



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL**  
**“CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA”**

**FRECUENCIA Y PRINCIPAL ETIOLOGIA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL  
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE LA “CIUDAD  
HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA”. PERÍODO MARZO – OCTUBRE 2022**

Trabajo especial de investigación presentado ante la Universidad de Carabobo para optar  
al título de Especialista en Cirugía General.

**Autor:**

Alexander Bastidas

C.I V- 23.797.885

Noviembre, 2022



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL**  
**“CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA”**

**FRECUENCIA Y PRINCIPAL ETIOLOGIA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL  
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE LA “CIUDAD  
HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA”. PERÍODO MARZO – OCTUBRE 2022**

Trabajo especial de investigación presentado ante la Universidad de Carabobo para optar  
al título de Especialista en Cirugía General.

**Autor:** Alexander Bastidas

C.I V- 23.797.885

**Tutor Clínico:** Dr. Alexis Riera

**Tutor Metodológico:** Amílcar Pérez

Noviembre, 2022



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

### FRECUENCIA Y PRINCIPAL ETIOLOGÍA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE LA "CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA". PERÍODO MARZO – OCTUBRE 2022.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

**BASTIDAS V., ALEXANDER J.**  
C.I. V – 23797885

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Alexis Riera C.I. 7495425, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **20/03/2023**

*Alexis Riera*  
**Prof. Alexis Riera**

(Pdte)

C.I.

7495425

Fecha

20-3-2023

*Gerson Borges*  
**Prof. Gerson Borges**

C.I. 17175.722

Fecha 20/03/23

TG:122-22



*Ajluba Morales*  
**Prof. Ajluba Morales**

C.I. 10324032

Fecha 20/03/2023

## AGRADECIMIENTOS.

Ante todo, gracias a Dios por darme el mejor regalo que nos ha podido otorgar (Tiempo de vida), puedo inferir que sin eso no existiríamos en este plano.

A mi familia, en especial a mis padres; que día a día no han hecho más que sacrificar su tiempo, salud y dinero para permitir que este aquí el día de hoy (Gracias mamá y papá). A mi hermana Jenifer Vilera y mi cuñado Oswaldo Román, pues desde el día 1 en este proceso han dicho presente y no han dejado de decírmelo; a mis demás hermanos por también estar ahí para mí, ¡Nunca he dejado de contar con ustedes, Gracias!

A mi persona especial en la vida María Angelica Gutiérrez, por haberte quedado, por nunca dudar de mi capacidad, por impulsarme a hacerlo y por salvarme de mi mismo; resulta ser que no podemos lograrlo solos así que este también es tu logro, ¡Gracias!

A aquellos que son hermanos, pero no por sangre; sino por algo con mucho más peso, ¡Lealtad! a Daniel Barbera y Anaïd Borges, a ustedes puedo llamarlos mis mejores amigos muchas gracias porque han sido de mucho apoyo en este proceso y espero serlo yo igual en sus vidas.

Para mis compañeros en estos 3 años, ¡Solos no lo hubiésemos logrado, Gracias!

A aquellos que veo como maestros, de quienes siempre podre aprender algo sin duda alguna: Dr. Alexis Riera ahora padrino y Dr. Jesús Moran, gracias por haberse formado de tal manera que sus conocimientos han sido semilla para mi desarrollo, mis respetos y mayor admiración a ustedes.

A los pacientes, el principal motivo por el que hacemos esto, para ustedes somos esperanza en mucho de los casos; sin embargo, muchos de ustedes no saben que resulta ser todo lo contrario, ustedes son esperanza para muchos de nosotros. Gracias porque son ustedes quienes ponen lo más valioso que poseen en nuestras manos: Sus vidas.

Y definitivamente a todos aquellos que de alguna manera han estado presentes, a aquellos que ya no están, a aquellos a los que a veces no reconocemos u olvidamos por nuestra insensatez. Pido disculpas y les agradezco.

A todos de verdad...

¡GRACIAS TOTALES!

## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| Resumen   | vi  |
| Abstract  | vii |
| Introducción  | 8   |
| Materiales y métodos                                  | 14  |
| Resultados  | 15  |
| Discusión   | 18  |
| Conclusión y Recomendaciones                          | 19  |
| Bibliografías   | 20  |
| Anexo A Carta de Aprobación por el Comité de Bioética | 22  |
| Anexo B Ficha de Registro                             | 23  |



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL  
“CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA”

**FRECUENCIA Y PRINCIPAL ETIOLOGIA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL  
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE LA “CIUDAD  
HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA”. PERÍODO MARZO – OCTUBRE 2022**

