

**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**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE"



**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**

Autora: Betzabeth Torrealba

Enero, 2021



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ANGEL LARRALDE"



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

Autora: Dra. Betzabeth Torrealba

C. I. N° V- 21.021.708

Tutor Clínico: Dra. Loyda Galíndez

C. I. N° V-3.840.404

Enero, 2021



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:

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

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

TORREALBA Q., BETZABETH N.
C.I. V – 21021708

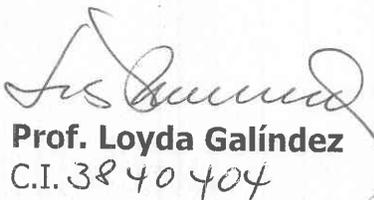
Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Loyda Galíndez C.I. 3840404, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

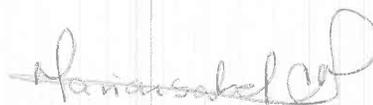
Acta que se expide en valencia, en fecha: **02/07/2021**


Prof. Aliuba Morales (Pdte)

C.I. 10324037

Fecha 02/07/2021


Prof. Loyda Galíndez
C.I. 3840404
Fecha 02-07-2021


Prof. Mariaisabel Cedeño
C.I. 18160885
Fecha 02/07/2021

TG:42-21

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	8
MATERIALES Y METODOS	15
RESULTADOS	16
DISCUSION	22
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	27
BIBLIOGRAFIA	28
ANEXOS:	
A: Aval del Comité de Investigación y Ética del HUAL	30
B: Instrumento de Recolección de Datos	31

Agradecimientos

A Dios quien me dio vida y me guía cada día dándome las fuerzas, voluntad y sabiduría necesarias para cumplir con su propósito y el mío, ayudar a mis pacientes.

A mis padres Gloria y Germán, por ser incondicionales y apoyarme con cariño y disciplina en cada paso de mi vida.

A mi hermana María de Los Ángeles por apoyarme en cada momento de vida.

A mi abuela Meradia Fuentes “Yaya” quien estuvo en todo momento formándome como mi segunda madre. Quien desde el cielo me cuida y me sigue guiando siempre.

A mis Tutores, Dra. Loyda Galindez por ser una madre, amiga y ejemplo a seguir ya que en cada paso de carrera ha estado allí para corregirme y darme sus sabios consejos, mil gracias por aceptar y apoyarme a llevar esta investigación a cabo. Al Prof. Amílcar Pérez, por su paciencia y cariño en este proyecto, y por sacar lo mejor de mí en cada página.

A mi casa de estudio Universidad de Carabobo en conjunto con el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, mi segunda casa. Gracias por cada vivencia, por cada paciente, por los amigos que hice y por ser mi refugio durante estos tres maravillosos años.

Betzabeth Torrealba.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”



**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**

Autora: Dra. Betzabeth Torrealba
Tutor académico: Dra. Loyda Galindez
Año 2021

RESUMEN

La Obstrucción intestinal constituye entre el 20-35% de los ingresos urgentes de las áreas quirúrgicas hospitalarias y su manejo es una causa importante de morbimortalidad institucional. **Objetivo general:** 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. **Metodología:** tipo observacional – descriptivo, con un diseño transversal y retrospectivo. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada conformada por 74 pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal, cuyo criterio de inclusión fue la obstrucción intestinal. Para la recolección se empleó la revisión documental y como instrumento se utilizó una ficha de registro. Los resultados se presentaron en tablas de distribuciones de frecuencias (absolutas y relativas) conforme a los objetivos establecidos. **Resultados:** La mayor cantidad de casos se registró en el año 2020 (25 casos). La edad promedio de 54,41 años \pm 1,99. Siendo el grupo etario más relevante de 41 y 60 años (39,19%). El sexo masculino representó el (56,76%). El síntoma más referido fue el dolor abdominal (100 %) y los vómitos (93,24%). La causa principal de obstrucción intestinal fue las bridas (40,54%). La Laparotomía exploradora fue la conducta terapéutica más empleada (85,14%), seguido de la Adherenciólisis (40,54%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 173,11 min. Sólo 35,14% de los pacientes presentó alguna complicación, siendo más frecuente la infección del sitio quirúrgico. La condición de egreso predominante fue el alta médica con un 91,89%.

Palabras Clave: Obstrucción intestinal, epidemiología, aspectos quirúrgicos, complicaciones.



UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
SPECIALIZATION PROGRAM IN GENERAL SURGERY
VENEZUELAN INSTITUTE OF SOCIAL INSURANCE
"DR. ANGEL LARRALDE" UNIVERSITY HOSPITAL



**STUDY OF INTESTINAL OBSTRUCTION IN PATIENTS UNDERTAKEN
EMERGENCY IN THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT OF THE
UNIVERSITY HOSPITAL "DR. ÁNGEL LARRALDE"(HUAL).
JANUARY 2017 - AUGUST 2020**

Author: Dra. Betzabeth Torrealba
Academic tutor: Dra. Loyda Galindez
Year 2021

ABSTRACT

Intestinal obstruction constitutes between 20-35% of emergency admissions to hospital surgical areas and its management is an important cause of institutional morbidity and mortality. **General objective:** To analyze the epidemiological factors of intestinal obstruction in patients undergoing emergency surgery by the General Surgery service of the "Dr. Ángel Larralde" University Hospital during the period 2017-2020. **Methodology:** observational-descriptive type, with a cross-sectional and retrospective design. The sample was deliberate non-probabilistic, made up of 74 patients with a diagnosis of intestinal obstruction, whose inclusion criterion was intestinal obstruction. Documentary review was used for the collection and a record sheet was used as an instrument. The results were presented in tables of frequency distributions (absolute and relative) according to the established goals. **Results:** The highest number of cases was registered in 2020 (25 cases). The average age of 54.41 years \pm 1.99. Being the most relevant age group of 41 and 60 years (39.19%). The male sex represented (56.76%). The most referred symptom was abdominal pain (100%) and vomiting (93.24%). The main cause of intestinal obstruction was flanges (40.54%). Exploratory laparotomy was the most used therapeutic approach (85.14%), followed by Adherenciolysis (40.54%). The average surgical time was 173.11 min. Only 35.14% of the patients presented some complication, the surgical site infection being more frequent. The predominant discharge condition was medical discharge with 91.89%.

Key Words: Intestinal obstruction, epidemiology, surgical aspects, complications.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal u oclusión intestinal (OI) es la detención completa y persistente del tránsito de las heces y los gases en un segmento del intestino. Es una de las urgencias más frecuente y más graves de la patología abdominal. El diagnóstico y tratamiento precoz se siguen de resultados satisfactorios la mayoría de las veces; por el contrario, la demora terapéutica puede ocasionar daños irreversibles en el intestino con gravísimas complicaciones e, incluso, la muerte del paciente (1).

Hay amplias variaciones de la frecuencia y la causa de obstrucción intestinal en todo el mundo dependiendo del grupo étnico, los hábitos dietéticos y localización geográfica, entre otros factores (2). La OI constituye entre el 20-35% de los ingresos urgentes de las áreas quirúrgicas hospitalarias y el 15% de los ingresos hospitalarios por dolor abdominal; su alta incidencia hace que todo médico de urgencias deba conocer dicha entidad y su manejo, ya que es una causa importante de morbilidad hospitalaria. También es importante en el ámbito de atención primaria donde es frecuente encontrarse con OI en sus estados iniciales y es fundamental un manejo adecuado para evitar su progresión y prevenir complicaciones (3).

La OI produce mortalidad y morbilidad generales considerables. La mortalidad varía desde 3% para las obstrucciones simples, hasta 30% cuando hay alteración vascular o perforación del intestino obstruido, dependiendo de la situación clínica y de otras comorbilidades relacionada o no. Además, la OI suele ser un problema recurrente, que se suma a la morbilidad general de una operación o de manejo no operatorio exitoso. Los índices de recurrencia varían de acuerdo con el método de manejo (conservador u operatorio). 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 (2). La OI es causada por un bloqueo físico de la luz del intestino. Este bloqueo puede ser intrínseco o extrínseco a la pared del intestino o, en ocasiones, ocurrir como consecuencia de obstrucción luminal que surge a partir del contenido intraluminal. Las enfermedades y trastornos que pueden aumentar el riesgo de obstrucción intestinal incluyen: lesiones extrínsecas de la pared abdominal y lesiones intrínsecas de la pared abdominal (2).

En lo que respecta a la etiopatogenia de las lesiones extrínsecas e intrínsecas se pueden ilustrar de la siguiente manera: - Lesiones extrínsecas de la pared abdominal: Adherencias, hernias abdominales (congénitas, adquiridas, internas o incisionales), neoplásicas (carcinomatosis y neoplasia extraintestinal), inflamatorias (absceso intraabdominal) y misceláneas (vólvulo, compresomas u oblitomas, síndrome de la arteria mesentérica superior, entre otras); -Lesiones intrínsecas de la pared del intestino: congénitas (atresia del intestino, divertículo de Meckel, duplicaciones, quistes), inflamatorias (enfermedad de Crohn y granuloma eosinofílico), infecciones (tuberculosis, actinomicosis, diverticulitis complicada, apendicitis, etc), neoplásicas (neoplasias primaria, metastásicas), misceláneas (intususcepción, endometriosis, enteropatía por radiación/estrechez, hematoma intramural, estrechez isquémica) y obstrucción intraluminal del obturador (cálculo biliar, enterolito, bezoares, infestación por parásitos y cuerpo extraño deglutido) (4).

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 colorectal se manifiesta *de novo* como una obstrucción intestinal), vólvulos colónicos (10-15%) y diverticulitis (10%) (3), con una mayor incidencia en el sexo masculino, sobre todo entre los 60 y 74 años de edad (5,6).

