



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”



CARACTERIZACIÓN CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES
INTERVENIDOS POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. PERÍODO 2017-2021

AUTOR:
YHORDAN E. GARCÍA S.

BÁRBULA, OCTUBRE DE 2022



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”



CARACTERIZACIÓN CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES
INTERVENIDOS POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. PERÍODO 2017-2022

Trabajo Especial de Grado presentado ante el Área de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo como requisito para optar al Título de: Especialista en Cirugía General

AUTOR:

YHORDAN E. GARCÍA S.

C. I. N° V-22.740.541

TUTOR CLÍNICO:

MELISSA ECHENIQUE

C. I. N° V-15.859.418

BÁRBULA, OCTUBRE DE 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:

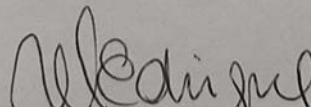
CARACTERIZACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES INTERVENIDOS POR OBSTRUCCION INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO " DR ANGEL LARRALDE". PERIODO 2017 AL 2021

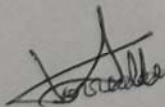
Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

GARCIA S., YHORDAN E.
C.I. V – 22740541

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Melissa Echenique C.I. 15859418, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

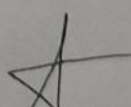
Acta que se expide en valencia, en fecha: **04/05/2023**


Prof. Melissa Echenique
(Pdte)
C.I. 15859418
Fecha 04/05/2023


Prof. Edgar Torrealba
C.I. 39.654.954
Fecha 04/05/2023

TG:143-22




Prof. Alexis Riera
C.I. 7495425
Fecha 04/05/2023

TG-CS: 143-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

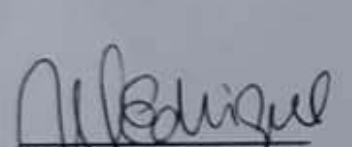
Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"CARACTERIZACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES INTERVENIDOS POR OBSTRUCCION INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO " DR ANGEL LARRALDE". PERIODO 2017 AL 2021" Presentado por el (la) ciudadano (a): **GARCIA S., YHORDAN E.** titular de la cédula de identidad N° **V-22740541**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 31/04/2023 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 04/05/2023.

RESOLUCIÓN

Aprobado: X Fecha: 04/05/23 *Reprobado: _____ Fecha: _____.

Observación: _____


Presidente del Jurado
Nombre:
Melissa Echevarri
C.I. **15859418**


Miembro del Jurado
Nombre:
Edgar Torrealba
C.I. **39654954**


Miembro del Jurado
Nombre:
Alex Riera
C.I. **7447425**

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	9
MATERIALES Y MÉTODOS.....	16
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	26
RECOMENDACIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS	
A: Operacionalización de variables.....	30
B: Instrumento de recolección de datos.....	31
C; Cuadro de actividades o Diagrama de Grantt.....	33



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”



CARACTERIZACIÓN CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES
INTERVENIDOS POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. PERÍODO 2017-2022

Autor: Yhordan García
Tutor Clínico: Melissa Echenique
Noviembre, 2022

RESUMEN

La obstrucción intestinal es un síndrome caracterizado por la detención de líquidos, heces o gases en los tramos intestinales y representa una de las principales urgencias quirúrgicas. El presente estudio tuvo como objetivo general analizar clínica-epidemiológicamente los pacientes intervenidos por obstrucción intestinal en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Edo. Carabobo en el período noviembre 2017-2022. Metodológicamente, fue un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, diseño no experimental, transversal, cuya muestra fue de tipo no probabilística, intencional, conformada por 51 casos. La recolección de la información fue por observación directa y una guía de observación tomando en cuenta las dimensiones e indicadores de los objetivos propuestos. Los resultados evidencian una mayor representatividad del género femenino (58.8%) y la edad se ubicó entre los 61 y 75 años (37.7%). Entre los signos, síntomas y causas se halló el dolor abdominal en el (100.0%), vómitos en un (64.7%) y distensión abdominal en el (49.0%) de los pacientes; siendo la causa principal bridas y adherencias en conjunto con la hernia de pared abdominal (31.4%) en cada caso. El tratamiento quirúrgico y la localización anatómica de la obstrucción intestinal fue la adherensiólisis (41.2%) y la resección y anastomosis (37.3%). La localización anatómica fue el íleon en el (68.6%). Finalmente, entre las complicaciones destaca la infección de sitio quirúrgico (13.7%) y el número de cirugías se debió a evisceración, infección del sitio quirúrgico, necrosis de ostomía en el (3.9%) de los casos; la estancia hospitalaria fue de 2-6 días en el (64.7%) de los pacientes.

