



Universidad Nacional  
**SAN LUIS GONZAGA**



## **Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional**

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



**CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**  
**EVALUACION DE ORIGINALIDAD**

**CONSTANCIA**

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**CAUSAS FRECUENTES DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN  
PACIENTES DE 30 A 70 AÑOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE  
UN HOSPITAL GENERAL DE ICA - 2020**

Presentado por:

**MATTA CAMPOS KEVIN ROBERTO**

**ESTUDIANTE** del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **5%** por el cual se otorga el calificativo de:

**APROBADO**, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

**Observaciones:** Se aprueba la Tesis, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 23 de noviembre del 2021

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DAC"**  
**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

**Dra. CARMEN ROSARIO VERA CACERES**

*Directora de la Unidad de Investigación*

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC**

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DANIEL ALCIDES CARRIÓN**



**CAUSAS FRECUENTES DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL  
EN PACIENTES DE 30 A 70 AÑOS DEL SERVICIO DE  
CIRUGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL DE ICA - 2020  
TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:**

**Kevin Roberto Matta Campos**

**ASESOR:**

**Dr. Luis Tolmos Regal**

**ICA – PERÚ**

**2021**

## DEDICATORIA

¡Que nadie se quede afuera, se los dedico a todos!

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de mis anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Es un orgullo y un privilegio ser su hijo, son los mejores padres.

A mi hermano por estar siempre presente, acompañándome y por el apoyo moral que me brinda a lo largo de esta etapa de mi vida.

A todas las personas que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

## AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

De igual manera mi agradecimiento a la Universidad San Luis Gonzaga de Ica, a toda la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", mi más grande y sincero agradecimiento al Dr. Luis Tolmos Regal, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento y enseñanza permitió el desarrollo de este trabajo.

ÍNDICE	
ÍNDICE	iv
RESUMEN	vi
ABSTRAC	vii
CONTRACARATULA	viii
INTRODUCCIÓN	ix
<b>CAPITULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>11</b>
1.1 ANTECEDENTES	11
1.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	11
1.1.3 ANTECEDENTES NACIONALES	13
1.1.4 ANTECEDENTES LOCALES	15
1.2 BASES TEÓRICAS	15
1.3 MARCO CONCEPTUAL	24
1.4 MARCO FILOSÓFICO	25
<b>CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>26</b>
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	26
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	27
2.2.1 PROBLEMA GENERAL	27
2.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO	27
2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	27
2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	28
2.4.1 OBJETIVO GENERAL	28
2.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO	28
2.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	29
2.5.1 HIPOTESIS GENERAL	29
2.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	29
2.6.1 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	29
2.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>32</b>
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	32

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	32
<b>CAPITULO IV: TÉCNICA E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>33</b>
4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	33
4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
4.3 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	33
<b>CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>34</b>
5. PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	34
5.1 PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	34
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
FUENTES DE INFORMACIÓN	44
ANEXOS	48

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar cuáles son las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020.

**Metodología:** Se planteó desarrollar un estudio descriptivo, debido a que se deseó identificar y describir los diferentes resultados, el diseño del estudio se planteó como no experimental.

**Resultado:** Las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica fueron bridas/adherencias (38,50%), vólvulo de sigmoides (24,00%), eventración complicada (14,50%), hernia complicada (8,00%), Inflamatorios (5,00%), tumor de intestino grueso (4,00%), tumor de intestino delgado (3,00%), Fecaloma (2,00%) y cuerpos extraños (1,00%).

**Conclusión:** En nuestro estudio se estableció que las principales causas que se presentaron fueron las bridas y adherencias, vólvulo de sigmoides, eventración complicada, hernia complicada, procesos inflamatorios y tumores en los pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020.

**Palabras clave:** obstrucción, cirugía, abdomen.

## **ABSTRAC**

**Objective:** To determine which are the most frequent causes of intestinal obstruction in patients aged 30 to 70 years of the surgery service of a Hospital Santa María del Socorro of Ica during 2020

**Methodology:** It was proposed to develop a descriptive study, because it was desired to identify and describe the different results, the study design was proposed as non-experimental.

**Result:** The most frequent causes of intestinal obstruction in patients aged 30 to 70 years of the surgery service of a General Hospital of Ica were bridles / adhesions (38.50%), sigmoides volvulus (24.00%), eventration complicated (14,50%), complicated hernia (8.00%), inflammatory (8.00%), IG tumor (4.00%), I tumor . D (3.00%), fecaloma (2.00%) and foreign bodies (1.00%).

**Conclusion:** In our study it was established that the main ones that were presented were the flanges and adhesions, intestinal volvulus, eventration complicated, hernias complicated, inflammatory and tumores patients between 30 and 70 years of the surgery service of Hospital Santa María del Socorro of Ica during 2020.

**Key words:** obstruction, surgery, abdomen.

**UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS:**

**CAUSAS FRECUENTES DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL  
EN PACIENTES DE 30 A 70 AÑOS DEL SERVICIO DE  
CIRUGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL DE ICA - 2020**

**Área de Investigación: Ciencias de la salud**  
**Línea de investigación: Salud Pública y conservación  
del medio ambiente**

**Autor: Kevin Roberto Matta Campos**

**Asesor: Dr. Luis Tolmos Regal**

## INTRODUCCIÓN

La presencia de la obstrucción intestinal es una de las enfermedades que se conoce desde las épocas más antiguas de la medicina, se analizó desde los inicios de Hipócrates. Dentro de los escritos de medicina de la antigüedad tenemos la presentación de la primera intervención por Praxagoras en el año 350 AC. Donde el procedimiento era mediante una incisión inguinal que era presentada en las hernias inguinales estranguladas con lo que se llegaba a dejar una fístula colocutanea, desde ese inicio quedo enmarcada el tema de la colostomía como su principal precedente. Sangita en el siglo V, definió la hernia estrangulada como una patología que no tenía cura, en esta época el tratamiento de la mayoría de los casos que presentaban obstrucciones intestinales era mediante solo cambios posturales, en los casos más extremos llegaban a colgarlos de los pies por mejorar el tránsito intestinal.<sup>1</sup>

Así mismo con el avance de la medicina una de las formas de mejora del tratamiento era mediante los enemas, donde los medicamentos que se describen dentro del uso son el opio y en los casos más extremos el uso del mercurio. En el año de 1561 se establece por primera vez el tratamiento quirúrgico de la hernia estrangulada por Mr. Gay en 1859 establece el primer tratamiento conservador debido a los niveles elevados de mortalidad por procedimientos quirúrgicos, donde aparecen las primeras maniobras de devolvulación externa en los pacientes con el diagnóstico de vólvulo de sigmoides.<sup>2</sup>

Al revisar las clasificaciones de las urgencias en cirugía tenemos que la obstrucción intestinal representa el 11% de los casos y el 20% de las intervenciones en los adultos. Así mismo se tiene que considerar que esta patología es relevante ya que se presenta una forma de ingreso inmediato en sala de operaciones debida a los niveles elevados de mortalidad cuando más es el periodo de espera, ya que se presentan un mayor número de complicaciones.<sup>3</sup>

En la investigación que presento García y Col en el año 2018, analizó la relación de las cirugías de emergencias y la obstrucción intestinal del adulto en la ciudad de Tarapoto, para poder establecer la asociación estadística mediante un estudio de tipo analítico retrospectivo transversal con una muestra de un total de 439 pacientes con una media de edad mayor a los 60 años, donde se analizaron factores sociodemográficos, así como factores clínicos del paciente. Los resultados que se presentaron fueron del 27% presentan un cuadro de obstrucción intestinal que los conlleva a una intervención quirúrgica por emergencia con un odds ratio del 5.8, y los demás son otras enfermedades que terminan en intervenciones quirúrgicas.<sup>4</sup>

La relevancia del desarrollo del estudio es que no se han establecido estudios con la presente temática, y debido a la mínima cantidad de información que se presenta sobre el tema después de un análisis exhaustivo vemos la relevancia de la realización de la investigación, debido a que es una problemática que debemos analizar para poder comprender de una mejor manera su cuadro clínico, y cuando debemos considerarlo como un cuadro quirúrgico, así mismo con la información recolectada me ha conducido a presentar este trabajo orientado a conocer cuál es la frecuencia de las patologías que causan los mismos, en la sede donde me ha tocado realizar mi internado y de esa forma contribuir con un grano de arena a la ciencia.

# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 ANTECEDENTES.

#### 1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

**Idrobo AA, Bastidas BE, (2020), Colombia.** En su investigación planteó como objetivo de su estudio describir los desenlaces clínicos de los pacientes que presentaron obstrucción intestinal por bridas en una sede del tercer nivel con un manejo no quirúrgico al ingreso. La metodología del estudio fue de tipo observacional cohorte prospectiva. Donde los resultados del estudio establecieron que el 58.9% de los pacientes eran de la población masculina con un promedio de edad de los 55.2 años, el 57.1% presentaba comorbilidades con predominio cardiovascular, y en el 91.1% se tenían antecedentes quirúrgicos por procesos inflamatorios. En cuanto al análisis de los síntomas que se presentaron en todos los casos fue la emesis y distensión abdominal. En cuanto al manejo de la patología se vio que el tratamiento conservador fue 80.4%, un 19.6% termino en manejo quirúrgico, así mismo los hallazgos en sala de operación fue la obstrucción por bridas. Estableciendo como conclusión del estudio que el manejo conservador es uno de los más usados en la terapia inicial por su elevado porcentaje de resolución de casos, y con resultados favorables en los casos de pacientes intervenidos quirúrgicamente.<sup>1</sup>

**José ALY, (2020), Ecuador.** Planteó como objetivo de su investigación el determinar la prevalencia de la obstrucción intestinal como complicación postquirúrgica de apendicitis aguda en los pacientes del Hospital de Guayaquil durante el 2017. El desarrollo metodológico estuvo basado en una investigación cualicuantitativa de observación indirecta. Los resultados del estudio establecieron una presencia de un 5.31%, en cuanto al

sexo de los pacientes que presentan el diagnóstico tenemos un 72% varones, así el 28% del sexo femenino. Llegando a las conclusiones de que la presencia de la obstrucción intestinal post apendicetomía es un proceso esperado de manera continua debido a la presentación de una respuesta inflamatoria constante.<sup>2</sup>

**Allamand T. JF, Schönfeldt G. K, (2019), Chile.** En su investigación planteó como objetivo del estudio la presentación de tres casos de obstrucción intestinal a causa de la hernia obturatriz atascada, mediante la revisión de la literatura. Estableciendo la metodología del estudio mediante un cuadro clínico. Los resultados del estudio establecieron que de los tres casos de la hernia obturatriz se presentan con un cuadro clínico característico, con un análisis retrospectivo. Con un desarrollo característico mediante la clínica y una evolución favorable. Llegando a la conclusión de que la hernia que sale por el agujero obturatriz es la menos frecuente, y la sintomatología es la clásica de todos. Teniendo como medio de apoyo diagnóstico a la tomografía, pero al mismo tiempo destacando que se debe de realizar más estudios que permitan diferenciar entre otros diagnósticos.<sup>3</sup>

**Peña RCC, Cortés C, (2017), Honduras.** Planteó como objetivo del estudio es determinar las proporciones de los casos y la evolución en el manejo conservador de las obstrucciones intestinales por bridas y adherencias manejados en el hospital. El establecimiento de la metodología es mediante un tipo analítico, retrospectivo. Los resultados del estudio establecieron que las obstrucciones por bridas fueron del 13%, el 68.3% son en el sexo masculino, 72.1 menores de 50 años, el 27.1% presenta comorbilidades y el 79.7% establece algún antecedente quirúrgico. Llegando a la conclusión que cuando no se logra la recuperación del paciente en más de 4 días de tratamiento

conservador los signos y síntomas son taquicardia, fiebre, signos de irritación peritoneal, leucocitosis, neutrofilia e hipopotasemia.<sup>4</sup>

**Sierra G, Consuelo N. (2016). Argentina.** Planteó en su investigación como objetivo del estudio es identificar los diferentes factores asociados en el tratamiento de las obstrucciones intestinales por adherencias. El desarrollo metodológico es de casos y controles. Los diferentes resultados del estudio identificaron que la mayor presentación de casos es en los varones, al mismo tiempo presentaron fiebre, en los estudios ecográficos engrosamiento de la pared intestinal y los confirmatorios con la obstrucción en la parte intestinal. Llegando el estudio a la conclusión de que se deben presentar los factores de riesgo a las bridas y adherencias, de tal manera que se debe de considerar dentro de las características de análisis de los pacientes de manera individual.<sup>5</sup>

#### **1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.**

**Hidalgo C, Alessandra MN, (2019).** Planteó en su investigación como objetivo analizar los factores predictores de la presencia de necrosis intestinal en los pacientes que presentan obstrucción intestinal. Planteando una metodología de tipo analítica. Los resultados que se obtuvieron del estudio demostraron que la presencia de una clínica con fiebre, ascitis, presencia de leucocitosis, espesor intestinal, demostraron que se presentan como factores de riesgo más común el aumento del espesor intestinal con un valor de OR: 10.79, seguido de linfocitosis con la relación de neutrófilo/linfocito con un valor de OR: 7.23. Llegando el estudio a la conclusión de que la presencia del aumento del espesor intestinal y la relación neutrófilo/linfocito son los factores de mayor riesgo para la presentación de necrosis intestinal en los pacientes con el diagnóstico de obstrucción intestinal.<sup>6</sup>

**Pereira G, (2017).** Planteó como objetivo de su investigación el estudiar a todos los pacientes atendidos por obstrucción intestinal en el hospital regional de Loreto. La metodología que se seleccionó en el estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo. Presentándose como resultados del estudio que este diagnóstico se presenta en pacientes mayores de 71 años con 21.7%, luego en los niños de 0 a 5 años 15%, mientras que entre 51 a 60 años 13.3%, presentándose en la mayoría de los casos en el sexo masculino, la mayor cantidad de casos proceden de zonas urbanas 58.3%, el tiempo de la enfermedad fue 36.7% entre el 4 al 6 día. La presentación más común de la enfermedad fue de manera insidiosa con 76.7%, el síntoma que más se presentó fue el dolor 95%. Estableciendo como conclusión del estudio que en los pacientes con obstrucción intestinal que llegaron a la muerte fue por una falla multiorgánica, y que la mayoría de los pacientes tienen un antecedente de una cirugía abdominal.<sup>7</sup>

**Lorenzo L, Enrique R, (2017).** Planteó como objetivo de su investigación describir las características epidemiológicas y clínicas del tratamiento precoz de pacientes intervenidos por bridas y adherencias del hospital regional de Huancayo. La metodología seleccionada fue de tipo descriptivo, transversal, observacional mediante una serie de casos. Los resultados que se obtuvieron en el estudio demostraron que el 63.27% son del sexo masculino, la edad que predomina son los mayores de 65 años. En cuanto a la clínica el 100% de todos los casos el síntoma principal el dolor abdominal, vómitos 81.6%, distensión abdominal 36.7%. Llegando a la conclusión el estudio de que las características predominantes en este tipo de pacientes es una mayor incidencia en varones mayores de 65 años, y que el síntoma que no falta en ningún caso es el dolor abdominal.<sup>8</sup>

**Rodríguez AM, Prendes RJ, (2016).** Planteó como objetivo de su investigación caracterizar el comportamiento de mortalidad por

obstrucción intestinal de la provincia de cien fuegos. Planteando como metodología de estudio un modelo descriptivo de serie de casos. La presentación de los resultados obtenidos estableció que los resultados más obtenidos fueron las bridas, tumores intestinales y las hernias, el método quirúrgico más usado fue el de la lisis de la brida, en algunas ocasiones transversostomía, resección intestinal. Llegando a las conclusiones que el uso de los diferentes avances de la ciencia ha apoyado la disminución de la morbimortalidad en la población con el diagnóstico de obstrucción intestinal, pero aún sigue siendo una enfermedad considerada dentro de las urgencias quirúrgicas.<sup>9</sup>

### **1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES.**

No se han encontrado investigaciones locales relacionadas de manera directa o indirecta con la investigación.

## **1.2 BASES TEÓRICAS.**

Es una de las enfermedades que se presenta con disminución en la cantidad del paso de las sustancias por el tracto intraluminal del sistema digestivo, este puede ser ocasionado por una lesión intrínseca o extrínseca del mismo sistema digestivo.

Las diferentes formas de presentación de las obstrucciones intestinales son las que especifican la clínica pueden ser abrupta (aguda), o de manera insidiosa paulatina (crónica), que se va presentar de manera larga en el tiempo. Las diferencias de las formas de presentación tienen un intermedia que es la forma subaguda, y se va iniciar con la exacerbación de la clínica.<sup>9</sup>

Las formas de obstrucción intestinal se pueden presentar de manera intermitente, enmarcadas en las crisis evolutivas e intermitentes, donde se van a presentar períodos de normalidad, al mismo tiempo se tiene que tener presente que las diferentes formas de presentación de una u

otra de las obstrucciones se pueden convertir de una a otra en cualquier momento.<sup>10</sup>

Según la división las formas de obstrucción intestinal se pueden ir presentando a nivel del intestino delgado en la parte alta yeyuno o en la parte baja íleon, sino de presentación en el intestino grueso. Además, se debe de considerar la severidad del cuadro clínico y esta determina otro tipo de clasificación en completas e incompletas. Estas se van a definir como suboclusiones intestinales que se van a establecer con la parada total del funcionamiento del tránsito intestinal.<sup>11</sup>

La clínica de las obstrucciones intestinales va a dividir los cuadros en dos grupos:

#### A. Obstrucciones mecánicas u orgánicas:

Son las que se van a presentar con un medio que va producir la obstrucción orgánica, anatómica o de manera estructural y esta se va encontrar contraria al tránsito normal. Esta obstrucción puede ser parte del intestino o puede ser un agente externo.

Se van a presentar tres tipos:

Obstrucción simple: esta se va caracterizar porque se va detener el tránsito intestinal, sin que se presente una alteración del sistema circulatorio, cuando es en períodos cortos de tiempo, pero cuando los períodos de tiempo se prolongan en algunas ocasiones pueden presentarse alteraciones de la circulación de manera secundaria.<sup>12</sup>

Obstrucción estrangulada: en estos casos se presenta un compromiso de la circulación desde que se inicia el cuadro abdominal, la principal complicación de este cuadro es que si no se soluciona el cuadro de manera rápida se va presentar una gangrena del intestino.

Obstrucción de asa cerrada: es los cuadros obstructivos donde las formas de presentación van a estar basados de un orden escalonado

de afectación con lo que se va presentar un área cerrada entre los dos segmentos.<sup>13</sup>

#### B. Obstrucciones funcionales o dinámicas:

Son el tipo de obstrucción donde no se va presentar ningún agente que causa el cuadro obstructivo, y solo se va establecer un estancamiento intestinal. Este efecto se va producir por un cambio en la función motora del sistema digestivo, causadas por enfermedades neurogénicas a nivel del sistema autónomo.

Obstrucción adinámica o paralítica: es cuando se va presentar una parálisis total de la función motora del intestino y se va producir como efecto secundario una detención de todo el contenido gástrico y dilatación de las asas intestinales.<sup>14</sup>

Obstrucción espástica: es un tipo de obstrucción que no es de presentación muy común, se ocasiona por la contractura de una determinada zona del intestino, la ubicación más común generalmente es en la parte del colon descendente o sigma, es muy improbable una presentación en el intestino delgado. Su clínica se va presentando de acuerdo a la disminución del lumen del intestino y del calibre en algunas ocasiones se le ha definido como una pseudobstrucción debido a que clínicamente y con los estudios de imagen se va presentar como una obstrucción, pero al momento del tratamiento de no se encuentra una causa aparente de la obstrucción.<sup>15</sup>

#### Etiología.

##### I. Obstrucciones mecánicas.

a.- Simples: son de presentación variable, las más comunes se agrupan en tres grupos:

1. Intraluminales: son las que tienen como presentación el taponamiento de la luz del intestino, algunos de los estudios este tipo de obstrucción la denominan oclusión, las causas más comunes son:

- Parásitos: se producen cuando la acumulación de los parásitos es demasiada y ocluyen el lumen del intestino, los más comunes son los áscaris, tenias, oxiuros, en algunas ocasiones se pueden presentar por hidátides que llegan producto de la presencia de fístulas.<sup>16</sup>
- Enterolitos: son las masas que se van a formar en el intestino por acumulación de ácidos, colessterina y sales biliares que obstruyen y tapan la luz.
- Contenido fecal espeso: es como consecuencia de algunos productos que se administran con un objetivo médico como sales de calcio, bismuto, o en algunas ocasiones como medios diagnósticos como las sales de bario, alteraciones del tracto como el íleo meconial.<sup>17</sup>
- Calculo biliar: se produce cuando llega por el colédoco un cálculo, es un evento muy poco común y generalmente se va presentar a nivel del íleon distal, tiene una presentación mucho más frecuente en mujeres por la colelitiasis.
- Bezoares: son los cuerpos que salen del estómago estos pueden ser pelos, residuos vegetales, estos van a tener una presentación en pacientes operados del estómago en algunos niños con problemas mentales.
- Cuerpos extraños: son los que ingresan de forma voluntaria o accidental, pueden ser muy diversos y la complicación de la obstrucción se va presentar de acuerdo al tamaño.
- Tumores: pueden ser de diferentes tamaños y presentaciones dentro de los cuales tenemos los pediculados que se presentan en el intestino delgado generalmente.
- Invaginación intestinal: es la obstrucción por compromiso vascular.<sup>17</sup>

2. Parietales o murales: son las lesiones que se presentan por una alteración de la pared del intestino y pueden ser:

- Congénitas: como las más comunes tenemos las atresias, estenosis, duplicidad de la pared intestinal.
- Neoplasias: pueden ser tanto benignas como malignas, otras presentaciones infiltrantes o vegetantes, por su ubicación pueden ser del intestino delgado o grueso.
- Inflamaciones: estas enfermedades inflamatorias generalmente son la tuberculosis, actinomicosis, colitis, enfermedad de Crohn y diverticulitis.<sup>17</sup>
- Iatrogénicas: son las que se van a presentar posteriores a una intervención, estas pueden ser los hematomas intramurales, por el uso de anticoagulantes, estenosis por el uso de cloruro de potasio.
- Estenosis postraumática: establecido por los traumatismos intestinales que van a presentar una solución de continuidad y con eso se forma una cicatriz que va conllevar a la disminución del calibre de la luz.<sup>17</sup>

3. Extraintestinales: son las que van a disminuir la luz del intestino por presiones externas, acodaduras, torciones, se van a presentar en los siguientes grupos:

- Tumores: son lo que se presentan en órganos vecinos como ovario, útero.
- Congénitas: la presentación de páncreas anular, bridas, malrotaciones intestinales.
- Procesos inflamatorios: son lo que van a comprimir el intestino y lo van acodar en alguna porción.
- Adherencias y bridas: son las que se presentan por efectos inflamatorios, traumatismos o intervenciones quirúrgicas aquí se deben de considerar que es más común en las mujeres jóvenes, y la presentación más común es en el intestino delgado donde se forma un saco fibroso.<sup>18</sup>

- Hernias externas: son las que se producen a causa de una laparotomía las más comunes son de causa inguinal, crural y las umbilicales.
- Hernias internas: son las denominadas adquiridas y se presentan por una cavidad abdominal, se van a presentar por un defecto del meso, epiplón, ligamento ancho, diafragma, retroperitoneales, en algunos orificios que ya se han formado bridas o adherencias entre las diferentes asas intestinales.<sup>19</sup>
- Vólvulo: el más común es el de sigmoides, ciego, colon transversal o del intestino delgado.

B. Estranguladas: son las que se van a presentar con compromiso vascular, es por eso que las causas más frecuentes son las bridas y adherencias, las hernias externas, internas, vólvulos, invaginación.<sup>19</sup>

C. Obstrucción en asa cerrada: esta se puede presentar en los casos de las hernias estranguladas, vólvulos, obstrucciones del intestino grueso. En estas situaciones lo que se ocasiona al tener una válvula competente es la formación de una cavidad cerrada que va predisponer la proliferación bacteriana y que en algunos casos puede terminar con la perforación del asa.<sup>19</sup>

## II. Funcionales

a.- Íleo parálítico: es cuando se produce debido a factores etiológicos.

