

11209

134

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**TEMA: ETIOLOGIA MAS FRECUENTE DE OBSTRUCCION
INTESTINAL**

**TESIS.
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN.
CIRUGIA GENERAL.
PRESENTA.
DRA. BETZABE LOPEZ VASQUEZ**

MÉXICO D.F

SEPTIEMBRE 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

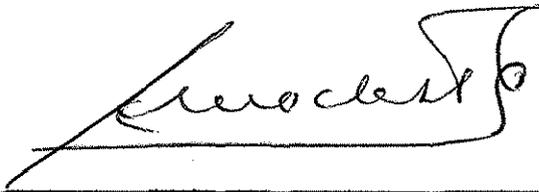
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

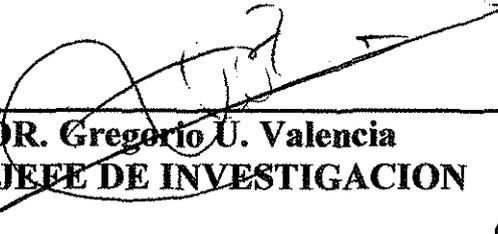
AUTORIZACIÓN DE TESIS.



DR. Fernando Palacio Vélez
COORDINADOR DE CIRUGÍA GENERAL
PROFESOR TITULAR



DR. Modesto Ayala Aguilar
JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
ASESOR DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO



DR. Gregorio U. Valencia
JEFE DE INVESTIGACION



DR. José Guadalupe Flores Galicia
COORDINADOR DE CAP. INVEST. Y DESARROLLO

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA.

A MI ESPOSO. Raymundo Linares Juárez, por el apoyo constante y gran comprensión para poder cumplir mis metas, con cariño y respeto

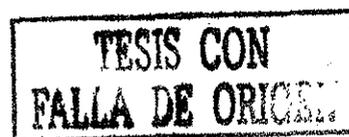
A MI HIJO. Raymundo Linares López, el gran motor de mi vida para salir siempre adelante, con amor

A MIS PADRES. Betzabe Vázquez y Tereso López, por el apoyo incondicional y el gran cariño que me dan, gracias Dios por darme unos padres tan lindos.

A MIS HERMANOS. Guadalupe, Araceli, Francisco, Eduardo, Tereso , por el apoyo incondicional en los momentos más difíciles de mi vida, con amor para ellos.

A MIS MAESTROS:

Por sus enseñanzas que diariamente nos dan



AL DR. Modesto Ayala.

Por sus enseñanzas y apoyo constante en la especialidad

INDICE

RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
ANTECEDENTES.....	3
OBJETIVOS.....	7
METODOLOGÍA.....	8
RESULTADOS.....	9
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES.....	17
BIBLIOGRAFIA.....	18
INDICE.....	20

RESUMEN

OBJETIVO.

Determinar la etiología, cirugía realizada, morbimortalidad de los pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal.

ANTECEDENTES.

La obstrucción intestinal es una de las principales causas de cirugía de urgencia, la principal etiología son los defectos de pared y las adherencias, las manifestaciones clínicas son poco comunes y las complicaciones se asocian a enfermedades concurrentes, la obstrucción intestinal se sitúa como segundo lugar en toda la patología abdominal quirúrgica de urgencia en el 18.8%, con mortalidad del 20 al 60% y morbilidad de 26 al 76%.

PACIENTES Y METODOS.

Se incluyeron pacientes de 16 a 95 años de edad de ambos sexos, atendidos por el servicio de Cirugía General, entre el periodo comprendido del 01 de julio de 2000 a 01 de agosto de 2001; se recabaron a través del expediente clínico: tiempo de observación, cirugía realizada, hallazgos quirúrgicos y morbilidad, se excluyeron pacientes con íleo paralítico, pacientes politraumatizados, y expedientes incompletos.

RESULTADOS.

De los 38 pacientes estudiados el 71% correspondieron al sexo femenino, el 29% al sexo masculino, con edad promedio de 60-80 años. Las principales causas fueron las adherencias en 37%, isquemia intestinal 24%, tumoración rectal 11%; la cirugía realizada fue en primer lugar adherenciólisis 38%, resección intestinal más enteroenteroanastomosis 26%, derivaciones intestinales 13%, y las principales complicaciones postoperatorias fueron: neumonías 13% seguido de descontrol metabólico en el 10%.

CONCLUSIONES.

La primera causa de obstrucción intestinal sigue siendo las adherencias, seguido de isquemia intestinal y por último tumoración rectal; la cirugía realizada con mayor frecuencia fue la adherenciólisis, resección intestinal más enteroenteroanastomosis.

SUMMARY

OBJETIVE.

To determinate the etiology, carried out surgery, morbidity the patient's with diagnose bowel obstruction.

BAKCGROUND.

The bowel obstruction is one of the main causes of surgery of urgency, the main etiology they are the wall defects and the adherences, the clinical manifestations are not very common and the complications associate to concurrent illnesses, the bowel obstruction is located as second place in the whole surgical abdominal pathology of urgency at 18.8%, with a mortality of the 20 to 60% and morbidity of 26 to 76%.

PATIENT AND METHODS.