**Autor:** Alexander Bastidas

**Tutor Clínico:** Dr. Alexis Riera

Año 2022

**RESUMEN**

La OI es conocida desde la antigüedad. Definida como la detención completa y persistente del contenido digestivo en algún punto del tránsito intestinal, representa una urgencia quirúrgica y puede ser ocasionada por múltiples etiologías. **Objetivo General:** Determinar la frecuencia de obstrucción intestinal en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía de la “Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”. Período marzo – octubre 2022. **Metodología:** Investigación de tipo observacional y descriptiva, con un diseño no experimental de corte transversal y prospectivo. La muestra fue de 23 pacientes, de ambos sexos, mayores de 20 años, con diagnóstico clínico de OI. La recolección de datos se realizó partir de la observación directa y como instrumento de recolección se diseñó una ficha. Los resultados se presentaron en tablas de distribuciones de frecuencias y de contingencia. **Resultados:** Se registró una edad promedio de 54,13 años  $\pm$  3,29. Predominó el sexo masculino. Predominó la Ausencia de evacuaciones, seguida de las Náuseas y en tercer lugar de frecuencia los Vómitos. El hallazgo etiológico intraoperatorio más frecuente fue la presencia de múltiples adherencias firmes y laxas inter-asas con un 21,74% al igual que los tumores de colon. En segundo lugar, se presentó la hernia inguinal atascada. Solo un 13,04% de los pacientes fallecieron (3 casos). **Conclusiones:** Es más frecuente en pacientes mayores de 50 años, las manifestaciones clínicas pueden variar sin embargo con mayor frecuencia se evidencia la ausencia de evacuaciones en estos pacientes y los tumores de colon representan una causa importante de esta patología.

**Palabras Clave:** Obstrucción intestinal, epidemiología, síntomas, etiología, evolución.



UNIVERSITY OF CARABOBO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
POSTGRADUATE MANAGEMENT  
SPECIALIZATION PROGRAM IN GENERAL SURGERY  
“HOSPITAL CITY DR. ENRIQUE TEJERA”



FREQUENCY AND MAIN ETIOLOGY OF INTESTINAL OBSTRUCTION IN  
PATIENTS TREATED IN THE SURGERY SERVICE OF THE “CIUDAD  
HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA”. PERIOD MARCH – OCTOBER 2022

**Author:** Alexander Bastidas  
**Clinical Tutor:** Dr. Alexis Riera  
Year, 2022

**ABSTRACT.**

The OI has been known since ancient times. Defined as the complete and persistent arrest of the digestive content at some point during intestinal transit, it represents a surgical emergency and can be caused by multiple etiologies. **General Objective:** To determine the frequency of intestinal obstruction in patients treated at the Surgery Service of the "Hospital City Dr. Enrique Tejera". Period March – October 2022. **Methodology:** Observational and descriptive research, with a non-experimental cross-sectional and prospective design. The sample consisted of 23 patients, of both sexes, older than 20 years, with a clinical diagnosis of OI. The data collection was carried out from direct observation and a file was designed as a collection instrument. The results were presented in frequency distribution and contingency tables. **Results:** An average age of 54.13 years  $\pm$  3.29 was recorded. The male sex predominated. Absence of evacuations predominated, followed by Nausea and Vomiting in third place of frequency. The most frequent intraoperative etiological finding was the presence of multiple firm and loose adhesions between loops with 21.74%, the same as colon tumors. Second, the stuck inguinal hernia occurred. Only 13.04% of the patients died (3 cases). **Conclusions:** It is more frequent in patients older than 50 years, the clinical manifestations may vary, however, the absence of bowel movements is more frequently evident in these patients and colon tumors represent an important cause of this pathology.

**Keywords:** Intestinal obstruction, epidemiology, symptoms, etiology, evolution.

## INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal (OI) es una entidad conocida desde la antigüedad, fue observada y tratada por Hipócrates. La primera intervención quirúrgica registrada fue realizada por Praxágoras en el año 350 antes de Cristo. Desde entonces se han mejorado las técnicas quirúrgicas y se conoce con mayor precisión dicha patología.<sup>1</sup>

La OI es definida como la detención completa y persistente del contenido intestinal en algún punto a lo largo del tubo digestivo. Según datos de la Organización Mundial de Gastroenterología, la OI ocupa el cuarto lugar como causa de dolor abdominal agudo con una frecuencia de 2.5% en pacientes menores de 50 años y 12.3% en paciente mayores de 50 años.<sup>2</sup> Aunque existen múltiples causas de obstrucción intestinal, en general, las causas más frecuentes son las siguientes: adherencias, tumores y hernias.<sup>3</sup> En el paciente geriátrico la principal causa son las hernias, adherencias, neoplasias y otros procesos inflamatorios.