Palabras Clave: obstrucción intestinal, intervención, epidemiológico.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE"**



**CLINICAL – EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF PATIENTS
OPERATED ON FOR INTESTINAL OBSTRUCTION AT THE UNIVERSITY
HOSPITAL "DR. ÁNGEL LARRALDE". PERIOD 2017-2022**

Autor: Yhordan García
Tutor Clínico: Melissa Echenique
Noviembre, 2022

ABSTRACT

Intestinal obstruction is a syndrome characterized by the arrest of fluids, feces or gases in the intestinal tracts and represents one of the main surgical emergencies. The general objective of this study was to analyze clinically-epidemiologically patients operated on for intestinal obstruction at the University Hospital "Dr. Ángel Larralde", Edo. Carabobo in the period November 2017-2022. Methodologically, it was a descriptive, observational and retrospective study, non-experimental, cross-sectional, whose sample was non-probabilistic, intentional, consisting of 51 cases. The collection of information was by direct observation and an observation guide taking into account the dimensions and indicators of the proposed objectives. The results show a greater representation of the female gender (58.8%) and the age was between 61 and 75 years (37.7%). Among the signs, symptoms and causes was abdominal pain in the (100.0%), vomiting in one (64.7%) and abdominal distension in (49.0%) of patients; being the main cause flanges and adhesions in conjunction with abdominal wall hernia (31.4%) in each case. The surgical treatment and anatomical location of the intestinal obstruction were adherencesiolysis (41.2%) and resection and anastomosis (37.3%). The anatomical location was the ileum in (68.6%). Finally, among the complications, surgical site infection (13.7%) stands out and the number of surgeries was due to evisceration, surgical site infection, ostomy necrosis in (3.9%) of cases; The hospital stay was 2-6 days in (64.7%) of patients.

Keywords: intestinal obstruction, intervention, epidemiological

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal, refiere a un conjunto de síntomas y signos “que se pueden producir por diversas patologías lumbinales (bezoares, litos), extralumbinales (adherencias) o intramurales (enfermedad de Crohn) del tracto gastrointestinal, peritoneales y sistémicas, que dan como problema principal la imposibilidad de expulsar gases y evacuar el contenido intestinal” (1). Por otra parte, se considera que el 20% de estas afectaciones representan las admisiones a nivel quirúrgico que demandan su intervención de forma frecuente.

Entre los principales síntomas se encuentran, dolor abdominal, distensión abdominal, vómitos, estreñimiento y ausencia de evacuaciones y flatos (2). Es decir, que imposibilita de manera completa el paso de alimentos, secreciones digestivas, líquidos y gases por medio de los intestinos.

Al respecto, la literatura refiere que dicha obstrucción puede generarse en cualquier parte o segmento del intestino delgado o grueso de forma completa o parcial. Por tal motivo, el fragmento del intestino que se encuentra en la parte inferior de la obstrucción continúa realizando sus funciones con normalidad; la misma se dilata en la medida que contiene alimentos, secreciones digestivas, líquidos, gases. Si la obstrucción no se trata, el intestino puede perforarse, liberando su contenido y causando inflamación e infección de la cavidad abdominal” (1).

Ahora bien, las causas de la obstrucción intestinal varían en función de la edad del paciente y de la localización. De acuerdo a la diversidad de la literatura existente se conoce que, en niños pequeños o recién nacidos se presenta debido a un defecto congénito conocido como el síndrome del tapón de meconio, siendo ésta una dura masa contentiva de contenido intestinal, “una torsión de un asa intestinal (vólvulo), el estrechamiento o la ausencia de una parte del intestino (atresia

intestinal) o la invaginación de un segmento de intestino dentro de otro (invaginación intestinal o intususcepción)” (1).

Mientras que, en pacientes adultos las causas se deben con mayor frecuencia a “bandas de tejido cicatricial derivado de cirugías abdominales previas (adherencias), partes del intestino que protruyen por una abertura anómala (hernia) y tumores” (1).

En vista de ello, las probabilidades de las causas antes mencionadas dependen en gran medida de la parte afectada del intestino, puesto que, “la obstrucción del primer segmento del intestino delgado (duodeno) puede ser causada por un cáncer de páncreas, la cicatrización patológica derivada de una úlcera o la enfermedad de Crohn” (1). En otras ocasiones, este es obstruido por cálculos biliares, alimentos sin digerir que forman masas y la aparición de parásitos. Por otra parte, la obstrucción del intestino grueso puede deberse a la presencia de diverticulitis, cáncer e impactación fecal, ya que la obstrucción del intestino grueso es menos frecuente por adherencias y vólvulos.

Dicho esto, es de conocimiento que las adherencias intraperitoneales representan una de las principales obstrucciones intestinales, se generan y desarrollan “entre las superficies sin peritoneo de los órganos abdominales, mesenterios y la pared abdominal; el sitio más común de formación de adherencias es entre el epiplón mayor, y la pared abdominal anterior” (3).

Actualmente, en EEUU se realizan más de 250,000 resecciones colorrectales anualmente, y del 24 al 35% de ellos desarrollarán una complicación. Así pues, la carga clínica y económica de estas complicaciones es enorme, y las cirugías colorrectales se han puesto de relieve específicamente como un punto de morbilidad quirúrgica potencialmente prevenibles (3).

Comprendiendo a las adherencias intraperitoneales como cicatrices congénitas o postraumáticas entre superficies desunidas normalmente a nivel peritoneal, mayormente, se producen luego de intervenciones quirúrgicas que propician un trauma peritoneal, el tejido de la cicatriz anormal puede formar entre las superficies peritoneales que son normalmente libres, lo que resulta en la formación de adherencias definitivas (4).

