



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Obstrucción Intestinal en Pacientes Atendidos en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa  
Piura, 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Br. Chorres Morales, Silvia (ORCID: 0000-0003-4676-8245)

ASESOR:

Mg. Zapata Ibarra, Omar (ORCID: 0000-0002-9197-1667)

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades No Transmisibles

PIURA – PERÚ

2020

## **DEDICATORIA**

Este estudio se lo dedico a Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y dándome fuerzas para culminar satisfactoriamente sin desfallecer y si él me lo permite ser su instrumento para ejercer esta maravillosa carrera.

A mis Padres que con su apoyo incondicional, amor y confianza permitieron que logre culminar mi carrera profesional, ya que sin ellos jamás lo hubiera logrado.

A toda mi familia que de alguna manera me brindaron su apoyo moral pese a la falta de tiempo para compartir momentos juntos.

## **AGRADECIMIENTO**


Agradezco a Dios principalmente por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mis Padres por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

Agradezco a mi Asesor de Tesis Dr. Omar Zapata Ibarra quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en la investigación.

Agradezco a todos los docentes que con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional en la Universidad César Vallejo.

## PÁGINA DEL JURADO

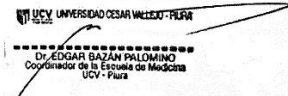
|                                                                                                                              |                                       |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>UCV</b><br>UNIVERSIDAD<br>CÉSAR VALLEJO | <b>ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS</b> | Código : F07-PP-PR-02.02<br>Versión : 07<br>Fecha : 31-03-2017<br>Página : 1 de 4 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **CHORRES MORALES SILVIA** cuyo título es:

**OBSTRUCCION INTESTINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SANTA ROSA, PIURA 2019**

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 15 (número)  
QUINCE (letras).

Piura, 01 de Febrero del 2020.

  
UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA  
Dr. EDGAR BAZÁN SALCEDO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura  
 .....  
**PRESIDENTE**

  
Carmen Heredia Calderón  
MÉDICO ANESTESIOLOGA  
C.M.P. 50221 R.N.E. 1342  
 .....  
**SECRETARIO**

  
GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
SUB REGION DE SALUD LCC  
Hospital de Apoyo N° 001 Mercedes - Piura  
David Vite Castillo  
Médico General  
C.M.P. 09900 R.N.E. 130653  
 .....  
**VOCAL**

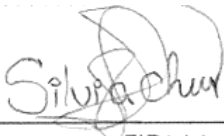
|         |                            |        |                                                                           |        |           |
|---------|----------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|
| Elaboró | Dirección de Investigación | Revisó | Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad | Aprobó | Rectorado |
|---------|----------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Silvia Chorres Morales, identificada con DNI N° 71211928, alumna de la Escuela Académico Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo, presento la tesis titulada “Obstrucción Intestinal en Pacientes Atendidos en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa Piura, 2019” y declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis tampoco ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.
5. De identificarse algún tipo de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Piura, 04 de Febrero del 2020.

  
FIRMA

## ÍNDICE

|                                                                                      |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Caratula.....                                                                        | i    |
| Dedicatoria.....                                                                     | ii   |
| Agradecimiento.....                                                                  | iii  |
| Página del jurado.....                                                               | iv   |
| Declaratoria de autenticidad.....                                                    | v    |
| Índice.....                                                                          | vi   |
| RESUMEN.....                                                                         | viii |
| ABSTRACT.....                                                                        | ix   |
| II. INTRODUCCIÓN.....                                                                | 1    |
| III. MÉTODO.....                                                                     | 11   |
| 2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....                                                     | 11   |
| 2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN.....                                               | 11   |
| 2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....                                                         | 14   |
| 2.3.1 Universo de Estudio.....                                                       | 14   |
| 2.3.2 Población.....                                                                 | 14   |
| 2.3.3 Muestra:.....                                                                  | 14   |
| 2.3.4 Unidad de análisis:.....                                                       | 14   |
| 2.3.5 Criterios de inclusión:.....                                                   | 14   |
| 2.3.6. Criterios de exclusión.....                                                   | 14   |
| 2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y<br>CONFIABILIDAD..... | 14   |
| 2.5 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....                                                | 15   |
| 2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....                                                             | 15   |
| IV. RESULTADOS.....                                                                  | 16   |
| V. DISCUSIÓN.....                                                                    | 22   |
| VI. CONCLUSIONES.....                                                                | 24   |
| VII. RECOMENDACIONES.....                                                            | 25   |
| REFERENCIAS.....                                                                     | 26   |
| ANEXOS.....                                                                          | 30   |
| ANEXO N° 2: ACTA DE ORIGINALIDAD.....                                                | 35   |

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ANEXO N° 3: PORCENTAJE DE TURNITIN .....                                                   | 36 |
| ANEXO N° 4: AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO<br>INSTITUCIONAL UCV ..... | 37 |
| ANEXO N° 5: AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE<br>INVESTIGACIÓN.....          | 38 |

## RESUMEN

**Introducción:** Uno de las patologías en la práctica médico quirúrgica es la oclusión u obstrucción intestinal, la cual se define como la detención total y persistente de la progresión de heces y gases en cierta porción del intestino. **Objetivo:** Describir las características sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal. Diseño observacional, no experimental. **Resultados:** Las principales características sociodemográficas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019, fueron: la media de edad fue de 56 años, el 70% fueron del sexo masculino, el 56,7% eran casados, el 86,7% tenían un nivel socioeconómico bajo, el 51,1% provenían de un lugar rural y el 38,9% no tenían grado de instrucción. Las principales características clínicas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019, fueron: el 43,3% presentó un tiempo de enfermedad de más de 7 días, el 68% tuvo una forma de inicio de enfermedad insidiosa, el 88% presentó un curso progresivo, el síntoma que con más frecuencia se presentó fue la distensión abdominal con un 92,2%, el 60% de pacientes presentaron comorbilidades. **Conclusión:** Las principales características quirúrgicas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019, fueron: el 53,3% presentó un tiempo mayor a 12 horas entre el diagnóstico realizado y la intervención quirúrgica, el 55% presentó como incisión quirúrgica la mediana infraumbilical, la etiología más común fue vólvulo intestinal con un 32%, la localización anatómica más frecuente fue el íleon con un 35%, el procedimiento quirúrgico más realizado fue la resección intestinal + anastomosis con un 32%, el tiempo operatorio fue de 61 – 90 minutos con un 30%, al 78% de pacientes se les colocó drenaje y el 44% presentó complicaciones postoperatorias.

**Palabras claves:** paciente, obstrucción intestinal, hospital.



## ABSTRACT

**Introduction:** One of the pathologies in surgical medical practice is intestinal occlusion or obstruction, which is defined as the total and persistent arrest of the progression of feces and gases in a certain portion of the intestine. **Objective:** Describe the sociodemographic, clinical and surgical characteristics of the patients treated for Intestinal Obstruction at the Hospital Santa Rosa de Piura, 2019. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional study. Observational design, not experimental. **Results:** The main sociodemographic characteristics of the patients treated for Intestinal Obstruction at the Hospital Santa Rosa de Piura, 2019, were: the average age was 56 years, 70% were male, 56.7% were married, 86.7% had a low socioeconomic status, 51.1% came from a rural place and 38.9% had no education. The main clinical characteristics of the patients treated for Intestinal Obstruction at the Hospital Santa Rosa de Piura, 2019, were: 43.3% had a disease time of more than 7 days, 68% had a form of insidious disease onset, 88% presented a progressive course, the most frequent symptom was abdominal distension with 92.2%, 60% of patients presented comorbidities. **Conclusion:** The main surgical characteristics of the patients treated for Intestinal Obstruction at the Hospital Santa Rosa de Piura, 2019, were: 53.3% presented a time greater than 12 hours between the diagnosis made and the surgical intervention, 55% presented as the medial infraumbilical surgical incision, the most common etiology was 32% intestinal volvulus, the most frequent anatomical location was the ileum with 35%, the most commonly performed surgical procedure was intestinal resection + anastomosis with 32%, time The surgery was 61 - 90 minutes with 30%, 78% of patients had drainage and 44% had postoperative complications.