Las OI afectan frecuentemente a la población de cualquier edad, tanto en el caso de varones como mujeres, es una de las urgencias abdominales agudas más frecuentes y está asociada con una significativa morbilidad y mortalidad, especialmente si progresa a la isquemia. Se puede clasificar en parcial o total, y se debe diferenciar entre la obstrucción del intestino grueso y delgado, la primera en su mayoría es por causa de una enfermedad maligna y la segunda, benigna. El diagnóstico se basa en el interrogatorio y el examen físico completo del paciente, la sospecha clínica puede ser confirmada por la radiografía simple de abdomen en bipedestación; a través de los signos radiológicos podemos obtener un diagnóstico certero.<sup>4,7</sup>

Alrededor del 80% de las obstrucciones intestinales ocurre en el intestino delgado y el otro 20% lo hace en el colon, siendo las principales causas del primero: las adherencias intraluminales postoperatorias, las hernias y las neoplasias, lo cual, es un poco más frecuente en mujeres debido al hecho de que los procedimientos quirúrgicos obstétricos y ginecológicos, y otros procedimientos quirúrgicos pélvicos son causas importantes de



adherencias posoperatorias; en tanto que, entre las causas más frecuentes de obstrucción a nivel del colon, se describen las neoplasias malignas con más del 50% de incidencia (de hecho, está descrito que el 20% de los pacientes con cáncer colorrectal se manifiesta de *novo* como una obstrucción intestinal), vólvulos colónicos (10-15%) y diverticulitis (10%).<sup>3</sup> Con una mayor incidencia en el sexo masculino, sobre todo entre los 60 y 74 años de edad.<sup>5,6</sup>

El cuadro clínico de OI está caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y constipación, definida esta última como la falta de emisión de heces y gases.<sup>7,8</sup> También puede observarse un peristaltismo aumentado, así como niveles hidroaéreos en las placas de abdomen en bipedestación<sup>5</sup>. Cuando la interrupción del tránsito normal ocurre a nivel del intestino delgado hablamos de Obstrucción intestinal alta (OIA) y, cuando se ubica entre la válvula ileocecal y el recto, la definición es de Obstrucción intestinal baja (OIB) u obstrucción del colon, aunque para algunos autores este término engloba únicamente a colon izquierdo y recto<sup>6</sup>. La severidad relativa de los síntomas depende del sitio y duración de la obstrucción. Las manifestaciones de OI se presenta dependiendo de la ubicación en: OI alta (vómitos frecuentes, sin distensión abdominal, dolor intermitente pero no *en crescendo*), OI media (vómito moderado, distensión moderada, dolor intermitente “tipo *crescendo* y cólicos con intervalos”) y OI baja (vómitos tardíos, fecaloide, distensión marcada y dolor variable)<sup>6</sup>.

Entonces se señala que, entre los diversos factores que contribuyen a la aparición de las complicaciones en la cirugía colónica pueden mencionarse:

1. Cirugía de urgencia en pacientes que no se encuentran en la situación física idónea (trastornos electrolíticos, anemia, hipoproteinemia).
2. Edad avanzada: patologías como neoplasias o diverticulitis son más frecuentes en edades avanzadas de la vida.
3. Comorbilidad: enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con esteroides o inmunosupresores.
4. Vascularización colónica: circulación colateral solo entre vasos arteriales mayores. Cuando se interrumpe el flujo por uno de estos vasos se produce isquemia y falla de

la anastomosis.

5. Flora bacteriana: numerosos microorganismos intraluminales, aerobios y anaerobios convierten el procedimiento en una cirugía contaminada.
6. Duración de la cirugía: a menudo las cirugías colónicas precisan un tiempo quirúrgico prolongado, con la consiguiente exposición de vísceras al ambiente, deshidratación de tejidos y contaminación por gérmenes ambientales<sup>7</sup>.