Bajo tal aseveración, se confirma que las adherencias en un 75% son responsables de la obstrucción intestinal, infertilidad en mujeres y dolores pélvicos crónicos debido a una cirugía previa abdominal. De acuerdo a Correa *et al*, se operan anualmente 300.000 pacientes en los Estados Unidos para tratar obstrucciones del intestino delgado debido a las adherencias, las cuales generan en la población incapacidad laboral y hospitalizaciones para recibir tratamiento como primera alternativa. Sin embargo, pese al uso de medicamentos como medida de prevención de las adherencias entre ellos, antibióticos, antiinflamatorios, bioquímicos y barreras físicas, no se ha obtenido efectividad para la prevención de adherencias postoperatorias (3). No obstante, para efectos de la presente investigación han de considerarse las diferentes causas antes mencionadas.

En este mismo orden de ideas, Cárdenas, Agamez y Parra expresan que, a nivel mundial la prevalencia de la obstrucción intestinal maligna se encuentra entre el 3% y el 15% de acuerdo a la revisión de las series. Sin embargo, entre el 5 y el 51% se presentan en pacientes con tumores de ovario, y del 10-28%, en pacientes con tumores gastrointestinales. Otros tumores relacionados incluyen: gástrico (6-19%), de páncreas (6-13%), de vejiga (3-10%) y de endometrio (3-11%) (5).

A tono con ello, es evidente que, la obstrucción intestinal puede generar altos índices de mortalidad y morbilidad de forma considerable, lo cual varía desde un

3% para obstrucciones intestinales simples hasta un 30% para los casos donde se presentan alteraciones vasculares o perforaciones del intestino obstruido, siempre en función de las características clínicas y comorbilidades vinculadas (6).

Lo ante expuesto, confirma que esta afectación es una problemática periódica que depende en gran medida de los métodos empleados para el manejo bien sea, conservador o quirúrgico, ya que la obstrucción intestinal futura recurrirá en alrededor del 12% de los pacientes luego de tratamiento conservador primario y en 8 a 32% después de manejo operatorio de obstrucción intestinal adhesiva (7).

En consecuencia, se estima que cerca del 80% de las obstrucciones intestinales se producen en el intestino delgado, mientras que el 20% restante se genera en el colon; además, existe una incidencia en el sexo masculino entre los rangos de 60 y 74 años (8,9). Entre las causas de las obstrucciones producidas en el intestino delgado se encuentran: 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 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 colorectal se manifiesta *de novo* como una obstrucción intestinal), vólvulos colónicos (10-15%) y diverticulitis (10%). (8)

Por las razones antes expuestas, se hizo menester la búsqueda exhaustiva de investigaciones a nivel nacional e internacional a través de buscadores digitales que cuentan con el aval científico, para conocer las nuevas tendencias y datos de pacientes intervenidos por obstrucción intestinal durante los últimos seis años a fin de aportar sustento teórico a la investigación.

En primer lugar, se tiene el trabajo realizado en Perú por López en el año 2017, que tuvo por objetivo describir las características epidemiológicas, clínicas y resultado precoz del tratamiento quirúrgico de pacientes intervenidos por bridas y adherencias en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo durante el año 2016. Por medio de un estudio descriptivo, transversal, observacional, de serie de casos, recurrieron a la revisión de 49 historias clínicas, obteniendo como resultados que el 63.27% de la población fueron hombres y 36.73% mujeres, con predominancia en edades superiores a los 65 años de edad.

El dolor abdominal estuvo presente en el 100%, vómitos en un 81.6% y distensión abdominal con 36.7% de todos los pacientes. El tratamiento con más empleo fue lisis de bridas y adherencias con 61.3%; en el 26.5% de los casos se empleó lisis de bridas y adherencias más resección y anastomosis, y en el 12.2% se empleó lisis de bridas y adherencias más ileostomía; del total de pacientes, presentaron complicaciones quirúrgicas el 26.52%, dentro de las cuales la infección de sitio operatorio estuvo presente en 10.2%. Por otra parte, se evidenció una tasa de mortalidad del 6.1% del total de pacientes por causa de sepsis foco abdominal (9).

Seguidamente, Chorres en el año 2019, consumó una investigación en Perú sobre la Obstrucción Intestinal en pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa, Piura, con la finalidad de describir las características sociodemográficas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes atendidos por Obstrucción Intestinal en el mencionado hospital. Se trató de un estudio descriptivo, con corte transversal y diseño observacional no experimental, el cual arrojó como resultados que los pacientes intervenidos presentaron una media de edad de 56 años, siendo del sexo masculino el 70% de la población y 30% femenino, casados en un 56.7% y el 86.7% presentaba un nivel socioeconómico bajo; mientras que, el 51.1% eran provenientes de zonas rurales y el 38.9%

presentaba grado de instrucción. En cuanto a las características clínicas con mayor predominio fueron el tiempo de la enfermedad con más de 7 días en el 43.3% de los sujetos, un inicio de enfermedad insidiosa en el 68% y el 88% evidenció síntomas progresivos como la distensión abdominal en el 92.2% de los casos; finalmente, el 60% manifestó comorbilidades; 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 (10).