We included 38 patients of 16 to 95 years of age both sexes, assisted by the service of General Surgery, among the understood period of the 01 julio200 at 01agosto 2001, we manage through the clinical file: time of observation, carried out surgery, surgical discoveries and, morbidity were excluded patient with ileo paralyzed, patient politraumatizados, and incomplete files.

RESULTS.

Of the 38 studied patients 71% corresponded to the feminine sex, 29% to the masculine sex, with age average of 60-80años, the main causes were the adherences in 37%, isquemia bowel 24%, rectal tumour 11%, the surgery carried out adherenciolisis 38% in the first place, intestinal resection but enteroenteroanastomosis 26%, derivations bowel 13%, the main complications postoperative, pneumonic problems 13% followed by disorder metabolic 10%.

CONCLUSIONS.

The first cause of bowel obstruction continues being the adherences, followed by bowel isquemia and rectal tumour, the carried out surgery, with more frequency was the adherenciolisis, bowel resection and enteroenteroanastomosis.

ANTECEDENTES

La obstrucción intestinal se define como un estado en el cual existe un impedimento para el paso del contenido intestinal, (gases, líquidos y sólidos) a lo largo de la luz del mismo. Debe resaltarse que la obstrucción intestinal es un síndrome, consecuencia de una gran variedad de causas, por lo cual, las manifestaciones clínicas pueden variar mucho, tales variaciones dependen del mecanismo productor de la misma y de la porción del intestino que se encuentre afectado, así como las complicaciones que puede originar.(1)

Las causas de obstrucción intestinal han variado en las últimas décadas. En 1932, Vick revisó 6892 pacientes con obstrucción aguda entre 1925 y 1930 en 21 hospitales en Gran Bretaña, en 49% se debieron a hernias externas estranguladas, las adherencias fueron responsables del 7%.(1)

En otra serie realizada por Ellis de 1962 a 1980 de 253 pacientes reportó como causa a los tumores en un 30%, adherencias 26% y hernias 21%(1).

En 1987 en EU de las causas más frecuentes de obstrucción intestinal eran adherencias en 49%, seguida de neoplasias 16.2% y hernias con 15% en un estudio realizado en la universidad de Rochester.(2,4,5)

En EU son la causa más común de obstrucción intestinal las adherencias postoperatorias y las hernias representan el segundo factor etiológico, sean de origen inguinal, crural, y umbilical. Las lesiones neoplásicas obstructivas originadas fuera de la pared intestinal, son debidas a carcinomatosis, neoplasias extraintestinales y a las recidivas locales de tumores de tejidos blandos, Los procesos inflamatorios como abscesos y peritonitis postoperatoria, también pueden obstruir el intestino.(23) En México Romero Y cols, ubican a las hernias complicadas de pared abdominal en un 50%.(9), Athié Gutiérrez y cols, en su experiencia a través de tres décadas en el Hospital General de México, encontró que por entidades patológicas aisladas las más frecuentes fueron: bridas 23.11%, hernia inguinal 20.98%, más atrás las hernias crurales en 11.89%, eventraciones posquirúrgicas en 9.57%, vólvulos de sigmoides en 4.45% y las torsiones de mesenterio en 3.22%; observándose que los defectos de la pared abdominal son las más frecuentes.(18)

De acuerdo Rosenthal P.A, las hernias inguinales de urgencias representan 20-40% de los casos de defecto de pared abdominal (3), constituyéndose como la etiología más frecuente de la obstrucción intestinal operada. (2,10)

En el anciano, dentro de las causas de urgencia quirúrgica, la obstrucción intestinal representa en la literatura mundial el 11% de los casos, y el 20% de la patología quirúrgica de pacientes adultos (2). En México se sitúa como grupo en el segundo lugar de toda la patología abdominal quirúrgica de

urgencia en el 18.8% en el adulto en general; el sexo femenino predomina en la obstrucción intestinal en forma global (18), así mismo se describieron a los defectos de pared abdominal como primera causa de obstrucción intestinal en adultos(7), seguido de las adherencias, con incremento importante de las neoplasias como tercer causa(8). Ruy-Díaz y cols encontraron como principal diagnóstico preoperatorio dentro de los ancianos con abdomen agudo, la patología biliar(30%) y en segundo lugar los defectos de pared (26.7%) (20).

Así mismo ,Abi-Hannan refiere a la colecistitis (23%) como la primera causa de urgencia abdominal en seniles (1), seguido de hernias de pared y neoplasias(19).

La evolución del paciente requiere una mayor atención clínica y de procedimientos auxiliares diagnósticos, para establecerlo tempranamente, considerando además que el anciano difícilmente tendrá manifestaciones clínicas típicas; éste presenta frecuentemente confusión mental, anorexia, fiebre, dolor abdominal de baja intensidad, ausencia de signos de irritación peritoneal, lo que aunado a una actitud pasivo-compasiva, dejará la patología de base a su curso natural y alterado por el empleo de tratamientos sintomáticos.(19).

El cuadro clínico más frecuente de obstrucción intestinal son: dolor abdominal, distensión abdominal, vómito, constipación, el cual ocurre en forma tardía en el desarrollo de obstrucción de intestino grueso, el tiempo de evolución es muy variado y depende de la etiología de la misma obstrucción (2,3).