Entre los estudios desarrollados que guardan relación con el presente trabajo se describe el realizado por Bermúdez y *et al* (2020)<sup>8</sup>, en el Centro Médico de Diagnóstico Integral “Rafael Pérez Ruedas” de Pampán, Venezuela, realizaron un estudio observacional, descriptivo de corte longitudinal a todo paciente intervenido quirúrgicamente por presentar abdomen agudo durante el periodo de tiempo comprendido entre marzo del 2006 y marzo del 2008 con el propósito de caracterizar el comportamiento de las principales afecciones quirúrgicas. La muestra estuvo conformada por los 51 pacientes operados de urgencia este centro durante el periodo señalado y se obtuvo los datos mediante la revisión de historias clínicas. Se encontró que el sexo masculino representó el 52.9%; y los pacientes mayores de 65 años alcanzaron sólo el 11.76%; los casos con apendicitis aguda constituyeron el 66,6% (34 pacientes) del total de pacientes intervenidos quirúrgicamente por presentar un abdomen agudo de causa peritoneal, el mismo que llegó a un 78% (40 pacientes); el síndrome hemorrágico obtuvo un porcentaje de 4% (2 pacientes). Del total de 9 enfermos con síndrome oclusivo (18%, 9 pacientes), fueron operados 8 pacientes con hernias atascadas, de las cuales 5 eran inguinales, 2 crurales y 1 umbilical, siendo muy llamativo que en el 89% de los pacientes la causa de la oclusión intestinal fueran las hernias de la pared abdominal. Fue también intervenido quirúrgicamente un paciente con un tumor del intestino delgado. Las complicaciones post-operatorias como sepsis por herida quirúrgica y hemorragia postoperatoria con necesidad de reintervención, ambas tuvieron un porcentaje de 40%. El promedio de estadía resultó bajo, siendo 3,6 días tanto para la apendicitis aguda como para la colecistitis aguda. Se concluyó que el síndrome peritoneal fue la forma de presentación más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, resultando la apendicitis aguda, la etiología más frecuente y las hernias resultaron las causas más frecuentes del síndrome oclusivo. Se detectó un porcentaje ligeramente alto de complicaciones post-operatorias y el

promedio de días de estancia hospitalaria resultó bajo en la mayoría de los casos <sup>8</sup>.

Por su parte Muñoz (2019), en Cuba, realizó un estudio descriptivo y prospectivo, en el Hospital Militar Docente “Dr. Mario Muñoz Monroy”, que tuvo como objetivo, determinar la morbimortalidad en cirugía abdominal de urgencia en el adulto mayor. Se analizaron los pacientes de 60 años o más operados de cirugía abdominal de urgencia en el período comprendido de enero 2005 a enero del 2008, que conformaron una muestra de 142 pacientes. El grupo etario predominante fue el comprendido entre 70 y 79 años con 40,8%.

La cirugía abdominal urgente representó el 21.9% del total de las cirugías abdominales en los ancianos. Los principales factores de riesgo fueron las enfermedades de origen cardiovascular 35.1%. El 28.8% tenía más de un factor de riesgo. Predominaron los clasificados como ASA II en un 57.7%. Las hernias complicadas de la pared abdominal fue la enfermedad de mayor incidencia 40.1%, seguida de la oclusión intestinal de causa no herniaria, con un 19.7%. La mortalidad global de la serie fue 18,3%, teniendo la sepsis intra abdominal como causa en un 14%. Se concluyó que predominó el grupo etario de 70 a 79 años. La relación cirugía electiva-cirugía urgente fue de 3:1, y aquellos de causa cardiovascular fueron los factores de riesgo más frecuentes, clasificándose como ASA II y ASA III a la mayoría de los pacientes. El principal diagnóstico fue la hernia complicada de la pared abdominal, seguida de la oclusión intestinal y la sepsis intrabdominal fue la principal causa de muerte.<sup>9</sup>

En Perú, de igual forma, en 2018, García-Rengifo, presenta su tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano, la cual titula: Obstrucción intestinal asociada a cirugía de urgencia en el adulto mayor, Hospital II – 2. Tarapoto. 2015 – 2016, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre la obstrucción intestinal y la cirugía de urgencia en el adulto mayor. Revisó 183 historias clínicas y reportes operatorios de pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia, encontrando, que de éstos, 49 presentaron obstrucción intestinal, representado el 26.78% de los casos. Además, determinó la asociación y frecuencia de las variables clínico- epidemiológicas: sexo, edad, antecedentes quirúrgicos, comorbilidades; hallazgos operatorios y tipo de procedimiento quirúrgico, observando al sexo masculino

como el predominante con un 61.22%; el grupo etario más afectados fue el de >65 años con un 75.51%; además demostró que la edad es un factor asociado importante y establece que es un factor de riesgo; en cuanto a la comorbilidad, el 67.35% presentó antecedentes quirúrgicos y la hipertensión arterial alcanzó el 34.69%. Las bridas y adherencias representaron la causa más frecuente de OI, siendo la liberación de las mismas el procedimiento quirúrgico realizado con más frecuencia en el 71.43% de los casos, seguido de la Resección y colostomía tipo Hartmann en el 16.33% <sup>10</sup>.

