

2
30j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
Centro Médico "La Raza" IMSS

"EVALUACION DE FACTORES QUE INDICAN
REALIZACION DE INTERVENCION QUIRURGICA,
EN PACIENTES CON OBSTRUCCION INTESTINAL,
SECUNDARIA A BRIDAS POSTQUIRURGICAS".

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO PEDIATRA

P R E S E N T A :

DRA. MARIA DEL ROSARIO ESPEJO PLASCENCIA

Héctor Hugo Rodríguez Mendoza

Profesor Titular del Curso: Dr. Héctor Hugo Rodríguez Mendoza
Asesor de Tesis: Dr. Jaime Antonio Zaldivar Cervera



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

	PAG.
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
OBJETIVO.....	5
HIPOTESIS.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	11
DISCUSION.....	29
CONCLUSIONES.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	34

"ANTECEDENTES CIENTÍFICOS"

LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, SECUNDARIA A LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS, ES UN EVENTO FRECUENTE, QUE RESULTA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PREVIOS.

SE TIENEN REPORTES DE ÉSTA ENTIDAD, DESDE EL SIGLO XVIII, CUANDO FITZ (1), RECOMENDÓ EL TRATAMIENTO MÉDICO Y EL RETARDO DE LA CIRUGÍA, DADA LA GRAN MORTALIDAD DE LA ÉPOCA.

EN LA PRESENTE CENTURIA, EN 1915, DEAYER, ROSS Y RICHARDSON, RECORDARON EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. EN 1920 (2) NOBLE, DESCRIBIÓ LA PPLICACIÓN INTESTINAL, PARA PREVENIR LAS ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS. EN 1940 MCKITTRICK (3), REPORTÓ LA ANULACIÓN COMO EVENTO FISIOPATOLÓGICO IMPORTANTE. EN 1965 REPLOGLE, JONHSON Y GROSS (4), PUBLICAN UN ESTUDIO, EN EL QUE PREVIENEN LAS ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS, CON PROMETAZINA Y DEXAMETASONA.

LA MORTALIDAD, POR ÉSTA ENTIDAD, HA PRESENTADO IMPORTANTES VARIACIONES: SIENDO EN 1908 DEL 60%; EN 1940 DISMINUYÓ A UN 30%; EN 1950 A UN 10%; EN 1960 A 4.8%; Y EN 1978 A UN 3%. ESTO DEBIDO PRIMORDIALMENTE A AVANCES EN LA TERAPIA ANTIMICROBIANA, MAYOR COMPRENSIÓN DE LA FISIOPATOLOGÍA Y A LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTACIÓN PARENTERAL.

SIN EMBARGO, EL INFARTO INTESTINAL, CONTINÚA SIENDO, UNA COMPLICACIÓN TEMIBLE, Y TRABAJOS RECIENTES, PUBLICAN UN AUMENTO DE LA MORTALIDAD, HASTA DEL 10%.

LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS, ES UN PROBLEMA MUY COMPLEJO, SU OCURRENCIA ES IMPREDECIBLE, Y SU MECANISMO EXACTO DE PRODUCCIÓN, NO ES BIEN CONOCIDO, Y SU PREVENCIÓN ES MOTIVO DE CONTROVERSIA.

EN RELACIÓN A SU ETIOLOGÍA, SE HAN EMITIDO VARIAS TEORÍAS, SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN LAS MÁS ACEPTADAS:

- A) SI EXISTE LESIÓN TISULAR (TEJIDOS APLASTADOS, SUTURADOS, LIGADOS), SE PRODUCEN ADHERENCIAS, CON NEOFORMACIÓN VASCULAR, EN RELACIÓN A LAS ÁREAS DE ISQUEMIA.
- B) ANTE UN CUERPO EXTRAÑO (TALCO, SUTURAS NO ADSORBIBLES), SE PRODUCE REACCIÓN PERITONEAL, FORMANDO ADHERENCIAS.

C) LA TEORÍA "CLÁSICA", MENCIONA QUE AL LESIONARSE LA SEROSA - UN ASA DE INTESTINO SE ADHIERE A ELLA, POR EL EXUDADO FIBRINOSO, SIENDO EL RESULTADO; LA BRIDA FIBROSA PERMANENTE.

POR LO TANTO EL FACTOR QUE DECIDE SI LAS ADHERENCIAS SE REABSORVEN O SE ORGANIZAN, DEPENDE DE LA INTEGRIDAD DEL ENDOTELIO PERITONEAL (SEROSA), POR LO QUE DEBE EVITARSE LESIONARLO.

D) EL CONCEPTO MODERNO, INDICA QUE EXISTE UN CRECIMIENTO VASCULAR, HACIA EL TEJIDO ISQUÉMICO, Y CUANDO LA CRISIS ISQUÉMICA HA PASADO, LOS VASOS COLATERALES SE REABSORVEN, DEJANDO UNA MATRIZ FIBROSA.

EN RELACIÓN A LA FISIOPATOLOGÍA;

LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL -- EN FORMA SECUENCIAL, ESTÁ CARACTERIZADA POR 3 FENÓMENOS COEXISTENTES:

- 1.- OBSTRUCCIÓN MECÁNICA DE INTESTINO PROXIMAL;
- 2.- OBSTRUCCIÓN DE UN SEGMENTO INTESTINAL ESPECÍFICO;
- 3.- CONGESTIÓN VENOSA DEL SEGMENTO INVOLUCRADO.

A ÉSTA SERIE DE EVENTOS, LE SIGUE UN ESPASMO ARTERIAL, QUE CONLLEVA, ANOXIA, INFARTO, PERFORACIÓN, PERITONITIS Y SHOCK. PREVIO A LA PERFORACIÓN EXISTE UN SECUESTRO DE SANGRE Y PLASMA, EL LÍQUIDO COLECTADO EN EL ASA OBSTRUÍDA, POR TRASUDACIÓN PASA A CAVIDAD PERITONEAL, ÉSTE TRASUDADO ES RICO EN BACTERIAS Y PRODUCTOS TÓXICOS, PUDIENDO CAUSAR DEPRESIÓN MIOCÁRDICA, COLAPSO CIRCULATORIO, SHOCK Y MUERTE, POR SU ABSORCIÓN A LA CIRCULACIÓN SISTÉMICA.

LA OCLUSIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS, SE PRESENTA DÍAS, MESES O AÑOS, DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, Y SU FRECUENCIA VARÍA DE UN 10 - 15%, SIENDO LA FRECUENCIA GLOBAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO DE UN 7%, Y OCUPA EL 7MO. LUGAR ENTRE TODAS LAS OCLUSIONES INTESTINALES PEDIÁTRICAS (5), (6), (7).

EL PROBLEMA ESTriba EN LA IMPOSIBILIDAD, PARA LA DIFERENCIACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN COMPLICADA Y LA NO COMPLICADA.

ENTENDIÉNDOSE COMO COMPLICADA: CUANDO EXISTE SUFRIMIENTO VASCULAR, CON EL SUBSECUENTE INFARTO, PERFORACIÓN Y PERITONITIS.