El cuadro clínico de OI está caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y obstipación, definida esta última como la falta de emisión de heces y gases (7,8). También puede observarse un peristaltismo aumentado, así como niveles hidroaéreos en las placas de abdomen en bipedestación (9). 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 (10). 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 frecuente, sin distensión abdominal, dolor intermitente pero no en *crescendo*), OI media (vomito moderado, distensión moderada, dolor intermitente “tipo *crescendo* y cólicos con intervalos”) y OI baja (vómitos tardío, fecaloide, distensión marcada y dolor variable) (9).

Entre los diversos factores que contribuyen a la aparición de las complicaciones en la cirugía colónica pueden mencionarse: Cirugía de urgencia en pacientes que no se encuentran en la situación física idónea (trastornos electrolíticos, anemia, hipoproteinemia). Edad avanzada: patologías como neoplasias o diverticulitis son más frecuentes en edades avanzadas de la vida. Comorbilidad: enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con esteroides o inmunosupresores. 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. Flora bacteriana: numerosos microorganismos intraluminales, aerobios y anaerobios convierten el procedimiento en una cirugía contaminada. 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 (11).

Las complicaciones de la cirugía colónica raramente son únicas y con frecuencia aparecen varias de ellas, ya que sus causas son comunes y la presencia de una condiciona la manifestación de otras.

En la OI se puede optar por resecciones cólicas, más o menos amplias según la causa de la obstrucción, por derivaciones o cortocircuitos intestinales salvando el obstáculo, o por una colostomía proximal a este, bien sea como intervención definitiva o previa a otra posterior que se realizará en un segundo tiempo. Aspecto interesante en las operaciones de OI es la estimación de la viabilidad del intestino. En caso del intestino no viable se hace precisa la resección seguida de: a) restablecimiento de la continuidad intestinal mediante la

correspondiente enteroanastomosis; b) abocamiento de ambos cabos intestinales a la piel; o c) cierre del cabo distal y abocamiento cutáneo del proximal, procedimiento muy utilizado en cirugía del colon izquierdo (operación de Hartmann) (1).

Entre los estudios realizados que guardan vinculación con el presente trabajo se describe el realizado en España, por Luque- García MJ, en el 2014, como Tesis Doctoral, titulado: Estudio los Factores pronósticos relacionados con la cirugía de la oclusión intestinal. Esta autora encontró que la edad media de su casuística oscilaba alrededor de los 67 años. Más de la mitad de los enfermos presentaron al menos una comorbilidad, entre las que destacó la hipertensión arterial, la diabetes, la patología pulmonar. Habitualmente, presentaron antecedentes quirúrgicos previos. Su riesgo quirúrgico se encuadró dentro de la Clasificación ASA III-IV y el valor del Índice de comorbilidad de Charlson al ingreso se situó en la categoría ≥ 3 ; el inicio de los síntomas se reportó 48 horas antes de la valoración por el cirujano, siendo el más frecuente el dolor cólico abdominal. Prácticamente la mitad de los pacientes presentaron leucocitosis y un tercio elevación de los niveles plasmáticos de creatinina (12).

Por su parte, en 2016, Pereira-Documet, G, presentó su tesis para optar al título de Médico Cirujano, el cual tituló: Obstrucción intestinal en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” de enero 2014 a diciembre 2015, donde estudió los pacientes atendidos por cuadro de obstrucción intestinal a través de una investigación de tipo descriptiva, transversal, retrospectiva, no experimental, obteniendo los siguientes resultados: la OI se presentó con mayor frecuencia en pacientes mayores de 71 años; el sexo masculino fue el más frecuente (70%); con una evolución de enfermedad entre 4 a 6 días; el síntoma más frecuente fue dolor abdominal (95%), seguido de estreñimiento (71.7%) y vómitos (68.3%); el signo clínico más frecuente fue distensión abdominal (96.7%); la principal comorbilidad fue anemia; desde el punto de vista radiológico, los niveles hidroaéreos fueron el signo más habitual. La ecografía reportó: dilatación de asas intestinales (78.4%), disminución del peristaltismo (32.4%). Siendo la hipocalcemia y hipokalemia las alteraciones electrolíticas más relevantes. El 70% de los pacientes fue resuelto quirúrgicamente; los antibióticos más utilizados fueron metronidazol,

ciprofloxacino y ceftriaxona; la principal etiología fue las bridas, observando cómo hallazgo operatorio más frecuente necrosis intestinal, seguida de dilatación de asas delgadas. La estancia hospitalaria fue entre 6 a 10 días. La letalidad ocupó sólo el 5% debido a falla multiorgánica(13).

También en Perú, en 2017, 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 el que mayormente fue resuelta la OI fue la adherensiólisis 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 (14).