Las náuseas y los vómitos pueden ser los únicos síntomas en los pacientes que presentan obstrucción alta, en obstrucciones dístales el síntoma más importante es el dolor de tipo cólico difuso intermitente, la distensión abdominal, náusea y vómito aparecen en forma progresiva, la constipación es un acontecimiento tardío. Los pacientes con obstrucciones parciales pueden seguir eliminando gases en forma intermitente y pueden presentar brotes explosivos de diarrea. En la obstrucción de asa cerrada el vómito puede ser el síntoma inicial, en este caso se trata de un reflejo abdominal relacionado a la distensión e irritación peritoneal (23).

La exploración física revela signos de deshidratación, fiebre (en presencia de complicaciones), distensión abdominal variable, la auscultación detecta ruidos intestinales de tipo obstructivo con borborigmos, en obstrucciones prolongadas la peristalsis puede estar ausente, en pacientes con obstrucción temprana alta pueden presentar ruidos intestinales normales(22)

El diagnóstico se realiza a través de la historia clínica y la exploración física, el paso siguiente consiste en la obtención de radiografías de abdomen de pie y supino, la exactitud diagnóstica se encuentra entre 80 y 85%, los signos

clásicos son dilatación de asas y en la de pie múltiples niveles hidroaéreos. Las radiografías de abdomen no muestran signos en el 12 al 18%, pero en algunos casos no sólo confirman el diagnóstico si no que permiten establecer la causa, en los casos dudosos o cuando el cirujano no puede diferenciar la obstrucción parcial de la completa los estudios radiológicos contrastados pueden ser de utilidad. El tratamiento inicial esta encaminado a la reanimación hidroelectrolitica (16,18), descompresión nasogástrica y mejorar parámetros hemodinámicos (19) para una probable cirugía; se debe medir PVC, diuresis, determinación de gases en sangre en caso necesario, observación no más de 24 horas y si no existe mejoría deberá someterse a tratamiento quirúrgico con prontitud (23,19). Debido a las malas condiciones en que ingresa para cirugía(3), en el preoperatorio deben ser valoradas enfermedades intercurrentes, ésto como una prioridad para disminuir la morbilidad y mortalidad(16,18), se debe tener especial cuidado en la valoración cardiovascular, pulmonar y renal, pues estos son los sistemas mas frecuentemente alterados en la vejez y los que pueden ocasionar complicaciones(20), de preferencia por un grupo multidisciplinario de expertos en el manejo del anciano(17). Ruy-Díaz y cols encontraron en los ancianos que la relación de patologías preoperatorias fueron: hipertensión arterial sistémica(25%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (23.2%), diabetes mellitus (21.4%), cardiopatía isquemica (17.8%),obesidad (3.5%), insuficiencia hepática (3.5%) en revisión de 78 pacientes(20).Existe una elevada mortalidad debido al ayuno prolongado y a las enfermedades intercurrentes como diabetes mellitus y neumonía, además de las ya mencionadas(14,15).

En las obstrucciones mecánicas parciales o de origen recidivante donde el tratamiento médico se prolonga de acuerdo a su evolución, existe el riesgo de complicaciones sistémicas con necrosis intestinal(18).Las hernias inguinales son letales cuando se deja evolucionar el problema agudo y se maneja ya complicado con algún grado de estrangulación(12).

En cuanto al tratamiento quirúrgico es preferible realizar una incisión mediana que ofrece una mayor exposición de todos los cuadrantes de la cavidad abdominal, el tratamiento adecuado implica eliminación completa de la obstrucción ya sea a través de resección intestinal, adherenciólisis o a la reducción de la hernia con cierre del defecto(23), la incidencia de resección intestinal es del 30% de los pacientes operados(5).El Dr. César Athié Gutiérrez observó a través de tres décadas en el Hospital General de México, el 26% de resecciones intestinales, aunado al tratamiento quirúrgico primario(18). Se ha observado que en la hernia inguinal complicada, la mortalidad aumenta después de las primeras 48hrs, sin embargo, las hernias de

pared abdominal y umbilical, no influyen en la mortalidad secundaria a la estrangulación(18,27,28). En el postoperatorio se debe prevenir el desarrollo de complicaciones pulmonares y mantener una estrecha observación para el tratamiento de cualquier complicación, así como iniciar nutrición enteral y/o parenteral en el mismo.(19).Se considera que los procedimientos quirúrgicos en pacientes ancianos, trae consigo una morbimortalidad significativa, algunos estudios clásicos como el publicado por Fenyo y cols observaron una mortalidad del 23% en pacientes mayores de 80 años(19,20), en 1987, Sëller informó de una morbimortalidad del 31 y 20% respectivamente (19,30). Reiss en una serie de 154 casos de ancianos mayores de 80 años, encontró una mortalidad global del 21% que aumentó en forma importante en pacientes mayores de 85 años(60%)(19,31). El Dr. Alejandro González Ojeda, en su estudio encontró que la morbilidad de los pacientes mayores de 80 años es del 85% y la mortalidad del 18% principalmente por complicaciones cardiopulmonares en el periodo postoperatorio, la morbimortalidad quirúrgica en procedimiento de urgencia en el anciano fue de 76 y 48% respectivamente; en fecha reciente Kettunen y col observaron una morbimortalidad de 26 y 22%, sin embargo en sujetos mayores de 88 años, esta última fue de 43%(19,32). La mortalidad depende principalmente de dos problemas, la falla orgánica múltiple como consecuencia de sepsis y la insuficiencia respiratoria por deterioro respiratorio crónico, neumonía o trombo embolia pulmonar(19). La obstrucción intestinal sigue siendo un problema importante de patología quirúrgica de urgencia para la población de ancianos, que sólo podrá mejorar su morbilidad y mortalidad al disminuir el tiempo transcurrido entre la presentación del cuadro y el momento de la resolución quirúrgica, más aun si se trata de una obstrucción intestinal estrangulada o de asa cerrada, característico de hernias u obstrucciones cólicas(28).

