 16: COMPLICACIONES PRE-OPERATORIAS en los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
DHE MODERADO	20	100.0
DPC GDO II-III	20	100.0
SHOCK HIPOVOLEMICO REVERSIBLE	4	20.0

CUADRO No. 17: COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS en los pacientes que presentaron obstrucción intestinal durante el período 1972-1977.

	#	%
SHOCK HIPOVOLEMICO IRREVERSIBLE	1	5.0
SEPTICEMIA Y SHOCK	1	5.0
INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPEN-		
SADA	1	5.0
NEUMONIA POR ASPIRACION	1	5.0
NO PRESENTARON COMPLICACIONES	16	80.0
	20	100.0

TASAS ESTADISTICAS

Según consta en el Archivo de Fichas Clínicas del Hospital Nacional de Amatlán.

Morbilidad general durante el período (1972-1977) = 108,533

Morbilidad específica por obstrucción intestinal = 24

Tasa de Morbilidad específica = $\frac{24}{108,533} \times 100 = 0.22$

Mortalidad general durante el período (1972-1977) = 1,389

Mortalidad específica por obstrucción intestinal = 9

$$\text{Tasa de mortalidad específica} = \frac{9}{1,389} \times 1000 = 6.47$$

$$\text{Total de ingresos durante el período (1972-1977)} = 49,123$$

Incidencia de obstrucción intestinal = 1 caso por cada 2,046 ingresos

$$\text{INDICE LETAL O DE LETALIDAD} = \frac{9}{24} \times 100 = 37.5$$

ANALISIS DE LOS CUADROS

En el cuadro No. 1 podemos observar que es el sexo masculino el más afectado por la entidad en estudio en un 62.5%, mientras que al sexo femenino le corresponde un 37.5%, que el sexo masculino se encuentra más afectado en el grupo etáreo de 45 años y más con un 41.6% mientras que el sexo femenino se ve más afectado en el grupo etáreo de 15-44 a. con un 29.1%.

En el cuadro No. 2 vemos que la afluencia de pacientes es de un 25% para los originarios del lugar, siguiendo pacientes originarios de lugares cercanos y que tienen accesibilidad al mismo tal es el caso de Santa Lucía Cotz., de la Cabecera Deptal. de Escuintla con el 16.7 y 12.6 % respectivamente.

En el cuadro No. 3 se observa un 79.16% de pacientes sin antecedentes quirúrgicos, estando como antecedentes más importantes: apendicectomías y laparatomías con un 8.33% respectivamente.

En el cuadro No. 4 se observa que se diagnosticó obstrucción intestinal en 14 pacientes que hacen un 58.33%, siguiendo las entidades: Ileo paralítico y bridas post-operatorias con 12.5% cada una.

En el cuadro No. 5 se observa un 41.66% que corresponde a 10 pacientes que tenían 48-72 horas de presentar los síntomas, siguiendo en orden de frecuencia 5 pacientes que tenían entre 96-120 horas haciendo un 20.83% y por último 4 pacientes que tenían entre 72-96 horas de presentar síntomas, correspondiéndoles un

16.66%.

En el cuadro No. 6 vemos que la distensión abdominal y la constipación fue referida en 24 casos con un 100%, seguidamente dolor abdominal con 87.5%, disnea con 70.83% y vómitos con 66.66% como síntomas - más frecuentes e importantes.

En el cuadro No. 7 en donde se ve la terapéutica casera empleada, tienen predominancia los laxantes con 50% seguidos de los catárticos con un 33.33%.

En el cuadro No. 8 en donde están los hallazgos físicos encontrados en los 24 casos de Obstrucción, vemos como signos de mayor importancia: dolor abdominal a la palpación con 87.5%, distensión abdominal cuantificada con 75% y ausencia de ruidos intestinales con 66.66%.

En el cuadro No. 9 se encontró 21 pacientes con anemia severa que hacen un 87.5% que habla en favor de un estado nutricional malo, por lo que se considera que la mayor parte de pacientes son de condición socio-económica baja, formando estos factores sinergismo con la entidad en estudio, se agrava la situación en cuanto a terapia quirúrgica se refiere, por otro lado el DHE que puede ser severo salta a la vista por la hemococoncentración demostrada 16 pacientes que hacen un 66.66%.