**Keywords:** patient, intestinal obstruction, hospital.

## I. INTRODUCCIÓN

Uno de las patologías en la práctica médico quirúrgica es la oclusión u obstrucción intestinal, la cual se define como la detención total y persistente de la progresión de heces y gases en cierta porción del intestino<sup>1</sup>. Dentro de las causas de urgencia quirúrgica la obstrucción intestinal representa en la literatura mundial, 11% de los casos y 20% de la patología quirúrgica de pacientes adultos<sup>2</sup>. Sin embargo, la obstrucción intestinal es la patología más relevante que ocupa ingreso a sala de operaciones de manera inmediata en los pacientes adultos por la mortalidad elevada y las condiciones negativas en las que el paciente ingresa al acto quirúrgico<sup>3</sup> es el trastorno más importante que requiere cirugía inmediata en el adulto por la elevada mortalidad y las malas condiciones en las que ingresa para cirugía<sup>4</sup>. Uno de los nosocomios con gran demanda de pacientes es el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa, ubicado en la ciudad de Piura por su nivel de complejidad y alberga cantidades altas de cuadros clínico quirúrgicos provenientes de los principales distritos de nuestra ciudad, en este nosocomio se atiende casos de obstrucción intestinal donde la importancia radica en la precocidad de su diagnóstico y urgencia en el manejo, ya esta es una patología quirúrgica que no se ha precisado el nivel exacto de importancia debido a la deficiencia en el registro de diagnóstico preoperatorio y la variabilidad etiológica.<sup>5</sup>

Por otro lado, los estudios realizados en nuestro país respecto a esta temática son escasos, y a la fecha aún con la poca cantidad de estudios se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva para lograr recabar la información de vital importancia que permita apoyar el presente estudio, por lo que al reconocer la principal problemática acerca de cómo se presenta este cuadro clínico quirúrgico, es que se plantea este trabajo de investigación para contribuir al avance del conocimiento científico y presentar reportes actuales de las características sociales, demográficas y clínicas de una patología de vital importancia.

García y col, en el año 2018, presentó su estudio acerca de la obstrucción intestinal en el adulto relacionada a cirugía de emergencia en un hospital de la ciudad de Tarapoto, con la finalidad de encontrar asociación estadística entre la cirugía de emergencia y la obstrucción intestinal, por lo que a través de un estudio analítico, retrospectivo, transversal en una muestra de 439 pacientes mayores de 60 años atendidos en el servicio de cirugía por cuadros

abdominales, se estudiaron 183 historias e informes operatorios sobre los pacientes que ingresaron a sala de operaciones, encontrando asociación estadística entre las variables clínicas y epidemiológicas como el tipo de cirugía realizada, edad, sexo, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos. Asimismo, el 27% presentó cuadro de obstrucción intestinal, que fue un factor predisponente para cirugía de emergencia con un odds ratio de 5.8, así como otros factores que se asociaron a cirugía de emergencia.<sup>4</sup>

Gonzales y col en el año 2017, presentó su estudio acerca de las variables clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de la reintervención quirúrgica, en un hospital de Chiclayo, con la finalidad de determinar las principales variables clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de pacientes que fueron reintervenidos, a través de un estudio transversal, observacional y descriptivo a pacientes con una edad mayor de 14 años, cuya reintervención quirúrgica fue realizada dentro de los 60 días postoperatorios. Se trabajó con la población total o universo de 123 pacientes, realizándose revisión sistemática de expedientes clínicos. El porcentaje de reintervención quirúrgica fue más del 5%, siendo más del 60% cirugías de emergencia, siendo el hallazgo principal intraoperatorio el absceso intraabdominal, con una mortalidad del 11%.<sup>5</sup>

Orellana y col en el año 2017, presentó su estudio acerca de las características sociales, clínicas y demográficas los pacientes adultos que presentaron cuadro de obstrucción intestinal en un hospital de la ciudad de Loreto, a través de un estudio no experimental, transversal, observacional, retrospectivo, descriptivo, siendo la patología de obstrucción intestinal la más frecuente en el grupo etáreo de mayores de 55 años con un 33%, un 24% en el grupo de 46 – 55 años, 11% en el grupo de 36 – 45 años, 18% en el grupo de 26 – 35 años, y un 13% en el grupo de 14 – 25 años, siendo el género masculino el más frecuente con un 70%. Además los procedimientos quirúrgicos principalmente fueron la liberación de adherencias y bridas con un 18%, resección intestinal y anastomosis con un 24%, y la derivación de colostomías con un 11%.<sup>6</sup>

Escobedo y col en el años 2016, presentó su estudio acerca de los factores asociados a las adherencias peritoneales en pacientes operados de laparotomía exploratoria como causa de obstrucción intestinal, a través de un estudio analítico en una muestra de 240 pacientes, de los cuales 48 presentó oclusión intestinal por bridas y adherencias intervenido de emergencia

5 años atrás. Se revisaron todos los informes operatorios, presentando como principales conclusiones que la hemorragia intraoperatoria, peritonitis preoperatoria y el ausente lavado peritoneal fueron los factores asociados con significancia estadística más alta recomendando tomar en cuenta las medidas más importantes para disminuir la frecuencia de formación de adherencias y bridas.<sup>7</sup>

Pereira y col en el año 2016, presentó su estudio acerca de la descripción del cuadro de oclusión intestinal en un hospital de la selva del Perú, a través de un estudio retrospectivo, descriptivo, no experimental, transversal, a una muestra de 60 pacientes que se encontraron en el servicio de hospitalización de Medicina, Cirugía, Pediatría que presentaron cuadro de oclusión intestinal, encontrando prevalencias de 22% en pacientes mayores de 71 años, 15% en el grupo de hasta 5 años, 13% en el grupo de 50 – 60 años, con predominancia en el género masculino con un 70%. El cuadro clínico más frecuente fue vómitos con un 68%, estreñimiento con un 72% y dolor abdominal con un 95%. El signo que con más frecuencia se presentó en la patología de obstrucción intestinal fue timpanismo con un 33%, distensión abdominal con un 97% y ausencia de ruidos hidroaéreos con un 62%. Otro dato no menor fue que más del 80% de paciente presentaron diversas comorbilidades, entre las cuales destacaron infecciones urinarias con un 17%, hipertensión con un 17%, anemia con un 52% y desnutrición con un 17%. Por último, más del 30% de pacientes con cuadro de oclusión intestinal presentaron cirugías previas como antecedentes de importancia.<sup>8</sup>

Pizango y col en el año 2015, presentó su estudio acerca de las características sociales, demográficas y clínicas de los pacientes en edad adulta con patología obstructiva intestinal en un hospital de la selva del Perú, a través de un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, con una muestra de 80 historias clínicas, encontrando entre sus resultados más importantes que la obstrucción intestinal según afecta principalmente a varones que tienen edad mayor a 55 años, y la mayor incidencia de pacientes estuvo comprendida en mayores de 55 años y predominó el sexo masculino con un 69%. Además, que el mayor índice de pacientes proviene de zonas urbanas con el 80% con un nivel de instrucción bajo. Los síntomas más frecuentes de los casos de obstrucción fueron dolor abdominal (86.3%), estreñimiento (72.5%), vómitos (66.3%), no eliminación de flatos (58.8%). El signo más destacado fue la distensión abdominal (93.8%), ausencia o disminución de ruidos hidroaéreos

(56.3%), sonido timpánico a la percusión (40 %) y temperatura alta (30%) que son semejantes a otros estudios realizados, Las etiologías de la obstrucción más frecuentes fueron: el vólvulo intestinal (28.7%), bridas y adherencias adquiridas 22.5%, hernia complicada 13.7%, que Las localizaciones más frecuentes de la obstrucción intestinal fueron el íleon (30%), colon sigmoides (25%) y ciego (18.8%).<sup>9</sup>