OBJETIVOS

- a).- Conocer la etiología más frecuente de la obstrucción intestinal en pacientes de 16 a 95 años.
- b).- Conocer la frecuencia de obstrucción intestinal en ambos sexos
- c).- Conocer el tipo de cirugía más frecuentemente realizada
- d).- Determinar el porcentaje y las causas de morbi-mortalidad de los pacientes operados

PACIENTES Y METODOS

Se estudiaron los pacientes de 16 a 95 años, de ambos sexos, ingresados por urgencias y manejados por el servicio de Cirugía General entre el periodo comprendido del 01 de julio de 2000 a 01 de agosto de 2001 en el Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza" I.S.S.S.T.E. Se consideró como tiempo de observación desde el ingreso del paciente, evento quirúrgico, y egreso hospitalario, se recabó nombre del paciente, numero de filiación, edad, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, hallazgos quirúrgicos, tipo de cirugía realizada, seguimiento de la morbilidad y mortalidad posquirúrgica, se excluyeron a los pacientes con diagnóstico de íleo paralítico, pacientes politraumatizados y expedientes incompletos.

Para obtener estos datos, se revisaron las libretas de resumen quirúrgico y el expediente clínico, dentro de este específicamente notas de ingreso a urgencias, notas de evolución hasta su egreso, nota quirúrgica describiendo la técnica y los hallazgos operatorios.

El estudio realizado fue de tipo retrospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional, el análisis se realizó con medidas de tendencia central y dispersión representadas en cuadros y gráficas.

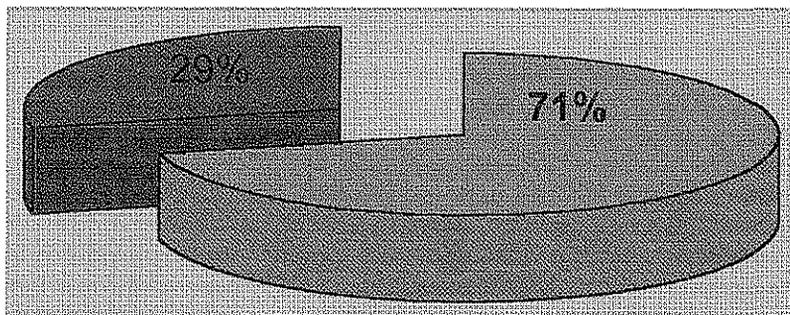
RESULTADOS

De los 38 pacientes estudiados en el periodo comprendido del 01 de julio de 2000 a 01 de agosto de 2001 en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" que ingresaron al servicio de urgencias con el diagnóstico de obstrucción intestinal, el 71% correspondieron al sexo femenino(27) y el 29% al sexo masculino(11) con una relación de 3/1; Grafica 1, y con edad promedio de 60-80 años y una media de 70 años. Grafica2.

La principal etiología de la obstrucción intestinal fueron las adherencias en el 36% de los pacientes (14), la segunda causa fue la necrosis intestinal segmentaria 24% (9 pacientes) probablemente secundario a retardo en el diagnóstico y patologías propias del paciente senil, la tercera causa tumoraciones rectales en el 11% (4 pacientes), la cuarta causa fue necrosis de la vesícula biliar y perforación intestinal en el 8%, volvulo de sigmoides y enfermedad diverticular 5%, por último carcinomatosis 3%. Grafica 3.

Dentro de las cirugías que se realizaron con mayor frecuencia el primer lugar lo ocupa la adherenciólisis en el 38% (14 pacientes), en segundo lugar la resección intestinal y enteroenteroanastomosis en 26% (10 pacientes) y el tercer lugar las derivaciones intestinales como colostomias e ileostomias en el 13% (5 pacientes), las cirugías realizadas con menor frecuencia fueron: la colecistectomía en 8%, descompresión de vólvulo de sigmoides, parche de Graham y toma de biopsia de los pacientes por carcinomatosis en el 5% respectivamente. Grafica 4. Dentro de las complicaciones postoperatorias se presentaron en un total de 15 pacientes, presentando como primera causa: proceso neumónico en 13%, seguido de descontrol metabólico 10% y por ultimo infección de la herida quirúrgica e íleo postoperatorio prolongado en 8%.Grafica 5. La mortalidad peri operatoria (30días) fue nula.