En cuanto a los hallazgos radiológicos, el más importante fue el de observar: Asas intestinales distendidas en los 24 casos de Obstrucción intestinal que hacen un 100%, seguido de visualización de ascarides -

en 2 casos con un 8.33%.

Respecto al Tratamiento predominó el quirúrgico en 20 casos con un 83.33% por lo que es preocupante el estado nutricional de los pacientes, siendo esta una de las causas de que la mortalidad aumente.

La anestesia raquídea predominó en 19 casos haciendo un 95.0%, siguiendo la anestesia general que se utilizó en 1 paciente haciendo un 5.0%.

Las complicaciones pre-operatorias más frecuentes fueron DHE moderado en 20 casos con un 100%, DPC gdo. II-III en 20 casos que significan 100.0% y shock hipovolémico reversible en 4 casos con un 20.0%.

Fue planeada Laparatomía exploradora en 20 casos con un 100%, se realizó Laparatomía exploradora en 19 casos con un 95.00% y se realizó laparatomía y colostomía en 1 caso significando un 5.0%.

Entre los hallazgos operatorios los más importantes fueron: Vólvulus y trombosis mesentérica en 4 casos haciendo un 16.66%, bridas post-operatorias - 12.5%, invaginación intestinal, necrosis intestinal, ascariasis masiva vistas en 2 casos cada una con un 8.33%.

Las complicaciones post-operatorias fueron nulas en 16 casos con un 80.00%, en los 4 casos restantes se presentó: shock hipovolémico irreversible, septicemia y shock, insuficiencia cardíaca descompensada y neumonía por aspiración en un caso cada entidad representando 5.0%.

CONCLUSIONES

- 1.- Durante el estudio sobre obstrucción intestinal realizado en el Hospital Nacional de Amatlán, el sexo más afectado fue el Masculino en el grupo etáreo 45 años y más representando 62.5%, seguido del sexo femenino en el grupo etáreo 15-44 con un 37.5%.
- 2.- La mayor parte de pacientes que presentaron obstrucción intestinal en el Hospital Nacional de Amatlán buscaron atención médica hospitalaria en un período de 48-72 horas de presentar los síntomas, siguiendo en orden de frecuencia los que tenían entre 96-120 horas de presentar síntomas representando un 20.83%.
- 3.- En estos pacientes con obstrucción intestinal, la distensión abdominal y la constipación fueron referidos como síntomas más importantes representando 100%, seguidos de dolor abdominal, disnea y vómitos con 87.5, 70.83 y 66.66% respectivamente.
- 4.- Los laxantes tuvieron predominancia en la terapéutica casera empleada con una representatividad de un 50%, mientras que los catárticos fueron usados en un 33.33%.
- 5.- Los hallazgos físicos más importantes encontrados en estos pacientes fueron: dolor a la palpación, distensión abdominal cuantificada y ausen-

cia de ruidos intestinales con una representatividad de 87.5, 75 y 66.66% respectivamente.

- 6.- En los estudios de gabinete efectuados en estos pacientes con obstrucción intestinal los más importantes fueron: Hb-Hto que detectó anemia severa en 21 pacientes con un 87.5% de representatividad, radiológicamente se visualizó asas intestinales distendidas en 24 casos dando una representatividad de 100%.
- 7.- El tratamiento de estos pacientes fue predominantemente quirúrgico representando un 83.33%, la laparatomía exploradora fue planeada en 20 casos con un 100%, fue efectuada en 19 casos con 95% de representatividad y asociada con colostomía 1 caso significando el 5%.
- 8.- Las complicaciones pre-operatorias fueron fundamentalmente orgánicas, tal es el caso nutricional precario en 20 casos con 100% de representatividad, seguidamente el DHE secundario común en pacientes con obstrucción y agravado por el estado nutricional precario, complicaciones post-operatorias no se presentaron en un 80%.
- 9.- La tasa de morbilidad causada por obstrucción intestinal en el Hospital Nacional de Amatlán durante el período 1972-1977 fue de 0.22, la tasa de mortalidad de 6.47, la incidencia de 1 caso por cada 2,046 ingresos hospitalarios.
- 10.- La letalidad causada por obstrucción intestinal en el Hospital Nacional de Amatlán durante el período 1972-1977 fue de 37.5.