También en Perú, en 2017 <sup>11</sup>, López-Lorenzo RE, en Perú, presentó su tesis para optar al título de Médico Cirujano, titulada: Características clínico epidemiológicas de pacientes intervenidos por obstrucción intestinal por bridas y adherencias en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, durante el año 2016; siendo básicamente el objetivo de dicho estudio plasmar el comportamiento clínico-epidemiológico de la OI en dicho nosocomio. Se basó en un estudio meramente descriptivo-observacional, reportando 49 pacientes que fueron intervenidos por ese cuadro clínico, predominando el sexo masculino en un 63,27% con una edad media de 54,7 años, desviación estándar de 20,4 años. El dolor abdominal estuvo presente en el 100% de los casos, seguido de los vómitos en un 81,6% y distensión abdominal con 36,7%. El tratamiento quirúrgico con en que mayormente fue resuelta la OI fue la adherenciólisis en el 61,3%, sólo el 26,5% ameritó resección intestinal y anastomosis, en tanto que, el 12,2% terminó en ileostomía; hubo complicaciones quirúrgicas en el 26,52% de los casos, en su mayoría debidas a infección de sitio operatorio (10,2%); la tasa de mortalidad observada fue del 6,1% (n=3 casos) por sepsis abdominal <sup>11</sup>.

La presente investigación, pretende aportar datos de referencia epidemiológicos, diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y prevención de esta patología, además de sensibilizar a las autoridades para tener los medios paraclínicos que faciliten el diagnóstico, tratamiento precoz y oportuno para reducir el riesgo de morbi- mortalidad. Por todo lo anteriormente planteado, se establece como el Objetivo General de esta investigación: Determinar la frecuencia y principal etiología de obstrucción intestinal en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía de la “Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”. Período

marzo – octubre 2022. Para lo cual se establecieron los siguientes objetivos específicos: Identificar los pacientes ingresados con obstrucción intestinal según grupo de edad y el sexo. Mencionar las características clínicas y etiología de la obstrucción en los pacientes incluidos en el estudio. Constatar los hallazgos etiológicos intraoperatorios más frecuentes. Establecer la evolución de los pacientes en el post operatorio.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una investigación de tipo observacional y descriptiva, con un diseño no experimental, de corte transversal y prospectivo. La población estuvo constituida por todos los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Período marzo – octubre 2022. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada, constituida por 23 pacientes, de ambos sexos, mayores de 20 años, con diagnóstico clínico de obstrucción intestinal como criterio de inclusión principal. Fueron excluidos aquellos pacientes en los que los datos no fueron suficientes y no cumplieron con los criterios de inclusión (pacientes de ambos sexos, mayores de 20 años con diagnóstico confirmado de OI).

Luego de obtener la aprobación por parte del Comité de Bioética de la institución de filiación (Ver Anexo A) se procedió a la técnica de recolección de datos la cual se realizó partir de la observación directa y datos corroborados a partir de las historias clínicas y como instrumento de recolección se diseñó una ficha elaborada por el mismo autor (Ver anexo B).

Una vez obtenidos los datos se sistematizaron en una base de datos en Microsoft® Excel para luego ser organizados y presentados a través de las técnicas estadísticas descriptivas en tablas de distribuciones de frecuencias (absolutas y relativas) y de contingencia conforme a los objetivos establecidos, luego se realizará un análisis de los hallazgos más relevantes obtenidos. A las variables cuantitativas como la edad se les calculó media aritmética  $\pm$  error típico, mediana, valor mínimo, valor máximo y coeficiente de variación. Para tales fines se utilizó el procesador estadístico SPSS en su versión 18 (software libre).

## RESULTADOS

Se incluyeron en el presente estudio 23 pacientes obstrucción intestinal de los cuales se registró una edad promedio de 54,13 años  $\pm$  3,29, con una mediana de 56 años, una edad mínima de 25 años, una edad máxima de 88 años y un coeficiente de variación de 28% (serie homogénea entre sus datos). Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 56 y 70 años con un 47,83% (11 casos).

**Tabla n° 1: Caracterización Según sexo y edad de pacientes con obstrucción intestinal ingresados en el servicio de cirugía de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Marzo-octubre, 2022.**

| Sexo             | Femenino       |              | Masculino     |              | Total                  |            |
|------------------|----------------|--------------|---------------|--------------|------------------------|------------|
| Edad             | F              | %            | F             | %            | F                      | %          |
| 25 – 40          | 1              | 4,35         | 5             | 21,74        | 6                      | 26,09      |
| 41 – 55          | 2              | 8,70         | 2             | 8,70         | 4                      | 17,39      |
| 56 – 70          | 3              | 13,04        | 8             | 34,78        | 11                     | 47,83      |
| >70              | 1              | 4,35         | 1             | 4,35         | 2                      | 8,70       |
| <b>Total</b>     | <b>7</b>       | <b>30,43</b> | <b>16</b>     | <b>69,57</b> | <b>23</b>              | <b>100</b> |
| $\bar{X} \pm Es$ | 58,14 +/- 14,8 |              | 52,38 +/- 8,5 |              | t = 0,80;<br>P= 0,4333 |            |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Bastidas A. 2022)

En cuanto al sexo predominó el masculino con un 69,57% (16 casos). Aunque la edad promedio fue mayor en el sexo masculino, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0,05$ ).