**DISTRIBUCIÓN POR SEXO
GRAFICA 1.**

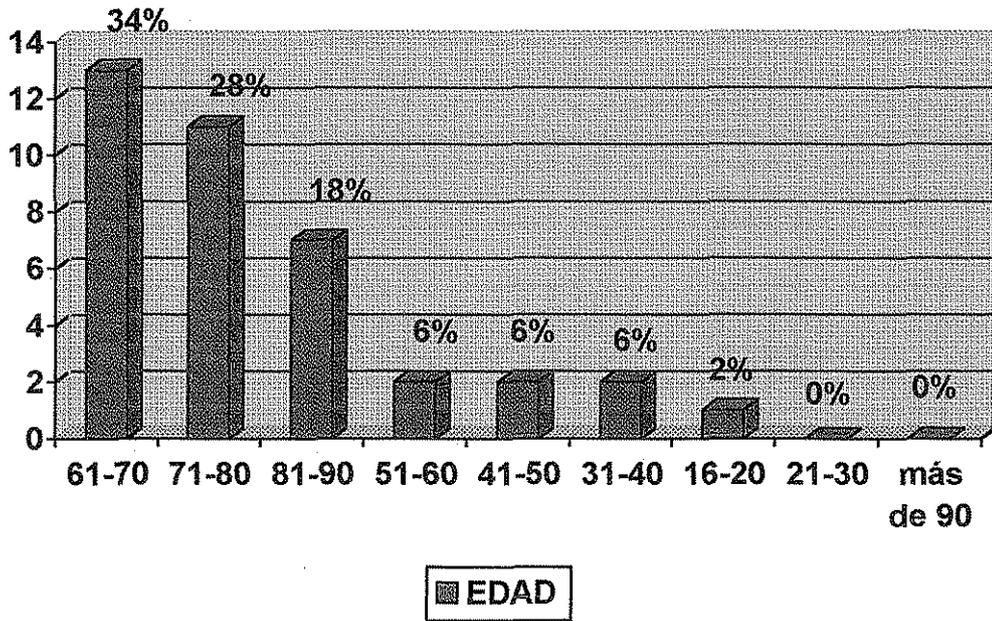


■ FEMENINO
■ MASCULINO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.R.G.I.Z

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD GRAFICA 2

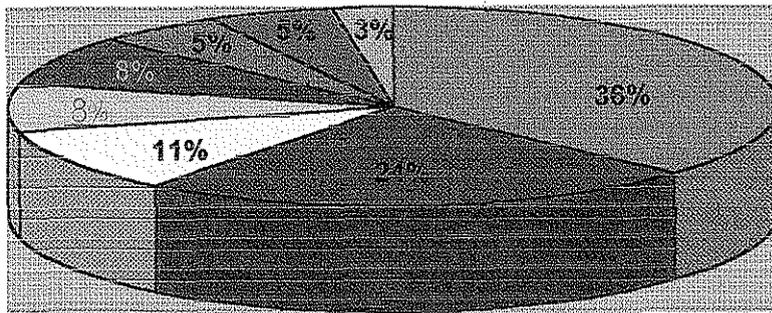


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.R.G.I.Z

ETIOLOGÍA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

GRÁFICA 3

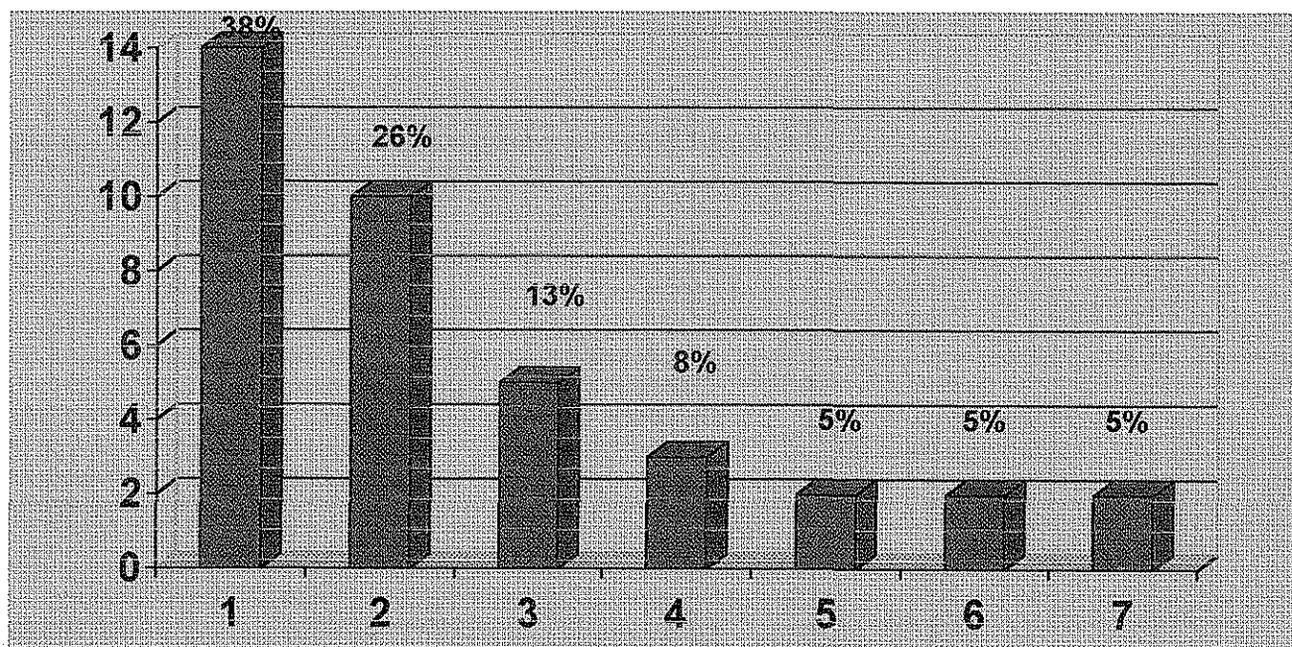


- adherencias
- necrosis int.
- tumor rectal
- necrosis VB
- perforación int.
- volvulo de sigm.
- enf. Diverticular
- carcinomatosis

FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.R.G.I.Z.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO DE CIRUGÍA REALIZADA GRAFICA 4



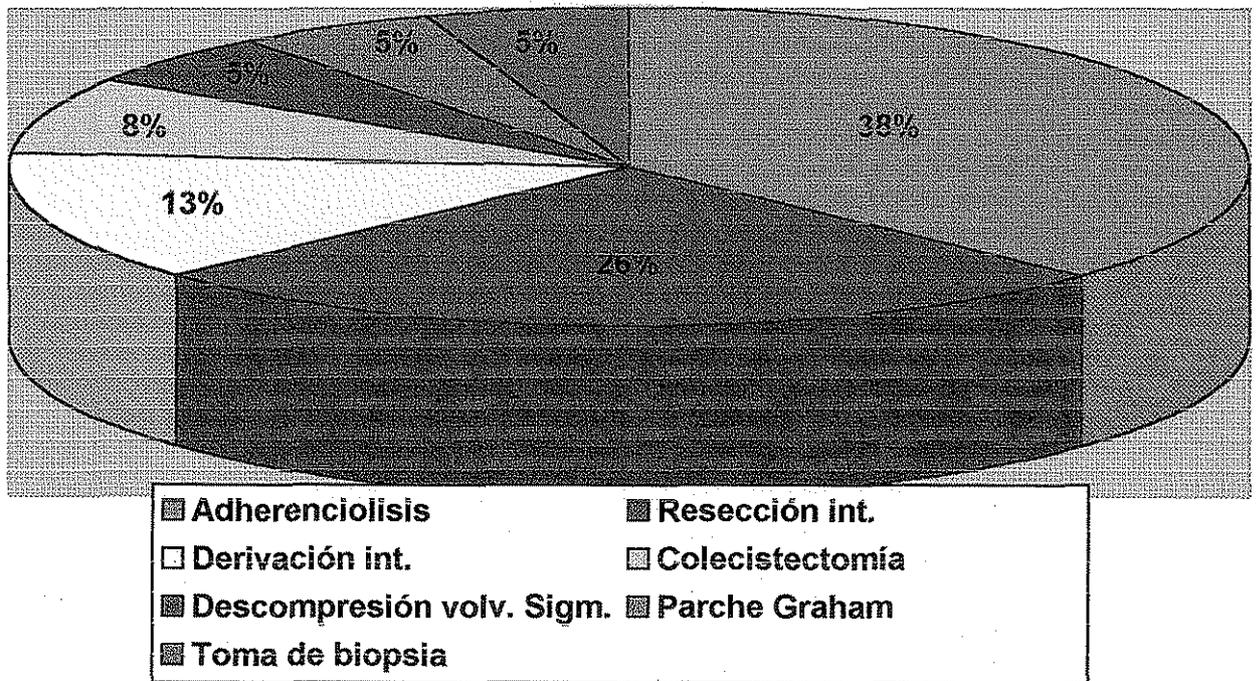
1. Adherenciolisis
3. Derivación intestinal
5. Descompresión volv. Sigm
7. Toma de biopsia

2. Resección intestinal
4. Colectomía
6. Parche Graham

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.R.G.I.Z.

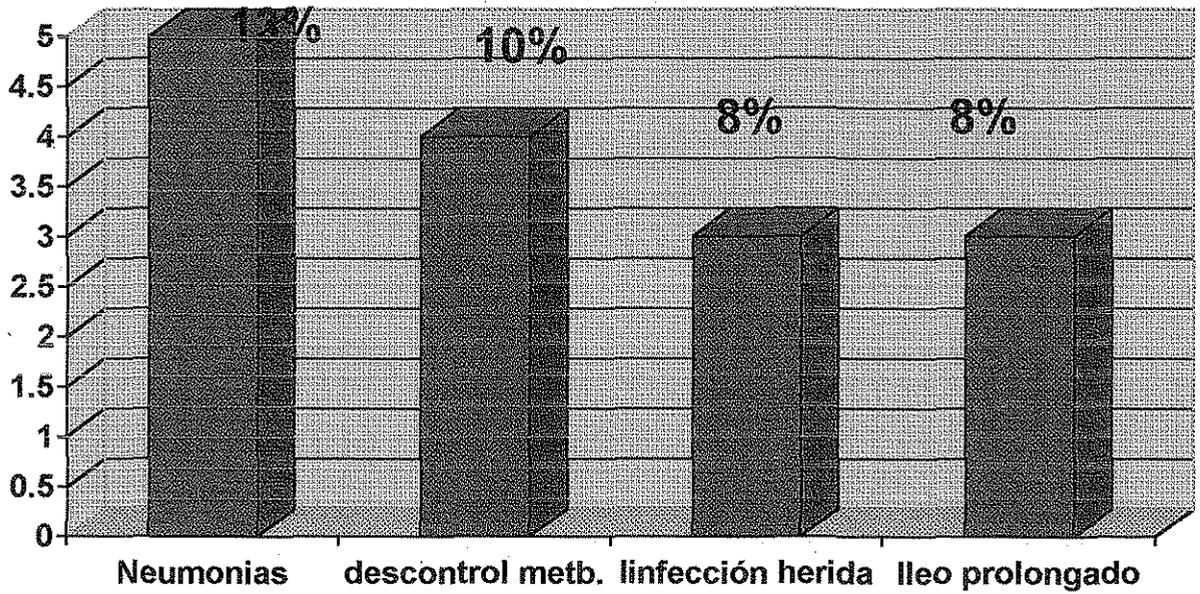
**TIPO DE CIRUGÍA REALIZADA
GRAFICA 4**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.R.G.I.Z.