Por otra parte, en Ecuador, Lanchi, en el año 2019, llevó a cabo una investigación que tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a la obstrucción intestinal en el Servicio de Pediatría del Hospital de Especialidades “José Carrasco Arteaga”, durante el período 2014-2018. Para ello, recurrió a un estudio observacional, transversal y retrospectivo, del cual se recolectaron datos provenientes de 142 historias clínicas previo cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos para tal fin. Sus resultados demostraron que la prevalencia por obstrucción intestinal fue del 38% en niños entre los 5 y 9 años de edad en un 27.8%, varones con el 59.3% y con bajo peso en el 57.4% de los casos. Los síntomas más representativos fueron dolor y distensión abdominal en un 79.6% y 72.2%, respectivamente. Mientras que, el 55.6% requirieron intervención quirúrgica y el 73.3% a cirugías abiertas; posteriormente, el 33.3% de éstos presentó perforación intestinal, el 40% desarrolló íleo paralítico y el otro 26.7% tuvo reintervención por estenosis intestinal. Por tanto, se presentó relación entre las malformaciones congénitas y las complicaciones clínicas, con una alta prevalencia de obstrucción intestinal (11).

Finalmente, Torrealba, en el año 2021 consumó una investigación en Venezuela, que tuvo como objetivo Analizar los factores epidemiológicos de la obstrucción intestinal en pacientes intervenidos de emergencia por el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el período 2017-2020. Recurrió a un trabajo observacional y descriptivo con un diseño de corte transversal y retrospectivo, donde la muestra la representó 74 pacientes diagnosticados con obstrucción intestinal. Entre los resultados arrojados, la edad predominante fue de 54.41 años, representado en el 56.76% de los casos por el sexo masculino; los síntomas más referidos correspondieron al dolor abdominal en el 100% de la población y vómitos en el 93.24% de los mismos. Entre las principales causas se encontró las bridas en el 40.54% de los pacientes y la laparotomía exploradora constituyó la conducta terapéutica mayormente empleada con el 85.14%, ocupando la adherenciólisis un 40.54% de los casos. En cuanto al tiempo quirúrgico, el promedio fue de 173,11 minutos y sólo el 35.14% de los pacientes presentó complicaciones, siendo la infección del sitio quirúrgico la más resaltante, y se contó con alta médica en el 91.89% de los casos (6).

Sobre los argumentos expuesto hasta el momento, se reitera la relevancia de la investigación en curso, puesto que resulta menester contar una base de datos a nivel clínico y epidemiológico de los pacientes intervenidos por obstrucción intestinal y, de esta manera, plantear acciones que permitan minimizar o prevenir las complicaciones dentro del acto quirúrgico.

Por tal motivo, es imperante la realización de investigaciones que contribuyan a la práctica médica para transformar la necesidad de los pacientes intervenidos en el recinto hospitalario sede del estudio.

Por otra parte, se busca incrementar los estudios sobre la variable obstrucción intestinal a fin de contar con el aval científico y metodológico dentro del nosocomio

para la realización de futuras investigaciones del área y líneas de investigación, tomando como punto de partida los hallazgos del proceso investigativo a partir de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes intervenidos por obstrucción intestinal en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” ubicado en el municipio Naguanagua, Valencia. Edo. Carabobo en el período noviembre 2017-2022.

Objetivo General

Analizar clínica y epidemiológicamente los pacientes intervenidos por Obstrucción Intestinal en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” ubicado en el municipio Naguanagua, Valencia. Edo. Carabobo en el período noviembre 2017-2021.

Objetivos específicos

- Caracterizar los pacientes intervenidos de acuerdo a la edad y sexo.
- Diagnosticar los signos, síntomas y causas que generaron la obstrucción intestinal en la muestra de estudio.
- Identificar el tratamiento quirúrgico y la localización anatómica de la obstrucción intestinal.
- Determinar las complicaciones y la estancia hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación fue de tipo descriptiva, observacional y retrospectiva con un diseño no experimental, de corte transversal. La población la conformó los pacientes intervenidos por cuadro clínico de Obstrucción Intestinal en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, ubicado en el municipio Naguanagua del Estado Carabobo durante el período noviembre 2017-2021. En cuanto a la muestra, fue

de tipo no probabilística e intencional, puesto que se establecieron criterios de selección en concordancia con los fines que pretende el estudio.

Para la recolección de la información se utilizó como técnica la observación directa y como instrumento, una guía de observación diseñada por el autor tomando en cuenta las dimensiones e indicadores de los objetivos propuesto en la investigación (Ver Anexo B).

El procedimiento utilizado consistió en primer momento, en la identificación de las características del paciente en cuanto a edad, sexo y antecedentes de cirugía abdominal previa, la cual fue reflejada en la guía de observación.

Acto seguido, se identificó por medio de las historias clínicas los signos y síntomas que presentaron los pacientes tales como dolor abdominal, vómitos, ausencia de evacuaciones y distensión abdominal.

Por otro lado, etiologías tales como bridas y adherencias, vólvulos, entre otros. Finalmente, se procedió a determinar el tratamiento quirúrgico efectuado en cada uno de los pacientes.

Culminado el proceso de recolección de la información, el tratamiento estadístico que se empleó para variables categóricas, fue descriptivo, considerando las frecuencias absolutas y porcentajes del estudio clínico-epidemiológico de cada dimensión e indicadores antedichos en el cuadro de operacionalización de las variables, los cuales se procesaron con ayuda del programa SPSS 23® de licencia libre, con la finalidad de mostrar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

RESULTADOS

La población que conformó el estudio quedó delimitada por 300 historias clínicas resguardadas en el Departamento de Estadísticas e Historias Médicas del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, ubicado en el Municipio Naguanagua, Edo. Carabobo, tomando como período de estudio el comprendido desde noviembre 2017 – noviembre 2022, de las cuales fueron descartadas 249 ya que no cumplieron con los criterios de selección establecidos por el investigador, registro e información completa requeridos.

La muestra la conformó el total de historias clínicas restante, es decir, 51 casos, debido a que éstas poseían la información completa para llevar a cabo el estudio y cumplían con los requerimientos a los fines propuestos. En consecuencia, se procede a mostrar los hallazgos del estudio en función de los objetivos planteados:

TABLA 1
CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE ACUERDO A EDAD Y SEXO

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	30	58.8
	Masculino	21	41.2
	Total	51	100.0

Edad	15-30	4	7.8
	31-55	4	7.8
	46-60	12	23.5
	61-75	19	37.3
	76-90	11	21.6
	>91	1	2.0
	Total	51	100.0

Fuente: Datos propios de la investigación (García, 2022)

Se observa que de las 51 historias clínicas tomadas en cuenta para el estudio, 30 pertenecieron al género femenino (58.8%) y 21 al masculino (41.2%); las edades quedaron establecidas por rangos, dentro de los cuales 4 pacientes tuvieron edades entre los 15 y 30 años (7.8%) y otros 4 entre 31 y 55 años de edad (7.8%). Seguidamente, 12 pacientes entre los 46 y 60 años (23.5%), 19 pacientes entre los 61 y 75 años, siendo el porcentaje más representativo (37.3%), otros 11 pacientes con 76 y 90 años (21.6%) y un sólo paciente con más de 91 años de edad (2.0%).

TABLA 2
SIGNOS, SÍNTOMAS Y CAUSAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS

Signos y síntomas de la obstrucción intestinal	Frecuencia	Porcentaje
Dolor abdominal	51	100.0
Distensión abdominal	25	49.0
Vómitos	33	64.7
Cambios de patrón evacuatorio	2	3.9
Ausencia de evacuaciones y flatos	27	52.9
Dolor abdominal y distensión	6	11.8
Dolor y distensión abdominal, vómitos y ausencia de evacuaciones	17	33.3
Dolor y distensión abdominal y ausencia de evacuaciones	2	3.9
Dolor abdominal y ausencia de evacuaciones	8	15.7
Cambios de patrón evacuatorio y dolor abdominal	2	3.9
Dolor abdominal y vómitos	16	31.4
Causas	Frecuencia	Porcentaje
Bridas y Adherencias	16	31.4
Vólvulo	6	11.8
Hernia de pared Abdominal	16	31.4
Divertículo	2	3.9
Tumor	10	19.6
Fecaloma	1	2.0
Total	51	100.0

Fuente: Datos propios de la investigación (García, 2022)

Se puede observar que entre los signos y síntomas más recurrentes en la muestra bajo estudio, primeramente fue el dolor abdominal en los 51 pacientes (100.0%),

seguido de vómitos en 33 pacientes (64.7%); la distensión abdominal estuvo presente en 25 pacientes (49.0%); mientras que la ausencia de evacuaciones y flatos se hizo presente en 27 pacientes (52.9%).

Posteriormente, se evidenció que un paciente podría presentar diversos signos y síntomas, en razón de ello, se cuantificaron de acuerdo a lo registrado en las historias clínicas obteniendo que, 17 pacientes presentaron dolor, distensión abdominal, vómitos y ausencia de evacuaciones (33.3%) y otros 34 no (66.7%). 2 pacientes con dolor y distensión abdominal y ausencia de evacuaciones (3.9%) y otros 49 no (96.1%). Por otra parte, 8 pacientes con dolor abdominal y ausencia de evacuaciones (15.7%) y en otros 43 no (84.3%); nuevamente, 2 pacientes con cambios de patrón evacuatorio y dolor abdominal (3.9%) y ausentes en 49 pacientes (96.1%); finalmente, dolor abdominal y vómitos en 16 pacientes (31.4%) y ausentes en el resto de los 35 pacientes (68.6%).

Ahora bien, entre las causas resaltaron bridas y adherencias en 16 pacientes (31.4%) y de igual forma por hernia de pared abdominal respectivamente (31.4%). Otros 6 paciente por vólvulo (11.8%), 2 pacientes por divertículo (3.9%), 10 pacientes por tumor (19.6%) y uno por motivo de fecaloma (2.0%).

TABLA 3
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL

		Frecuencia	Porcentaje
Tratamiento quirúrgico de la obstrucción intestinal	Hemicolectomía Izquierda	2	3.9
	Resección y Anastomosis	19	37.3
	Ostomía	5	9.8
	Adherenciólisis	21	41.2
	Desvolvulación	3	5.9
	Desimpactación fecal	1	2.0
	Total	51	100.0
		Frecuencia	Porcentaje
Localización anatómica de la obstrucción intestinal	Yeyuno	1	2.0
	Ileon	35	68.6
	Colon Ascendente	1	2.0
	Colon transverso	1	2.0
	Colon descendente	3	5.9
	Colon sigmoides	5	9.8
	Recto	5	9.8
	Total	51	100.0

Fuente: Datos propios de la investigación (García, 2022)

Tal como se observa, el tratamiento quirúrgico que recibieron 2 pacientes fue Hemicolectomía Izquierda con el (3.9%), 19 pacientes con Resección y Anastomosis (37.3%), otros 5 con Ostomía (9.8%) y 21 pacientes con Adherenciólisis (41.2%). Mientras que, 3 pacientes requirieron Desvolvulación (5.9%) y un sólo paciente Desimpactación fecal (2.0%).

En cuanto a la localización anatómica, se observó obstrucción intestinal en Yeyuno, colon Ascendente y transverso, con un solo caso para cada localización señalada, lo cual representa un 2.0% de la totalidad de la casuística estudiada; otros 35 pacientes presentaron como localización de la obstrucción el Íleon, siendo esto el 68.6% de los casos; 3 en colon descendente (5.9%) y en colon sigmoides y recto, se observó 5 pacientes en cada caso (9.8%).

TABLA 4
COMPLICACIONES Y ESTANCIA HOSPITALARIA DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

		Frecuencia	Porcentaje
Complicaciones	Evisceración	4	7.8
	Infección del Sitio Quirúrgico	7	13.7
	Necrosis de Ostomía	2	3.9
	Peritonitis	0	0.0
	Fuga Anastomótica	5	9.8
	Colección intraabdominal	2	3.9
	Ninguna	31	60.8
	Total	51	100.0
		Frecuencia	Porcentaje
Estancia Hospitalaria	2-6 días	33	64.7
	7-15 días	13	25.5
	16-29 días	4	7.8
	Mayor a 30 días	1	2.0
	Total	51	100.0

Fuente: Datos propios de la investigación (García, 2022)

Se puede aseverar que, de los 51 pacientes observados, 4 de ellos presentaron evisceración (7.8%), otros 7 presentaron como complicación infección del sitio quirúrgico (13.7%) y 2 pacientes necrosis de ostomía y colección intraabdominal (3.9%), respectivamente; finalmente, 5 pacientes se complicaron por fuga anastomótica (9.8%).

En cuanto al tiempo de Estancia Hospitalaria, tuvo mayor representatividad el intervalo de 2 a 6 días, con un (64.7%) representado por 33 pacientes; otros 13 pacientes tuvieron una estancia entre 7 y 15 días (25.5%), 4 pacientes entre los días 16 y 29 (7.8%) y un sólo paciente con una estancia superior a los 30 días (2.0%).

DISCUSIÓN

La Obstrucción Intestinal afecta de manera grave el tránsito de los alimentos, secreciones digestivas y/o gases por medio de los intestinos, y puede comprometer de manera parcial o completa estos órganos, ocasionando perforaciones si ésta no es tratada a tiempo, puesto que, es liberado el contenido de la misma a la cavidad peritoneal acarreando dolor, inflamación e infecciones de la misma. Por tal motivo, su diagnóstico temprano permite tratar esta afección disminuyendo así su mortalidad.

Con base a lo ante expuesto, es imperante la examinación clínica del paciente para identificar los síntomas y causas de la obstrucción intestinal; posteriormente, conocer el tratamiento e indicar acciones para evitar las sabidas consecuencias de esta patología en estudio. Es así como, se pretendió caracterizar a los pacientes intervenidos por obstrucción intestinal en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” ubicado en el municipio Naguanagua, del Estado Carabobo durante el período noviembre 2017-2021.

Entre las características, se obtuvo que 30 pacientes pertenecieron al género femenino (58.8%) y 21 al género masculino (41.2%). Estos resultados contrastan con lo observado por los autores revisados ya en éstos predominó el género masculino sobre el femenino (6,9,10,11).

En cuanto a la edad, se encontró un mayor predominio en el rango etario de los 61 y 75 años de edad (37.3%), seguidos de 12 pacientes entre los 46 y 60 años (23.5%) y 11 entre los 76 y 90 años de edad (21.6%). Mientras que, otros 4 pacientes estuvieron en los rangos de 15 y 30 años (7.8%) en conjunto con los 31 y 55 años de edad, respectivamente. Un sólo paciente presentó una edad superior a los 91 años (2.9%). Esto se corresponde con lo observado por López (2017) en su estudio realizado en Perú, donde la edad con mayor prevalencia fue de 65 años

(9), pero contrasta con Chorres (10) y con Torrealba (6), por cuanto en esas investigaciones el rango de edad se ubicaba por debajo de 56 años.

Sobre los signos, síntomas y causas de la obstrucción intestinal se tuvo de manera significativa el dolor abdominal en los 51 pacientes (100.0%), seguidamente, vómitos en 33 pacientes (64.7%) y en 25 pacientes la distensión abdominal (49.0%). La ausencia de evacuaciones y flatos en 27 pacientes (52.9%) y 2 pacientes con cambios de patrón evacuatorio. Del mismo modo, es importante mencionar que se reflejaron pacientes con varios signos y síntomas en conjunto, tal es el caso de 17 pacientes con dolor distensión abdominal, vómitos y ausencia de evacuaciones (33.3%). Los hallazgos obtenidos son semejantes en cuanto a los porcentajes referidos por López (9) y por Torrealba (6) donde el dolor abdominal estuvo presente en el 100% de la población y vómitos en menor porcentaje (81.6%), pero con incrementos en la distensión abdominal del 36.7% de todos los pacientes evaluados por los autores antes citado.

En lo que respecta a las causas o etiología de la Obstrucción Intestinal, prevaleció el ítem bridas y adherencias en 16 pacientes y hernia de pared abdominal (31.4%), en cada caso. Mientras que en 10 pacientes fue el ítem tumor (19.6%), 6 pacientes por vólvulo (11.8%), 2 por divertículo (3.9%) y un paciente por fecaloma (2.0%). Dichas observaciones se corresponden medianamente con la literatura revisada.

Por otra parte, el tratamiento quirúrgico con mayor predominio fue la adherenciólisis en 21 pacientes (41.2%), seguido de 19 pacientes con Resección y Anastomosis (37.3%), 5 con Ostomía (9.8%), 3 pacientes requirieron desvolvulación del segmento intestinal comprometido (5.9%); y 2 pacientes con hemicolectomía Izquierda con el (3.9%) y uno con desimpactación fecal (2.0%).

Este resultado es similar al encontrado por Torrealba (6) quien refirió 40.54% de lisis de adherencias, pero no así con López donde la adherenciólisis alcanzó un 61.3% de su casuística.

Sobre la localización anatómica de la obstrucción intestinal, 35 pacientes en Íleon con el (68.6%), 5 pacientes en colon sigmoides y recto en cada caso (9.8%), 3 en colon descendente (5.9%). Y un solo paciente con localización en Yeyuno, colon Ascendente y transversal (2.0%), respectivamente. Dichos resultados se corresponden con los hallazgos expresados por Chorres (2019) en Perú, en cual afirma que la localización anatómica más frecuente fue el íleon con un 35%, pero con diferencias en la etiología más común fue vólvulo intestinal con un 32%, el procedimiento quirúrgico más realizado fue la resección intestinal + anastomosis con un 32% (10).

Finalmente, las complicaciones con mayor relevancia fueron en 7 pacientes con infección del sitio quirúrgico (13.7%), 5 pacientes con fuga anastomótica (9.8%), 4 pacientes con evisceración (7.8%) y 2 pacientes con necrosis de ostomía y colección intraabdominal (3.9%), respectivamente. Los hallazgos son similares a lo reportado por López (9) quien acusa como complicación observada la infección del sitio quirúrgico en un 10.2% de sus casos, pero difieren con Torrealba (6) donde, si bien es cierto, fue la infección del sitio quirúrgico la complicación mayormente observada, ésta alcanzó el 35.14% de los pacientes estudiados.

En cuanto a la estancia hospitalaria prevaleció en 33 pacientes un intervalo de 2 a 6 días (64.7%), 7 y 15 días en 13 pacientes (25.5%). Mientras que, 4 pacientes entre los días 16 y 29 (7.8%) y un sólo paciente con una estancia superior a los 30 días (2.0%). Esta variable no se pudo comparar con la bibliografía revisada por cuanto en dichos estudios no fue evaluada específicamente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las características de los pacientes intervenidos de acuerdo a la edad y sexo quedaron identificadas como (58.8%) pacientes femeninas y (41.2%) pacientes masculinos; por lo tanto, se evidenció una mayor representatividad del género femenino para el caso bajo estudio. Y la edad se ubicó entre los 61 y 75 años con el (37.7%).

En cuanto a los signos y síntomas de la obstrucción intestinal en la muestra de estudio se halló el dolor abdominal en el (100.0%) de éstos, seguido de vómitos en un (64.7%) y distensión abdominal en el (49.0%) de los pacientes. La causa más común fue bridas y adherencias en conjunto con la hernia de pared abdominal con el (31.4%), en cada caso.

Por otra parte, sobre el tratamiento quirúrgico y la localización anatómica de la obstrucción intestinal se pudo conocer que la adherenciólisis fue el tratamiento más representativo en el (41.2%) de los casos y la resección y anastomosis con un (37.3%). En cuanto a la localización anatómica prevaleció el íleon en el (68.6%) de los pacientes observados.

En cuanto a las complicaciones y la estancia hospitalaria quedaron determinadas por la infección de sitio quirúrgico en un (13.7%) Mientras que la estancia hospitalaria representativa fue de 2 a 6 días en el (64.7%) de los pacientes.

En vista de ello, se recomienda:

- Dar a conocer los resultados de la presente investigación.
- Promover el estudio etiológico de las infecciones del sitio quirúrgico mediante rastreo bacteriológico en los diferentes ambientes quirúrgicos para así poder tomar medidas de control de infecciones.

- Exhortar a los entes directivos del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” a la actualización del Comité de Infecciones en el centro asistencial y a la reapertura de la Unidad de Bacteriología en el Laboratorio central del Hospital.
- Mantener la evaluación periódica de la evolución epidemiológica de las diferentes patologías quirúrgicas en el recinto de salud para así poder tomar medidas preventivas oportunas, pertinentes y adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parswa A. Obstrucción intestinal. [Online].; 2021 [cited 2022 22 octubre. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-gastrointestinales/urgencias-gastrointestinales/obstrucci%C3%B3n-intestinal>.
2. Medlineplus. Obstrucción intestinal. [Online].; 2021 [cited 2022 22 octubre. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/intestinalobstruction.html>.
3. Correa J, Villanueva G, Medina R, Carrillo R, Díaz A. Intestinal obstruction secondary to postoperative adhesion formation in abdominal surgery. Review. Cirugía y cirujanos. 2015 jul-ago; 83(4).
4. Duron J. Las adherencias intraperitoneales se definen como cualquiera de las cicatrices congénitas o postraumáticas, entre dos superficies peritoneales contiguas que normalmente están desunidas. Después de intervenciones quirúrgicas que dan lugar a un trauma perit. Colorectal Disease. 2007 octubre; 9(s2).
5. Cárdenas , Agamez , Parra S. Obstrucción intestinal maligna. Revisión de tema. Revista Colombiana de eCancerología. 2013; 12(2): p. 77-85.
6. Torrealba B. Estudio de la obstrucción intestinal en pacientes intervenidos de emergencia en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" (HUAL), enero 2017 - agosto 2020: (Trabajo Especial de Grado). Universidad de Carabobo. Venezuela; 2021. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/8788/1/btorrealba.pdf>.
7. Zinner M AS,M. Operaciones abdominales Decimoprimer edición. McGraw Hill interamericana editores SAdGV, editor.

8. Barberán A. GM. Slideshare. [Online].; 2020 [cited 2022 octubre 23. Available from: <https://es.slideshare.net/aduyan/2020-0121->.
9. López R. 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: (Trabajo de Grado). Universidad Nacional del Centro del Perú. Perú; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12894/1548>
10. Chorres S. Obstrucción Intestinal en Pacientes Atendidos en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa: (Trabajo de Grado). Universidad César Vallejo. Perú; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/40358>
11. Lanchi. Prevalencia y factores asociados a la obstrucción intestinal en el servicio de pediatría en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga, 2014 - 2018: (Trabajo de Pregrado). Universidad Católica de Cuenca. Ecuador; 2019. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11057>
12. Marchena-Rodríguez A JPRSSJ.]. Morbimortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal en el Servicio de Cirugía General. Revista Finlay. 2015; 5.
13. Canales R CCCH. Obstrucción Intestinal por Bridas/Adherencias: Proporción y Evolución del Manejo Conservador Honduras UNAdH, editor.; 2017.

ANEXO A

Cuadro de Operacionalización de la variable

Objetivo general	Analizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes intervenidos por obstrucción intestinal en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” ubicado en el municipio Naguanagua, Valencia. Edo. Carabobo en el período noviembre 2021-2022.		
Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
intervenidos por obstrucción intestinal	Personas que presentan “detención completa y persistente del tránsito de las heces y los gases en un segmento del intestino” (6)	Características epidemiológicas	-Edad -Sexo
		Signos, síntomas y causas	-Dolor severo -Distensión abdominal -Vómitos -Gases -Estreñimiento -Ausencia de evacuaciones y flatos
		Tratamiento quirúrgico y localización anatómica	-Hemicolectomía derecha/izquierda -Anastomosis de Hartman -Colostomía -Adherensiolisis -Yeyuno -Íleon -Colon ascendente -Descendente -Transverso -Sigmoides -Recto
		Complicaciones, número y tiempo de las cirugías en estancia hospitalaria	-Evisceración -Isquemia de la ostomía -Perforación -Peritonitis -2 días -7 a 15 días -15 a 21 días -30 días

Fuente: elaboración propia del autor.

ANEXO B

Instrumento de recolección de datos

Características epidemiológicas

Edades	Paciente
15-30 años	
31-45 años	
46-60 años	
61-75 años	
76-90 años	
91-105 años	

Sexo	Paciente
Femenino	
Masculino	

Signos, síntomas y causas	
Dolor abdominal	Paciente
Sí	
No	

Distensión abdominal	Paciente
Sí	
No	

Vómitos	Paciente
Sí	
No	

Cambios de Patrón Evacuatorio	Paciente
Sí	
No	

Ausencia de Evacuaciones y Flatos	Paciente
Sí	
No	

Dolor abdominal y distensión	
Dolor distensión abdominal, vómitos y ausencia de evacuaciones	
Dolor y distensión abdominal y ausencia de evacuaciones	
Dolor abdominal y ausencia de evacuaciones	
Cambios de patrón evacuatorio y dolor abdominal	
Dolor abdominal y vómitos	

Etiología	Paciente
Bridas y Adherencias	
Vólvulo	
Hernia de pared Abdominal	
Divertículo	
Tumor	
Fecaloma	

Tratamiento quirúrgico y localización anatómica	
Tratamiento Quirúrgico	Paciente
Hemicolectomía Derecha	
Hemicolectomía Izquierda	
Resección y Anastomosis	
Ostomía	
Adherenciólisis	
Desvolvulación	
Desimpactación fecal	

Localización Anatómica	Paciente
Yeyuno	
Íleon	
Colon Ascendente	
Colon transverso	
Colon descendente	
Colon sigmoides	
Recto	

Complicaciones, número y tiempo de las cirugías en estancia hospitalaria	
Complicaciones	Paciente
Evisceración	
Infección del Sitio Quirúrgico	
Necrosis de Ostomía	
Peritonitis	
Fuga Anastomótica	
Colección intraabdominal	
Ninguna	

Estancia Hospitalaria	Paciente
2-6 días	
7-15 días	
16-29 días	
Mayor a 30 días	

ANEXO C

Cuadro de actividades o Diagrama de Gantt

ACTIVIDADES	MAR –DIC 2021											ENE – OCT 2022									
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	
Tema de investigación																					
Revisión bibliográfica																					
Introducción																					
Metodología																					
Presentación del proyecto																					
Recolección de datos																					
Análisis y procesamiento de los datos																					
Elaboración del informe final																					
Presentación																					

Autor: Yhordan García

Tutor Clínico: Melissa Echenique