Y ENTENDIÉNDOSE COMO NO COMPLICADA: CUANDO NO EXISTE DADO TISULAR, NI COMPROMISO VASCULAR, DEL ASA INTESTINAL INVOLUCRADA.

SE HAN DESCRITO 3 FORMAS DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO:

- A) FUNCIONAL
- B) PARALÍTICA
- C) MECÁNICA

SIENDO LA ÚLTIMA, LA QUE NOS OCUPA, PUES EN UN MOMENTO DADO, PUEDE REQUERIR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

HAN SIDO CLASIFICADA LA OCLUSIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS POR MAETANI EN:

- A) ENTERO-ENTÉRICAS
- B) ENTERO-EXTRAENTÉRICAS
- C) MIXTAS

EL TRATAMIENTO DE ESTA ENTIDAD, ES CONTROVERTIDO, MUCHOS AUTORES APOYAN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA TEMPRANA, PARA EVITAR UNA CATÁSTROFE ABDOMINAL, MIENTRAS QUE OTROS COMO BROLIN (8) (9), APOYAN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR.

OTROS AUTORES COMO STEWARDSON (10) Y SHATILA (11) HAN DESCRITO DATOS CLÍNICOS Y LABORATORIALES. LOS DATOS "CLÍNICOS" DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMPLICADA SON FIEBRE, TAQUICARDIA, HIPERSENSIBILIDAD LOCAL ABDOMINAL Y LEUCOCITOSIS, A ÉSTOS SE AGREGARON, RIGIDEZ DE PARED ABDOMINAL, HIPOTERMIA, SANGRADO RECTAL, SIN EMBARGO ÉSTOS ÚLTIMOS MÁS BIEN INDICAN PROGRESIÓN DEL COMPROMISO INTESTINAL, Y NO AYUDAN AL DIAGNÓSTICO TEMPRANO. LOS DATOS LABORATORIALES QUE SE HAN REPORTADO SON AUMENTO DE DHL, AUMENTO DE AMONIO EN LÍQUIDO PERITONEAL, AUMENTO DE TGO, AMILASA Y RESPUESTA FEBRIL.

DADA LA GRAN MORTALIDAD, ASOCIADA CON INFARTO INTES-
TINAL, SE HAN REALIZADO ESTUDIOS, PARA TENER FACTORES QUE -
MEJOREN EL PRONÓSTICO, BIZZER (12).

SIN EMBARGO, PERISTE LA DIFICULTAD PARA DIFERENCIAR --
LA OBSTRUCCIÓN COMPLICADA Y LA NO COMPLICADA, LO QUE HA -
OCASIONADO QUE SE INTERVENGAN QUIRÚRGICAMENTE PACIENTES -
QUE HUBIERAN MEJORADO CON TRATAMIENTO MÉDICO; Y POR OTRO
LADO, SE HAN TRATADO PACIENTES EN FORMA CONSERVADORA, QUE
TARDIAMENTE SE HAN INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE, (13)(14).

" PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA"

EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL CENTRO MÉDICO
LA RAZA, EXISTE UNA FRECUENCIA DE INGRESOS DEL 7%, DE -
PACIENTES CON CUADRO OCLUSIVO SECUNDARIO A BRIDAS POSTQUI-
RÚRGICAS.

EN ÉSTE SERVICIO, SE SIGUE UN CRITERIO CLÍNICO, RADIO-
LÓGICO Y LABORATORIAL, PARA DECIDIR LA INTERVENCIÓN QUI-
RÚRGICA EN LOS PACIENTES CON ÉSTA ENTIDAD, PERO NO SE HA -
EVALUADO LA UTILIDAD DEL MISMO, SIENDO ÉSTA LA FINALIDAD -
DE ÉSTE PROTOCOLO.

O B J E T I V O

EVALUAR EL CRITERIO DIAGNÓSTICO PARA
REALIZAR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA TEMPRANA, -
EN PACIENTES CON OCLUSIÓN INTESTINAL SECUN-
DARIA A BRIDAS POSTQUIRÚRGICAS.

H I P O T É S I S

HIPOTESIS DE NULIDAD: H₀. LA CALIFICACIÓN OBTENIDA CON LA ESCALA NUMÉRICA DE VALORACIÓN, DE PACIENTES CON OCLUSIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS, NO CORRELACIONA CON EL PRONÓSTICO.

HIPOTESIS ALTERNATIVA: H₁. LA CALIFICACIÓN OBTENIDA CON LA ESCALA NUMÉRICA DE VALORACIÓN, DE PACIENTES CON OCLUSIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS, CORRELACIONA CON EL PRONÓSTICO.

"PROGRAMA DE TRABAJO"

MATERIAL:

A) RECURSOS HUMANOS:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- PACIENTES QUE INGRESEN, AL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA, CON CUADRO OCLUSIVO INTESTINAL.
- INCLUYENDO EDADES DESDE RECIÉN NACIDOS HASTA 16 AÑOS.
- ANTECEDENTE DE CIRUGÍA ABDOMINAL PREVIA, DE DIVERSA NATURALEZA.
- SIGNOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS DE OCLUSIÓN INTESTINAL.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

PACIENTES CON CIRUGÍA PREVIA, Y CUADRO OCLUSIVO INTESTINAL, QUE PRESENTE EN FORMA CONCOMITANTE PROCESO INFECCIOSO A CUALQUIER NIVEL, PANCREATITIS, COLECISTITIS, ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO PREVIO, O BIÉN QUE HAYA RECIBIDO MEDICAMENTOS ANTICOLINÉRGICOS, RADIOTERAPIA Ó QUIMIOTERAPIA.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

PACIENTES CON OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDAS POSTQUIRÚRGICAS, QUE UNA VEZ INCLUIDOS EN EL PROTOCOLO, SE DETECTE PROCESO INFECCIOSO A CUALQUIER NIVEL.

B) RECURSOS MATERIALES:

HOJAS DE CAPTACIÓN DE DATOS (ANEXO 1).

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____ CÉDULA _____
 SEXO _____ EDAD _____ FECHA NACIMIENTO _____

1.-DIAGNÓSTICO PREVIO A CIRUGÍA ANTERIOR:

PRIMERA CIRUGÍA: FECHA _____
 PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADO _____

EXISTENCIA DE PERITONITIS SI _____ NO _____
 2,3,4, ETC. CIRUGÍA(S) _____
 PREVIA(S): FECHA _____
 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS _____

EXISTENCIA DE PERITONITIS SI _____ NO _____

2.-CUADROS SUBOCCLUSIVOS PREVIOS:

AMERITARON MANEJO QUIRÚRGICO _____ MÉDICO (CONSERVADOR) _____
 FECHA(S) _____
 DURACIÓN _____

3.-EN RELACIÓN AL PADECIMIENTO ACTUAL:

-TIEMPO DE INICIO DE SÍNTOMAS (POSTERIOR A ÚLTIMA CIRUGÍA) _____

-PRESENCIA DE SIGNOS CLÁSICOS:

OBSTRUCCIÓN INT.COMPLICADA:	OBSTRUCCIÓN NO COMPLICADA
FIEBRE _____	_____
LEUCOCITOSIS _____	_____
TAQUICARDIA _____	_____
DOLOR _____	_____

4.-A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, SE INVESTIGARÁ LA PRESENCIA DE:

-ALTERACIONES ESTADO DE CONCIENCIA _____
 -ALTERACIONES EN HIDRATACIÓN _____
 -PRESENCIA DE VÓMITOS (NÚMERO Y CARACTERÍSTICAS) _____
 -CARACTERÍSTICAS MATERIAL ORENADO POR SONDA _____
 -DISTENSIÓN ABDOMINAL _____
 -PERISTALSIS INTESTINAL ALTERADA _____
 -DATOS IRRITACIÓN PERITONEAL _____

5.-HALLAZGOS RADIOLÓGICOS:

	PRIMER CONTROL	SEGUNDO CONTROL	SUBSECUENTES
ASA FIJA	_____	_____	_____
EDEMA INTERASA	_____	_____	_____
DISTRIBUCIÓN DE GAS	_____	_____	_____
NIVELES HIDROAÉREOS	_____	_____	_____
LIQUIDO LIBRE	_____	_____	_____

6.-HALLAZGOS LABORATORIALES:

	PRIMER CONTROL	SEGUNDO CONTROL	SUBSECUENTES
LEUCOCITOSIS	_____	_____	_____
ANEMIA	_____	_____	_____
ALT.ELECTROLÍTICAS	_____	_____	_____
AUMENTO TGO, IGP, DHL	_____	_____	_____

CRITERIOS DE REALIZACION DE INTERVENCION QUIRURGICA:

A TODOS LOS PACIENTES QUE UNA VEZ INCLUIDOS EN EL PROTOCOLO, Y QUE LLENEN LOS SIGUIENTES REQUISITOS, SE REALIZARÁ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- A) PERSISTENCIA DE CRISIS DE DOLOR Y MAL ESTADO GENERAL, A PESAR DEL MANEJO MÉDICO INTENSIVO
- B) ALTERACIONES EN PULSO Y TEMPERATURA.
- C) AUMENTO PROGRESIVO DE TGO, TGP, DHL Y LEUCOCITOSIS.
- D) DATOS RADIOLÓGICOS DE SUFRIMIENTO INTESTINAL:
 - NIVELES HIDRO-AÉREOS
 - ASA FIJA, EDEMA INTERASA
 - DISTENSIÓN INTESTINAL IMPORTANTE
 - LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL.

MÉTODO:

A TODO PACIENTE QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE INCLUSIÓN EN EL PROTOCOLO, SE LE REALIZARÁ LO SIGUIENTE:

- SE ELABORARÁ FICHA DE IDENTIFICACIÓN
- SE REALIZARÁ UNA EXPLORACIÓN FÍSICA COMPLETA.
- SE INVESTIGARÁ SOBRE:
 - A) DIAGNÓSTICO PREVIO A LA PRIMERA CIRUGÍA
 - B) FICHA(S) Y PROCEDIMIENTO(S), QUIRÚRGICOS REALIZADOS - EN CIRUGÍA(S) PREVIA(S).
- EXISTENCIA DE PERITONITIS EN CIRUGÍA(S) PREVIA(S).
- TIEMPO DE INICIO DE SÍNTOMAS OCLUSIVOS, POSTERIOR A CIRUGÍA(S) PREVIA(S).
- INCIDENCIA DE SÍNTOMAS "CLÁSICOS" EN OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMPLICADA.
- PRESENCIA DE DESHIDRATACIÓN, VÓMITOS, ALTERACIONES PERISTALSIS, SIGNOS IRRITACIÓN PERITONEAL
- HALLAZGOS RADIOLÓGICOS
- CUANTIFICACIÓN DE ENZIMAS (TGO, TGP, DHL)
- SE VALORARÁ RESPUESTA CLÍNICA Y RADIOLÓGICA, AL TRATAMIENTO MÉDICO A LAS 8- 16- 24- 36 HORAS.

METODO ESTADISTICO:

SE EMPLEARÁ χ^2 Y PROBABILIDAD EXACTA DE FISHER.

ASPECTOS ETICOS:

SE SOLICITARÁ AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL FAMILIAR, CON LA FORMA EX-PROFESO PARA ELLO, PREVIA EXPLICACIÓN DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO.

CRONOGRAMA:

I.-TIEMPO DE RECOLECCIÓN Y CONCENTRACIÓN DE DATOS, 8 MESES.

II.-TIEMPO DE ANÁLISIS DE DATOS, 2 MESES

III.-TIEMPO DE REDACCIÓN, 2 MESES.

"RESULTADOS"

SE ESTUDIARON UN TOTAL DE 50 PACIENTES, CON EL DIAGNÓSTICO DE OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDAS POSTQUIRÚRGICAS, FORMÁNDOSE 2 GRUPOS DE ACUERDO AL TRATAMIENTO RECIBIDO:

GRUPO I: 22 PACIENTES EN QUIENES SE REALIZÓ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CORRESPONDIÉNDOLES UN 44%.

GRUPO II: 28 PACIENTES, EN QUIENES NO SE REALIZÓ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, CORRESPONDIÉNDOLES UN 56% (FIG 1).

TODOS LOS PACIENTES FUERON INGRESADOS, AL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA.

LA DISTRIBUCIÓN POR SEXOS, FUE MAYOR EN EL MASCULINO, CON 31 CASOS, QUE CORRESPONDIÓ A UN 62%, EL SEXO FEMENINO CON 19 CASOS TUVO UN 38% (FIG. 2), DANDO UNA RELACION DE 1.6:1 EN FAVOR DEL MASCULINO.

EN RELACIÓN A LA EDAD, EL PACIENTE MENOR FUE DE 4 MESES Y EL MAYOR DE 14 AÑOS.

LA DISTRIBUCIÓN POR EDADES, SE MUESTRA EN LA FIGURA 3, OBSERVÁNDOSE UN PICO DE MAYOR FRECUENCIA, EL PRIMER AÑO DE VIDA, CON 13 CASOS (26%).

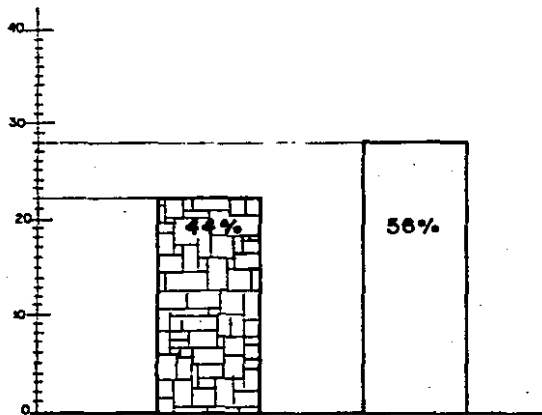
LA DIVISIÓN POR GRUPOS DE EDADES, (FIGURA 4), NOS EVIDENCIA, DOS PICOS DE ALTA FRECUENCIA, QUE CORRESPONDEN A EDADES DE 0-2 Y 6-8 AÑOS, SIENDO 28 CASOS (56%).

LOS DIAGNÓSTICOS DE LA PRIMERA CIRUGÍA, QUE SE REALIZÓ, EN NUESTROS PACIENTES, SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

DIAGNOSTICO	NO. PAC.	PORCENTAJE
APENDICITIS	25	50%
ATRESIA DE VIAS BILIARES	3	6%
INGESTION DE CAUSTICOS	2	4%
OCLUSION INTESTINAL POR ASCARIS	2	4%
ECN (ESTADIO III BELT)	2	4%
ONFALOCELE NO ROTO	2	4%
HERNIA DE BOCHDALECK	2	4%
DIVERTICULO DE MECKEL COMPLICADO	1	2%
PERFORACION GASTRICA POR ARMA DE FUEGO	1	2%
MALFORMACION ANORECTAL ALTA	1	2%
PERFORACION GASTRICA NEONATAL IDIOPATICA	1	2%
INVAGINACION INTESTINAL	1	2%
INFARTO INTESTINAL SEC. A GASTROENTERITIS	1	2%
VOLVULUS SEC. HERNIA INTERNA	1	2%
MALROTACION TIPO IIIA	1	2%
ILEITIS POR SALMONELA	1	2%
ABCESO HEPATICO ROTO	1	2%
PANCREATITIS HEMORRAGICA	1	2%
DESCONOCIDO	1	2%
	50	100%

FIGURA 1

"CENTRO MEDICO LA RAZA"



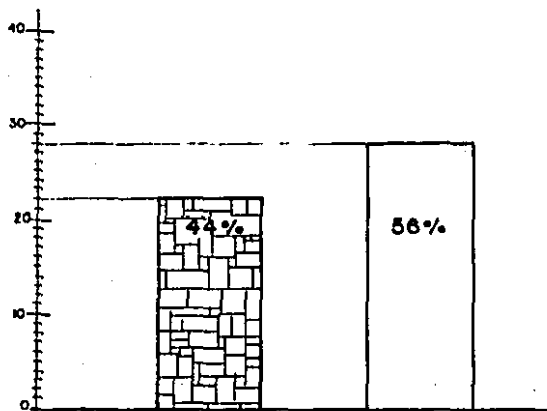
CON INTERVENCION QUIRURGICA



SIN INTERVENCION QUIRURGICA

FIGURA 1

"CENTRO MEDICO LA RAZA"



 CON INTERVENCION QUIRURGICA

 SIN INTERVENCION QUIRURGICA

FIGURA 2

"CENTRO MEDICO LA RAZA"

IMSS

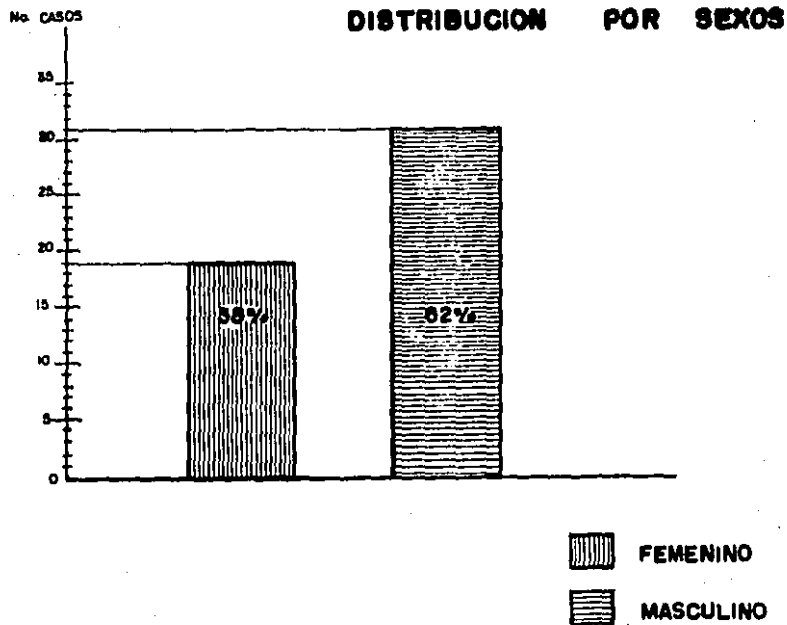
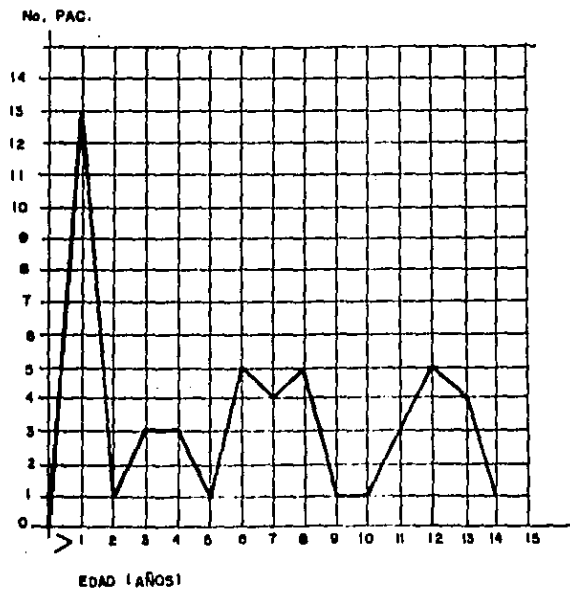


FIGURA 3

"CENTRO MEDICO LA RAZA"

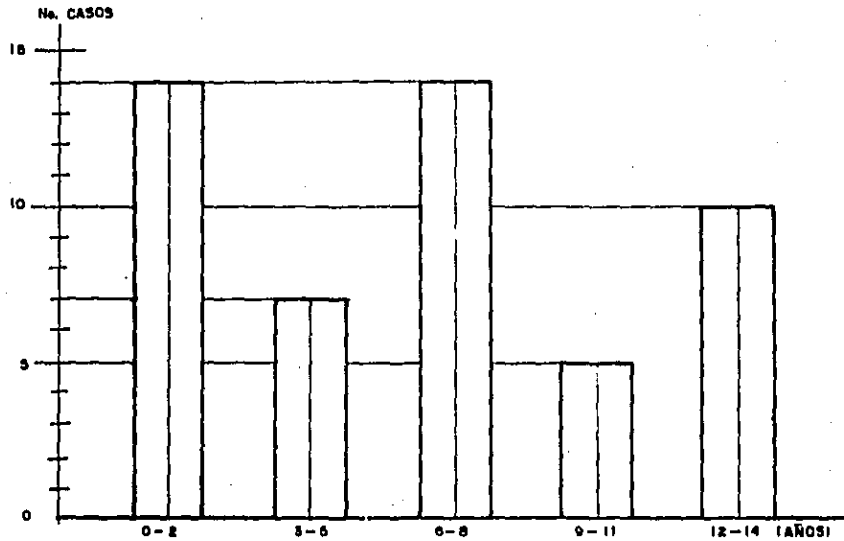
IMSS



DISTRIBUCION POR EDADES

FIGURA 4

CENTRO MEDICO LA RAZA



DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD

COMO SE PUEDE VER EN LA LISTA PREVIA, EL DIAGNÓSTICO MÁS FRECUENTE - FUÉ EL DE APENDICITIS, (TABLA 2), SU OCURRENCIA FUÉ EN 25 CASOS QUE CORRESPONDIERON AL 50%, DE ÉSTOS 24 SE ACOMPAÑARON DE PERITONITIS. TABLA (1).

LA INCIDENCIA GLOBAL DE PERITONITIS FUÉ DEL 64% (32 CASOS).

OTRO PUNTO DE ANÁLISIS FUÉ EL TIEMPO, ENTRE LA ÚLTIMA CIRUGÍA, Y EL CUADRO OCLUSIVO MOTIVO DE INGRESO A NUESTRO SERVICIO, EN DONDE ENCONTRAMOS UN PICO DE MÁXIMA FRECUENCIA, DURANTE EL PRIMER AÑO DE PERIODO POST-OPERATORIO, CON 38 CASOS QUE CORRESPONDIERON A UN 76% (FIGURA 5).

SE EXAMINÓ LA FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN, DEL CUADRO OCLUSIVO POR ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS, EN EL AÑO SUBSECUENTE A LA ÚLTIMA CIRUGÍA, ENCONTRÁNDOSE QUE EL 68% FUÉ EN LOS PRIMEROS 3 MESES, Y UN 17% DEL 3ER AL 7MO. MES, DÁNDO NOS UNA FRECUENCIA, AL 6TO. MES DEL PERIODO POSTOPERATORIO DEL 86.2% (TABLA 3)

EL NÚMERO DE CIRUGÍAS, PREVIAS AL CUADRO OCLUSIVO MOTIVO DE INGRESO, SE DETERMINÓ, Y ENCONTRAMOS QUE EL 70% TENÍA UNA, EL 26% 2; Y EL 4% 3 ó MÁS CIRUGÍAS (TABLA 4).

AL ANALIZAR LOS DATOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA, LABORATORIALES Y RADIO LÓGICOS, SE CONCLUYÓ LO SIGUIENTE;

LOS SIGNOS CLÍNICOS "CLÁSICOS", QUE SE CONSIDERAN DE SUMA IMPORTANCIA PARA LA TOMA DE DECISIÓN QUIRÚRGICA, SE PRESENTARON EN ORDEN DE IMPORTANCIA: DOLOR 100%; TAQUICARDIA 72%; FIEBRE Y LEUCOCITOSIS EN 63%, - (TABLA 5), AL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS MISMOS, ENCONTRAMOS QUE EL DOLOR, FIEBRE Y LEUCOCITOSIS FUERON ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS ($X^2 p=0.01 - 0.05$), LA TAQUICARDIA NO FUÉ ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA.

SE REVISARON LOS DATOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA, QUE SE PRESENTAN EN LA TABLA 6; EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO FUÉ ALTAMENTE SIGNIFICATIVO, CON VALORES DE $X^2 p=0.01$ PARA LOS SIGUIENTES DATOS: PRESENCIA DE VÓMITOS, DRENAJE BILIAR POR SONDA NASO U OROGÁSTRICA, PERSISTENCIA DE CRISIS - DE DOLOR, Y VALOR DE $X^2 p=0.05$ PARA: FIEBRE Y DISTENSIÓN ABDOMINAL (++) - (+++), TENIENDO LOS DATOS ANTERIORES PORCENTAJES QUE VAN DEL 100-63% . (TABLA 6).

LOS DATOS DE EXPLORACIÓN FÍSICA, QUE NO TUVIERON SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, FUERON: ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA, DESHIDRATACIÓN TAQUICARDIA, ALTERACIONES EN LA PERISTALSIS Y PRESENCIA DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

TABLA 2

**OCCLUSION INTestinal POR
ADHERENCIAS POSTQUIRURGICAS
DX PREVIO APENDICITIS**

EN 25 PACIENTES (50%)

	<u>No. PAC.</u>	<u>PORCENTAJE</u>
CON PERITONITIS	21	84%
SIN PERITONITIS	4	16%

QUIRUGIA PEDIATRICA

TABLA I

"CENTRO MEDICO LA RAZA"

PRESENCIA PERITONITIS EN PRIMERA CIRUGIA

<u>PERITONITIS</u>	<u>No.</u>	<u>PAC.</u>	<u>PORCENTAJE</u>	<u>GLOBAL</u>
LOCALIZADA	11		22%	64%
GENERALIZADA	21		42%	
NO	18		36%	36%

FIGURA 3

"CENTRO MEDICO LA RAZA"

**TIEMPO ENTRE ULTIMA CIRUGIA Y
CUADRO OCLUSIVO ACTUAL**

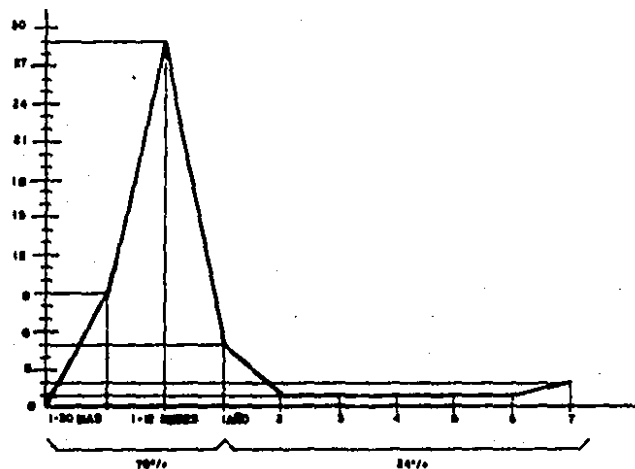


TABLA 3

"CENTRO MEDICO LA RAZA"

FRECUENCIA DE PRESENTACION
 CUADRO OCLUSIVO EN EL PRIMER
 AÑO (POSTERIOR A CIRUGIA)

<u>MESES</u>	<u>No. PAC.</u>	<u>PORCENTAJE</u>
0-3	20	68.00
4-6	5	17.24
7-9	3	10.34
10-12	1	3.44

CONVIA. CONVATRA.

TABLA 4

"CENTRO MEDICO LA RAZA"

**OBSTRUCCION INTESTINAL
POR ADHERENCIAS**

CIRUGIAS PREVIAS

<u>No. CIRUGIAS</u>	<u>No. PAC.</u>	<u>PORCENTAJE</u>
1	35	70%
2	13	26%
3 ó +	2	4%

CIRUGIA PEDIATRICA

TABLA 3

"CENTRO MEDICO LA RAZA"

SIÑOS CLASICOS

	No. PAC.		PORCENTAJE	
	CON I.Q.	SIN I.Q.	CON I.Q.	SIN I.Q.
+ PERSISTENCIA DOLOR	22	8	100%	28.5%
++ TAQUICARDIA	16	17	72.7%	60.7%
+ FIEBRE	14	10	63.6%	35.7%
+ LEUCOCITOSIS	14	10	63.6%	35.7%

+ χ^2 $P < 0.01$

++ χ^2 NS (NO SIGNIFICATIVA)

I.Q. INTERVENCION QUIRURGICA.

" CENTRO MEDICO LA RAZA "**HALLAZGOS EXPLORACION FISICA**

		Nº. PAC.		PORCENTAJE	
		CON I. Q.	SIN I. Q.	CON I. Q.	SIN I. Q.
* *	ESTADO DE CONCIENCIA ALT.	3	1	13.6%	3.8%
* *	DESHIDRATACION	15	12	68.1%	42.8%
*	VOMITOS	22	27	100%	96.0%
*	DRENAJE BILIAR (SONDA)	20	14	91.0%	50.0%
*	FIEBRE	14	10	63.6%	35.7%
* *	TAQUICARDIA	16	17	72.7%	60.7%
* *	PERISTALSIS ALTERADA	21	23	95.4%	82.1%
*	PERSISTENCIA CRISIS DOLOR	22	8	100%	28.5%
*	DISTENSION ABDOMINAL	16	10	72.7%	35.7%
* *	IRRITACION PERITONEAL	2	1	9%	4.8%

* χ^2 $P < 0.01$
 * * χ^2 NS

I. Q. = INTERVENCION QUIRURGICA.

EN RELACIÓN A LOS HALLAZGOS LABORATORIALES, EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS MISMOS NOS MOSTRÓ (TABLA 7) VALORES ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS $\chi^2 p=0.01$ PARA LOS SIGUIENTES DATOS: ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS Y $\chi^2 p=0.05$ PARA AUMENTO DE TGP, DHL Y LEUCOCITOSIS.

NO TUVIERON SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICAS: AUMENTO DE TGO, PRUEBAS DE COAGULACIÓN, NEUTROFILIA Y BANDEMIA.

LOS DATOS RADIOLÓGICOS REVISADOS FUERON MUY IMPORTANTES, DADO QUE TODOS EN EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO FUERON ALTAMENTE SIGNIFICATIVOS CON $\chi^2 p=0.01$ (TABLA 8).

SE ENCONTRARON ALTOS PORCENTAJES, SIENDO DEL 100% PARA GAS DISTAL ESCASO O NULO Y PARA NIVELES HIDROAÉREOS; 95.4% ASA FIJA; 95.4 EDEMA INTERASA; Y 54.5% LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL.

EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO, A TODOS LOS PACIENTES A SU INGRESO, SE LES COLOCÓ SONDA NASO UROGÁSTRICA, SE ADMINISTRARON SOLUCIONES EN TRAVEOSAS, SE INICIÓ DOBLE ESQUEMA ANTIMICROBIANO, SE TRANSFUNDIÓ SANGRE, PLASMA Y VITAMINA K (EN CASO NECESARIO), SE TOMARON RX ABDOMEN AP Y LATERAL EN BIPEDESTACIÓN, BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA, ELECTROLITOS SÉRICOS, PRUEBAS DE COAGULACIÓN, GRUPO Y RH SANGUÍNEO, TGO, TGP Y DHL. SE REPITIERON LOS ESTUDIOS RADIOLÓGICOS Y LABORATORIALES CADA 8-12 HORAS; Y ANTE LA PERSISTENCIA DE DOLOR TIPO CÓLICO, DRENAJE BILIAR POR SONDA, ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS, AUMENTO DE ENZIMAS (TGP, TGO, DHL), ALTERACIONES RADIOLÓGICAS PERSISTENTES O PROGRESIVAS, SE DETERMINÓ LLEVAR A CIRUGÍA A 22 PACIENTES, EN UN LAPSO COMPRENDIDO ENTRE 2 Y 48 HORAS POSTERIORES A SU INGRESO.

FUERON ABORDADOS QUIRÚRGICAMENTE, POR DIVERSAS INCISIONES, SEGÚN CADA CASO CLÍNICO EN PARTICULAR. ENCONTRÁNDOSE COMO HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS:

- BRIDAS LAXAS Y FUERTES EN 22 PACIENTES (100%)
- PERFORACIÓN INTESTINAL EN 3 PACIENTES (13%), EN 2 DE ÉSTOS CASOS SE ACOMPAÑÓ DE PERITONITIS, LA OTRA FUE SELLADA.
- LÍQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL 50-300 ML EN 14 PACIENTES (63%).
- PERITONITIS LOCALIZADA EN 3 PACIENTES (13.6%)
- COMPROMISO VASCULAR EN 6 PACIENTES (27%), RECUPERÁNDOSE EL ASA INTESTINAL INVOLUCRADA EN 4 CASOS (AL LIBERARSE LAS ADHERENCIAS), 2 PACIENTES REQUIRIERON RESECCIÓN INTESTINAL CON ANASTOMOSIS.
- VOLVULUS DE INTESTINO MEDIO (POR ADHERENCIAS) EN 2 PACIENTES (9%)

TABLA 7

"CENTRO MEDICO LA RAZA"

HALLAZGOS LABORATORIALES

	No. PAC.		PORCENTAJE	
	CON I.Q.	SIN I.Q.	CON I.Q.	SIN I.Q.
*† TGO ↑	12	10	54.5%	35.7%
* TGP ↑	13	9	59.0%	32.1%
* DHL ↑	8	3	36.3%	10.7%
* LEUCOCITOSIS	14	10	63.6%	35.7%
* ALTERACIONES ELECTROLITICAS	11	2	50.0%	7.1%
*† R. COAGULACION	12	8	54.5%	28.5%
* NEUTROFILIA Y BANDEMIA	14	12	63.6%	43.0%

* χ^2 $P < 0.01$ (ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA)

** NS (ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVA)

TABLA 8

"CENTRO MEDICO LA RAZA"

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

	No. PAC.		PORCENTAJE	
	CON I.Q.	SIN I.Q.	CON I.Q.	SIN I.Q.
* GAS DISTAL	NULO 18 DISMINUIDO 4	DISMINUIDO 2 NORMAL 26	82% 18%	7% 93%
* NIVELES HIDROAEREOS	22	3	100%	11%
* LIQUIDO LIBRE	12	0	54.5%	0%
* ASA FIJA	21	0	95.4%	0%
* EDEMA INTERASA	21	0	95.4%	0%

* χ^2 $p < 0.01$ ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS
I.Q. INTERVENCION QUIRURGICA

LOS SEGMENTOS DE INTESTINO COMPROMETIDOS POR ADHERENCIAS, FUERON EN ORDEN DECRECIENTE (TABLA 9); ILEON DISTAL 59%; YEYUNO - ILEON EN 36.3%, ILEON PROXIMAL CON 4.5%.

EN LO REFERENTE A COMPLICACIONES, LAS DIVIDIMOS EN DOS GRUPOS;

a) TRANSOPERATORIAS Y

b) POSTOPERATORIAS.

TRANSOPERATORIAS; DURANTE LA LISIS DE BRIDAS, OCURRIERON DESPULSIONES DE ILEON EN 6 CASOS (27%).

POSTOPERATORIAS; INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN 2 CASOS (4%).

NO HUBO ABCESES RESIDUALES.

LA MORTALIDAD EN NUESTRO ESTUDIO FUÉ NULA.

TODOS LOS PACIENTES, FUERON DADOS DE ALTA DEL 3ER AL 7MO. DÍA DE ESTANCIA HOSPITALARIA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES Y CON RESTABLECIMIENTO DEL TRÁNSITO INTESTINAL.

TABLA 9

"CENTRO MEDICO LA RAZA"**SEGMENTOS INTESTINO AFECTADOS
POR ADHERENCIAS**

	PAC.	PORCENTAJE
ILEON-PROXIMAL	1	4.5 %
ILEON-DISTAL	13	59.0%
YEYUNO-ILEON	8	36.3%

CIRUGIA PEDIATRICA

"DISCUSION"

ESTE TRABAJO TUVO COMO PRINCIPAL OBJETIVO, OFRECER AL NIÑO CON CUADRO OCLUSIVO INTESTINAL, SECUNDARIO A BRIDAS POSTQUIRÚRGICAS, UN MÉTODO TERAPÉUTICO QUE EN FORMA EFECTIVA DISMINUYA, E IDEALMENTE ANULE, LA POSIBILIDAD DE SUPRIR UNA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL "COMPLICADA", Y CON ELLO RES-TAURARLO EN TODAS SUS FUNCIONES, A LA VIDA COTIDIANA NORMAL.

EN RELACIÓN A LA FRECUENCIA DE ÉSTA ENTIDAD, ENCONTRAMOS CONCORDANCIA ENTRE LOS REPORTES MUNDIALES, Y NUESTRO SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA, PRESENTÁNDOSE EN APROXIMADAMENTE 7% DE TODOS LOS INGRESOS, CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

LA DISTRIBUCIÓN POR SEXOS, EN NUESTRO TRABAJO, FUÉ PREDOMINANTE EN EL MASCULINO, EN RELACIÓN DE 1.611. A DIFERENCIA DE OTRAS SERIES QUE NO MUESTRAN DESIGUALDAD.

LA EDAD MÁS FRECUENTE DE PRESENTACIÓN, FUÉ EN MENORES DE UN AÑO, CON 26% DE LOS CASOS; OBSERVÁNDOSE QUE A MENOR EDAD DEL PACIENTE, HUBO Poca RESOLUCIÓN DEL CUADRO OCLUSIVO CON TRATAMIENTO CONSERVADOR.

UN ASPECTO IMPORTANTE, EN LA OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDAS POSTQUIRÚRGICAS, ES LA PRESENCIA DE PERITONITIS EN LA PRIMERA CIRUGÍA, Y EN ÉSTE TRABAJO ALCANZÓ CIFRAS DEL 64%. SIENDO LA APENDICITIS LA CAUSA MÁS COMÚN, OCUPANDO EL 50% DE LA CAGNÍSTICA.

EL PUNTO CONTROVERSIAL, DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A BRIDAS POSTQUIRÚRGICAS, ES DETERMINAR EL MOMENTO EN EL QUE UN PACIENTE, DEBE SER LLEVADO A CIRUGÍA, NUMEROSOS AUTORES HAN POSTULADO, QUE EL RETARDO EN REALIZAR UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, INCREMENTA LA MORTALIDAD, OTROS HAN TRATADO DE CORRELACIONAR SIGNOS CLÍNICOS "CLÁSICOS", CON LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL "COMPLICADA", Y RESPALDÁNDOSE EN ÉSTOS DATOS, APOYAN LA CIRUGÍA TEMPRANA. NOSOTROS EN ÉSTE ESTUDIO ENCONTRAMOS, QUE 3 DE LOS SIGNOS CLÍNICOS CLÁSICOS, ERAN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS, SIN EMBARGO NO CREEMOS QUE SEA SU SOLA PRESENCIA, MOTIVO SUFICIENTE PARA LLEVAR AL NIÑO A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

ESCALA DE CALIFICACIONES PARA DECISION DEL TRATAMIENTO.

	PRIMERA VALORACION	SUBSECUENTES
* ↑ FIEBRE	1	2
* CRISIS DOLOR COLICO	1	2
* VOMITOS DRENAJE BILJAR (SONDA)	1	2
* ↑ DISTENSION ABDOMINAL	1	2
* RX: GAS DISTAL (NULO, DISMINUIDO)	1	1
* ASA FIJA	1	2
* EDEMA INTER-ASA	1	1
* NIVELES HIDROAEREOS	1	1
* LIQUIDO LIBRE	1	1
* ↑ LAB. LEUCOCITOSIS	1	2
** ↑ TGO, TGP, DHL	1	2
* ALTERACIONES ELECTROLITICAS	1	2
	12 PUNTOS	20 PUNTOS

$$* \chi^2_2 \quad P < 0.01$$

$$** \chi^2 \quad P < 0.05$$

PRIMERA VALORACION | TX CONSERVADOR CON CALIFICACION MENOR DE 8
 TX QUIRURGICO CON CALIFICACION MAYOR DE 8

VALORACIONES SUBSECUENTES | TX CONSERVADOR CON CALIFICACION MENOR DE 12
 TX QUIRURGICO CON CALIFICACION MAYOR DE 12
 CALIFICACIONES 12-20 SUGIEREN PROGRESION DEL
 DETERIORO INTESTINAL

ENCONTRAMOS OTROS DATOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CON GRAN SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA $X^2 p = 0,01$, QUE NOS AYUDARÁN A COMPLEMENTAR LOS SIGNOS CLÍNICOS CLÁSICOS, SIENDO ÉSTOS: PRESENCIA DE VÓMITOS, DRENAJE BILIAR POR Sonda Y DISTENSIÓN ABDOMINAL.

DATOS QUE NO TUVIERON SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, FUERON: ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA, DESHIDRATACIÓN, TAQUICARDIA, ALTERACIONES EN LA PERISTALSIS ABDOMINAL E IRRITACIÓN PERITONEAL, ÉSTOS DATOS NOS INDICAN UN DETERIORO IMPORTANTE EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE, CON DAÑO INTESTINAL PROBABLEMENTE YA ESTABLECIDO, Y NO SERÍAN DE UTILIDAD PARA LA TOMA DE DECISIÓN ADECUADA Y OPORTUNA DE INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE A UN PACIENTE, QUE FUE EL MOTIVO DE ESTUDIO DE NUESTRO TRABAJO.

EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO, DE LOS ESTUDIOS LABORATORIALES Y RADIOLOGÍCOS, NOS MOSTRÓ ASPECTOS MUY IMPORTANTES, SIENDO ALTAMENTE SIGNIFICATIVO PARA LA CUANTIFICACIÓN DE ENZIMAS TGP Y DKL, LEUCOCITOSIS Y ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS.

LOS DATOS RADIOLÓGICOS TODOS CON $X^2 p = 0,01$, NOS CONFIRMAN SU GRAN VALOR.

UNA VEZ REALIZADO EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO, Y SELECCIONANDO LOS DATOS CON $X^2 p = 0,01 - 0,05$, PROPONEMOS UNA "ESCALA DE CALIFICACIONES PARA DECISIÓN DEL TRATAMIENTO" (TABLA 10).

ESTA ESCALA AL MISMO TIEMPO CUMPLE EL OBJETIVO, DE ÉSTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, QUE FUE LA EVALUACIÓN DE LOS FACTORES QUE INDICAN LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, EN PACIENTES CON OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS. SE EVALUÓ EL CRITERIO CLÍNICO, RADIOLÓGICO Y LABORATORIAL, PARA DECIDIR LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE SE SIGUE EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA.

PARA FINALIZAR, CONCLUIMOS QUE EL ESTUDIO TUVO UN VALOR ESTADÍSTICO ALTAMENTE SIGNIFICATIVO, Y LA MORTALIDAD FUE NULA. ESTO NOS ESTIMULA PARA CONTINUAR EL ESTUDIO DE ÉSTA ENTIDAD, CON TRABAJOS PROSPECTIVOS, CON LA ESCALA DE CALIFICACIONES.

CONCLUSIONES

1.-EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES, QUE DESARROLLARÁN ADHERENCIAS POSTQUIRÚRGICAS, SE PRESENTARÁ EL CUADRO DE OCLUSIÓN INTESTINAL, EN EL PRIMER AÑO SUBSECUENTE A LA ÚLTIMA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Y DE MANERA SIGNIFICATIVA, LOS PACIENTES TENDRÁN, SOLO UNA CIRUGÍA PREVIA.

2.-LA ASOCIACIÓN DE CIRUGÍA PREVIA CON PERITONITIS, SIGUE SIENDO EL ANTECEDENTE DE MAYOR IMPORTANCIA, PARA QUE UN PACIENTE PRESENTE EN EL FUTURO, UN CUADRO DE OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIO A BRIDAS POSTQUIRÚRGICAS.

3.-EXISTEN DATOS CLÍNICOS, RADIOLÓGICOS Y LABORATORIALES (CON VALIDEZ ESTADÍSTICA SIGNIFICATIVA), CON LOS QUE REALIZAMOS LA "ESCALA DE CALIFICACIONES", QUE NOS INDICARÁ EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE REQUIERE CADA CASO EN PARTICULAR.

4.-EL SEGMENTO DE INTESTINO MÁS AFECTADO, EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE FUE: ÍLEON DISTAL.

5.-ENCONTRAMOS QUE EL MÉTODO QUE SE SIGUE EN EL CENTRO MÉDICO LA RAZA, PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, SECUNDARIA A BRIDAS POSTQUIRÚRGICAS, ES DE GRAN VALOR. INDICÁNDONOS CON GRAN PRECISIÓN, CUÁNDO UN PACIENTE DEBE SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE, O BIEN, RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO CONSERVADOR.

6.-ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, APORTA UNA "ESCALA DE CALIFICACIONES", QUE DEMOSTRÓ SER UN RECURSO CONFIABLE, QUE AYUDARÁ AL CIRUJANO PEDIATRA, EN LA TOMA DE DECISIÓN, DE ESTE PROBLEMA TAN COMPLEJO.

7.-NUESTRO ESTUDIO DEMOSTRÓ, LA GRAN EFECTIVIDAD DEL MÉTODO Y EL ABATIMIENTO TOTAL DE LA MORTALIDAD, AUNADO A LA GRAN SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, SON LOS MEJORES INDICADORES DE SU VALIDEZ. OFRECIENDO AL CIRUJANO, UNA "ESCALA DE CALIFICACIONES", QUE REEDITARÁ EN BRINDAR AL PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, SECUNDARIA A BRIDAS POSTQUIRÚRGICAS UN TRATAMIENTO ADECUADO Y OPORTUNO.

"BIBLIOGRAFIA"

- 1.-SUFIAN S., MATSUMOTO T. INTESTINAL OBSTRUCTION. AM J SURG 1975; 130:9-13.
- 2.-SOWELL A. MESENTERIC PLICATION IN THE TREATMENT OF ADHESIVE --
INTESTINAL OBSTRUCTION. ACTA CHIR SCAND 1978; 144:256-259.
- 3.-TURNER D.M., CROOM R.D. ACUTE ADHESIVE OBSTRUCTION OF THE --
SMALL INTESTINE. AM SURG 1983; 49:126-130.
- 4.-REPLEGLE R.L., JOHNSON R., GROSS R.E. PREVENTION OF POSTOPERA--
TIVE INTESTINAL ADHESIONS WITH COMBINED PROMETAZINE AND DEXA--
METHASONE THERAPY. ANN SURG 1965; 163:580-587.
- 5.-JANIK J.S., ELO S.H., FILLER R.M., SHANDLING B., SIMPSON J.S., --
STEPHENS C.A. AN ASSESSMENT OF THE SURGICAL TREATMENT OF --
ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN INFANT AND CHILDREN. J --
PED SURG 1981; 15:225-229.
- 6.-FESTEN C.M. POSTOPERATIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN IN--
FANT AND CHILDREN. AM SURG 1982; 196:580-583.
- 7.-MAYTANI S., TOBE T., KASHIWARA S. NEGLECTED ROLE OF TORSION --
AND CONSTRICTION IN PATHOGENESIS OF SIMPLE ADHESIVE BOWEL --
OBSTRUCTION. BR J SURG 1984; 71:127-130.
- 8.-BROLIN R.E. PARTIAL SMALL BOWEL OBSTRUCTION. SURGERY 1984; 95:145-150.

- 9.-BIZZER L.S., LIEBLING R.W., DELANY H.M., GLIEDMAN M.L. SMALL -
BOWELL OBSTRUCTION. SURGERY 1981; 89: 407-413.
- 10.-SHATILA A.H., CHAMBERLAIN B.E., WEBB M.H. CURRENT STATUS -
OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF STRANGULATION OBSTRUCTION -
OF THE SMALL BOWEL. AM J SURG 1976; 132: 299-303.
- 11.-STEWARTSON R.H., BOMBECK C.T., NYHUS L.M. CRITICAL OPERATIVE
MANAGEMENT OF SMALL BOWEL OBSTRUCTION. ANN SURG 1978; 187:
189-193.
- 12.-DELANY H.M. PROGNOSTIC FACTORS IN INFARCTION OF THE IN---
TESTINE. SURG GYN OBST 1972; 135: 253-256.
- 13.-OPERACIONES ABDOMINALES. NAINGOT. PANAMERICANA S.A.; 1986 --
1171-1176.
- 14.-PEDIATRIC SURGERY. WELCH M.D. YBMP Co. 1986: 895-898.