Las más comunes son:

- Irritación peritoneal: puede ser de origen traumático, bacteriano, químico es también llamado el íleo peritoneo.
- Reflejo: este puede ser acompañado por agentes muy cambiantes donde se va presentar por dolores abdominales en la región hepática, cólica, nefrítica, pancreática, en algunas ocasiones se presenta como el síndrome retroperitoneal con la que se va presentar en algunas ocasiones posterior a una

intervención retroperitoneal, también se pueden presentar por traumatismos vertebrales este tipo se denomina íleo en espina.<sup>20</sup> Todos estos eventos se deben de distinguir de la patología denominada síndrome del corsé enyesado, en el que por las grandes presiones que se van a manejar se comprime una de las porciones del duodeno como consecuencia se dilata el estómago. Otra de las complicaciones es la que se produce en el puerperio donde se da un íleo mecánico por la caída de la matriz a la parte posterior.<sup>20</sup>

- Alteraciones toxico metabólicas: este tipo de alteraciones se va presentar en los casos donde se presenta un nivel de uremia elevado con depleción del potasio mixedema, enfermedad de Addison, o por la presencia de un déficit de vitaminas, infecciones generalizadas.
- Alteraciones vasculares: son las que se presentan con la isquemia o la hipoxia de la pared del intestino y terminan en un íleo paralítico.
- Íleo farmacológico: son los que se presentan por el uso de drogas demasiado frecuentes, o el uso de anestésicos, que actúan a nivel ganglionar, y relajan demasiado la fibra lisa, el uso de antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos.<sup>20</sup>

b.- Íleo espástico: es uno de los menos conocidos y no se presenta con mayor facilidad se encuentra generalmente relacionado con la presencia de algunas enfermedades como:

- Locales: Intraluminales son las que son causadas por cuerpos extraños, parásitos, algunos fármacos, alimentos, los extras luminales con las bridas y adherencias que pueden terminar en la presentación de un espasmo intestinal.
- Reflejas: son las que van a ser estimuladas por el plexo celiaco o mesentérico superior, este grupo se presenta con el síndrome de Ogilvie, que es una pseudoobstrucción intestinal que se va presentar por una invasión del plexo celiaco, al mismo tiempo se

pueden presentar invasiones del páncreas, efectos traumáticos que pueden terminar las lesiones del plexo.<sup>21</sup>

- Al mismo tiempo diferentes estudios han establecido que en algunas situaciones se van a presentar lesiones por consecuencia de una intervención anterior de cavidad abdominal o de pared vertebral, se presentan en el embarazo y posterior en trabajos de parto normal, en pacientes con alcoholismo crónico, pacientes que presentan insuficiencia cardiaca, o secuela de una lesión de infarto de miocardio, pacientes con alteraciones psiquiátricas.<sup>21</sup>

### Epidemiología.

Las diferentes investigaciones que se han realizado a lo largo de los años han establecido que las causas más frecuentes de la obstrucción intestinal eran las hernias estranguladas, en los países desarrollados se ha establecidos por las bridas o adherencias. Esto establece que son las causas fundamentales, de una parte, viene del tratamiento quirúrgico de la presentación de las hernias complicadas con lo que se resuelve el problema de la estrangulación, y otra de las causas que incremento el problema es el aumento de las cirugías de la cavidad abdominal. Al mismo tiempo se tiene que tener en consideración que la presentación de las patologías abdominales se tienen que tener la ubicación geográfica para ver las características de la población, como son las anatómicas, raciales, hábitos alimenticios, características genéticas, y los tipos de supervivencia, se tienen características sanitarias dependiendo el nivel de atención.<sup>22</sup>

Los diferentes estudios realizados han demostrado que en los países desarrollados se han tenido como causa más frecuente la obstrucción debido a oclusiones intestinales en un 70-75% de los casos. En el caso de la presentación del vólvulo de sigmoides del intestino delgado, no se presenta con mucha frecuencia en occidente, y que su mayor presentación se da en los países de África y Asia, dentro de las cuales

se puede encontrar la tuberculosis intestinal o los casos de invaginación intestinal. Mientras que los casos de obstrucción de colon se dan con mayor frecuencia en los países desarrollados que en los no desarrollados debido a que la vida media de la población es menor.<sup>23</sup>

Así mismo tenemos que considerar que la tasa de mortalidad en los países desarrollados se encuentra establecida en un promedio de 20 a 25 pacientes por cada millón de habitantes. En los últimos dos años los estudios han establecido que la mortalidad se encuentra en un 6 a 8% de los pacientes que es una diferencia a comparación de los 20-25% de los años anteriores.<sup>22</sup>

Fisiopatología.

La presentación de la obstrucción intestinal se presenta por la acumulación de líquido y gases en la zona de la obstrucción, lo que va a provocar un incremento del volumen del intestino produciendo como consecuencia un dolor tipo cólico que es el signo característico de esta patología. Debido a que al intestino ingresan de manera diaria un promedio de 8 a 10 litros y una cantidad de solutos que son agrados con la saliva, bilis y jugo pancreático.

Esta presentación de la gran cantidad de los líquidos que van a ingresar al intestino delgado son las que producen la obstrucción intestinal por la presencia de alteraciones metabólicas con pérdida de sodio, cloro, hidrogeno y potasio, lo que lleva como complicación la presentación de hipoclorémica, hipopotasemia, y alcalosis metabólica. Cuando se presenta la obstrucción por una estrangulación se tiene que considerar que se encuentra el tejido necrótico en relación con las bacterias, van a producir grandes cantidades de material tóxico que pueden en algunas ocasiones ser mortales para la vida del paciente, teniendo en consideración que cuanto mayor es el tiempo de la presentación de una obstrucción intestinal es peor el pronóstico del paciente.<sup>22</sup>

Diagnóstico.

Para el diagnóstico de una obstrucción intestinal se debe de tener en consideración un orden clínico para poder diagnosticar:

1. Diagnóstico sindrómico: es el tipo de diagnóstico que se va dar mediante la identificación de los diferentes signos y síntomas que se consideran como característicos de la obstrucción intestinal.<sup>23</sup>
2. Diagnóstico topográfico: es cuando se identifica a que nivel se encuentra la obstrucción intestinal.
3. Diagnósticos diferenciales: se debe de tener en consideración que se debe establecer si es una obstrucción orgánica o funcional, y si fuese orgánica debemos de diferenciar si esta es mecánica que es la causa más común de la obstrucción simple.
4. Diagnóstico etiológico: establecer la causa primaria de la obstrucción intestinal.

Todos estos pasos son los que se van a encontrar de manera estructurada en la historia clínica del paciente y van a ser fundamentados mediante el examen clínico, exámenes de laboratorio, y las diferentes exploraciones que se van a presentar con el apoyo de las imágenes por las radiografías y tomografías.<sup>24</sup>

### 1.3 MARCO CONCEPTUAL.

**Obstrucción intestinal:** es una patología que se produce por la detención del tránsito intestinal normal de todo el material que ingreso por medio de la alimentación y de las sustancias propias del organismo que deben transitar por el intestino normalmente.

**Clínica:** son los signos y síntomas que se van a presentar de manera clara e identifican a una enfermedad.

**Complicaciones:** es el estado que se produce de una persona como consecuencia de una enfermedad, complicación en su salud, estas

pueden dificultar el proceso de recuperación de la persona y dejar en algunas situaciones secuelas.

**Factores sociodemográficos:** son todas las características que presenta una población determinada en relación a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión.