En México, en 2017, Garibay-González F, *et al*, publican una investigación donde estimaron la incidencia de la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias e identificaron los factores de riesgo en los pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía General del Hospital Central Militar (HCM) con el diagnóstico de obstrucción intestinal durante el periodo de enero de 2009 a diciembre de 2013. Así pues, basándose en un estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico, de serie de casos y riesgo mínimo, obtuvieron los siguientes resultados: de 14,769 cirugías realizadas durante el periodo de estudio, 393 pacientes presentaron obstrucción intestinal; la incidencia de OI postoperatoria fue de 2.7%, de la cual, en 236 casos (1.6%) fue secundaria a adherencias, en el resto (1.1%) estuvo asociada a OI por otra patología. De los pacientes con OI por adherencias, 8.5% presentaron morbilidad, contra

13.5% de aquéllos con OI asociada a otra patología ($p = 0.118$). La mortalidad fue de 6.4 contra 12.1%, respectivamente ($p < 0.05$). Las cirugías más frecuentes fueron laparotomía (34%), colecistectomía (22%), apendicectomía (19%). El tratamiento de la OI por adherencias fue quirúrgico en 20%, y de la OI asociada a otras patologías, en 43% ($p = 0.001$). Concluyen así que, los factores asociados a OI por adherencias fueron sexo femenino, número de cirugías en la región abdominal y cuadros de OI previos (15).

De igual forma, en 2018, en Perú, 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 estuvo encaminado a determinar la asociación entre la obstrucción intestinal y la cirugía de urgencia en el adulto mayor a través de un estudio retrospectivo, transversal, analítico relacional donde 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%. Estableció que la presencia de comorbilidades, no presenta asociación significativa con la cirugía de urgencia en los adultos mayores con obstrucción intestinal por lo que no representa un factor de riesgo. Las bridas y adherencias representaron la causa 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% (16).

La obstrucción intestinal representa una situación grave asociada a una significativa morbilidad y mortalidad que requiere de una actitud terapéutica urgente, ya sea reanimación médica o un acto quirúrgico. Puede revelar factores o circunstancias no suficientemente

descritas en las series más numerosas hasta la fecha publicada, principalmente las relacionadas con la supervivencia (factores asociados de forma negativa, factores protectores. En nuestro medio, es frecuente la obstrucción intestinal, siendo imprescindible contar con datos estadísticos y clínicos que nos permitan brindar un adecuado y oportuno tratamiento. Por ello, el presente trabajo consiste en determinar los factores asociados a la obstrucción intestinal y el resultado precoz del tratamiento quirúrgico en pacientes adultos intervenidos en el servicio de cirugía de una institución de salud pública.

El presente estudio 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 para clínicos 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 estudiar la obstrucción intestinal en pacientes intervenidos de emergencia en el servicio de cirugía general del hospital universitario “Dr. Ángel Larralde” (HUAL). En el periodo 2017-2020. Para lo cual se establecieron los siguientes objetivos específicos: Describir las características epidemiológicas de la obstrucción intestinal en la muestra de estudio. Identificar las características clínicas y etiología de la obstrucción en los pacientes incluidos en el estudio. Caracterizar la conducta terapéutica utilizada y la presencia de complicaciones postquirúrgicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una investigación de tipo observacional – descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

La población estuvo representada por la totalidad de pacientes intervenidos en emergencia por el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el periodo comprendido desde el 2017 al 2020 (4 años). La muestra fue de tipo no probabilística deliberada y estuvo conformada por 74 pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal ingresados en el servicio de emergencia de Cirugía General en el periodo antes precisado cuyo criterio de inclusión fue todo paciente que ingreso con obstrucción intestinal, sólo se usaron historias con un porcentaje de completación superior al 80%. De dicho grupo fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que presentaron otras patologías abdominales.

Para llevar a cabo esta investigación se solicitó la autorización institucional del Director del hospital sede del estudio, en la persona del Dr. Jesús González y al Subdirector Docente, Dr. Pedro Salinas (**Ver Anexo A**), para el cumplimiento de todos los aspectos bioéticos para iniciar posteriormente la recolección de información para lo que se empleó la revisión documental de historia clínica y como instrumento se utilizó una ficha de registro diseñada por la investigadora que incluye todas las variables necesarias para responder a los objetivos establecidos (**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) conforme a los objetivos establecidos, luego se realizó un análisis de los hallazgos obtenidos. A las variables cuantitativas como la edad y el tiempo quirúrgico 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 revisaron las historias de 74 pacientes con obstrucción intestinal intervenidos en emergencia del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el periodo 2017 – 2020, registrándose la mayor cantidad de casos en el año 2020 (25 casos), seguido del año 2019 con 21 casos.

TABLA N° 1
CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL INTERVENIDOS DE EMERGENCIA.SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”.2017-2020

Aspectos Epidemiológicos		
Año	f	%
2017	17	22,97
2018	11	14,86
2019	21	28,38
2020	25	33,78
Grupos de edades (años)	f	%
≤ 20	4	5,41
21 – 40	12	16,22
41 – 60	29	39,19
61 – 80	26	35,14
>80	3	4,05
$\bar{X} \pm Es$ 54,41 años \pm 1,99		
Sexo	f	%
Femenino	32	43,24
Masculino	42	56,76
Antecedente patológico	f	%
Si	31	41,89
No	43	58,11
Cirugía previa	f	%
Si	44	59,46
No	30	40,54
Total	74	100
Tipo de antecedente patológico (n=31)	f	%
HTA	22	70,97
DM II	7	22,58
Tabaquismo	1	3,23
Alergia a la penicilina	1	3,23
Tipo de cirugía (n=44)	f	%
Digestiva	30	68,18
Extradigestiva	14	31,82

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Torrealba; 2020)

De estos pacientes se registró una edad promedio de 54,41 años \pm 1,99, con una mediana de 58 años, una edad mínima de 17 años, una edad máxima de 86 años y un coeficiente de variación de 32% (serie moderadamente heterogénea entre sus datos). Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 41 y 60 años con un 39,19% (29 casos), seguidos de aquellos con 61 y 80 años (35,14%= 26 casos).

El sexo masculino representó un 56,76% (42 casos) siendo más frecuente que el femenino (43,24%= 32 casos). Las mujeres registraron una edad promedio de 51,0 \pm 6,22, mientras que los hombres registraron una edad promedio de 57,0 \pm 5,24; sin embargo, no se registró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos promedios ($t = -1,50$; $P = 0,1370 > 0,05$)

Un 41,89% de los pacientes refirió algún antecedente patológico (31 casos) siendo más frecuente la hipertensión arterial (22 casos) y la diabetes mellitus tipo II (7 casos). El 59,46% refirió una cirugía previa (44 casos), predominando aquellas referidas a cirugía digestiva (30 casos).

TABLA N° 2
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL INTERVENIDOS DE EMERGENCIA. SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. 2017-2020

Aspectos Clínicos				
Aspectos clínicos	Si		No	
	f	%	f	%
Dolor abdominal	74	100	0	0
Vómitos	69	93,24	5	6,76
Distensión abdominal	56	75,68	18	24,32
Detención del tránsito intestinal	40	54,05	34	45,95
Shock séptico	3	4,05	71	95,95
Tiempo de evolución de síntomas (horas)	f		%	
< 24 hs	11		14,86	
24 – 48 hs	17		22,97	
>48 hs	46		62,16	
Total	74		100	

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Torrealba; 2020)

En cuanto a los síntomas, el más referido fue el dolor abdominal por todos los pacientes (74 casos). En segundo lugar, se ubican los vómitos con un 93,24% (69 casos); en tercer lugar de frecuencia, la distensión abdominal con un 75,68% (56 casos); y, en cuarto lugar, la detención del tránsito intestinal (54,05%= 40 casos). El tiempo de evolución de los síntomas mayormente referido fue el mayor a 48 horas (62,16%= 46 casos).

TABLA N° 3
ETIOLOGÍA DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES CON
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL INTERVENIDOS DE EMERGENCIA. SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”.
PERIODO 2017-2020

Causa principal	f	%
Bridas	30	40,54
Hernia de pared abdominal	19	25,68
Neoplasia	15	20,27
Vólvulo	4	5,41
Eventración	2	2,70
Absceso ovárico derecho	1	1,35
Colecistitis aguda	1	1,35
Impactación fecal	1	1,35
Apéndice	1	1,35
Total	74	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Torrealba; 2020)

En cuanto a la causa principal de la obstrucción intestinal se tiene que las bridas fueron más frecuentes con un 40,54% (30 casos), seguida por las hernias (25,68%= 19 casos) y, en tercer lugar, la presencia de neoplasia (20,27%= 15 casos).

TABLA N° 4
CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA TERAPÉUTICA APLICADA EN
PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”.
PERIODO 2017-2020

Aspectos transoperatorios				
Conducta terapéutica utilizada	Si		No	
	f	%	f	%
Laparotomía exploradora	63	85,14	11	14,86
Adherenciólisis	30	40,54	44	59,46
Lavado de cavidad	23	31,08	51	68,92
Cura de hernia inguinal	16	21,62	58	78,38
Resección y anastomosis	7	9,46	67	90,54
Hemicolectomía	7	9,46	67	90,54
Colostomía	7	9,46	67	90,54
Ileostomía	5	6,76	69	93,24
Fistula mucosa	3	4,05	71	95,95
Apendicetomía	3	4,05	71	95,95
Cura de eventración	3	4,05	71	95,95
Cura de hernia umbilical	2	2,70	72	97,30
Toma de biopsia	2	2,70	72	97,30
Relaparotomía	2	2,70	72	97,30
Colecistectomía	1	1,35	73	98,65
Cecoectomía	1	1,35	73	98,65
Exploración anal	1	1,35	73	98,65
Tacto rectal	1	1,35	73	98,65
Salpingectomía derecha	1	1,35	73	98,65
Cuña de ovario	1	1,35	73	98,65
Cura de hernia crural	1	1,35	73	98,65
Yeyunostomía	1	1,35	73	98,65
Tiempo quirúrgico (hs)	f	%		
<1	2	2,70		
1 – 3	48	64,86		
4 – 6	15	20,27		
>6	9	12,16		
Complicaciones transoperatorias	f	%		
Si (Ventilación mecánica)	2	2,70		
No	72	97,30		
Total	74	100		

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Torrealba; 2020)

En lo que respecta a la Conducta terapéutica utilizada, se tiene que la Laparotomía exploradora predominó con un 85,14% (63 casos), seguido de la Adherenciólisis (40,54%= 30 casos) y, en tercer lugar, el Lavado de cavidad (31,08%= 23 casos).

En cuanto a tiempo quirúrgico predominaron aquellas intervenciones con una duración de 1 a 3 horas (64,86%= 48 casos). Registrándose un promedio de tiempo quirúrgico de 173,11 min \pm 10,37, con una mediana de 165 min, un tiempo mínimo de 30 min, un tiempo máximo de 480 min y un coeficiente de variación de 52% (serie moderadamente heterogénea entre sus datos). Solo 2 pacientes presentaron complicaciones transoperatorias (2,70%), ambos fueron sometidos a ventilación mecánica.

TABLA N° 5

ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS. PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL INTERVENIDOS DE EMERGENCIA. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. PERIODO 2017-2020

Aspectos Posquirúrgicos		
Complicaciones	f	%
Presente	26	35,14
Ausente	48	64,86
Total	74	100
Tipo de complicación postquirúrgica (n=26)	f	%
Infección del sitio quirúrgico	10	38,46
Trastornos hidroelectrolíticos	5	19,23
Evisceración	3	11,54
Fuga de anastomosis	2	7,69
Fístula de alto gasto	2	7,69
Anemia	1	3,85
Hematoma de pared ab	1	3,85
Hipocloremia	1	3,85
Íleo reflejo	1	3,85
Condiciones de Egreso	f	%
Alta	68	91,89
Referido	1	1,35
Defunción	5	6,76
Total	74	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Torrealba; 2020)

Sólo un 35,14% de los pacientes presentaron alguna complicación (26 casos), siendo la complicación más frecuente la infección del sitio quirúrgico (10 casos), seguido de los trastornos hidroelectrolíticos (5 casos). La condición de egreso predominante fue el alta médica con un 91,89% (68 casos), sólo un 6,76% de los pacientes falleció (5 casos).

DISCUSIÓN.

Se revisaron las historias de 74 pacientes con obstrucción intestinal intervenidos de emergencia en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el periodo 2017 – 2020, registrándose la mayor cantidad de casos en el año 2020 (25 casos), seguido del año 2019 con 21 casos.

De estos pacientes, se registró una edad promedio de 54,41 años \pm 1,99, con una mediana de 58 años. Fueron más frecuentes aquellos pacientes con 41 y 60 años con un 39,19% seguidos de aquellos con 61 y 80 años, teniendo correspondencia con lo obtenido por García-Rengifo (16), cuya edad fue 65 años y con López-Lorenzo (14) cuyo reporte arrojó una edad media de 54.7 años; contrasta con lo referido por Pereira-Documet(13),cuyo resultado en cuanto a la edad fue de 71 años.

El sexo masculino representó un 56,76% observando así resultados similares con lo expresado en el estudio de investigación realizado por Pereira-Documet (13), quien determinó que la OI se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino (70%). De igual forma, hay similitud con los hallazgos de García-Rengifo (16), quien acotó 61.22 % para el sexo masculino. No obstante, difiere de los resultados de Garibay-González y cols (15), ya que en esa casuística el sexo femenino fue el más frecuente relacionado.

En el presente trabajo, un 36,49% de los pacientes refirió algún antecedente patológico siendo más frecuente la hipertensión arterial 81,48% y la diabetes mellitus tipo II 25,92 %, lo cual coincide con los resultados de la investigación realizada por Luque-García (12); contraponiéndose a García-Rengifo (16), quien reportó la HTA como la segunda en frecuencia.

En cuanto a los síntomas, el más referido fue el dolor abdominal por todos los pacientes (74 casos) que representaron la totalidad de la muestra 100%, coincidiendo con los trabajos anteriores realizados por Pereira G (13), López-Lorenzo (14) y Luque-García(12), quienes reportaron el dolor abdominal como síntoma más frecuentes de OI. La presente investigación

apuntó a los vómitos como la segunda característica clínica 93,24%, no obstante, en las investigaciones revisadas no se hace mención de este dato por lo que no se puede comparar este resultado.

En cuanto al tiempo de evolución de los síntomas mayormente referido fue el >48 horas correspondiéndose con Luque-García(12), quien describió en su investigación el tiempo de evolución en un periodo de 48 horas, mientras que, Pereira-Documet (13), lo obtuvo de 4 – 6 días.

Las bridas representaron la etiología más frecuentes con un 40,54% seguida por la hernia (25,68%) y, en tercer lugar, la presencia de neoplasia (20,27%). Se pudo observar similitud al comparar los hallazgos con los de García-Rengifo (16). Sin embargo, las neoplasias fueron la principal etiología reportada por Garibay-González y cols (15), siendo que, en el presente estudio, ésta resultó ser la tercera en frecuencia.

La Conducta terapéutica que predominó fue la laparotomía exploradora con un 85,14% seguido de la Adherenciólisis 40,54% y, en tercer lugar, el Lavado de cavidad en el 31,08%, correspondiéndose con lo expresado por Garibay-González y cols (15).

En relación al tiempo quirúrgico, predominaron aquellas intervenciones con una duración de 1 a 3 horas (64,86%). Registrándose un promedio de tiempo quirúrgico de 173,11 min \pm 10,37, con una mediana de 165 min. Sólo 2 pacientes presentaron complicaciones transoperatorias (2,70%), ambos fueron sometidos a ventilación mecánica. El tiempo quirúrgico y complicaciones transoperatorias no fueron comparados con los diferentes trabajos de investigación encontrados ya que no fueron variables estudiadas.

La complicación post operatoria más frecuentemente observada fue la infección del sitio quirúrgico con 38,46 %, seguido de los trastornos hidroelectrolíticos con el 19,23 % de los casos, todo lo cual se asemeja al estudio de López-Lorenzo (14), quien reporta la ISQ como la principal complicación con una frecuencia de 26,52 %; sin embargo, Pereira-Documet (13),

encontró que los trastornos hidroelectrolíticos eran la principal complicación evidenciada en su casuística.

Finalmente, la condición de egreso predominante fue el alta médica con un 91,89%, sólo el 6,76% de los pacientes falleció, guarda cierto parecido con la investigación de Pereira-Documet(13), quien determinó una mortalidad del 5%. Mientras que para Garibay-González y cols.(15) la mortalidad fue mayor, y estuvo representada por un 15% de la población en su estudio.

CONCLUSIONES

El promedio de edad fue 54,41 años \pm 1,99, con una mediana de 58 años. Siendo más frecuentes aquellos pacientes con edades comprendidas entre 41 y 60 años, seguidos de aquellos con 61 y 80 años (35,14%). El sexo masculino fue levemente más frecuente que el femenino. No se registró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos promedios ($P > 0,05$). La Hipertensión arterial fue el antecedente más frecuente seguido de la *diabetes mellitus* tipo II. En cuanto al antecedente de cirugías anteriores predominante fue la cirugía digestiva.

El dolor abdominal fue el síntoma encontrado en todos los pacientes, seguido de los vómitos con un alto porcentaje y la distensión abdominal ocupó el tercer lugar. La causa principal de la obstrucción intestinal fue las bridas, seguida por la hernia y, en tercer lugar, la neoplasia.

En cuanto a la Conducta terapéutica adoptada predominó la laparotomía exploradora con un alto porcentaje, seguido de la Adherenciólisis y, en tercer lugar, el Lavado de cavidad. El tiempo quirúrgico más frecuente fue entre 1 a 3 horas. Promedio de tiempo quirúrgico de 173,11 min \pm 10,37, con un tiempo mínimo de 30 min. Sólo dos pacientes presentaron complicaciones transoperatorias.

La infección del sitio quirúrgico fue la más frecuente en cuanto a complicaciones postoperatorias, seguido de los trastornos hidroelectrolíticos. La condición de egreso de la totalidad de la muestra fue el alta médica.

Por todo lo cual, se puede concluir que la OI debe ser sospechada ante cualquier paciente con mayor de 50 años, con dolor abdominal, distensión abdominal, vómitos y detención del tránsito intestinal.

El estudio sistemático eficaz y efectivo desde que ingresa el paciente a las salas de emergencias quirúrgicas apoyado en la anamnesis, historia clínica, examen físico por aparatos y sistemas, sumado al apoyo para clínico, permite realizar un diagnóstico certero que determine una conducta quirúrgica oportuna con un mínimo complicaciones. La vigilancia

estricta del manejo pre, trans y postoperatorio reduce las complicaciones y la mortalidad en estos pacientes.

RECOMENDACIONES

Se debe protocolizar el seguimiento de estos pacientes que permitan un tratamiento adecuado y oportuno para reducir el tiempo en la toma de decisiones lo cual puede ser determinante en la evolución.

Cumplir los protocolos al llenar los informes operatorios de forma detallada que permitan realizar otros trabajos de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Duran Sacristán H, Arcelus Imaz I, García-Sancho Martín L, González Hermoso F, Álvarez Fernández- Represa J, Fernández Portal L, Méndez Martín J. Compendio de Cirugía. Mc Graw- Hill- Interamericana de España, S. A. U 2002. Obstrucción intestinal. Pág. 742.
- (2) Zinner M, Ashley S., Maingot. Operaciones abdominales. Decimoprimer edición. Mc Graw Hill interamericana editores, S.A. de G.V. Obstrucción intestinal. Páginas 479-508
- (3) Barberán A., García M. Obstrucción y pseudoobstrucción intestinal: Slideshare [Internet]. [Consultado enero, 2020]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/aduyan/2020-0121-obstruccion-y-pseudoobstruccion-intestinaldoc>
- (4) 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>
- (5) Marchena-Rodríguez A, Jiménez-Prendes R, Sarmiento-Sánchez J. Revista Finlay [Internet]. Morbimortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal en el Servicio de Cirugía General. 2015. [Recuperado 2019 Oct 24]. Volumen 5 Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/328>
- (6) Canales R, Cortes C, Cabrera H. Universidad Nacional Autónoma de Honduras Obstrucción Intestinal por Bridas/Adherencias: Proporción y Evolución del Manejo Conservador [Internet]. Honduras 2017. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/obstruccion-acuten-intestinal-por-bridas-adherencias-proporcio-acuten-y-evolucion-acuten-del-manejo-conservador.php?aid=20054>
- (7) Montalvo L, Vargas E. Cirugía general. Da ed. Madrid Morata, 2001. Obstrucción Intestinal [Internet]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_13_Obstruccion%20intestinal.htm
- (8) Schwartz S, Ellis H. Operaciones abdominales. Editorial medica panamericana. Buenos aires 1992. Obstrucción intestinal. Páginas 1003-1060
- (9) Montes M, Cafarena A. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Obstrucción intestinal. [Internet]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/obsintes.pdf>
- (10) Patiño J.F. Lecciones de cirugía. Editorial medica panamericana. Bogotá 2000. Obstrucción intestinal, paginas 547-555.

(11) 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>

(12) Luque-García, MJ. Factores pronósticos relacionados con la cirugía de la oclusión intestinal. Universidad Complutense de Madrid. [Internet]. Tesis Doctoral. Madrid, 2014. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/33035/1/T36359.pdf>

(13) Pereira-Documet, G. Obstrucción intestinal en el Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias de enero 2014 a diciembre 2015. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Medicina Humana “Rafael Donayre Rojas” 2016. [Internet]. Disponible en: https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3941/Gabriela_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(14) 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>

(15) Garibay-González F, Navarrete-Arellano M, Moreno-Delgado F, et al. Incidencia de la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias en el Hospital Central Militar. Factores de riesgo asociados. RevSanidMilitMex. 2017;71(6):534-544. [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79598>

(16) 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>

ANEXO A



MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL PROCESO SOCIAL DE TRABAJO
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
Hospital universitario "Dr. Ángel Larralde"
Dirección de Docencia e Investigación

AVAL DE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA

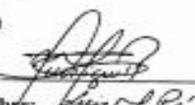
Quienes suscriben, Miembros del Comité de Investigación y Ética del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales que funciona en Bárbula, Estado Carabobo, Hacen constar que han leído y evaluado el proyecto de Investigación, presentando por el (la) ciudadano (a) Dra. **BETZABETH NATHALI TORREALBA QUEVEDO**, cédula de identidad N° V-21.021.708, para optar al título de ESPECIALISTA en CIRUGÍA GENERAL, cuyo título es "ESTUDIO DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE EMERGENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR ÁNGEL LARRALDE" (HUAL). PERIODO ENERO 2017-AGOSTO 2020", y que el mismo está APROBADO ya que reúne los requisitos de factibilidad, originalidad e interés que plantea la línea de investigación: "PATOLOGIAS Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS"/" MORBI-MORTALIDAD OPERATORIA"/"PATOLOGÍA INTESTINAL", establecida para la Especialidad, considerado la pertinencia de la investigación, el rigor metodológico, su calidad científica, la coherencia y la racionalidad del presupuesto propuesto y el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y éticas, nacionales e internacionales que rigen este tipo de investigaciones.

Igualmente, el mencionado Proyecto está enmarcado dentro de la normativa para la elaboración y presentación de los trabajos de grados para esta Especialización.

El profesor (a): Dra. **LOYDA GALIDEZ**, C.I. V-3.840.404, aceptó la tutoría clínica de este trabajo.

En valencia, a los 09 días del mes de OCTUBRE del año 2020.

Comité de Investigación y Ética

Prof. 	Prof. 
Nombre: <u>Pedro Saúl</u>	Nombre: <u>Luis Pérez</u>
C.I. <u>13.123.079</u>	C.I. <u>15.722.041</u>

Prof. 

Nombre: Luis Pérez

C.I. 12.259.978



Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde"
Dirección: Fincas de Carretera Altos de Colina de Bárbula, Naguaragao, Estado Carabobo
Teléfonos: 0241-8632923 (Telefax) / 8673104/9956057

ANEXO B

FICHA DE REGISTRO

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

HISTORIA		FECHA/AÑO	
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS			
Edad (años)		Sexo	Femenino
			Masculino
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	Presente Tipo	CIRUGÍA PREVIA	Ninguna
	Ausente		Cirugía digestiva
			Cirugía extradigestiva
CARACTERIZACIÓN CLÍNICA			
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS	<24 hrs	MANIFESTACIONES CLÍNICO	Dolor abdominal
	24-48 hrs		Vómitos
	>48 hrs		Distensión abdominal
			Detención de tránsito intestinal
			Shock séptico
CAUSA DE LA OBSTRUCCIÓN			
Neoplasias		Enfermedad de Crohn	
Bridas		Diverticulitis complicada	
Hernias y eventraciones		Enteritis radica	
Cuerpo extraños intraluminales		Invaginación	
Vólvulo		Otras causas	
CONDUCTA			
CONDUCTA TERAPÉUTICA EMPLEADA		Tiempo quirúrgico (min)	
		Complicaciones intraoperatorias	Presente Tipo Ausente
COMPLICACIONES Y EGRESO			
COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	Presente Tipo	CONDICIONES DE EGRESO	Alta
	Ausente		Defunción
Observaciones:			