**MORBILIDAD POSTOPERATORIA
GRAFICA 5**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ARCHIVO CLINICO H.R.G.I.Z.

DISCUSIÓN

Este estudio demuestra que las adherencias continúan siendo la causa principal de obstrucción intestinal, seguido de la isquemia intestinal y las neoplasias rectales, en una menor proporción problemas de vesícula biliar.

Comparativamente con los datos encontrados en la literatura encontramos que, en 1987 de las causas mas frecuentes en E.U.A. de obstrucción intestinal eran las ADHERENCIAS en el 49% seguida de neoplasias 16.2% y hernias con un 15% en un estudio realizado en la universidad de Rochester (2,4,5).

Athié y cols del Hospital General de México encontró que por entidad patológica aislada las más frecuente fueron las bridas 23.11%, hernias inguinales 20.98%, hernias crurales 11.89%, eventración posquirúrgica en 9.5%, vólvulo de sigmoides 4.45% y torsión de mesenterio 3.22%.

En México se sitúa como el segundo lugar en toda la patología quirúrgica abdominal de urgencia en el 8.8%, predominando en general el sexo femenino en la obstrucción intestinal en forma global (18)

Cabe mencionar que se ha presentado un incremento importante de las neoplasias como tercera causa de obstrucción intestinal(8).

En nuestro estudio la tercera causa la constituyen las neoplasias, coincidiendo con lo que se refiere en la literatura, así como la proporción en cuanto al sexo.

El tipo de cirugía realizada en primer lugar lo obtuvieron la adherenciólisis, seguida de la resección intestinal, como se reporta en el estudio de Athié y cols del Hospital General de México con una incidencia de 26% de resecciones intestinales aunado al tratamiento quirúrgico primario y como tercer lugar las derivaciones intestinales, colostomias o ileostomias, ocupando la patología biliar el 8%, un porcentaje menor al referido en la literatura por Ruy-Díaz y cols, dando a la patología biliar 30% (20)/ y Abi-Hannan un 23% , el resto de las cirugías tiene similitud a lo reportado.

En cuanto a la morbilidad predominan las neumonías en el 13%, probablemente secundario a una permanencia prolongada del decúbito por incapacidad del paciente para movilizarse por si mismo y por apoyo mecánico ventilatorio prolongado en algunos casos, la segunda causa fueron las alteraciones metabólicas en el 10% principalmente en pacientes con antecedentes de enfermedades crónico degenerativas, como hipertensión arterial sistémica, cardiopatías y obesidad.