RECOMENDACIONES

1.- Sería de gran utilidad que el laboratorio del Hospital Nacional de Amatlán fuera dotado de equipo para determinar concentración sérica de electrolitos fundamentales como Na y K y de ser posible equipo para efectuar químicas sanguíneas, ya que se trata de un hospital escuela universitario y que para los casos como el de obstrucción intestinal en el que se necesita tener un control adecuado del estado de hidratación y de electrolitos para estos pacientes; aconsejaría que se hicieran gestiones ante las autoridades ministeriales de salud pública por parte de las autoridades administrativas del Hospital y el respaldo de la Facultad de Ciencias Médicas para trabajar más científicamente y alejarse paulatinamente del empirismo.

2.- Sería de gran valor la decisión de la conducta más adecuada a seguir con estos pacientes por parte del personal médico que labora en el Hospital Nacional de Amatlán; tomando en cuenta que el 41.66% de los pacientes tenían entre 48-72 horas de evolución del cuadro, por lo que deberán decidir entre Tx médico para mejorar estado general con las limitaciones para control de electrolitos e hidratación más los problemas sobreagregados como el estado nutricional deficiente observado en este estudio

o decidirse por el Tx quirúrgico con todas las precauciones del caso para cada paciente como transfundir en sala de operaciones, digitalización rápida, uso expansores celulares etc., so pesando las ventajas de intervenir quirúrgicamente hecho correctamente el Dx y/o dar Tx médico para mejorar estado general.

BIBLIOGRAFIA

1. Christopher. Tratado de patología quirúrgica. - 10A. Ed. dirigida por Loyal Davis. 10a. Ed. en español dirigida por el Dr. Alberto Folch y Pi. México Ed. Interamericana, 1974. pp. 832-840.
2. Harrison, T. R. et al, Principles of internal medicine, 4th. ed. N. Y., Mc Graw-Hill Bookco., 1973 pp. 1672-1675.
3. Cecil-Loeb. Tratado de Medicina Interna. 13a Ed. Traducida al español por el Dr. Alberto Folch y Pi. México. Ed. Interamericana, 1972. pp. 1307-1309.
4. Tumen, H. J. Intestinal Obstruction, cap. 53, - en Gastroenterology, 2a. ed., vol. II, H. L. - Bockus (Ed.), Filadelfia, W. B. Saunders Company, 1964.
5. DeMuth, W. E., W. T. Fitts, Jr., y L. T. Patterson: Mesenteric Vascular Occlusion, Surg. Gynecol. Obstet., 108-209, 1959.
6. Cantor, M. O: Intestinal Obstructions. Baltimore, William & Wilkins Company, 1957.
7. Ochsner, A., y Granger, A.: The Roetgen Diagnosis of ileus. Ann. Surg., 92:947, 1930.
8. Miller, L. D., Mackie, J. A., and Rhoads, J. E.:

The Pathophysiology and Magnament of Intestinal Obstruction.

Surg. Clin. N. Amer., 42:1285, 1962.

9. Turnberg, L. A., Fordtran, J. S., Carter, N. W., and Rector, F. C., Jr.: Mechanism of bi-carbonate absorption and its relation to sodium transport in the human jejunum. J. Clin. Invest., 49:548, 1970.
10. Pallais S, Desiderio H., Oclusión Intestinal, Tesis presentada a la Fac. de CC. MM. de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 1904.
11. Pardo L. Rafael,: Ileo Paralítico, estudio realizado en el hospital general San Juan de Dios, - Tesis, Guatemala, 1920.
12. Martínez O, Gustavo.: Invaginación Intestinal, - revisión de 42 casos en el Hospital General San Juan de Dios, Tesis, Guatemala 1958.
13. Monzón A., Roderico.: Invaginación Intestinal. Revisión de casos de niños de 10 años de edad en el hospital General San Juan de Dios, Tesis, Guatemala, 1964.
14. Mendoza G. J. de Jesús.: Obstrucción Intestinal. Revisión de 142 casos en la Emergencia del Hospital General San Juan de Dios, Universidad de San Carlos, Fac. CC. MM., tesis. 1966.

Dr. Benjamin Matamba Presiado
Benjamin Matamba Presiado

Asesor

Dr. Barino Samayoa Ruiz

Dr. Roberto Orellana
Revisor.
Dr. Roberto Orellana

Director de Fase III
Dr. Hector Nuila

Dr. Dr. Paul Castillo R.
Secretario
Dr. Paul Castillo R.

Dr. Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo