

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **gpc**

Tratamiento quirúrgico de la OCLUSIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS POSTQUIRÚGICAS en el adulto en segundo nivel de atención

Guía de Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: ISSSTE-359-12

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE-10:K56.5 Oclusión de intestino por adherencias.
GPC:tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en el adulto en el segundo nivel de atención

Definiciones

La oclusión intestinal se define como la interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto. El bloqueo de la luz intestinal se da en su mayoría por factores extrínsecos (adherencias, hernia inguinal, hernia de pared estrangulada) y en pocas ocasiones por obstrucción de la luz.

Las adherencias peritoneales pueden ser definidas como bandas fibrosas normales entre órganos o tejidos o ambos en la cavidad abdominal que normalmente están separados

Si existe obstrucción por estrangulación, obstrucción maligna, hernias encarceladas, cuerpo extraño, enteritis por radiación, peritonitis, o abdomen agudo debe realizarse intervención quirúrgica.

Los pacientes con sospecha o diagnóstico de oclusión intestinal por adherencias se les colocara una sonda nasogástrica (SNG) o un tubo intestinal largo, el 90% de los pacientes mejoran por 48 a 72 horas

Factores predictivos

Los factores predictivos para determinar manejo quirúrgico en pacientes con oclusión intestinal por adherencias son: persistencia de íleo mecánico intestinal por más de 3 días, el drenaje por la sonda nasogástrica al tercer día es mayor a 500ml. Edad mayor a 40 años o una adherencia compleja.

La obstrucción intestinal completa del intestino delgado (sin evidencia de aire en el intestino grueso) y CPK (mayor o igual a 130 UI /L) predicen falla del manejo conservador.

El volumen del gasto por la sonda es más importante que las características del gasto.

Intervención quirúrgica inmediata

En la Tomografía computada de abdomen, la presencia de líquido intraperitoneal, edema del mesenterio y signo de las heces en intestino delgado y/o intestino desvascularizado.

Pacientes sometidos a cirugía dentro de las seis semanas antes del cuadro de oclusión intestinal.

Dolor abdominal en escala analógica visual mayor a 4, resistencia abdominal, leucocitos 10,000 o más, proteína C reactiva de 75 mg/L.

Cuando hay datos de peritonitis o estrangulación (fiebre, taquicardia, leucocitosis, acidosis metabólica y dolor continuo).

Si el cuadro de oclusión no se ha resuelto con medidas conservadoras en 48 a 72 horas, a pesar de utilizar medio de contraste hidrosoluble (50-150 ml por sonda nasogástrica o vía oral).

Laparotomía exploradora

La laparotomía exploradora debe permitir al cirujano una adecuada exposición y visibilidad, el primer paso es identificar el sitio y la causa de la obstrucción, si no es obvio, hay que descomprimir el intestino distal a la obstrucción para llegar al punto de obstrucción.

Si el intestino delgado estuviera isquémico, hay riesgo de ruptura con salida de contenido intestinal a la cavidad abdominal. Tomar en cuenta que el intestino delgado proximal a la obstrucción tiene una pared delgada y hay un gran riesgo de perforación.

Ya que se ha corregido la obstrucción, se debe llevar a cabo una exploración de los cuatro cuadrantes para asegurar que todas las lesiones intestinales se reparen.

Cuando se requiera, se deberá llevar a cabo resección intestinal y anastomosis primaria, siempre y cuando se tengan bordes sangrantes y con buena coloración.

Si la dilatación intestinal es importante se hace descompresión manual retrógrada hacia el estómago, manejando con cuidado las asas intestinales para no producir erosión de la serosa o desgarro.

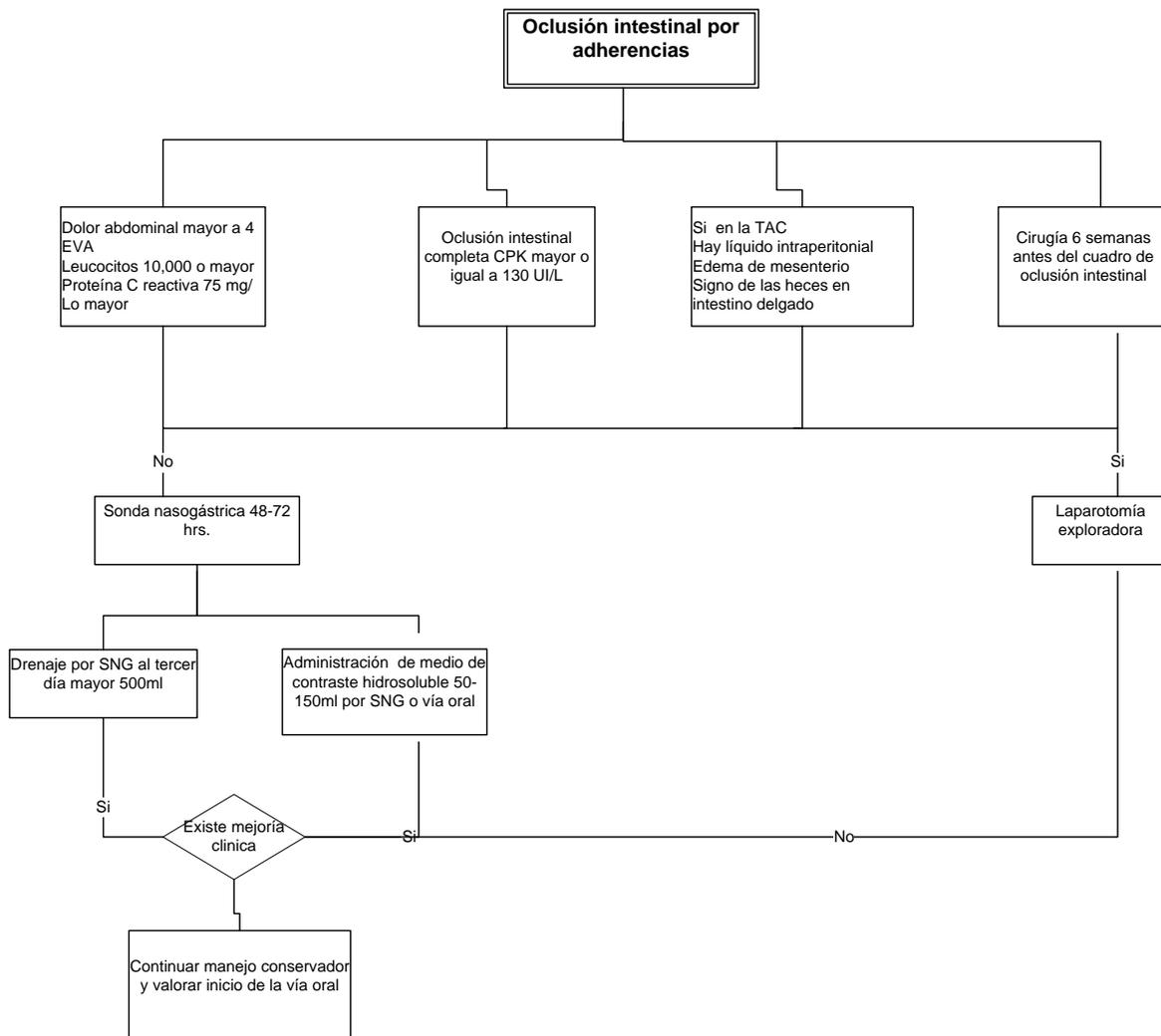
Laparoscopia

Solamente los cirujanos entrenados y capaces de realizar laparoscopia avanzada pueden considerar este abordaje.

Solo en un grupo seleccionado de pacientes con oclusión intestinal por adherencias se puede intentar abordar por laparoscopia dentro de estos están:

- 1.- Se recomienda a los pacientes que solo han tenido un cuadro de oclusión intestinal por adherencias.
- 2.- Los pacientes con diámetro intestinal menor o igual a 4cm en las radiografías de abdomen, tienen mayor posibilidad de éxito.
- 3.- Pacientes que presenten menos 2 laparotomías previas.
- 4.- Pacientes con antecedente de apendicectomía o colecistectomía previa.
- 5.- Para la colocación del primer trocar se recomienda utilizar técnica de Hasson y acceso en el cuadrante superior izquierdo.
- 6.- Para el neumoperitoneo se recomienda presión de 8 a 10 mm Hg.
- 7.- No se recomienda en pacientes con historia de adherencias firmes se recomienda en pacientes con historia de adherencias firmes.
- 8.- Es mayor la conversión si hay adherencias visceroparietales únicas o asociadas a visceroviscerales o bandas peritoneales anteriores.

Tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en el adulto en el segundo nivel de atención



Tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en el adulto en el segundo nivel de atención