Una de las patologías quirúrgicas que se manifiesta en la práctica médico quirúrgica es la oclusión u obstrucción intestinal que se produce cuando el normal flujo del contenido intestinal intraluminal se interrumpe. Puede ser debido a una anormal fisiología intestinal, lo que se conoce como funcional, o debido a una mecánica obstrucción, pudiendo ser crónica o aguda.<sup>10</sup> Cuando existe una avanzada obstrucción intestinal, conlleva a la retención y dilatación de líquido dentro del proximal lumen a la oclusión, y en la parte distal a la oclusión, mientras el contenido del lumen avanza, el intestino se va descomprimiendo. SI el intestino continúa dilatándose cada vez más conlleva a la estrangulación, siendo el intestino muy comprometido por la detención de la perfusión lo que conlleva a perforación o necrosis, siendo estas las principales complicaciones que aumentan la frecuencia de mortalidad relacionada al cuadro de obstrucción intestinal.<sup>10</sup>

Siendo importante mencionar que cuando se produce en el intestino delgado una mecánica obstrucción se convierte en una cirugía de emergencia.<sup>11</sup> Se estima que se realizan más de 300,000 laparotomías por año en los Estados Unidos por obstrucciones relacionadas con la adherencia<sup>12</sup>. La isquemia, que complica del 7 al 42 por ciento de las obstrucciones intestinales, aumenta significativamente la mortalidad asociada con la obstrucción intestinal.

Se describen algunos factores que aumentan el riesgo de las etiologías más comunes de la oclusión intestinal: hernia inguinal o de pared abdominal, proceso inflamatorio intestinal, cirugía pélvica previa o abdominal previa, riesgo mayor o historial de neoplasia, previa irradiación, ingestión de cuerpo u objeto extraño. Siendo uno de los más importantes factores de riesgo para la oclusión de tipo mecánica del intestino, la cirugía abdominal previa que causa adherencias postoperatorias. En una revisión sistemática, la incidencia de obstrucción intestinal postoperatoria por cualquier causa fue del 9,4 por ciento; la incidencia relacionada con la enfermedad adhesiva fue del 2,4 por ciento<sup>13</sup>. Las personas que presentan cirugías previas, más aún en la región abdominal o pélvica, y en particular cirugía colorrectal,

apendicectomía, cirugía ginecológica, adhesiolisis previa y resección de tumores malignos, son propensos a la obstrucción adhesiva del intestino delgado<sup>14</sup>. El riesgo de obstrucción intestinal postoperatoria temprana debido a adherencias, que se define como obstrucción intestinal que ocurre durante la misma hospitalización que la operación índice, aumenta después de la exploración por trauma. La incidencia se informó en el 3,9 por ciento en una revisión de 571 pacientes, una tasa que se multiplicó por cuatro en la presencia de perforación gastrointestinal traumática<sup>15</sup>.

Para los pacientes con antecedentes de obstrucción intestinal previa, ya sea que se los administre médica o quirúrgicamente, la probabilidad de obstrucción recurrente aumenta a medida que aumenta el número de episodios<sup>16</sup>. Las adherencias postoperatorias también pueden ser responsables del dolor abdominal crónico. En una revisión sistemática, cinco estudios evaluaron la incidencia del dolor abdominal crónico después de la cirugía. El dolor abdominal crónico fue atribuible a adherencias postoperatorias en 34 a 67 por ciento de los pacientes<sup>17</sup>.

Los pacientes pueden presentar un inicio abrupto de dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal, o con síntomas intermitentes y agudos que solo resuelven volver a aparecer. Algunos pacientes con obstrucción parcial crónica pueden desarrollar síntomas superpuestos y signos de obstrucción intestinal aguda<sup>18</sup>.

La frecuencia de estos síntomas es variable y depende de la etiología y la ubicación de la obstrucción (proximal frente a la distal) y del grado de obstrucción (parcial versus completa). Una revisión de 300 pacientes informó dolor abdominal en el 92 por ciento de los pacientes y vómitos en el 82 por ciento<sup>19</sup>. En un estudio prospectivo de 150 pacientes, la ausencia del paso de flatos (90 por ciento) o de las heces (81 por ciento) fue el síntoma de presentación más común<sup>20</sup>.

El dolor abdominal asociado con la obstrucción del intestino delgado se describe con frecuencia como periumbilical y se producen calambres con paroxismos de dolor cada cuatro o cinco minutos. Una progresión desde cólicos hasta dolor más focal y constante puede indicar irritación peritoneal relacionada con complicaciones (isquemia, necrosis intestinal). Una aparición repentina de dolor intenso puede sugerir una perforación intestinal aguda<sup>21</sup>.

La inspección que se realiza a nivel abdominal identificará un grado variable de distensión abdominal en muchos individuos que presentan la patología de obstrucción intestinal de tipo aguda. La inspección abdominal también debe buscar cualquier cicatriz quirúrgica y evidencia de hernia de la pared abdominal (incluida la hernia incisional) o hernias inguinales. En múltiples revisiones retrospectivas, la distensión abdominal fue el hallazgo físico más frecuente en el examen clínico, que se produjo en el 56 al 65 por ciento de los pacientes<sup>22</sup>.

La obstrucción intestinal mecánica aguda se caracteriza por sonidos "tintineos" agudos asociados con el dolor. Con una distensión intestinal significativa, los ruidos intestinales pueden amortiguarse y, a medida que el intestino se distiende progresivamente, los ruidos intestinales pueden volverse hipoactivos. La distensión del intestino produce hiperresonancia o timpanismo a la percusión en todo el abdomen. Sin embargo, los bucles llenos de fluido darán como resultado opacidad. Si la percusión sobre el hígado es timpánica en lugar de aburrida, puede ser indicativo de aire intraabdominal libre. La sensibilidad a la percusión ligera sugiere peritonitis<sup>23</sup>.

Aunque se puede sospechar (u obviar) una obstrucción mecánica del intestino delgado basada en factores de riesgo, síntomas y hallazgos del examen físico consistentes con obstrucción, usualmente se necesita imágenes abdominales para confirmar el diagnóstico, identificar la ubicación de la obstrucción, juzgar si la obstrucción es parcial o completa, identificar las complicaciones relacionadas con la obstrucción (isquemia, necrosis, perforación), y determinar la etiología potencial, todo lo cual ayudará a determinar la urgencia y la naturaleza del tratamiento posterior (conservador, endoscopia, cirugía)<sup>24</sup>.

Radiografía simple: para la mayoría de los pacientes, sugerimos radiografías simples para confirmar rápidamente el diagnóstico de obstrucción intestinal porque está ampliamente disponible, es barata y puede demostrar hallazgos que indiquen la necesidad inmediata de descompresión urgente (p. Ej., Vólvulo sigmoide) o intervención quirúrgica (p. ej. neumoperitoneo, vólvulo cecal o del intestino medio). La radiografía simple también evalúa los pulmones en busca de evidencia de aspiración en aquellos que han estado vomitando y puede repetirse fácilmente para seguir el progreso del paciente<sup>25</sup>.