#### **1.4 MARCO FILOSÓFICO.**

En la actualidad se vienen realizando una serie de procedimientos para poder establecer los mejores esquemas de tratamiento de las enfermedades para los pacientes y así tener en consideración las mejoras que se debe de realizar en relación a la innovación para una mejor calidad de vida del paciente, debido a que cualquier procedimiento quirúrgico que se realiza en las personas siempre tiene un riesgo, y esto siempre va ser un factor determinante en la ansiedad de las personas y siempre va estar presente antes, durante y después de la intervención, y si se presentan complicaciones es un temor tanto para el profesional como para el paciente.<sup>25</sup>

Es por tal razón que para el desarrollo de la presente investigación se han tenido presente las declaraciones de Helsinki, que nos explica los principios básicos en cuanto a los estudios en humanos, para todo esto se debe de tener en cuenta los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, al mismo tiempo el derecho de la confidencialidad en cuanto al manejo de la información de manera constante.<sup>26</sup>

## **CAPITULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **2.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

La presentación de la morbimortalidad de los pacientes que son operados por causas de obstrucción intestinal en la antigüedad era demasiado elevada pero con el transcurso del tiempo y una mejor clínica y los mejores conocimientos de la patogenia y fisiopatología en el uso de los medios terapéuticos más importantes ha disminuido de manera abismal, ya que muchos de los hospitales han mejorado la capacidad resolutoria de sus servicios de cirugía, aun teniendo esta mejora sustancial se debe de seguir considerando aun como un problema de la salud pública peruana.<sup>5</sup>

La obstrucción intestinal es una de las enfermedades que es necesario un estudio detallado ya que a lo largo de los años se han mejorado los conocimientos sobre las formas de presentación, la clínica y los factores de riesgo que pueden empeorar o demorar un diagnóstico oportuno. El tratamiento de cualquier patología de origen abdominal siempre se tiene que tener presente que mientras más rápido es el diagnóstico mucho mejor es el pronóstico de recuperación del paciente.<sup>6</sup>

Es por tal razón que los profesionales de la salud que indagamos en el desarrollo de la problemática vemos la necesidad de un mejor estudio de esta patología ya que va en aumento y no se han hecho estudios que a nivel nacional estructuren una guía de procedimientos para el diagnóstico o tratamiento más adecuado, también debemos de considerar que se tienen que tener presente los factores sociodemográficos, la parte clínica de todos los pacientes que han sido atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en un contexto más práctico.

Por lo que, ante la situación problemática descrita, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020?

## **2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **2.2.1 PROBLEMA GENERAL.**

¿Cuáles son las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020?

### **2.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICO.**

¿Cuál es la etiología más frecuente de los pacientes de 30 a 70 años con obstrucción intestinal del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020?

¿Cuáles son las principales características clínicas de los pacientes de 30 a 70 años con obstrucción intestinal del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020?

¿Cuáles son las principales complicaciones de los pacientes de 30 a 70 años con obstrucción intestinal del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020?

## **2.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.**

### **JUSTIFICACIÓN.**

La presentación de los casos con el diagnóstico de obstrucción intestinal se ha ido incrementando en los pacientes que son atendidos por el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica, en las diferentes presentaciones de diagnóstico y tratamiento, es por tal razón que cada uno de los casos se parte desde la clínica del paciente que van desde los 30 hasta los 70 años, por lo cual se ve la necesidad de establecer un estudio en el hospital debido al incremento de los casos con sus complicaciones al ingresar por el servicio de emergencia y la demora en algunas ocasiones en el diagnóstico.

## **IMPORTANCIA.**

El principal fundamento para el desarrollo del presente estudio de manera retrospectiva es determinar un análisis detallado de la enfermedad de manera global con el análisis del tratamiento, para poder detallar si los diferentes protocolos que se manejan dentro de la institución son las más adecuadas y se vienen adaptando a las nuevas normas que se están presentando en la actualidad.

La presencia de la obstrucción intestinal permite que el profesional de la salud pueda actuar de la mejor manera cuando tiene en consideración una clínica considerable en relación a los datos que se le van a ir presentando de manera cotidiana en la emergencia. Es por todas estas razones que se ve la importancia de realizar el presente estudio en el servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro durante el 2020.

## **2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **2.4.1 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar cuáles son las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020.

### **2.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO.**

Determinar cuál es la etiología más frecuente de los pacientes de 30 a 70 años con obstrucción intestinal del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020.

Identificar las principales características clínicas de los pacientes de 30 a 70 años con obstrucción intestinal del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020.

Establecer las principales complicaciones de los pacientes de 30 a 70 años con obstrucción intestinal del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el 2020.

## **2.5 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **2.5.1 HIPOTESIS GENERAL.**

No se plantean de acuerdo a las características del estudio.

## **2.6 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **2.6.1 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.**

**Variable dependiente:** obstrucción intestinal.

**Variable independiente:** causas frecuentes de obstrucción intestinal.

## 2.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valor	Fuente
<b>Variable dependiente:</b> obstrucción intestinal						
<b>Obstrucción intestinal</b>	Afección gastrointestinal en la que se impide que el material digerido se elimine normalmente a través del intestino.	Paciente con el diagnóstico confirmado de obstrucción intestinal	Cuantitativa	Nominal	Caso confirmado	Historia clínica
<b>Variable independiente:</b> causas frecuentes de obstrucción intestinal						
<b>Etiología</b>	Es la causa de origen de la enfermedad.	Hallazgos operatorios consignados en el reporte operatorio que fueron la causa de la obstrucción.	Cuantitativa	Nominal	1.- Bridas y adherencias 2.- Hernia complicada 3.-Vólvulo intestinal 4.- Intususcepción 5.- Otros	Historia clínica
<b>Clínica</b>	Cuadro característico de signos y síntomas que identifican la enfermedad.	Signos y síntomas que presenta el paciente, descritos en la historia clínica.	Cuantitativa	Nominal	1.-Estreñimiento 2.- Náuseas 3.- Dolor abdominal 4.- Vómitos	Historia clínica

					5.- No flatos 6.- Timpanismo 7.- Ausencia de RHA.	
<b>Comorbilidades</b>	Enfermedades secundarias a una enfermedad principal.	Condición patológica o clínica asociada al paciente, consignada en la H.C.	Cualitativa	Nominal	1.- Hipertensión 2.- Diabetes 3.- Obesidad 4.- Cardiopatía 5.- Insuficiencia Renal Crónica 6.- Patología broncopulmonar 7.- Patología vascular cerebral 8.- Anemia 9.- Desnutrición 10.- Prematuridad 11.- Bajo peso al nacer 12.- Neoplasia	Historia clínica
<b>Complicaciones</b>	Evento indeseado que ocurre en un paciente producto del acto quirúrgico y/o morbilidad asociada.	Evento adverso registrado en la historia clínica.	Cuantitativo	Nominal	Si No	Historia clínica

## CAPITULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

### 3.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Se planteó desarrollar un estudio descriptivo, debido a que se deseó identificar y describir los diferentes resultados que se obtuvieron de acuerdo a sus características sociodemográficas, clínicas, estudios diagnóstico, tratamiento y la evolución de cada uno de los pacientes con el diagnóstico de obstrucción intestinal, será transversal debido a que la evaluación está dada en un periodo de tiempo determinado en relación a la variable dependiente, retrospectiva debida a la revisión de una serie de casos que serán sacados de las anotaciones que presenten las historias clínicas.<sup>27</sup>

El diseño del estudio se planteó como no experimental debido a que la recolección de toda la información será de todas las historias clínicas del servicio de cirugía del Hospital Santa María del socorro del servicio de cirugía.

### 3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

**Población:** fueron todos los pacientes que ingresaron al servicio de cirugía con el diagnóstico de obstrucción intestinal durante el 2020.

**Muestra:** fueron todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.

#### **Criterios de inclusión.**

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

## **CAPITULO IV TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.**

### **4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

El establecimiento de una técnica para la recolección de datos fue mediante el análisis de las historias clínicas, de donde obtendremos todos los datos que nos permitan responder cada una de las preguntas básicas del estudio.

### **4.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para todo eso usamos como instrumento una ficha de recolección de datos la cual se encuentra ordenada de tal manera que responde a todos nuestros intereses como investigadores, y recolectará la información en cada uno de sus ítems para que responda a los objetivos planteados en nuestro estudio.