CONCLUSIONES

- 1.- Las adherencias, siguen siendo la causa más frecuente de obstrucción intestinal en nuestro medio, seguida de isquemia intestinal segmentaria probablemente secundaria a un diagnóstico más retardado y las patologías propias del paciente senil, lo cual retarda el tratamiento quirúrgico, aumentando la morbilidad de estos pacientes, y por ultimo las neoplasias, por lo que es necesario un diagnóstico temprano ya que cuando se manifiesta como obstrucción intestinal, se encuentra en estadios muy avanzados por lo cual no se les puede ofrecer oportunidades de tratamiento quirúrgico curativo.
- 2.- La obstrucción intestinal se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino con una relación de 3/1.
- 3.- La edad promedio de 60-80 años y una media de 70 años.
- 4.- La adherenciólisis fue el principal tipo de cirugía realizada, seguida de la resección intestinal y finalmente las derivaciones intestinales: colostomias e ileostomias.
- 5.- Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron: neumonías y alteraciones metabólicas.
- 6.- La mortalidad peri operatoria (30 días) fue nula.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Ellis H obstrucción intestinal aguda;Schwartz S,ellisH. Maingot operaciones abdominales. Tomo II, Editorial panamericana 8.Ed Buenos Aires 1978: 112-115
- 2.-Mucha P. Small Intestinal Obstruction,Surg Clin North AM. 1987;67(3):597-620
- 3.-TumenH Obstrucción intestinal en Bockus H Gastroenterología,Editorial Salvat,2 edición Barcelona, 1979;77(6) 1265-1290
- 4.-Chamary V.L femoral hernia, intestinal obstruction is an unrecognized source of morbidity an mortality BrJ. Surg. 1993; 80:230-232
- 5.-López-Kostner F,Hool G, lavery I. Management ans cause of acute large bowel obstruction. Surg Clin North Am. 1997;77(6) 1265-1290
- 6.- Koperna T Kisser M. Schults F. Emergency Surgery of colon cancer in de aged. Arch Surg. 1997;132: 1032-1037
- 7.-Flores Rivera A.R Tratamiento quirúrgico de 10 pacientes con oclusion intestinal en un hospital general. Cir Gral. 1993; 15:71-73
- 8.-Montoya T.D Palacio V.F Ayala A.M Vargas A.A Castro A.M. Rodríguez Paz C.A. Etiología posquirúrgica de la obstrucción intestinal.Cir Gral.1997;19(supl 1):37
- 9.-Romero P.R Uribe T.F Juárez D.F Alvarado R,M Cirugía abdominal de urgencia en paciente senil Cir Gral. 1998;19 (supl 1):4
- 10.- Chamary V.L femoral hernia, intestinal obstrucción is an unrecognized source of morbidity an mortality. Br J Surg. 1993; 80:230-232
- 11.-Butler J o Dwyen J.the surgical managment of obstruction and perforation of the left colon.Surg Gynecolog Obstet 1993;177:203-208
- 12.-Seror D,et al.How Conservatively Can Postoperate Small Bowel Obstruction Be Trated. Am Surg 1993;121-126
- 13.-McCullagh M, Garvie D,Dykes E.E A New Method of intestinal Salvage for severe small bowel Ischemia J.Pediatr Surg 1994;29 (9): 1231-1233
- 14.-Garcia G.J Gutiérrez C.R González O.A López L.C Análisis de factores de riesgo para la mortalidad y morbilidad en pacientes mayores de 60 años, tratados por patología quirúrgica electiva y de urgencia. Cir Gral 1995;17:1-6
- 15.-Martínez de Jesús F.R Vallejo R.M Morales G..M Pérez M.A Síndrome abdominal agudo en el anciano, estudio comparativo entre diabéticos y no diabéticos. Rev Gastroenterol Mex 1995;60.211-214
- 16.-Snustad D.G Linsay R.W perioperative assessment and management in older patients.In: grimey E. Franklin W. Oxford textbook of Geriatric Medical, Oxford Medical Published. Oxford 1992. 642-647
- 17.-Gold SD. Bergman H.A Geriatric consultation team in the emergency department. J. a, Geriatric consultation team in the emergency department. J Am Geriatric Soc. 1997;45:764-767
- 18.-Athié G,C .Guizar B.C corral M.A Guzmán M.I Zavala L.M Guzmán G.M Estudio de la obstrucción intestinal, experiencia através de tres décadas. Cir Gral 1999;21:110-115
- 19.-González O.A RoblesA.J García L. R Gutiérrez de la Rosa J.Hermosillo S.J Hernández C.A . Análisis de factores de riesgo para morbimortalidad en pacientes mayores de 80 años de edad tratados por patología quirúrgica electiva o de urgencia. Cir Gral 1997;19:267-273
- 20.-Ruy Díaz R.J Mijares G.J Athie A.A **Relación entre la evaluación preoperatoria urgente y la morbimortalidad del paciente anciano con abdomen agudo.** Cir Gral 1999;21:171-177
- 21.-Escalera V.Ayala A.M PalacioV.F, Etiología,sintomatología evolución y morbimortalidad de los pacientes ancianos, operados por obstrucción intestinal.Cir Gral 2000 (supl) 1-30.
- 22.-Alba S.A Geriatria.Medicine 1984;34:1991-199
- 23.- Fegin E, et al. Water-soluble Contrast Material Has No Therapeutic Effect on Posoperative small-Bowel obstruction: resulta of a postoperative,Randomized Clinical trial. Am J Surg 1996;171:222-227

- 24.-Barkan H, Webster S, Ozeran S. Factors Predicting the Recurrence of Adhesir Small-Bowel Obstruction. *Am J Surg* 1995;170:361-365
- 25.-Arnell T, et al . Colonic Stents in Colorectal Obstruction *Am Surg* 1998;986-988
- 26.-Athié G.C Oclusión intestinal mecánica. *Etiología. Cir Cir* 1990;57;92
- 27.-Rai S.Chandra S.S Smile S.R A study of the risk of atrangulation and obstruction in groin hernias. *Aus NZJ Surg* 1998;68; 650-654
- 28.-Feur D.J Broadley KE,Shepherd JH DPJ Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynecological gastrointestinal cancer (Cochrane Review) in the Cochrane Library,1,2001 Oxford
- 29.-Corsi A. Ribaldi S Coletti M, Bosman C (1995) Intramural mesenteric venulitis. A new cause of intestinal ischaemia. *Virchows Arch* 427:65-69
- 30.-Benjamín E. Oropello J.M. Iberti TJ (1993) Acute mesenteric ischemia: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Dismon* 39:131-210
- 31.-Reiss R Deustch A.A Nudelman I. Gutman H. Multifactorial analysis of prognostic factors in emergency abdominal surgery in patien above 80 years, analysis of 154 consecutive cases. *Int surg* 1989,7493-96
- 32.-John Nicholls,Roger R Dozois surgery of the colon, rectum, editorial Churchill Livingstone 411-427.