El examen radiológico básico debe incluir una película de tórax erguida y películas abdominales verticales y supinas. Si el paciente no puede colocarse en posición vertical, una película abdominal de decúbito lateral puede mostrar niveles de aire y / o aire-líquido libres. Los hallazgos en la radiografía simple consistente con la obstrucción del intestino delgado incluyen los siguientes<sup>26</sup>:

- Lazos dilatados de intestino con niveles hidroaéreos.
- En la posición supina, la interfaz aire-líquido es paralela a la placa de rayos X, y todo el ancho de las asas de intestino llenas de aire y fluido será visible. Esto permite una estimación de la cantidad de distensión.
- En una posición vertical (o lateral), la interfaz aire-fluido es perpendicular a la película y es evidente como un nivel de aire-líquido. En la obstrucción del intestino delgado se observan múltiples niveles hidroaéreos con asas distendidas de intestino delgado.
- Dilatación proximal del intestino con colapso del intestino distal: la obstrucción del intestino delgado se puede diagnosticar si el intestino delgado más proximal se dilata más de 2,5 cm (pared externa de la pared externa) y el intestino delgado más distal no se dilata. El estómago también puede estar dilatado. La presencia de niveles hidroaéreos que difieren más de 5 mm entre sí dentro de la misma asa del intestino delgado en las películas verticales respalda el diagnóstico de obstrucción mecánica del intestino delgado<sup>27</sup>.
- Abdomen sin gas: un abdomen sin gas puede deberse al llenado completo de asas de intestino con líquido secuestrado. La gravedad de la obstrucción intestinal puede subestimarse. Puede verse un signo de "cadena de perlas" (o perlas) en las asas de intestino delgado llenas de líquido en las películas verticales o laterales, ya que pequeñas cantidades de gas intraluminal se acumulan a lo largo de la pared intestinal superior separadas por las válvulas conniventes<sup>28</sup>.

El sitio o la causa de la obstrucción generalmente no son aparente en las radiografías simples ya que a menudo no se puede establecer con certeza un punto de transición entre el intestino dilatado proximal dilatado y el intestino delgado distal no dilatado. Para un diagnóstico de obstrucción del intestino delgado mediante radiografías simples, la sensibilidad, la especificidad y la precisión son del 79 al 83 por ciento, del 67 al 83 por ciento y del 64 al 82 por ciento, respectivamente<sup>29</sup>.



TC abdominal: la TC multidetector del abdomen es más útil que las radiografías simples para identificar el sitio específico (es decir, el punto de transición) y la gravedad de la obstrucción (parcial versus completa), determinar la etiología mediante la identificación de las hernias, las masas o los cambios inflamatorios; y para identificar complicaciones (isquemia, necrosis, perforación). Un estudio comparó la eficacia de la radiografía simple y la tomografía computarizada en 32 pacientes que presentaban una sospecha clínica de obstrucción intestinal. La sensibilidad y especificidad de la exploración por TC fue del 93 y 100 por ciento, respectivamente, en comparación con 50 y 75 por ciento para la radiografía simple. El nivel de obstrucción se predijo correctamente en 93 por ciento en la exploración por TC en comparación con solo 60 por ciento en las radiografías simples. La TC también fue superior para determinar la causa de la obstrucción (87 versus 7 por ciento). En otro estudio, el valor predictivo negativo de la TC abdominal para excluir el estrangulamiento fue del 95 por ciento. Para la obstrucción de intestino delgado de alto grado, se informa que la sensibilidad, especificidad y precisión de la TC son del 90 al 94 por ciento, 96 por ciento y 95 por ciento, respectivamente. Para la obstrucción de bajo grado, la precisión de la TC se reduce. Es importante señalar que la sensibilidad y la especificidad de la tomografía computarizada para el diagnóstico de obstrucción intestinal aumentan con un número cada vez mayor de cortes. En una revisión sistemática y metanálisis, las sensibilidades y especificidades para varios anchos de corte fueron las siguientes<sup>30</sup>:

- 50 mm: sensibilidad 79 por ciento, especificidad 87 por ciento (un estudio).
- 5 a 10 mm: 87 por ciento de sensibilidad (estimación combinada), 81 por ciento de especificidad (estimación combinada).
- 0.75 mm: Sensibilidad 96 por ciento, especificidad 100 por ciento (un estudio).

La reconstrucción en múltiples planos permite seguir el tortuoso intestino en la búsqueda de un punto de transición, que puede ser un punto claramente definido, como las adherencias de la banda, o un segmento más largo, como se ve con adherencias enmarañadas o enteritis por radiación. Sin embargo, la ubicación de la obstrucción identificada en la TC solo se correlaciona con las ubicaciones intraoperatorias en aproximadamente del 60 al 70 por ciento de los pacientes<sup>31</sup>. Además, la presencia de un punto de transición en la TC abdominal no

parece predecir con precisión la necesidad de una intervención quirúrgica inmediata o diferida y, por lo tanto, no debe utilizarse como un criterio inicial importante que influya en la decisión de operar<sup>31</sup>.

Para los pacientes con obstrucción recurrente que se han sometido a múltiples operaciones previas, y en los que se considera que otra operación es particularmente riesgosa, se puede intentar la descompresión de tubo como un componente del tratamiento conservador para evitar más cirugía. Sin embargo, hay pocos datos para respaldar esta práctica sobre el uso de la descompresión nasogástrica estándar, y como tal, no abogamos por el uso rutinario de tubos largos en pacientes con obstrucción del intestino delgado<sup>31</sup>.

Ante la problemática descrita se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínico quirúrgicos en pacientes que fueron atendidos por patología de obstrucción intestinal en el Hospital II – 2 Santa Rosa, 2019?

La finalidad del presente estudio es realizar una exploración exhaustiva acerca de las características sociales, demográficas y clínicas de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal en uno de los hospitales que presenta mucha demanda de pacientes, como lo es el hospital Santa Rosa de Piura. El médico especialista en cirugía general es el encargado de resolver un cuadro de obstrucción intestinal de tipo agudo, siendo esto una emergencia desastrosa y muy severa, siendo el paciente mujer y hombre en cualquier grupo etáreo, el cual se presenta súbitamente con dolor intenso en el abdomen, además vómitos, distensión abdominal, cese del tránsito intestinal, siendo el intestino con contenido séptico y retenido, un vehículo importante para la absorción de productos tóxicos cuyo final para el paciente es grave.

Por lo que el curso de la enfermedad requiere de un diagnóstico precoz, habilidoso manejo y oportuno tratamiento. Sin embargo, existen atrasos que en ciertas veces son atribuidos al paciente, pero también existen retrasos por parte del personal de salud, teniendo como consecuencia el intestino estrangulado o distendido llevando lesiones de forma irreparable y seria, siendo peligroso el posterior cuadro clínico del paciente, por lo que la cirugía temprana es vital para evitar un fatal desenlace.

Por estos motivos es que muestro la necesidad de indagar más acerca de esta problemática, ya que esta patología va en total aumento y no se han realizado estudios que respalden la necesidad de intervenir de manera precoz, por lo que a través del presente trabajo se mostrará las diversas características sociales, demográficas, clínico quirúrgico de estos pacientes que fueron atendidos en el Hospital Santa Rosa, para lograr conocer esta patología y optimizar las intervenciones respectivas en este contexto.

Como objetivo general he planteado: Describir las características sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019. Para lograr dicho objetivo nos apoyaremos en:

1. Describir las principales características sociodemográficas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019.
2. Describir las principales características clínicas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019.
3. Describir las principales características quirúrgicas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019.

## II. MÉTODO

### 2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo, de corte transversal. Diseño observacional, no experimental.