**Tabla n° 2: Características clínicas de la obstrucción en los pacientes incluidos en el estudio. Servicio de Cirugía de la “Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”. Período marzo – octubre 2022.**

| Manifestación                  | Si |       | No |       |
|--------------------------------|----|-------|----|-------|
|                                | F  | %     | F  | %     |
| Ausencia de evacuaciones       | 19 | 82,61 | 4  | 17,39 |
| Nauseas                        | 14 | 60,87 | 9  | 39,13 |
| Vómitos                        | 13 | 56,52 | 10 | 43,48 |
| Dolor abdominal                | 7  | 30,43 | 16 | 69,57 |
| Cambios del patrón evacuatorio | 4  | 17,39 | 19 | 82,61 |
| Distensión abdominal           | 4  | 17,39 | 19 | 82,61 |
| Hipotensión                    | 2  | 8,70  | 21 | 91,30 |
| Nauseas                        | 1  | 4,35  | 22 | 95,65 |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Bastidas A. 2022)

En cuanto a las manifestaciones clínicas, la ausencia de evacuaciones se presentó en (82,61%= 19 casos), seguida de las Nauseas (60,87%= 14 casos) y en tercer lugar de frecuencia los Vómitos (56,52%= 13 casos)



**Tabla n° 3: Hallazgos etiológicos intraoperatorios en pacientes con obstrucción intestinal del Servicio de Cirugía de la “Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”. Período marzo – octubre 2022.**

| <b>Hallazgos</b>                                       | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|--|-----------|------------|
| Tumores de Colon                                       | 5         | 21,74      |
| Múltiples Adherencias Firmes y Laxas Inter-asas        | 5         | 21,74      |
| Hernia Inguinal Atascada                               | 3         | 13,04      |
| Hernia Umbilical Atascada                              | 2         | 8,70       |
| Tumor de Angulo Esplénico de colon.                    | 2         | 8,70       |
| Brida Estenótica de Asa Delgada.                       | 1         | 4,35       |
| Divertículo de Meckel                                  | 1         | 4,35       |
| Eventración Atascada con Perforación de Víscera Hueca. | 1         | 4,35       |
| Eventración Atascada sin Perforación de Víscera Hueca  | 1         | 4,35       |
| Hernia Inguino Escrotal Atascada                       | 1         | 4,35       |
| Hernia Interna con presencia de Asa desvitalizada      | 1         | 4,35       |
| <b>Total</b>   | <b>23</b> | <b>100</b> |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Bastidas A. 2022)

El hallazgo etiológico intraoperatorio más frecuente fue la presencia de tumores de colon con un 21,74% (5 casos) al igual que los casos de múltiples adherencias inter-asas (5 casos). En segundo lugar, se presentó la hernia inguinal atascada (13,04%= 3 casos).

**Tabla n° 4: Condiciones de egreso en el post operatorio de los pacientes con diagnóstico de OI en el Servicio de Cirugía de la “Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”. Período marzo – octubre 2022.**

| Sexo         | Femenino |              | Masculino |              | Total     |            |
|--------------|----------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
|              | F        | %            | F         | %            | F         | %          |
| Alta médica  | 6        | 26,09        | 14        | 60,87        | 20        | 86,96      |
| Falleció     | 1        | 4,35         | 2         | 8,70         | 3         | 13,04      |
| <b>Total</b> | <b>7</b> | <b>30,43</b> | <b>16</b> | <b>69,57</b> | <b>23</b> | <b>100</b> |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Bastidas A. 2022)

Solo un 13,04% de los pacientes fallecieron (3 casos), siendo más frecuente en el sexo masculino (2 casos).

## DISCUSIÓN.

Durante el periodo diciembre Marzo-octubre del 2022, se atendieron 23 pacientes que acudieron a la emergencia de cirugía, de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique tejera, con el diagnóstico de obstrucción intestinal. En cuanto a la relación Edad y sexo, se determinó mayor frecuencia en aquellos pacientes con 56 y 70 años representando 47,83% en la muestra establecida lo que tiene similitud con los datos publicados por Núñez en su estudio donde el grupo etario predominante fueron adultos mayores de entre 70 a 79 años.

En estos pacientes las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: La Ausencia de evacuaciones 82,61% de los casos, seguido de las Nauseas 60,87% y en tercer lugar de frecuencia los Vómitos 56,52%. En comparación con el trabajo publicado por López-Lorenzo RE, donde establece que el dolor abdominal estuvo presente en el 100% de los casos, seguido de los vómitos en un 81,6% y distensión abdominal con 36,7%.