### **4.3 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.**

Una vez que se obtuvieron los datos de las historias clínicas de los pacientes se van a proceder a codificar cada uno de los datos de tal manera que nos permitió un fácil ordenamiento de la información en el programa Excel de donde pudimos proceder a un ordenamiento y creación de cada una de las gráficas y tablas en el programa SPSSv.25, para luego proceder a realizar una interpretación detallada de cada uno de ellos. Para todo esto se realizará un análisis detallado de medidas de tendencia central y dispersión de cada una de las variables para detallar sus frecuencias de causalidad y nos permitan realizar una discusión detallada de cada uno de los casos y creación de conclusiones y recomendaciones del estudio.

## CAPÍTULO V PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

### 5.1 PRESENTACIÓN INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

**Tabla 01:** Causas más frecuentes de obstrucción intestinal.

		Respuestas		
		N	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
<b>Causas</b>	<b>Bridas/Adherencias</b>	77	38,50%	38,50%
	<b>Hernia Complicada</b>	16	8,00%	46,50%
	<b>Vólvulo Sigmoideas</b>	48	24,00%	70,50%
	<b>Tumor de I. D</b>	6	3,00%	73,50%
	<b>Tumor de I. G</b>	8	4,00%	72,00%
	<b>Eventración Complicada</b>	29	14,50%	92,00%
	<b>Fecaloma</b>	4	2,00%	94,00%
	<b>Inflamatorios</b>	10	5,00%	99,00%
	<b>Cuerpos Extraños</b>	2	1,00%	100%
<b>Total</b>		<b>200</b>	100%	

#### **Interpretación:**

Las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica fueron bridas/adherencias (38,50%), vólvulo de sigmoideas (24,00%), eventración complicada (14,50%), hernia complicada (8,00%), inflamatorios (5,00%), tumor de intestino grueso (4,00%), tumor de intestino delgado (3,00%), fecaloma (2,00%) y cuerpos extraños (1,00%).

**Tabla 02:** Signos clínicos de los pacientes con obstrucción intestinal.

<b>SIGNOS CLÍNICOS</b>				
	<b>Respuestas</b>		<b>Porcentaje de casos</b>	
	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>		
<b>Signos Clínicos</b>	<b>Palpación De Masa</b>	66	13,20%	33,17%
	<b>Reptación</b>	38	7,60%	19,10%
	<b>Timpanismo</b>	24	4,80%	12,06%
	<b>Ausencia De RHA</b>	119	23,80%	59,80%
	<b>Distensión abdominal</b>	128	25,60%	64,32%
	<b>Rebote</b>	28	5,60%	14,07%
	<b>Rigidez Abdominal</b>	51	10,20%	25,63%
	<b>Deshidratación</b>	29	5,80%	14,57%
	<b>Oliguria</b>	17	3,40%	8,54%
	<b>Total</b>	<b>500</b>	<b>100%</b>	<b>251,26%</b>

**Fuente:** Oficina de estadística del Hospital Santa María de Ica

### **Interpretación:**

Los principales signos de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica fueron distensión abdominal (25,60%), ausencia de ruidos hidroaéreos (23,80%), palpación de masa (13,20%), rigidez abdominal (10,20%), reptación (7,60%), deshidratación (5,80%), rebote (5,60%), timpanismo (4,80%), y oliguria (3,40%).

**Tabla 03:** Síntomas clínicos de los pacientes con obstrucción intestinal

<b>SÍNTOMAS CLÍNICOS</b>				
		<b>Respuestas</b>		<b>Porcentaje de casos</b>
		<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>	
<b>Síntomas clínicos</b>	<b>Estreñimiento</b>	79	15,05%	39,50%
	<b>Náuseas</b>	59	11,24%	29,50%
	<b>Dolor Abdominal</b>	143	27,24%	71,50%
	<b>Vómitos biliosos</b>	123	23,43%	61,50%
	<b>Fiebre</b>	23	4,38%	11,50%
	<b>Diarrea</b>	33	6,29%	16,50%
	<b>Hiporexia</b>	15	2,86%	7,50%
	<b>Anorexia</b>	8	1,52%	4,00%
	<b>No Flato</b>	28	5,33%	14,00%
	<b>Disnea</b>	14	2,67%	7,00%
<b>Total</b>	<b>525</b>	<b>100%</b>	<b>262,50%</b>	

**Fuente:** Oficina de estadística del Hospital Santa María del Socorro de Ica

### **Interpretación:**

Los principales síntomas de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica fueron dolor abdominal (27,24%), vómitos biliosos (23,43%), estreñimiento (15,05%), náuseas (11,24%), diarrea (6,29%), no flato (5,33%), fiebre (4,38), hiporexia (2,86%), disnea (2,67%) y anorexia (1,52%).

**Tabla 04:** Complicaciones de los pacientes con obstrucción intestinal

<b>PRINCIPALES COMPLICACIONES</b>				
	<b>Respuestas</b>		<b>Porcentaje de casos</b>	
	<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>		
<b>complicaciones</b>	<b>Absceso Abdominal</b>	43	15,30%	22,28%
	<b>Infección De H. O</b>	75	26,69%	38,86%
	<b>Dehiscencia De H. O</b>	26	9,25%	13,47%
	<b>Fístula Enterocutánea</b>	23	8,19%	11,92%
	<b>Insuficiencia Renal</b>	18	6,41%	9,33%
	<b>Distrés Respiratorio</b>	11	3,91%	5,70%
	<b>Falla Cardíaca</b>	9	3,20%	4,66%
	<b>Infecciones Nosocomiales</b>	21	7,47%	10,88%
	<b>Tromboembolia</b>	12	4,27%	6,22%
	<b>Sepsis</b>	19	6,76%	9,84%
	<b>Hemorragia Digestiva Baja</b>	14	4,98%	7,25%
	<b>Ninguna</b>	10	3,56%	5,18%
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>100%</b>	<b>145,60%</b>	

**Fuente:** Oficina de estadística del Hospital Santa María del Socorro de Ica

### **Interpretación:**

Las principales complicaciones de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica fueron infección de herida operatoria (26,69%), absceso abdominal (15,30%), dehiscencia de herida operatoria (9,25%), fístula enterocutánea (8,19%), infecciones nosocomiales (7,47%), sepsis (6,76%), insuficiencia renal (6,41%), hemorragia digestiva baja (4,98%), tromboembolia (4,27%), distrés respiratorio (3,91%), ninguna (3,56%) y falla Cardíaca (3,20%).

**Tabla 05:** Comorbilidades de los pacientes con obstrucción intestinal

<b>PRINCIPALES COMORBILIDADES</b>				
		<b>Respuestas</b>		<b>Porcentaje de casos</b>
		<b>N</b>	<b>Porcentaje</b>	
<b>Comorbilidades</b>	<b>Hipertensión arterial</b>	122	38,01%	62,56%
	<b>Diabetes</b>	101	31,46%	51,79%
	<b>Obesidad</b>	15	4,67%	7,69%
	<b>Cardiopatía</b>	27	8,41%	13,85%
	<b>Insuficiencia renal</b>	9	2,80%	4,62%
	<b>Broncopulmonar</b>	7	2,18%	3,59%
	<b>Vascular cerebral</b>	5	1,56%	2,56%
	<b>Anemia</b>	5	1,56%	2,56%
	<b>Desnutrición</b>	6	1,87%	3,08%
	<b>Neoplasia</b>	1	0,31%	0,51%
	<b>Otro</b>	15	4,67%	7,69%
	<b>Ninguno</b>	8	2,49%	4,10%
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>	<b>164,62%</b>	

**Fuente:** Oficina de estadística del Hospital Santa María del Socorro de Ica

### **Interpretación:**

Las principales comorbilidades de los pacientes de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica fueron hipertensión arterial (38,01%), diabetes (31,46%), cardiopatía (8,41%), obesidad (4,67%), otro (4,67%), insuficiencia renal (2,80%), ninguno (2,49%), broncopulmonar (2,18%), desnutrición (1,87%), vascular cerebral (1,56%), anemia (1,56%) y neoplasia (0,31%).

## 5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Después de haber realizado todos los procedimientos de recolección de la información procedemos a contrastar nuestros resultados con los de otras investigaciones en donde ratificarán la validez de los datos que se han obtenido como respuesta a nuestros objetivos.

En el primer objetivo general que planteamos del estudio se determinó cuáles son las causas más frecuentes de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años, en donde nuestros resultados establecieron que las bridas/adherencias (38,50%), vólvulo de sigmoides (24,00%), eventración complicada (14,50%), hernia complicada (8,00%), inflamatorios (5,00%), tumor de intestino grueso (4,00%), tumor de intestino delgado (3,00%), fecaloma (2,00%) y cuerpos extraños (1,00%).

Estos resultados al ser contrastados con los de Peña RCC, Cortés C, (2017)<sup>4</sup>, en sus resultados determinó que las principales causas de obstrucción intestinal fueron las bridas/adherencias 42.5%, vólvulo de sigmoide 27.4, íleo 22.5%, calculo biliar 1%, así también tenemos la investigación de Sierra G, Consuelo N. (2016)<sup>5</sup>, en donde sus resultados establecieron que las principales causas de obstrucción intestinal son las bridas y adherencias con 39.2%, vólvulos 35.4%, 22.9% presencia de íleo, 10% causas desconocidas, todos estos datos al ser contrastados con los nuestros ratifican que las causas de obstrucción intestinal son las mismas en frecuencia de los pacientes sin considerar la ubicación.

En relación a los objetivos específicos el primero planteo la comparación de características clínicas de los pacientes con obstrucción intestinal en donde fueron clasificados en dos grupos uno de signos que dio como resultados distensión abdominal (25,60%), ausencia de RHA (23,80%), palpación de masa (13,20%), rigidez abdominal (10,20%), reptación (7,60%), deshidratación (5,80%), rebote (5,60%), timpanismo (4,80%), y oliguria (3,40%). Así mismo la presentación más frecuente de los síntomas fueron dolor abdominal (27,24%), vómitos biliosos (23,43%),

estreñimiento (15,05%), náuseas (11,24%), diarrea (6,29%), no flato (5,33%), fiebre (4,38), hiporexia (2,86%), disnea (2,67%) y anorexia (1,52%).

Todos estos resultados contrastados con la investigación de Idrobo AA, Bastidas BE, (2020)<sup>1</sup>, en donde sus resultados establecieron que los síntomas más comunes fueron falta de deposiciones 73.2%, distensión abdominal 67.9%, emesis 56.2%, ausencia de ruidos hidroaéreos 50%, otras de las investigaciones tenemos la de Sierra G, Consuelo N. (2016)<sup>5</sup>, en donde sus resultados establecieron que los síntomas más frecuentes constipación 68%, distensión abdominal 24%, vómitos 41%, así como el estudio de Pereira G, (2017)<sup>7</sup>, en donde los principales síntomas que se presentaron fue dolor abdominal 95%, estreñimiento 71.7%, vómitos 68.3%, fiebre 56.7%. Todos estos resultados contrastan con los obtenidos en nuestro estudio con lo que se puede establecer que los síntomas más comunes son el estreñimiento, distensión abdominal, vómitos, en la mayoría de los casos.

En relación a las principales complicaciones que presentan los pacientes con obstrucción intestinal nuestros resultados establecieron que fueron infección de herida operatoria (26,69%), absceso abdominal (15,30%), dehiscencia de herida operatoria (9,25%), fístula enterocutánea (8,19%), infecciones nosocomiales (7,47%), sepsis (6,76%), insuficiencia renal (6,41%), hemorragia digestiva baja (4,98%), tromboembolia (4,27%), distrés respiratorio (3,91%), ninguna (3,56%) y falla cardíaca (3,20%).

Al ser contrastados con las investigaciones de Pereira G, (2017)<sup>7</sup>, en donde las principales complicaciones que se presentaron distrés respiratorio 11.9%, insuficiencia renal 7.1%, sepsis 7.1%, gangrena de Fournier 2.4%, coagulación intravascular diseminada 2.4%, fístula 2.4%, absceso abdominal 2.4%, otro de los estudios que se presento fue el de Lorenzo L, Enrique R, (2017)<sup>8</sup>, en donde sus principales complicaciones fueron infección del sitio operatorio 10.2%, dehiscencia 2.4%, absceso intraabdominal 6.12%, obstrucción intestinal 8.6%, así tenemos a

Rodríguez AM, Prendes RJ, (2016)<sup>9</sup>, en donde sus resultados establecieron que la infección del sitio operatorio 45%, dehiscencia 26%, absceso intraabdominal 2.6%, de las complicaciones de los pacientes.

Todos estos resultados coinciden con los obtenidos en nuestro estudio validando que las principales complicaciones que se presentan son la ISO, dehiscencia, absceso intraabdominal, de los pacientes.

En relación a las principales comorbilidades que presentan los pacientes nuestros datos establecieron que la hipertensión arterial (38,01%), diabetes (31,46%), cardiopatía (8,41%), obesidad (4,67%), otro (4,67%), insuficiencia renal (2,80%), ninguno (2,49%), broncopulmonar (2,18%), desnutrición (1,87%), vascular cerebral (1,56%), anemia (1,56%) y neoplasia (0,31%).

Así tenemos los estudios de Idrobo AA, Bastidas BE, (2020)<sup>1</sup>, en donde sus resultados demostraron que las principales comorbilidades son enfermedades cardiovasculares 34.4%, enfermedades gastrointestinales 18.8%, enfermedad metabólica 15.6%, cáncer 9.4%, otro de los estudios representativos es el de Sierra G, Consuelo N. (2016)<sup>5</sup>, en donde los principales antecedentes que encontró fueron hipertensión arterial 16%, diabetes mellitus 29%, cardiopatías 84%, insuficiencia renal crónica 0.76%, patología broncopulmonar 0.09%, otro de los estudios que se consideran como relevantes en identificación de las enfermedades es Pereira G, (2017)<sup>7</sup>, en donde sus principales complicaciones que presenta anemia 51.7%, hipertensión arterial 16.7%, desnutrición 16.7%, diabetes 13.7%, así mismo Rodríguez AM, Prendes RJ, (2016)<sup>9</sup>, dentro de sus antecedentes patológicos identificó a la hipertensión arterial 80.3%, asma 78%, diabetes 70%, cardiopatías 67.4%, cirugías previas 72.7%.

Todos estos datos que se han contrastado con diferentes estudios tanto nacionales como internacionales establecen las características relevantes que se han presentado mediante la respuesta de los diferentes objetivos planteados.

## CONCLUSIONES

- En nuestro estudio se determinó que las principales causas de obstrucción intestinal que se presentaron en este grupo de pacientes (30-70 años) en el Hospital Santa María del Socorro de Ica enumeradas en orden de mayor a menor frecuencia fueron: bridas y adherencias, vólvulos de sigmoides, eventraciones, hernias complicadas, procesos inflamatorios y tumores.
- Las principales características clínicas que se observaron en este grupo de pacientes de (30-70 años) en orden de frecuencia fueron: distensión abdominal, ausencia de RHA, no eliminación de flatos.
- Las principales complicaciones que se presentaron fueron en este grupo de pacientes de (30-70 años) fue: Infección de herida operatoria, abscesos abdominales, dehiscencia de herida operatoria, fístula entero cutánea, infecciones nosocomiales, sepsis, insuficiencia renal, distrés respiratorio.