### 2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN

| VARIABLE                      | DEFINICION OPERACIONAL                                                                                                                    | INDICADORES                                                                                                                                | ESCALA  |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>OBSTRUCCION INTESTINAL</b> | Interrupción del paso del contenido Intestinal ocasionado por causas intrínsecas o extrínsecas, acompañado de dolor intenso y progresivo. | <ul style="list-style-type: none"><li>• Número de casos</li></ul>                                                                          | Nominal |
| <b>EDAD</b>                   | Número de años registrado en la H.C.                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Años</li></ul>                                                                                     | Nominal |
| <b>SEXO</b>                   | Diferencia biológica entre hombre y mujer.                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"><li>• Masculino</li><li>• Femenino</li></ul>                                                             | Nominal |
| <b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>   | Zona de donde procede el paciente                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Urbano</li><li>• Rural</li><li>• Urbano marginal</li></ul>                                         | Nominal |
| <b>TIEMPO DE ENFERMEDAD</b>   | Tiempo transcurrido desde que iniciaron los síntomas hasta el momento de la atención, expresado en días, semanas y meses.                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• 1.- <math>\leq 3d</math></li><li>• 2.- 4 – 6 días</li><li>• 3.- <math>\geq 7</math> días</li></ul> | Razón   |

|                                    |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                          |         |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>FORMA DE INICIO</b>             | Forma en la que aparecieron los síntomas de obstrucción intestinal, consignada en la H.C.         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brusco</li> <li>• Insidioso</li> </ul>                                                                                                                                                                          | Nominal |
| <b>SIGNOS Y SÍNTOMAS</b>           | Signos y síntomas que presenta el paciente, descritos en la historia clínica.                     | <p><b>Síntomas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.- Estreñimiento</li> <li>• 2.- Náuseas</li> <li>• 3.- Dolor abdominal</li> <li>• 4.- Vómitos</li> <li>• 5.- No flatos</li> <li>6.- Timpanismo</li> <li>7.- Ausencia de RHA.</li> </ul> | Nominal |
| <b>COMORBILIDADES</b>              | Condición patológica o clínica asociada al paciente, consignada en la H.C.                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• Si</li> </ul>                                                                                                                                                                                     | Nominal |
| <b>ETIOLOGÍA DE LA OBSTRUCCIÓN</b> | Hallazgos operatorios consignados en el reporte operatorio que fueron la causa de la obstrucción. | <ul style="list-style-type: none"> <li>1.- Bridas y adherencias</li> <li>2.- Hernia complicada</li> <li>3.-Vólvulo intestinal</li> <li>4.- Intususcepción</li> <li>5.- Otros</li> </ul>                                                                  | Nominal |

|                                               |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                      |                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <p><b>LOCALIZACIÓN ANATÓMICA</b></p>          | <p>Segmento intestinal en el cual se localizó la obstrucción intestinal consignado en el reporte operatorio.</p>               | <p>1.- Yeyuno<br/>2.- Íleon<br/>3.- Ciego<br/>4.- Colon sigmoides<br/>7.- Colon transverso<br/>11.- No especificado</p>                                              | <p>Nominal</p> |
| <p><b>PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO</b></p>        | <p>Procedimiento Quirúrgico</p>                                                                                                | <p>1.- Herniorrafia<br/>2.- Liberación de bridas y adherencias<br/>3.-Resección más anastomosis<br/>4.- Colostomía derivativa<br/>5.- Devolvulación<br/>6.- Otro</p> | <p>Nominal</p> |
| <p><b>COMPLICACIONES POST OPERATORIAS</b></p> | <p>Evento indeseado que ocurre en un paciente producto del acto quirúrgico y/o morbilidad asociada<br/><br/>Descompensada.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No</li> <li>▪ Si</li> </ul>                                                                                                 | <p>Nominal</p> |

## 2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.3.1 **Universo de Estudio:** conformado por el total de pacientes atendidos en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019.

2.3.2 **Población:** La población serán los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019.

2.3.3 **Muestra:** Se obtuvo un tamaño muestral de 90 historias clínicas de pacientes que fueron atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019.

2.3.4 **Unidad de análisis:** los pacientes

- Criterios de selección:

### 2.3.5 Criterios de inclusión:

- Pacientes que presenten historia clínica completa, respecto a los datos de importancia que se tomaran para el presente estudio.
- Pacientes con patología obstructiva intestinal por cualquier etiología que cuente con una completa historia clínica
- Pacientes con manejo quirúrgico por cuadro de obstrucción intestinal.

### 2.3.6. Criterios de exclusión:

- Pacientes con alta voluntaria solicitada.
- Pacientes con cirugía practicada en otros nosocomios particulares o estatales que ingresan por alguna complicación.
- Pacientes con insuficientes datos en la historia clínica.

## 2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La técnica fue el análisis de la historia clínica y la observación, con la cual se recogieron los datos importantes de las variables de interés para poder realizar de manera óptima el presente estudio.

## **2.5 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

Después de recolectar los datos de las historias clínicas se ingresaron al programa estadístico SPSS v. 24, para su análisis y posterior interpretación. Se utilizaron medidas de dispersión y de tendencia central para las variables que expresan cantidad y porcentajes con sus respectivas frecuencias para las variables que expresan cualidad. Los datos se describieron a través de tablas de porcentajes y frecuencias.

## **2.6 ASPECTOS ÉTICOS**

En todo tiempo, se respetó la confidencialidad de los datos, llenando la ficha de recolección de datos de manera anónima según la historia clínica en donde se realizó la recolección respectiva. Además se aplicaron en todo momento los principios de ética y deontología.

El proyecto se remitió al comité de ética de la Universidad Cesar Vallejo Filial Piura, para su revisión y aprobación respectiva.



### III. RESULTADOS

De las 90 historias clínicas que ingresaron al estudio, la media de edad fue de 56 años, el 70% fueron del sexo masculino, el 56,7% eran casados, el 86,7% tenían un nivel socioeconómico bajo, el 51,1% provenían de un lugar rural y el 38,9% no tenían grado de instrucción, como se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociales y demográficas de los pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital Santa Rosa, 2019.

| Características             | n° | %       |
|-----------------------------|----|---------|
| <b>Género</b>               |    |         |
| Masculino                   | 63 | 70      |
| Femenino                    | 27 | 30      |
| <b>Estado civil</b>         |    |         |
| Soltero                     | 11 | 12,2    |
| Casado                      | 51 | 56,7    |
| Conviviente                 | 28 | 31,1    |
| <b>Nivel socioeconómico</b> |    |         |
| Alto                        | 0  | 0       |
| Medio                       | 12 | 13,3    |
| Bajo                        | 78 | 86,7    |
| Edad*                       | 56 | (48-62) |
| <b>Lugar de Procedencia</b> |    |         |
| Rural                       | 46 | 51,1    |

|                             |    |      |
|-----------------------------|----|------|
| Urbano                      | 26 | 28,9 |
| Urbano - marginal           | 18 | 20   |
| <b>Grado de instrucción</b> |    |      |
| Sin instrucción             | 35 | 38,9 |
| Primaria                    | 22 | 24,4 |
| Secundaria                  | 27 | 30   |
| Superior                    | 6  | 6,7  |

\*Media y rango intercuartílico

Fuente: Pacientes atendidos con obstrucción intestinal en el Hospital Santa Rosa, Piura, 2019

Respecto a las características clínicas de los pacientes atendidos con cuadro de obstrucción intestinal, se encontró que el 43,3% presentó un tiempo de enfermedad de más de 7 días, el 68% tuvo una forma de inicio de enfermedad insidiosa, el 88% presentó un curso progresivo, el síntoma que con más frecuencia se presentó fue la distensión abdominal con un 92,2%, el 60% de pacientes presentaron comorbilidades, como se muestra en la tabla n° 2.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital Santa Rosa, 2019.

| Características             | n° | %    |
|-----------------------------|----|------|
| <b>Tiempo de enfermedad</b> |    |      |
| < 3 días                    | 29 | 32,2 |
| 4 – 6 días                  | 22 | 24,4 |
| > 7 días                    | 39 | 43,3 |

|                               |    |      |
|-------------------------------|----|------|
| Forma de inicio               |    |      |
| Brusco                        | 29 | 32   |
| Insidioso                     | 61 | 68   |
| Curso de la enfermedad        |    |      |
| Progresivo                    | 79 | 88   |
| Estacionario                  | 11 | 12   |
| Signos y síntomas principales |    |      |
| Distensión abdominal          | 83 | 92,2 |
| Dolor abdominal               | 76 | 84,6 |
| Estreñimiento                 | 68 | 75,5 |
| Vómitos                       | 62 | 68,9 |
| Disminución o ausencia de RHA | 57 | 63,4 |
| Timpanismo                    | 38 | 42,5 |
| Ausencia de flatos            | 55 | 61,3 |
| Morbilidad asociada           |    |      |
| No                            | 36 | 40   |
| Si                            | 54 | 60   |

\*Media y rango intercuartílico

Fuente: Pacientes atendidos con obstrucción intestinal en el Hospital Santa Rosa, Piura,

2019

Respecto a las características quirúrgicas de los pacientes atendidos con obstrucción intestinal, se puede afirmar lo siguiente: el 53,3% presentó un tiempo mayor a 12 horas entre el diagnóstico realizado y la intervención quirúrgica, el 55% presentó como incisión quirúrgica la mediana infraumbilical, la etiología más común fue vólvulo intestinal con un 32%, la localización anatómica más frecuente fue el íleon con un 35%, el procedimiento quirúrgico más realizado fue la resección intestinal + anastomosis con un 32%, el tiempo operatorio fue de 61 – 90 minutos con un 30%, al 78% de pacientes se les colocó drenaje y el 44% presentó complicaciones postoperatorias, como se muestra en la tabla nº3.

Tabla 3. Características quirúrgicas de los pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital Santa Rosa, 2019.

| Características                                                 | n° | %    |
|-----------------------------------------------------------------|----|------|
| <b>Tiempo entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica</b> |    |      |
| >12 hrs.                                                        | 48 | 53,3 |
| 8 – 12 hrs.                                                     | 20 | 22,2 |
| 5 – 7 hrs.                                                      | 12 | 13,3 |
| 2 – 4 hrs.                                                      | 6  | 6,7  |
| < 2 hrs.                                                        | 4  | 4,5  |
| <b>Tipo de incisión</b>                                         |    |      |
| Mediana suprainfraumbilical                                     | 50 | 55   |
| Mediana infraumbilical                                          | 15 | 17   |
| Mediana supraumbilical                                          | 14 | 15   |

|                                       |    |    |
|---------------------------------------|----|----|
| Transversa<br>infraumbilical          | 11 | 13 |
| Etiología                             |    |    |
| Vólvulo intestinal                    | 29 | 32 |
| Bridas y adherencias                  |    |    |
| Hernia complicada                     | 16 | 18 |
| Intususcepción                        |    |    |
| Otros                                 | 11 | 12 |
| Localización anatómica                |    |    |
| Íleon                                 | 32 | 35 |
| Colon sigmoides                       |    |    |
| Ciego                                 | 17 | 19 |
| Colon transverso                      |    |    |
| Yeyuno                                | 6  | 7  |
| No especificado                       |    |    |
| Procedimiento quirúrgico              |    |    |
| Resección intestinal +<br>anastomosis | 29 | 32 |
| Liberación de bridas y<br>adherencias | 22 | 24 |
| Colostomías<br>derivativas            | 16 | 18 |

|                                       |     |      |
|---------------------------------------|-----|------|
| Devolvulación                         | 14  | 16   |
| Quelotomía y herniorrafia             | 5   | 6    |
| Otros                                 | 4   | 4    |
| <b>Tiempo operatorio</b>              |     |      |
| Mayor de 120 min                      | 24  | 26,4 |
| 91 – 120 min                          | 19  | 20,9 |
| 61 – 90 min                           | 27  | 30   |
| 45 – 60 min                           | 20  | 22,7 |
| Colocación de dren                    | 318 | 72,4 |
| No                                    | 20  | 22   |
| Si                                    | 70  | 78   |
| <b>Complicaciones postoperatorias</b> |     |      |
| No                                    | 50  | 56   |
| Si                                    | 40  | 44   |

Fuente: Pacientes atendidos con obstrucción intestinal en el Hospital Santa Rosa, Piura, 2019

#### IV. DISCUSIÓN

La obstrucción intestinal, hoy en día, se considera como una emergencia quirúrgica relacionada de manera muy significativa al aumento de la morbimortalidad, cuando el cuadro avanza a necrosis e isquemia intestinal.

En el presente estudio, la edad que ingresó al estudio con mayor frecuencia fue de 56 años, esto se avala con el estudio realizado por Cabala y col<sup>28</sup>, Tello y col<sup>29</sup>, Ibañez y col<sup>30</sup>, Vela y col<sup>31</sup>, quienes encontraron incidencia mayor de esta patología en edades de 60 años a más, producto de la edad senil de esa provincia. Se contrapone con lo encontrado por Leyva y col<sup>27</sup>, el cual encontró en su estudio el grupo etáreo más afectado de 30 a 39 años con un 28%, incluyendo en el estudio a solo mayores de 18 años.

En el presente trabajo el género que se reportó con más frecuencia fue el masculino con un 70%, lo que coincide con el estudio por Portal y col<sup>22</sup>, quienes reportaron más del 62% para el sexo masculino. Javier y col<sup>23</sup>, reportaron también la predominancia del género masculino con un 55%. Diferente a lo estudiado por Perea y col<sup>24</sup>, quien encontró predominio mayor por el sexo femenino con cuadro de obstrucción intestinal, esto podría deberse a la frecuencia mayor de patologías quirúrgicas en este género sobre el sistema ginecológico, lo que podría llevar a bridas y adherencias postoperatorias.

El 51 % procedió de una zona rural, no habiendo estudios que ayuden a realizar la comparación respectiva, pero es importante decir que el hospital Santa Rosa, donde se realizó el estudio presenta alta demanda de pacientes y la gran mayoría son a través de referencias de centros de salud alejados de caseríos de extrema pobreza, siendo importante la referencia temprana para disminuir las complicaciones probables en cada paciente.

Respecto a las características clínicas, el 43,3% presentó un tiempo de enfermedad mayor a 7 días, lo que se contrapone con lo que reportó Vela y col<sup>31</sup>, Tello y col<sup>29</sup>, Leyva y col<sup>27</sup>, en el cual afirmaron que el tiempo desde el inicio de la sintomatología y la llegada a nosocomio fue más de 2 hrs. El tiempo de retraso puede deberse a muchos factores, como la distancia de procedencia, el acceso al establecimiento de salud, la atribución subjetiva del cuadro clínico como un simple estreñimiento o indigestión al inicio de la enfermedad hasta que el cuadro va avanzando progresivamente.

El cuadro clínico que se reportó con más frecuencia fue la distensión abdominal con un 92,2%, seguido de dolor abdominal, estreñimiento, ausencia de flatos, disminución de ruidos hidroaéreos, diferente a lo reportado por Rodríguez y col<sup>25</sup>, De La Cruz y col<sup>26</sup>, quienes manifiestan que el dolor abdominal fue el más frecuente, estos datos varían respecto a los diferentes grupos etáreos utilizados durante la investigación.

El tiempo que transcurrió desde el diagnóstico realizado por el médico especialista en cirugía general y el inicio de la intervención quirúrgica fue de más de 12 horas con un 53,3%, lo que coincide con los estudios realizados por Mederos y col<sup>16</sup>, Cabala y col<sup>28</sup>, quienes tuvieron el mismo tiempo. Esto podría deberse a las condiciones mismas en las que llega el paciente y la necesidad de realizar la evaluación integral del paciente lo que incluye un riesgo quirúrgico, análisis de laboratorio preoperatorios como hemograma completo, tiempo de sangría, tiempo de coagulación, glucosa, urea, creatinina, análisis de gases arteriales y electrolitos, indispensable para un paciente con obstrucción intestinal, que presenta deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas, por lo que en muchas circunstancias requiere reposición de líquidos a través de fluidoterapia.

Por último, de entre los datos más relevantes del presente estudio, la causa más frecuente de obstrucción intestinal fue el vólvulo con un 32%, seguido de las bridas y adherencias, lo que se compara con lo reportado por Cabala<sup>28</sup>, quien principalmente reportó las bridas y adherencias como causa principal, siendo estos datos importantes para realizar una descripción de las principales manifestaciones y características clínico quirúrgicas en los pacientes atendidos en el Hospital Santa Rosa, descritos a lo largo del presente estudio.



## V. CONCLUSIONES

1.- Las principales características sociodemográficas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019, fueron: la media de edad fue de 56 años, el 70% fueron del sexo masculino, el 56,7% eran casados, el 86,7% tenían un nivel socioeconómico bajo, el 51,1% provenían de un lugar rural y el 38,9% no tenían grado de instrucción.

2.- Las principales características clínicas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019, fueron: el 43,3% presentó un tiempo de enfermedad de más de 7 días, el 68% tuvo una forma de inicio de enfermedad insidiosa, el 88% presentó un curso progresivo, el síntoma que con más frecuencia se presentó fue la distensión abdominal con un 92,2%, el 60% de pacientes presentaron comorbilidades.

3.- Las principales características quirúrgicas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2019, fueron: el 53,3% presentó un tiempo mayor a 12 horas entre el diagnóstico realizado y la intervención quirúrgica, el 55% presentó como incisión quirúrgica la mediana infraumbilical, la etiología más común fue volvulo intestinal con un 32%, la localización anatómica más frecuente fue el íleon con un 35%, el procedimiento quirúrgico más realizado fue la resección intestinal + anastomosis con un 32%, el tiempo operatorio fue de 61 – 90 minutos con un 30%, al 78% de pacientes se les colocó drenaje y el 44% presentó complicaciones postoperatorias

## **VI. RECOMENDACIONES**

- 1.- Entregar los reportes del presente estudio al departamento de Cirugía del Hospital Santa Rosa para su conocimiento y fines pertinentes.
- 2.- Continuar con este tipo de estudios descriptivos que muestren la realidad de diversas patologías quirúrgicas, en una población determinar, esto ayudará a conocer las diversas manifestaciones clínicas y quirúrgica de una patología determinada.
- 3.- Incentivar a los estudiantes a desarrollar estudios descriptivos base de diversas patologías interesantes como lo es la obstrucción intestinal.
- 4.- Dar a conocer los resultados de la investigación a través de la publicación científica con el apoyo de nuestra casa de estudios.

## REFERENCIAS

1. Takayama H, Yashio A, Kamijo H, Okamoto K. Ileus and intestinal obstruction. *Nihon Rinsho*. 2013 Jun;71(6):1027-30.
2. Soressa U, Mamo A, Hiko D, Fentahun N. Prevalence, causes and management outcome of intestinal obstruction in Adama Hospital, Ethiopia. *BMC Surg*. 2016; 16(1): 38.
3. Gyedu A, Abantanga F, Kyei I, Boakye G, Stewart B. Changing Epidemiology of Intestinal Obstruction in Ghana: Signs of Increasing Surgical Capacity and an Aging Population. *Dig Surg*. 2015;32(5):389-96
4. Garcia R. Obstrucción intestinal asociada a cirugía de urgencia en el adulto mayor, Hospital II – 2 Tarapoto 2015 – 2016. [tesis de grado]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. 2018; 105p.
5. Gonzales J. Características epidemiológicas clínicas y quirúrgicas de pacientes sometidos a relaparatomía, en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo 2014 – 2016. [tesis de grado]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. 2017; 83p.
6. Orellana L. Características clínicas y sociodemográficas de la obstrucción intestinal en pacientes adultos atendidos en el Hospital Regional de Loreto. enero 2011 – diciembre 2014. [tesis de grado]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2017; 106p.
7. Escobedo N. Análisis de los factores asociados a la formación de adherencias peritoneales en pacientes post laparatomizados como causa de oclusión intestinal. [tesis de grado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. 2017; 44p.
8. Pereira G. Obstrucción intestinal en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” de enero 2014 a diciembre 2015. [tesis de grado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. 2016; 44p.
9. Pizango E. Características clínicas y sociodemográficas de la obstrucción intestinal

- en pacientes adultos atendidos en el Hospital Iquitos, enero 2011 a diciembre 2014. [tesis de grado]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015; 104p.
10. Tavangari F, Batech M, Collins J, Tejirian T. Small Bowel Obstructions in a Virgin Abdomen: Is an Operation Mandatory?. *Am Surg*. 2016; 82(10): 1038-1042.
  11. Rami S, Cappell M. A Systematic Review of the Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment of Small Bowel Obstruction. *Curr Gastroenterol Rep*. 2017; 19(6): 28.
  12. Smolarek S, Shalaby M, Paolo G, Missori G, Capuano I, Franceschilli L, et al. Small-Bowel Obstruction Secondary to Adhesions After Open or Laparoscopic Colorectal Surgery. *JLS*. 2016; 20(4).
  13. Jackson P, Vigiola Cruz M. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2018; 98(6): 362-367.
  14. Markogiannakis H, Messaris E, Dardamanis D, Pararas N, Tzertzemelis D, Giannopoulos P, et al. Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome. *World J Gastroenterol* 2017; 13:432.
  15. Scott F, Osterman M, Mahmoud N, Lewis J. Secular trends in small-bowel obstruction and adhesiolysis in the United States: 1988-2007. *Am J Surg* 2012; 204: 315.
  16. ten Broek R, Issa Y, van Santbrink E, Bouvy N, Kruitwagen R, Jeekel J, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis. *BMJ* 2013; 347: f5588.
  17. Mederos G, Branco B, Schnüriger B, Oliver M, Konstantinidis A, Lustenberger T, et al. In-hospital small bowel obstruction after exploratory laparotomy for trauma. *J Trauma* 2014; 71: 486.
  18. Krielen P, van den Beukel B, Stommel M, van Goor H, Strik C, Ten Broek R. In-hospital costs of an admission for adhesive small bowel obstruction. *World J Emerg Surg*. 2016; 11: 49.

19. Beardsley C, Furtado R, Mosse C, Gananadha S, Fergusson J, Jeans P, et al. Small bowel obstruction in the virgin abdomen: the need for a mandatory laparotomy explored. *Am J Surg* 2014; 208:243.
20. Akrami M, Ghaeini A, Barfei M, Zangouri V, Alborzi Z. Clinical Characteristics of Bowel Obstruction in Southern Iran; Results of a Single Center Experience. *Bull Emerg Trauma*. 2015; 3(1): 22-6.
21. Flasar M, Goldberg E. Acute abdominal pain. *Med Clin North Am* 2006; 90: 481.
22. Portal S, Hajibandeh S, Panda N, Khan R, Bandyopadhyay S, Dalmia S, et al. Operative versus non-operative management of adhesive small bowel obstruction: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2017; 45: 58-66.
23. Javier R, Nelson B, Keenan S, Kernan L, MacKersie A, Lane M. Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain: the Guideline for Abdominal Pain in the ED Setting (GAPEDS) Phase 1 Study. *Am J Emerg Med* 2015; 23: 709.
24. Perea F, Di Saverio S, Kelly M, Biffl W, Ansaloni L, MandalàV, et al. Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of Adhesive Small Bowel Obstruction (ASBO): 2013 Evidence-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Emerg Surg* 2014; 6: 5.
25. Rodriguez CP, Siewert B, Eisenberg RL. Small bowel obstruction. *AJR Am J Roentgenol* 2014; 198: 105.
26. De La Cruz R, Bashir M, Haystead C, Iseman C, Mayes N, Hebert S. Diagnostic performance of MDCT in identifying closed loop small bowel obstruction. *Abdom Radiol (NY)*. 2016; 41(7): 1253-60.
27. Scrima A, Lubner M, King S, Kennedy G, Pickhardt P. Abdominal Multidetector Computed Tomography for Suspected Small-Bowel Obstruction: Multireader Study Comparing Radiologist Performance for Predicting Surgical Outcomes. *J Comput Assist Tomogr*. 2017; 41(3): 388-393.

28. Cabala T, Thompson W. Large-Bowel Obstruction in the Adult: Classic Radiographic and CT Findings, Etiology, and Mimics. *Radiology*. 2015; 275(3): 651-63.
29. Tello T, Angelo S, Kyriakides T, Helton S. Small bowel obstruction: outcome and cost implications of admitting service. *Am Surg* 2016; 76: 687.
30. Ibañez Olson T, Pinkerton C, Brasel K, Schwarze M. Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis: a systematic review. *JAMA Surg* 2014; 149:383.
31. Vela Olson TJ, Pinkerton C, Brasel KJ, Schwarze ML. Palliative surgery for malignant bowel obstruction from carcinomatosis: a systematic review. *JAMA Surg* 2014; 149:383.