Como hallazgo etiológico intraoperatorio más frecuente se establece la presencia de tumores de colon con un 21,74% al igual que las múltiples adherencias firmes y laxas interesas. En el trabajo presentado por García Rengifo en 2018, se presentó como causa etiológica más frecuente de la OI las bridas y adherencias. Aunque se estima que la causa más frecuente de esta patología tiene su origen en las alteraciones del intestino. En esta investigación se evidencia la relación etiológica existente en la patología al igual que lo establecido por García Rengifo.

La tasa de mortalidad observada en el estudio realizado por Lopez-Lorenzo fue del 6,1%. En este estudio se evidenció una tasa de mortalidad de un 13,04% de los pacientes con dicho diagnóstico, representando un alza del doble en relación con lo publicado por el mencionado autor.

## CONCLUSIÓN

La obstrucción intestinal representa una patología con un alto riesgo de mortalidad si no es resuelta a tiempo, la detención del tránsito intestinal persistente en el tiempo desencadena un sin fin de complicaciones en el paciente que pueden terminar con la vida del mismo en el siguiente trabajo, se incluyeron 23 pacientes con diagnóstico clínico de obstrucción intestinal de los cuales se registró una edad promedio de 54,13 años  $\pm$  3,29, con una mediana de 56 años. Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 56 y 70 años. En cuanto al sexo predominó el masculino.

Respecto a las manifestaciones clínicas, la Ausencia de evacuaciones tuvo mayor frecuencia, seguido de las Náuseas y en tercer lugar los Vómitos.

El hallazgo intraoperatorio más frecuente fue la presencia de tumores de colon junto con la presencia de múltiples adherencias firmes y laxas inter-asas.

Solo 3 de los casos llevados a acto quirúrgico fallecieron, siendo más frecuente en el sexo masculino en numero de 2 casos.

## **RECOMENDACIONES.**

Se recomienda ampliar el periodo de investigación para próximos trabajos sobre dicha patología. Al conocer el gran problema que representa para la salud pública, es recomendado el manejo exhaustivo de estos pacientes y ante la sospecha clínica de OI se debe realizar el abordaje precoz del paciente y así disminuir la evolución de la enfermedad junto con las posibles complicaciones que la misma representa. Cabe destacar que la resolución precoz de esta patología influye directamente en la disminución de la tasa de mortalidad de estos pacientes.

Conociendo que los tumores de Colon es una de las causas más frecuentes, se debe incentivar al desarrollo y aplicación de métodos de pesquisas para esta enfermedad en los pacientes, ya que al tener un diagnóstico temprano se puede disminuir así la aparición de OI.

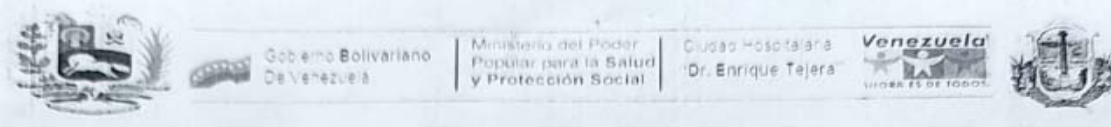
## BIBLIOGRAFIA

1. Marin Pedro, Gac Homero. Manual de Geriatria. *Manual de Geriatria, Por que envejecen las celulas*. Chile : PUC, 2000.
2. Ersan, Tulay *Care of the surgical patient: Perioperative management and techniques..*. New York : s.n., 2001.
3. Yeo C, DeMeester S, McFadden D, Matthews J, James W. Surgery of the Alimentary Tract of Shackelford. [Internet]. Philadelphia, 1996. Intestinal obstruction. Pág. 375-416. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/book/9780323402323/shackelfords-surgery-of-the-alimentary-tract-2-volume-set#book-info>
4. Fevang Bt, Fevang J, Stangeland L, Lodre Soreide Odd, Et al. Complications and death after surgical of small bowel obstruction: a 35 year institutional experience. *Annals of surgery*. 2000.
5. Montes M, Cafarena A. Hospital Universitario “Virgen de la Victoria”. Obstrucción intestinal. [Internet]. Disponible en: <https://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%%20y%20Emergencias/obsint.es.pdf>
6. Patiño J.F. Lecciones de cirugía. Editorial medica panamericana. Bogotá 2000. Obstrucción intestinal, paginas 547-555.
7. Ruiz-Tovar, Jaime, Morales-Castiñeiras, Vicente, Lobo-Martínez, Eduardo, Complicaciones posoperatorias de la cirugía colónica. *Cirugía y Cirujanos* [Internet]. 2010;78(3):283-291.[Internet]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/662/66219081015.pdf>

8. Bermúdez A., Rivero A., Barroetabeña Y., Padierna R. Caracterización de los pacientes con Abdomen Agudo Quirúrgico atendidos en el Centro Médico de Diagnóstico Integral. Municipio Pampán. REVISTA MEDICIEGO. Venezuela. 2020; 18 (Supl.1)
9. Muñoz M., Cirugía abdominal de urgencia en la tercera edad. Hospital Militar Docente Dr. “Mario Muñoz Monroy”. Matanzas. Revista Médica Electrónica. Cuba. 2019; 31 (1).
10. García-Rengifo, RE. Obstrucción intestinal asociada a cirugía de urgencia en el adulto mayor, hospital II – 2. Tarapoto 2015 - 2016. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad nacional de San Martín – Tarapoto. Facultad de Medicina Humana. Tarapoto – Perú. 2018. [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2611/medicina%20-%20garcia%20rengifo%20-%20rodrigo%20enrique.pdf?sequence=1&isallowed>
11. López-Lorenzo, RE. Características clínico epidemiológicas de pacientes intervenidos por obstrucción intestinal por bridas y adherencias en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, durante el año 2016”. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional del Centro del Perú. Facultad de Medicina Humana. 2016[Internet]. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/1548>

ANEXO A

CARTA DE APROBACION DEL COMITÉ DE BIOETICA CHET



Valencia, 25 de Abril del 2022

Ciudadano (a):  
ALEXANDER BASTIDAS  
CIRUGIA GENERAL  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
En sus manos.-

Por medio de la presente nos dirigimos a usted en la oportunidad de dar respuesta a su comunicación S/N recibida en Marzo 2022 referente a la solicitud de autorización de Proyecto de Investigación Titulado:

**"FRECUENCIA Y PRINCIPAL ETIOLOGIA DE OBSTRUCCION INTESTINAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN SERVICIO DE CIRUGIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA DR. ENRIQUE TEJERA. PERIODO MARZO – OCTUBRE 2022."**

Valencia, 25 de Abril del 2022

Me permito informarle, que el mismo fue presentado ante la Comisión de Investigación y Ética de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", la cual decidió: **APROBAR** su solicitud.

CIRUGIA GENERAL  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
En sus manos.- Sin otro particular, nos subscribimos de Usted,

Por medio de la presente, **Atentamente**, a usted en la oportunidad de dar respuesta a su comunicación S/N recibida en Marzo 2022 referente a la solicitud de autorización de Proyecto de Investigación Titulado:

**COMITÉ DE ETICA**

Dr. José Benjamín Sánchez  
COMITÉ DE INVESTIGACION  
Coordinación de Investigación  
Y Educación

JBS/XI Sin otro particular, nos subscribimos de usted.

Atentamente,

Avenida Lisandro Alvarado-Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"  
Valencia. Estado Carabobo Teléfonos 0241-8610000 - 8610274  
COMITÉ DE ETICA



## ANEXO B

### FICHA DE REGISTRO

| HISTORIA                                       |                                | FECHA/AÑO                          |                                     |
|--|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>GRUPO ETÁREO</b>                            |                                |                                    |                                     |
| <b>Edad (años)</b>                             |                                | <b>Sexo</b>                        | Femenino                            |
|  |                                |                                    | Masculino                           |
| <b>CARACTERIZACIÓN CLÍNICA</b>                 |                                |                                    |                                     |
| <b>TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE<br/>LOSSÍNTOMAS</b>  | <24 hrs                        | <b>MANIFESTACIONES<br/>CLÍNICO</b> | Dolor abdominal                     |
|  | 24-48 hrs                      |                                    | Vómitos                             |
|  | >48 hrs                        |                                    | Distensión abdominal                |
|  |                                |                                    | Detención de tránsito<br>intestinal |
|  |                                |                                    | Shock séptico                       |
| <b>HALLAZGOS ETIOLÓGICOS TRANSOPERATORIOS</b>  |                                |                                    |                                     |
| Tumores  |                                | Perforados.                        |                                     |
|  |                                | Emplastronados                     |                                     |
|  |                                | Abscedados                         |                                     |
| Enfermedad<br>Diverticular                     |                                | Divertículo Perforado.             |                                     |
|  |                                | Divertículos Abscedados            |                                     |
| Infarto Mesentérico                            |                                | Necrosis Intestinal                |                                     |
|  |                                | Perforación intestinal             |                                     |
| Hernias, Bridas, Vólvulos o<br>Invaginaciones. |                                | Isquemia Intestinal.               |                                     |
| <b>COMPLICACIONES Y EGRESO</b>                 |                                |                                    |                                     |
| <b>COMPLICACIONES<br/>POSTQUIRÚRGICAS</b>      | No presentó<br>complicaciones. | <b>CONDICIONES DE EGRESO</b>       | Egreso Satisfactorio                |
|  | Presentó Complicaciones        |                                    | Infección de Sitio Qx.              |
|  | Falleció                       |                                    | Tiempo                              |
| Observaciones:                                 |                                |                                    |                                     |

Ficha elaborada por el autor (Bastidas 2022).