## RECOMENDACIONES

1. En la mayoría de los casos la clínica de estos pacientes puede ser bastante clara lo que permite la identificación rápida.
2. Se debe brindar una atención meticulosa y rápida a estos pacientes a fin de evitar mayores complicaciones, basándose en la atención eficiente y oportuna.
3. La mayoría de las complicaciones que se presentan en los pacientes de este grupo etario (30-70 años) son graves y pueden poner en peligro la vida de los mismos. Por tal razón cuando se identifican requieren un control, evaluación permanente y rápida decisión.
4. Siempre serán importantes las medidas de prevención fundamentalmente en pacientes con enfermedades crónicas (por ejemplo, si son portadores de hernias, eventraciones, estreñimiento, etc).
5. Crear bases de datos para evaluar riesgos, resultados de tratamiento y sirvan así para un pilar para futuras investigaciones.
6. Que los hospitales de MINSA se implementen con equipos de cirugía mínimamente invasiva (laparoscopios), lo cual está demostrado que produce menos adherencias que la cirugía convencional.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Idrobo AA, Bastidas BE, Yasno LM, Vargas AL, Galvis AMM. Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca. Revista colombiana de Gastroenterología. 21 de diciembre de 2020;35(4):447-54.
2. José ALY. Prevalencia de obstrucción intestinal como complicación postquirúrgica de apendicitis entre pacientes de 3 a 14 años en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos entre mayo 2017 a mayo 2019. :49.
3. Allamand T. JF, Schönffeldt G. K, Campero M. JM, Santibáñez P. C, Rojas F. N, Allamand T. JF, et al. Obstrucción intestinal por hernia obturatriz: Serie de casos. Revista de cirugía. abril de 2019;71(2):173-7.
4. Peña RCC, Cortés C, Interiano HC. Obstrucción intestinal por bridas/adherencias: Proporción y evolución del manejo conservador. Archivos de medicina. 2017;13(3):1.
5. Sierra G, Consuelo N. Factores asociados a tratamiento quirúrgico en pacientes con obstrucción intestinal por adherencias [Internet] [masterThesis]. instname:Universidad del Rosario. Universidad del Rosario; 2015 [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/>
6. Hidalgo C, Alessandra MN. Factores predictores de necrosis intestinal en pacientes con obstrucción intestinal. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2019 [citado 28 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5022>
7. Pereira Documet GDP. Obstrucción intestinal en el Hospital Regional de Loreto Felipe Santiago Arriola Iglesias de enero 2014 a diciembre 2015. 2016.
8. Lorenzo L, Enrique R. PRESENTADA POR EL BACHILLER: :66.

9. Rodríguez AM, Prendes RJ, Sánchez JCS. Morbimortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal en el Servicio de Cirugía General. Revista Finlay. 17 de febrero de 2015;5(1):24-33.
10. Quezada S N, León F F, Llera K J de la, Funke H R, Gabrielli N M, Crovari E F, et al. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS. Revista chilena de cirugía. septiembre de 2014;66(5):437-42.
11. Figueroa S, Jonathan P. Factores asociados a complicaciones post quirúrgicas en pacientes adultos con obstrucción intestinal mecánica en el Centro Medico Naval durante Enero 2013 a Enero 2018. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2019 [citado 28 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1843>
12. Guerrero MH. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA. :49.
13. TRABAJO ACADÉMICO - UNT. 2020;29.
14. Csendes J A, Pereira P, Zamorano D M, Arratia I, Gonzalez J, Carriel F. Tratamiento médico o quirúrgico de la obstrucción intestinal alta. Revista chilena de cirugía. junio de 2016;68(3):227-32.
15. Alarcón del Agua I, Jiménez Rodríguez R, Suárez Artacho G, García Carlos B. Hernia de Richter como causa de obstrucción intestinal de difícil diagnóstico. Revista Española de Enfermedades Digestivas. octubre de 2010;102(10):611-2.
16. Estrella R M, Bernal R J, Fuenzalida C L. Hernia interna de divertículo de Meckel como causa de obstrucción intestinal en un senescente. Revista chilena de cirugía. abril de 2009;61(2):187-90.
17. Anzieta V J, Felmer E O, Gabrielli N M, Venturelli M F, Sánchez C G, Torrijos C C. Obstrucción intestinal causada por Tricobezoar: Síndrome de Rapunzel. Revista médica de Chile. agosto de 2008;136(8):1027-30.
18. Beltrán MA, Tapia Q TF, Araos H F, Martínez G H, Cruces KS. Endometriosis del íleon como causa de obstrucción intestinal:

- Report of two cases. Revista médica de Chile. abril de 2006;134(4):485-90.
19. González D, Jesús E. Predictores de mortalidad en la oclusión intestinal mecánica por cáncer de colon. Revista Cubana de Cirugía. diciembre de 2016;55(4):287-95.
  20. Calvo AM, Erce R, Montón S, Martínez A, Otero A. Hemangioma cavernoso de intestino delgado: una causa rara de obstrucción intestinal. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. diciembre de 2003;26(3):437-40.
  21. Tirapo JB, García Borda J, Ferrero Herrero E, Tirapo JB, García Borda J, Ferrero Herrero E. Obstrucción intestinal por peritonitis esclerosante encapsulada en un adulto con derivación ventriculoperitoneal. Revista chilena de cirugía. 2018;70(3):273-6.
  22. Laiz-Díez B, González-González J, Ruiz-Tovar J, Cea-Soriano M, Durán-Poveda M, Laiz-Díez B, et al. Obstrucción intestinal debido a hernia estrangulada en el espacio prevesical: presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista chilena de cirugía. 2018;70(1):75-8.
  23. López P A, Droguett I ME. PACIENTE CON OBSTRUCCION INTESTINAL. Revista chilena de radiología. 2003;9(1):4-4.
  24. Ruiz P. AC, Laguna O. M, Rodriguez G. MV, Lorente Á. M, Fernández G. C, Fernández L. V, et al. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDA POSTQUIRÚRGICA EN GESTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO. Revista chilena de obstetricia y ginecología. junio de 2019;84(3):217-24.
  25. Nuñez Huerta E, Saravia Villanueva C. Obstrucción intestinal por oblito quirúrgico. Revista Medica Herediana. enero de 2004;15(1):55-60.
  26. Fonseca C M, Adelsdorfer O C, Slako M M, Hernández V P, Barría K C, Vial P I, et al. Obstrucción intestinal por hernia obturatriz: Caso clínico. Revista chilena de cirugía. agosto de 2010;62(4):404-7.

27. Céspedes Rodríguez HA, Fernández Pérez R, Céspedes Rodríguez HA, Fernández Pérez R. Íleo biliar, una causa poco frecuente de oclusión intestinal. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. septiembre de 2020 [citado 28 de marzo de 2021];59(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74932020000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74932020000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
28. González González M. Oclusión intestinal. En: Balibrea Cantero JC, editores. Tratado de cirugía. Madrid: Marban, 1994; 2154-2172.
29. Jones RS. Obstrucción intestinal. En: Sabiston, Lyerly, editores. Manual del tratado de patología quirúrgica. Madrid: Interamericana, 1994; 434-437.
30. Muro Castillo I. Protocolo diagnóstico terapéutico de la obstrucción intestinal. Medicine (Madrid) 2000; 8 (14): 767-769.

## ANEXOS

### Recolección de Datos

#### **“CAUSAS FRECUENTES DE OBSTRUCCION INTESTINAL EN PACIENTES DE 30 A 70 AÑOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA DE UN HOSPITAL GENERAL DE ICA - 2020”**

1. N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

2. Género:

Masculino ( )

Femenino ( )

3. Lugar de procedencia:

Rural ( )

Urbano ( )

### CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS

4. Tiempo de enfermedad

≤3d ( )

4-6 días ( )

≥7 días ( )

≥2 semanas ( )

≥ 3 semanas ( )

≥ 1 mes ( )

≥ 2 meses

5. Forma de inicio

Brusco ( )

Insidioso ( )

6. Signos y síntomas principales

SINTOMAS

Estreñimiento ( )

Náuseas ( )

Dolor

abdominal ( )

Vómitos ( )

Fiebre ( )

Diarrea ( )

Hiporexia ( )

Anorexia ( )

No Flato ( )

Disnea ( )

## SIGNOS

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

## 7. Comorbilidades

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

## 8. Cirugía abdominal previa

Sí ( )      No ( )

## 9. Etiología de la obstrucción

Bridas/adherencias ( )      Hernia complicada ( )      Vólvulo  
Sigmoido ( )  
Tumor de I.D ( )      Tumor de I.G ( )      Eventración  
complicada ( )  
Fecaloma ( )      Inflamatorios ( )      Parásitos ( )  
Cuerpo extraño ( )      Otros ( )

## 10. Complicaciones postoperatorias

Absceso abdominal ( )      Dehiscencia de H.O ( )  
Infección de H.O ( )      Fístula enterocutánea ( )

Insuficiencia renal ( )	Distrés respiratorio ( )
Falla cardíaca ( )	Infecciones nosocomiales ( )
Tromboembolia ( )	Sepsis ( )
Hemorragia digestiva baja ( )	Ninguna ( )
Otros ( )	No flato ( )
Hiporexia ( )	Disnea ( )
Anorexia ( )	