## ANEXOS

### ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### “OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA, ENERO A DICIEMBRE DEL 2019”

Ficha N° \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
2. Género:  
Masculino ( ) Femenino ( )
3. Lugar de procedencia  
Rural ( ) Urbano ( )

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

4. Tiempo de enfermedad  
 $\leq 3d$  ( )      4 – 6 días ( )       $\geq 7$  días ( )  
 $\geq 2$  semanas ( )       $\geq 3$  semanas ( )       $\geq 1$  mes ( )  
 $\geq 2$  meses ( )
5. Forma de inicio  
Brusco ( )      Insidioso ( )
6. Signos y síntomas principales
- Síntomas**  
Estreñimiento ( )      Náuseas ( )      Dolor abdominal ( )  
Vómitos ( )      Fiebre ( )      Diarrea ( )

Hiporexia ( )                      Anorexia ( )                      No flato ( )  
Disnea ( )

**Signos**

Palpación de masa ( )                      Reptación ( )                      Timpanismo ( )  
Ausencia de RHA ( )                      Aumento de RHA ( )                      Distensión ( )  
Rebote ( )                      Rigidez abdominal ( )                      Deshidratación ( )  
Oliguria ( )

**7. Comorbilidades**

Hipertensión ( )                      Diabetes ( )                      Obesidad ( )  
Cardiopatía ( )                      Insuficiencia Renal ( )                      P. broncopulmonar ( )  
P. vascular cerebral ( )                      Anemia ( )                      Desnutrición ( )  
Neoplasia ( )                      Otro ( )                      Ninguno ( )

**8. Cirugía abdominal previa**

Si ( )                      No ( )

**ESTUDIO DIAGNOSTICO**

**9. Examen radiológico**

Sí resgistrado ( )

Hallazgos:.....

No registrado ( )

**10. Examen ecográfico**

11. Sí resgistrado ( )

12. Hallazgos:.....

13. No registrado ( )





## 18. Localización anatómica

Píloro ( )                                      Duodeno ( )                                      Yeyuno ( )  
Íleon ( )                                      Ciego ( )                                      Colon ascendente ( )  
Colon transverso ( )    Colon descendente ( )    Colon sigmoideo ( )  
Recto ( )                                      No registrado ( )                                      Otro ( )

## 19. Procedimiento quirúrgico

Herniorrafía ( )                                      Liberación de bridas y adherencias ( )  
  
Resección más anastomosis T-T ( )                                      Sigmoidectomía ( )  
  
Colostomía ( )                                      Ileostomía ( )  
  
Operación tipo Hartman ( )                                      Devolvulación ( )  
  
Laparatomía y cierre ( )                                      Cura quirúrgica ( )  
  
Drenaje ( )                                      Otro ( )

## 20. Complicaciones postoperatorias

Absceso abdominal ( )                                      Dehiscencia de H.O ( )  
  
Infección de H.O ( )                                      Fístula enterocutánea ( )  
  
Insuficiencia renal ( )                                      Distrés respiratorio ( )  
  
Falla cardíaca ( )                                      Infecciones nosocomiales ( )  
  
Tromboembolia ( )                                      Sepsis ( )  
  
Hemorragia digestiva ( )                                      Ninguna ( )  
  
Otros ( )

## **CARACTERISTICAS DE LA EVOLUCION**

### **21. Días de hospitalización**

< 5 días ( )

6 – 10 días ( )

11 – 15 días ( )

16 – 20 días ( )


21 días ( )

### **22. Estado de alta**

Vivo ( )

Muerto ( )

## ANEXO N° 2: ACTA DE ORIGINALIDAD

|                                                                                                                              |                             |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>UCV</b><br>UNIVERSIDAD<br>CÉSAR VALLEJO | <b>ACTA DE ORIGINALIDAD</b> | Código : F07-PP-PR-02.02<br>Versión : 09<br>Fecha : 23-03-2018<br>Página : 1 de 1 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“OBSTRUCCION INTESTINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SANTA ROSA, PIURA 2019” del (de la) estudiante **CHORRES MORALES SILVIA** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 20 de Enero de 2020



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO-PIURA

Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura

Firma

Dr. Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

|         |                            |        |                     |        |                                 |
|---------|----------------------------|--------|---------------------|--------|---------------------------------|
| Elaboró | Dirección de Investigación | Revisó | Responsable del SGC | Aprobó | Vicerrectorado de Investigación |
|---------|----------------------------|--------|---------------------|--------|---------------------------------|

## ANEXO N° 3: PORCENTAJE DE TURNITIN

The screenshot displays the Turnitin Feedback Studio interface. The main document area shows a text document with several sections highlighted in red, indicating plagiarism. The sections are:

- Section 4: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA. The text includes: "de la descompresión nasogástrica estándar, y como tal, no abogamos por el uso rutinario de tubos largos en pacientes con obstrucción del intestino delgado<sup>31</sup>." and "¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínico quirúrgicos en pacientes que fueron atendidos por patología de obstrucción intestinal en el Hospital II – 2 Santa Rosa, 2019?"
- Section 5: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. The text includes: "La finalidad del presente estudio es realizar una exploración exhaustiva acerca de las características sociales, demográficas y clínicas de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal en uno de los hospitales que presenta mucha demanda de pacientes, como lo es el hospital Santa Rosa de Piura. El médico especialista en cirugía general es el encargado de resolver un cuadro de obstrucción intestinal de tipo agudo, siendo esto una"

The sidebar on the right shows a 'Resumen de coincidencias' (Summary of matches) table with a total of 14% similarity. The table lists the following matches:

| Match Number | Source                                            | Percentage |
|--------------|---------------------------------------------------|------------|
| 1            | Entregado a Universida... Trabajo del estudiante  | 6 %        |
| 2            | repositorio.unapiquitos... Fuente de Internet     | 3 %        |
| 3            | Entregado a University ... Trabajo del estudiante | 1 %        |
| 4            | Entregado a Universida... Trabajo del estudiante  | 1 %        |
| 5            | Entregado a Universida... Trabajo del estudiante  | 1 %        |
| 6            | repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet         | 1 %        |
| 7            | www.socgastro.org.pe Fuente de Internet           | <1 %       |

The interface also shows the user's name 'SILVIA CHORRES', the page number 'Página: 9 de 25', and the word count 'Número de palabras: 5898'. The bottom status bar indicates 'Text-only Report', 'High Resolution', and 'Activado'.

## ANEXO N° 4: AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV

|                                                                                                                                              |                                                                                      |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>UCV</b><br><small>UNIVERSIDAD<br/>CÉSAR VALLEJO</small> | <b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE<br/>TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL<br/>UCV</b> | Código : F08-PP-PR-02.02<br>Versión : 10<br>Fecha : 10-06-2019<br>Página : 1 de 1 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

Yo **CHORRES MORALES SILVIA**, identificado con DNI N° **71211928**, egresado de la Escuela Profesional de **MEDICINA** de la Universidad César Vallejo, autorizo () No autorizo ( ) la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO II -2 SANTA ROSA, PIURA 2019** en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI: 71211928

FECHA: 24 de Enero del 2020

|        |                                                             |        |           |
|--------|-------------------------------------------------------------|--------|-----------|
| Revisó | Vicerrectorado de Investigación/ DEVAC /Responsable del SGC | Aprobó | Rectorado |
|--------|-------------------------------------------------------------|--------|-----------|

**NOTA:** Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del Campus Virtual Trilce serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.

## ANEXO N° 5: AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

CHORRES MORALES SILVIA

INFORME TITULADO:

OBSTRUCCION INTESTINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SANTA ROSA, PIURA 2019

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 04 de Febrero del 2020

NOTA O MENCIÓN: QUINCE (15)



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

Dr. EDGAR BAZAN PALDINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACION