



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE ORIENTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO ALCALÁ"
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

**COMPLICACIONES EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO
PATRICIO ALCALÁ", CUMANÁ ESTADO SUCRE ENERO
2020- JUNIO 2022**

Tutor:

Dr. Antonio El Badawi

Autor:

Dra. Thais Suárez

Cumaná, noviembre de 2022

Índice

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos	6
METODOLOGÍA	7
Tipo de investigación	7
Población y muestra	7
Criterios de inclusión	7
Criterios de exclusión.....	7
Instrumento y método de recolección de datos.....	8
Análisis estadístico	8
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	9
CONCLUSIONES	17
RECOMENDACIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20
HOJAS DE METADATOS	24

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a Dios, por iluminarme a diario y ser guía en cada paso que doy, por ponerme en el lugar correcto para cumplir esta meta.

A mi madre quien han sido mi pilar fundamental y ejemplo a seguir, por su apoyo incondicional.

Al Hospital Universitario Antonio Patricio De Alcalá por ser mi segunda casa todos estos años, siendo parte imprescindible de mi formación como cirujano.

A mi tutor, el Dr. Antonio El Badawi, por su apoyo y disposición. Por haberme brindado la oportunidad de trabajar junto a él para el desarrollo de este proyecto, así como por todos los conocimientos científicos y la dedicación brindados en el transcurso de la elaboración de este trabajo.

DEDICATORIA

A mi mamá, por confiar en mí, por impulsarme a seguir mis sueños, por darme fuerzas cuando sentía que no podía seguir, por ser incondicional, porque ningún sacrificio fue demasiado si se trataba de mí y mi futuro, por enseñarme siempre que lo único que no se sabe es lo que no se hace.

A mi familia y en especial a mi hermano Emmanuel, por ser mi motivación para ser cada día mejor y no rendirme. A mis hermanas de la vida que aun estando lejos siempre estuvieron presentes y a mis compañeros de Postgrado, por acompañarme en este largo, estresante pero divertido camino, por hacerlo más llevadero, por las aventuras y las sonrisas.

Gracias por estar presente incluso en los momentos más turbulentos, sin ustedes nada habría sido posible.



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE ORIENTE
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO ALCALÁ”
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

**COMPLICACIONES EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO
PATRICIO ALCALÁ”, CUMANÁ ESTADO SUCRE ENERO
2020- JUNIO 2022**

Tutor:

Dr. Antonio El Badawi

Autor:

Dra. Thais Suárez

RESUMEN

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. 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. **Objetivo:** Determinar las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal en el Hospital Universitario “Antonio Patricio Alcalá”. **Metodología:** Estudio de tipo documental, de fuente primaria, retrospectivo, de carácter longitudinal y descriptivo. La muestra estuvo constituida por 33 pacientes con diagnóstico clínico de obstrucción intestinal total. **Resultados:** La frecuencia de complicaciones y de fallecidos es porcentualmente significativa, aunque solo 2 pacientes ameritaron estancia en UCI, un 18,3% presentó isquemia intestinal, 3% necrosis y 18,3% perforación intestinal, además un 15% amerito reintervención siendo la remodelación de la ostomía la principal causa y 4 pacientes fallecieron lo que se corresponde con 12,1%.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal consiste en la detención del tránsito intestinal, de forma completa y persistente en algún punto del intestino delgado o grueso.¹ Su descripción se remonta al siglo III o IV, en el que Praxagoras creó una fístula enterocutánea para aliviar una obstrucción intestinal. A pesar del éxito del tratamiento quirúrgico, la norma hasta finales del siglo XIX era el tratamiento conservador, a finales del siglo XIX, los antisépticos y las técnicas quirúrgicas asépticas hicieron más segura y aceptable la cirugía²

La obstrucción intestinal representa del 1 al 3% de todas las hospitalizaciones y casi 25% de todas las hospitalizaciones urgentes al servicio de cirugía general. Casi 80% de los casos afectan al intestino delgado y una tercera parte de los pacientes muestra datos de isquemia significativa. La tasa de mortalidad para pacientes con estrangulamiento que son operados en las primeras 24 a 30 h del inicio de los síntomas suele ser cercana a 8%, pero se triplica después de este período³. En lo que respecta a su etiología, las adherencias o bridas son responsables del 60 a 70% de los cuadros de obstrucción⁴

Al abordar las probables causas de obstrucción intestinal es importante clasificarlas, de acuerdo a su origen en intraluminal, intramural o extrínseca; por su locación en proximal o distal, según la progresión en simple o estrangulada y por el tiempo de evolución en aguda, subaguda o crónica.⁵

VARIABLES COMO LA EDAD, EL SEXO, EL TIPO DE OBSTRUCCIÓN, EL NIVEL DE LA OBSTRUCCIÓN, LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PREVIAS, EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE ESTAS Y LA APARICIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN, ASÍ COMO ALGUNOS DATOS DE

laboratorio son importantes herramientas accesibles que ayudan tanto a la evaluación inicial del paciente como a su tratamiento y posterior evolución.⁶

Las comorbilidades, tales como la cardiopatías, insuficiencia ventilatoria o respiratoria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica o enfermedades degenerativas del sistema nervioso central son factores predictores de mortalidad asociados a esta patología. Aquellos pacientes que presentan comorbilidades múltiples pueden ser más propensos a desarrollar complicaciones e incluso perecer.⁷

La sintomatología presentada es muy variable de acuerdo a la localización de la obstrucción así como el inicio sintomático. Sin embargo, en la mayoría de revisiones bibliográficas, se pueden resumir estos síntomas claves en: dolor abdominal, vómitos, ausencia de emisión de gases y evacuaciones y distensión abdominal.⁵ La repercusión sobre el estado general en los casos avanzados pone de manifiesto un paciente que puede encontrarse en situación crítica y shock de diferentes orígenes⁸

El manejo inicial del paciente con obstrucción intestinal incluye la suspensión de la vía oral, el paso de una sonda nasogástrica con calibre adecuado para descompresión y la hidratación con cristaloides, considerando que muchos pacientes por el vómito persistente se presentan con alcalosis metabólica hipoclorémica y con hipocalemia; la recomendación es el remplazo de líquidos con solución salina más potasio⁹

El tiempo de realización de la cirugía dependerá de la certeza para el diagnóstico y del cuadro clínico, pero en general se aconseja que sea dentro de las primeras 2-4 h de la admisión intrahospitalaria.¹⁰

Los pacientes con obstrucción intestinal parcial de alto grado con presencia de gas en el colon y recto en las placas de abdomen y con historial

de flatos recientes pueden ser sometidos a un manejo médico inicial con observación regular con radiografías seriadas cada 8 a 12 horas, si no se presenta mejoría dentro de las 24 horas iniciales de ingreso deben ser llevados a manejo quirúrgico; en caso contrario se espera que la mayoría de casos resuelvan dentro de 48 horas⁹

Mientras que los pacientes con obstrucción intestinal completa que generalmente se asocian con signos de estrangulación como fiebre, taquicardia, leucocitosis y dolor abdominal severo deben ser llevados a cirugía de forma inmediata. Igualmente los pacientes que tienen signos en la tomografía donde aparece líquido libre, edema mesentérico, desvascularización intestinal y signos de contenido fecal en intestino delgado deben ser llevados a laparotomía urgente⁹

La demora en la decisión de una intervención quirúrgica oportuna implica un aumento sustancial en la morbilidad y la mortalidad, mientras que una laparotomía innecesaria puede empeorar el proceso de formación de adherencias y su severidad⁴

Si bien hay un interés constante para facilitar las decisiones clínicas en el tratamiento de los pacientes con obstrucción intestinal con el desarrollo de nuevos modelos de predicción para el manejo quirúrgico, varios de estos modelos se centran en los hallazgos de la tomografía, y no toman en cuenta algunos signos y síntomas que el cirujano puede encontrar más a la mano durante la evaluación diaria⁴

Los pacientes con obstrucción intestinal siguen representando uno de los problemas más complejos que afrontan los cirujanos a la hora de establecer el diagnóstico correcto, el momento idóneo para el tratamiento y la modalidad adecuada de este. La decisión final sobre el tratamiento de estos

pacientes depende de una historia clínica y estudio meticoloso así como de un mayor conocimiento de las posibles complicaciones. ⁴

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 de 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 ¹¹

En un estudio realizado por Leyva y cols. en el año 2007-2010, en el Municipio Libertador del Distrito Metropolitano de Caracas se evidencia que la obstrucción intestinal se representa 4,01% del total de operaciones de cirugía abdominal. La obstrucción de colon se debe a procesos tumorales en un 60%, diverticular en un 15% y vólvulos en un 15%. El grupo de edad más afectado fue el de 30 a 39 años con 28,4%, le sigue el grupo de 50 a 59 años y 60 a 69 años de edad, con un 16,5% y 15,6% respectivamente. Se considera que esto se debe a que este grupo se encuentran en pleno desarrollo social y laboral donde esta afección tiene alta morbilidad debido al alto índice de violencia dado por las heridas por arma de fuego y los accidentes del tránsito lo que generan gran número de intervenciones

quirúrgicas de urgencias. Predominaron los hombres con 63,3%. El antecedente patológico más importante fue la cirugía abdominal previa para un 46,8%, seguido de la Hipertensión Arterial con 25,7%. Las causas más frecuentes son las bridas y adherencias postoperatorias con 37,6%, seguida de las hernias inguinales complicadas con 24,8% y los tumores de colon en 8,3%. Otras causas son vólvulos intestinales (4,5%) y trombosis mesentérica (4,5%), entre otras. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la llegada al hospital superó las 48 horas y las adherencias en pacientes con cirugía abdominal previa fue el diagnóstico más frecuente. Se realizó una preparación óptima entre el ingreso y el tratamiento quirúrgico que no superó las 12 horas. Con una evolución satisfactoria en la mayoría de los pacientes, a los cuales se les administró antibióticoterapia y la frecuencia de complicaciones fue escasa. La mortalidad no es significativa.⁶

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. 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 las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal en relación al tiempo de espera para el manejo quirúrgico.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal en el Hospital Universitario “Antonio Patricio Alcalá”, Cumaná estado Sucre enero 2020- junio 2022

Objetivos específicos

- Analizar género y edades de los pacientes que consultan al servicio de cirugía por obstrucción intestinal
- Enfatizar los antecedentes personales, patológicos y quirúrgicos de los pacientes con obstrucción intestinal total en el HUAPA en el periodo enero 2020- junio 2022
- Describir la relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad, hallazgos intraoperatorios y complicaciones post quirúrgicas

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Se trata de un estudio de tipo documental, de fuente primaria, retrospectivo, de carácter longitudinal y descriptivo.

Población y muestra

La muestra estuvo constituida por 33 pacientes con diagnóstico clínico de obstrucción intestinal total, en el lapso comprendido desde Enero de 2020 - Junio de 2022, intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía General del Hospitalario Universitario Antonio Patricio De Alcalá Cumana – Estado Sucre.

Criterios de inclusión

1. Ambos sexos.
2. Edad \geq 13 años
3. Pacientes con diagnóstico clínico de obstrucción intestinal y manejo quirúrgico

Criterios de exclusión

1. Edad $<$ 13 años
2. Pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal parcial
3. Pacientes con diagnóstico clínico de obstrucción intestinal y manejo medico

Instrumento y método de recolección de datos

Se diseñó una hoja de recolección de datos, que nos permitió recolectar las diferentes variables medidas en el presente trabajo obtenidas de las historias clínicas extraídas del archivo del HUAPA

Análisis estadístico

Para delinear las características de la muestra estudiada (demografía), se utilizaron estadísticas descriptivas sobre las variables recolectadas (sexo, edad, antecedentes personales, antecedentes quirúrgicos, síntomas, días de hospitalización, tiempo de espera quirúrgico, causas de la cirugía, hallazgos intraoperatorios, tiempo en UCI, reintervención, reingreso y defunciones), con frecuencias y porcentajes para los niveles de éstas en su expresión cualitativa, y medias, máximos y mínimos para las cuantitativas

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para este estudio fueron considerados 33 pacientes. A continuación se muestra las frecuencias y porcentajes de la muestra poblacional según las categorías para todas las variables estudiadas.

La edad promedio de los pacientes fue de 55 años, con un mínimo de 21 y un máximo de 81. De acuerdo a la distribución de frecuencia de la edad de los pacientes, el intervalo con más individuos fue la categoría de mayores de 60 años (45,5%) (Tabla 1).

Grupo Etario	Frecuencia absoluta (N ^o)	Frecuencia relativa (%)
20-39 años	8	24,2
40-59 años	10	30,3
60 años o mas	15	45,5

Tabla 1.-Distribución porcentual de los pacientes de este estudio según la edad

En este estudio, el grupo etario que con mayor frecuencia presentó obstrucción intestinal fue de 60 años o más, Diferente al encontrado por LEYVA (Venezuela) ¹³ en el que el grupo de edad más afectado fue el de 30 a 39 años con 31 pacientes (28,4%), le siguió el grupo de 50 a 59 años y 60 a 69 años de edad, con un 16,5% y 15,6% respectivamente, en estos estudios sólo incluyó a mayores de 18 años.

El sexo predominante en los pacientes fue el masculino (57,6%) (Tabla 2).

Sexo	Frecuencia absoluta (N ^o)	Frecuencia relativa (%)
Femenino	14	42,4
Masculino	19	57,6

Tabla 2.-Distribución porcentual de los pacientes de este estudio según el sexo

Coincide con los datos internacionales revisados; SUB CAAL (Guatemala)¹⁴ evidencia que el sexo masculino con 79 casos (68%), en relación al sexo femenino con 38 casos (32%).

Dentro de los antecedentes personales de los pacientes, la hipertensión arterial fue el más frecuente, presentándose en un 24,2% de la muestra poblacional. Menos frecuentes fueron la diabetes, las cardiopatías, así como las patologías broncopulmonares, todas solo presentes en un 3% de los pacientes. Patologías cardíacas y renales no fueron observadas en esta muestra poblacional (Tabla 3).

Comorbilidades	Frecuencia absoluta (N ^o)	Frecuencia relativa (%)
HTAS	8	24,2
DM	1	3
Cardiopatía	1	3
Patología Broncopulmonar	1	3
Patología Cardíaca	0	0
Patología Renal	0	0

Tabla 3 .-Distribución porcentual de los pacientes de este estudio según antecedentes personales

La mayor parte de estos pacientes no habían sido sometidos a procedimientos quirúrgicos previos (63,4%), y cuando fue así, solo

experimentaron una o dos cirugías con anterioridad (30, 3%) (Tabla 1; figura 4)

Cirugías Previas	Frecuencia absoluta (N ^o)	Frecuencia relativa (%)
Ninguna	21	63,6
1-2	10	30,3
3-5	2	6,1

Tabla 4.- Distribución de los pacientes según el número de cirugías previas

El tiempo promedio del inicio de los síntomas fue de 7,6 días, con un mínimo de 1 y un máximo de 30. Según los datos, el inicio de los síntomas en los pacientes fue más frecuente entre los 4 y 6 días (33,4%) (Tabla 5).

Inicio de los síntomas (días)	Frecuencia absoluta (N ^o)	Frecuencia relativa (%)
1-3	7	21,2
4-6	11	33,4
7-8	8	24,2
9 o mas	7	21,2

Tabla 5.- Distribución de los pacientes según días de evolución de los síntomas

Lo que coincide con Tello (Iquitos) ¹⁵ y con LEYVA (Venezuela).¹³ En el que el tiempo de demora desde el inicio de los síntomas y la llegada al hospital superó las 48 horas. Este tiempo en la demora puede ser multifactorial, como el acceso a los servicios de salud, o atribución de los síntomas como un simple cuadro de indigestión o constipación, durante los primeros días, hasta que empeoran progresivamente.

Los síntomas más frecuentes fueron el dolor y ausencia de evacuaciones (ambos con un 84,9%); después, y en orden decreciente, se observaron vómitos (51,5%), distensión (39,4%), y fiebre (3%) (Tabla 6).

Síntomas	Frecuencia absoluta (Nº)	Frecuencia relativa (%)
Distensión	13	39,4
Vómitos	17	51,5
Dolor	28	84,9
Ausencia de evacuaciones	28	84,9
Fiebre	1	3,0

Tabla 6.- Distribución de los pacientes según los síntomas presentados

Pizango (Perú)¹⁶ que presento como signos y síntomas más frecuentes distensión abdominal 93.8%, dolor abdominal 86.3%, estreñimiento 72.5%, vómitos 66.3%, y fiebre 30% en ese orden. Esto varía en este estudio probablemente por el grupo etario tomado por cada investigador.

La principal causa de la cirugía fue el abdomen agudo (63,6%), seguidas (en orden decreciente) por las fallas en el manejo medico (27,3%), y determinado por los hallazgos en la TAC (9,1%) (Tabla 7).

Causa de la cirugía	Frecuencia absoluta (Nº)	Frecuencia relativa (%)
Abdomen	21	63,6
Falla del manejo medico	9	27,3
TAC	3	9,1

Tabla 7.- Distribución de los pacientes según la causa de la cirugía

El tiempo promedio para la ejecución del procedimiento quirúrgico fue de 1,5 días, con un mínimo de 1 y un máximo de 7, pero la mayoría de los pacientes solo tuvo que esperar un día (81,8%) (Tabla 8).

Tiempo de espera (días)	Frecuencia absoluta (Nº)	Frecuencia relativa (%)
1	27	81,8
2-3	3	9,1
4-7	3	9,1

Tabla 8.- Distribución de los pacientes según tiempo de espera para la cirugía

Respecto a los hallazgos intraoperatorios, los más frecuentes fueron los vólvulos y las adherencias (con un 27,3 y un 24,2%, respectivamente), seguidos por la isquemia (18,2%), las perforaciones (18,2%) y los tumores (15,2%), para finalizar con necrosis (3,03%) y cuerpos extraños (6,06%) como los menos frecuentes (Tabla 9). Una de las principales complicaciones de la obstrucción intestinal es la isquemia; por ello la Obstrucción estrangulada, que se asocia con necrosis intestinal, induce a un riesgo mayor de morbilidad o mortalidad, comparados con los de obstrucción sin necrosis intestinal

Hallazgo intraoperatorio	Frecuencia absoluta (Nº)	Frecuencia relativa (%)
Vólvulo	9	27,3
Adherencia	8	24,2
Tumor	5	15,2
Cuerpo Extraño	2	6,1
Isquemia	6	18,2
Necrosis	1	3
Perforación	6	18,2

Tabla 9.- Distribución de los pacientes según hallazgos intraoperatorios

Similar a lo expuesto por Pizango¹⁶ quien reportó el vólvulo intestinal 28.7%, seguida de los casos de bridas y adherencias adquiridas 22.5%, hernia complicada 13.7%.

Los días de hospitalización promedio fueron de 5,4, con un mínimo de 2 y un máximo de 15. Según la distribución de frecuencia, la mayoría de los pacientes permanecieron hospitalizados entre dos y cuatro días (48,5%); las frecuencias acumuladas indican que solo un 12,1% estuvieron hospitalizados por 8 o más días (Tabla 10).

Días de hospitalización	Frecuencia absoluta (N°)	Frecuencia relativa (%)
2 - 4	16	48,48
5-8	13	39,39
9 o mas	4	12,13

Tabla 10.- Distribución porcentual de los pacientes de este estudio según los días de hospitalización

Comparable con un estudio realizado en área de emergencia de Cirugía del Hospital de Cobán de enero 2009 a diciembre 2013,¹⁴ donde se evidencia que los pacientes sometidos a la laparotomía exploratoria tiene una recuperación de 72 horas 33 casos (39%),

La mayoría de los pacientes estudiados no tuvieron que entrar en la UCI (94%), y cuando ocurrió, permanecieron 1 ó 2 días (3% en ambos casos) (Tabla 11).

Tiempo en UCI (días)	Frecuencia absoluta (Nº)	Frecuencia relativa (%)
0	31	94
1	1	3
2	1	3

Tabla 11.- Distribución porcentual de los pacientes de este estudio según los días de permanencia en UCI

De igual forma, la mayor parte de los pacientes tampoco ameritaron reintervenciones (84,9%), y cuando se dieron, fueron 1 o 2 como máximo (3 y 12,1%, respectivamente) (Tabla 12). Las causas de estas reintervenciones fueron confección de la ostomía (4 pacientes) y dehiscencia de la anastomosis (1 paciente).

Reintervención (Nº)	Frecuencia absoluta (Nº)	Frecuencia relativa (%)
0	28	84,9
1	1	3,0
2	4	12,1

Tabla 12.- Distribución porcentual de los pacientes de este estudio según el número de reintervenciones,

La mayoría de los pacientes no necesitó de reingreso (97%). Finalmente, un 12,1% de los pacientes fallecieron después del procedimiento quirúrgico (Tabla 1; figuras 13), siendo este un porcentaje significativo, similar a lo expuesto por Guataquira (Colombia)⁴ cuya tasa de mortalidad alcanzó un 14,1% en los pacientes intervenidos.

	Frecuencia absoluta (N°)	Frecuencia relativa (%)
Reingreso	1	3
Muerte	4	12,1

Figuras 13.- Distribución porcentual de los pacientes de este estudio según reingreso y defunción de los pacientes durante la hospitalización.

CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal es una de las emergencias asociadas a una significativa morbilidad y mortalidad, especialmente si progresa a isquemia intestinal.

En esta investigación evidenciamos que la edad promedio fue 55 años siendo el sexo masculino el más predominante, el tiempo de evolución de los síntomas fue en promedio de 7 días, siendo los más frecuentes dolor y estreñimiento.

Los hallazgos intraoperatorios más predominantes fueron los vólvulos seguidos de las adherencias, describiendo un periodo de hospitalización promedio de 5 días.

Tomando en cuenta de las complicaciones de los hallazgos intraoperatorios que puede llevar a una evolución desfavorable del paciente. Esta patología tiene una agresión orgánica que debilita al paciente en mayor o menor medida, en dependencia del tipo de intervención y de las características del paciente, como edad, estado general y funcionamiento de sus órganos y sistemas. Sin embargo el tiempo de recuperación es variable según la enfermedad de base y el procedimiento realizado, habitualmente los pacientes se recuperan 3 a 4 días.

En nuestro estudio a diferencia que en casi todas las investigaciones revisadas la frecuencia de complicaciones y de fallecidos es porcentualmente significativa, aunque solo 2 pacientes ameritaron estancia en UCI, un 18,3% presentó isquemia intestinal, 3% necrosis y 18,3% perforación intestinal, además un 15% amerito reintervención siendo la remodelación de la ostomía la principal causa y 4 pacientes fallecieron lo que se corresponde con 12,1%. Estas complicaciones ocurren sobre todo en aquellos pacientes que presentan un riesgo quirúrgico alto (lo cual no se consideró en este estudio),

por su patología o ingreso tardío, por lo que se generaliza una buena evolución posterior al tratamiento quirúrgico.

RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta el alto porcentaje de complicaciones y mortalidad evidenciado en nuestro estudio, resulta importante recomendar la aplicación escalas como la descrita por Huang (China, 2018) donde se toman en cuenta criterios clínicos, de laboratorio y tomográficos para predecir estrangulación en obstrucción intestinal lo que conllevaría a la necesidad de resolución quirúrgica oportuna.

Durante la realización del trabajo surgieron varias limitantes en la recolección de datos que impidieron el desarrollo de más variables como los hallazgos de laboratorio e imagenológicos, esto en vista de que no son expuestos en la historia clínica de manera por lo que se recomienda realizar una descripción de los mismos al ser consignados por los pacientes.

En nuestro estudio el principal hallazgo intraoperatorio es el vólvulo, seguido de las adherencias, evidenciando que no se reporta ningún caso asociado a hernias inguinales complicadas dado que la búsqueda en el archivo de historias médicas se realizó utilizando como diagnóstico de ingreso obstrucción intestinal, se sugiere en próximos trabajos incluir dicha patología pues representa una de las causas más frecuentes de obstrucción intestinal.

Es de importancia realizar investigaciones con estudios, prospectivo, y con un mayor tamaño de la muestra

BIBLIOGRAFÍA

1. Bassy, N. (2005), obstrucción intestinal. tratado de geriatría para residentes, (pags 575-576), Recuperado de [file:///C:/Users/Chromebook%20Hp%20G5%20EE/Downloads/S35-05%2056 III.pdf](file:///C:/Users/Chromebook%20Hp%20G5%20EE/Downloads/S35-05%2056%20III.pdf)
2. Courtney M. Townsend. (2005), *Sabiston Tratado de Cirugía*, Madrid, España, ELSEVIER
3. Jacobs D.O. (2019). Obstrucción intestinal aguda. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e. McGraw Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114934636>
4. Guataquira, N. (Julio, 2015), *Factores asociados a tratamiento quirúrgico en pacientes con obstrucción intestinal por adherencias*. [Tesis de Postgrado]. Universidad Colegio Mayor De Nuestra Señora Del Rosario, Bogotá <file:///C:/Users/Chromebook%20Hp%20G5%20EE/Downloads/oobst1.pdf>
5. Arias silva, R. (octubre 2016) Obstrucción Intestinal. *Revista Medica Sinergia*, Vol 1), pp 3-7 <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/46/81>
6. Rivero, I.. (Octubre, 2018), *Obstrucción intestinal mecánica por hallazgo intraoperatorio en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía general del hospital universitario IVSS "Dr. Ángel*

Larralde” Febrero- diciembre 2017. [Tesis de Postgrado] Universidad de Carabobo, Valencia
<http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/7675/3/ltrivero.pdf>

7. Daza, J. (2020), *Factores Clínicos, Bioquímicos Y De Imágenes Predictores De Mortalidad En Obstrucción Intestinal Por Adherencias: Un Artículo De Revisión*. [Tesis de Postgrado]. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo
http://200.62.226.186/bitstream/20.500.12759/6480/1/REP_JESSICA.DAZA_FACTORES.CLINICOS.pdf
8. Gil, R. et al. (Junio 2021), Obstrucción intestinal. *Revista del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*, Vol (38), pp 52-56
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-obstruccion-intestinal-13015326>
9. Roque, L. (2020), *Predicción De Estrangulación En Pacientes Con Obstrucción Intestinal*. [Tesis de Pregrado]. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo
file:///C:/Users/Chromebook%20Hp%20G5%20EE/Downloads/REP_LILIAN.ROQUE_PREDICCI%C3%93N.DE.ESTRANGULACION.pdf
10. Ruiz Sierra, F. (Enero-Abril 2003), Síndrome de obstrucción intestinal. *Revista del Hospital General “La Quebrada”*, Volumen (2), pp 36-43.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/quebra/lq-2003/lq031i.pdf>
11. Torrealba, B. (Enero, 2021), *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*. [Tesis de Postgrado] Universidad de Carabobo,

Valencia

<http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/8788/1/btorrealba.pdf>

12. SOKAL, R. Y F. ROHLF. 1980. *Biometry*. W. H. Freeman and Company. San Francisco. U.S.A. 776 pp.
13. Leyva, C. (Febrero, 2011), Morbilidad y Mortalidad por Obstrucción Intestinal. Mecánica en los CDI Cruz Villegas y María Genoveva Guerrero. Ramos en el Distrito Metropolitano de Caracas. Sept. 2007 – Sept. 2010. *Revista Electrónica de Portales Medicos*
<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3051/1/Morbilidad-y-Mortalidad-por-Obstruccion-Intestinal-Mecanica.html>
14. Sub, C. (Septiembre, 2015) *Estudio de las causas, tratamiento y evolución de Obstrucción Intestinal en Pacientes de 1 a 60 años ingresados al área de emergencia de Cirugía del Hospital de Cobán de enero 2009 a diciembre 2013*. [Tesis de Pregrado] Universidad Rafael Landívar, Guatemala
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/02/Sub-Carlos.pdf>
15. Tello, M. (2013) *Obstrucción Intestinal En El Hospital Regional De Loreto En Los Periodos Enero 2009 A Diciembre 2012*. [Tesis de Pregrado] Universidad Nacional De La Amazonía Peruana, Perú
https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3941/Gabriela_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Pizango, E. (2015). *Características Clínicas Y Sociodemográficas De La Obstrucción Intestinal En Pacientes Adultos Atendidos En El Hospital Iquitos, Enero 2011 A Diciembre 2014*. [Tesis de Pregrado] Universidad Nacional De La Amazonía Peruana, Perú

https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/4048/Edson_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	COMPLICACIONES EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO ALCALÁ”, CUMANÁ ESTADO SUCRE ENERO 2020- JUNIO 2022
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Suarez Hernández, Thais Yatsibith	CVLAC	24.129.658
	e-mail	21tysh@gmail.com
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Complicaciones, obstrucción intestinal.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Sub área
Postgrado	Cirugía General

Resumen (abstract):

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. 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. **Objetivo:** Determinar las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal en el Hospital Universitario “Antonio Patricio Alcalá”. **Metodología:** Estudio de tipo documental, de fuente primaria, retrospectivo, de carácter longitudinal y descriptivo. La muestra estuvo constituida por 33 pacientes con diagnóstico clínico de obstrucción intestinal total. **Resultados:** La frecuencia de complicaciones y de fallecidos es porcentualmente significativa, aunque solo 2 pacientes ameritaron estancia en UCI, un 18,3% presentó isquemia intestinal, 3% necrosis y 18,3% perforación intestinal, además un 15% amerito reintervención siendo la remodelación de la ostomía la principal causa y 4 pacientes fallecieron lo que se corresponde con 12,1%.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
El Badawi, Antonio	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input checked="" type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	17.763.199
	e-mail	Elbadawi2501@hotmail.com
	e-mail	
Espinoza, José Ángel	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	10.222.328
	e-mail	Jaespinoza09@gmail.com
	e-mail	
Marcano, Santos José	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	8.439.156
	e-mail	santosjosemarcano@gmail.com
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

2022	12	12
------	----	----

Lenguaje: SPA _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
TESIS Thais Suarez.doc	Application/Word

Alcance:

Espacial: _____ (Opcional)

Temporal: _____ (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:

Especialista en Cirugía General

Nivel Asociado con el Trabajo: Especialización

Área de Estudio: Medicina, Postgrado Cirugía General

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *Martínez*
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

Juan A. Bolanos Cuneles
JUAN A. BOLANOS CUNELES
Secretario

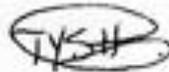


C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

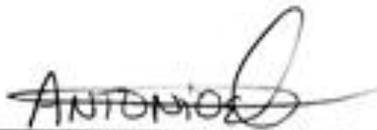
JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : "los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización".



Thais Suarez
AUTOR



Dr. Antonio El Badawi
TUTOR