



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



**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS “DR ÁNGEL LARRALDE”**

**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**

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

AUTORA: RIVERO, LAURA T.

BÁRBULA; OCTUBRE DE 2018



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



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS “DR ÁNGEL LARRALDE”

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

AUTORA: RIVERO, LAURA T.
TUTOR CLÍNICO: DR. ROMEL MOTA
TUTOR METODOLÓGICO: PROF. AMILCAR PÉREZ

BÁRBULA; OCTUBRE DE 2018



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

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

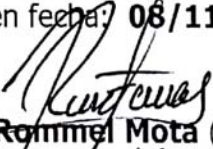
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA EN PACIENTES INGRESADOS E INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". FEBRERO - DICIEMBRE 2017

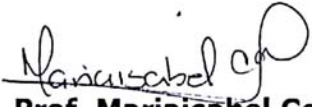
Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

RIVERO D., LAURA T.
C.I. V – 14146128

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Rommel Mota C.I. 8181140, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **08/11/2018**


Prof. Rommel Mota (Pdte)
C.I. 8181140.
Fecha 8/11/18.


Prof. Mariasabel Cedeño
C.I. 18168235.
Fecha 08/11/18


Prof. Angel Betancourt
C.I. 18239583
Fecha 08/11/18

TG:



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



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL UNIVERSITARIO IVSS “DR. ÁNGEL LARRALDE”

**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**

Autora: Rivero, Laura T.
Tutor Clínico: Dr. Rommel Mota
Bárbula; octubre De 2018

RESUMEN

La obstrucción intestinal representa una de las patologías más frecuentes del abdomen agudo en las emergencias hospitalarias, ocasiona serias alteraciones locales y generales, de ahí la importancia de la consulta rápida, diagnóstico certero y tratamiento precoz y adecuado. **Objetivo General** Analizar la incidencia de obstrucción intestinal mecánica corroborado mediante hallazgo intraoperatorio en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía general hospital IVSS Dr “Ángel Larralde” durante el periodo febrero – diciembre de 2017. **Metodología:** Se trata de una investigación de tipo descriptivo, con un diseño no experimental, de corte transversal y prospectivo. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada, constituida por 47 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión. La técnica de recolección de datos fue a partir de la observación directa y datos corroborados a partir de las historias. Como instrumento de recolección se diseñó una ficha elaborada por la misma autora Los datos se presentaron en tablas de asociación según los objetivos específicos propuestos. **Resultados:** se concluye que la obstrucción intestinal por causa mecánica corroborado por hallazgo intraoperatorio se registró una edad promedio de $58,66 \text{ años} \pm 2,54$, con una mediana de 62 años. Fueron más frecuentes aquellos clasificados con adultez intermedia. Un 51,06% de los pacientes con obstrucción intestinal mecánica (24 casos) tenían un tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas. Al relacionar el tiempo menos de una semana, se determinó mayor frecuencia en pacientes de edad adultez intermedia 41-65 años, el 48.94 % de los pacientes tenía antecedente de intervención quirúrgica (23 casos), siendo más frecuente entre la adultez intermedia (10 casos) y adulto joven (6 casos). En cuanto al sexo el antecedente quirúrgico predominó en el masculino (13 casos). El hallazgo intraoperatorio más frecuente fue la patología tumoral ($31,91\% = 15$ casos), presentándose mayor frecuencia en la adultez intermedia, seguida de la patología herniaria La técnica quirúrgica mayormente empleada fue la Técnica resectiva + anastomosis ($31,91\% = 15$ casos), seguida de la Exeresis de tu + colostomía ($23,40\% = 11$ casos). Sólo un 12,77% de los pacientes con OIM falleció (6 casos), siendo más frecuente los adultos intermedios (4 casos) y del sexo femenino (4 casos).

Palabras Clave: Obstrucción intestinal, hallazgo intraoperatorio, epidemiología, evolución.



**UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
POSTGRADUATE ADDRESS
SPECIALIZATION PROGRAM IN GENERAL SURGERY
UNIVERSITY HOSPITAL IVSS "DR. ANGEL LARRALDE "**



**MECHANICAL INTESTINAL OBSTRUCTION FOR INTRAOPERATIVE
FINDING IN PATIENTS INTERVENED SURGICALLY IN THE GENERAL
SURGERY SERVICE OF THE IVSS UNIVERSITY HOSPITAL "DR. ANGEL
LARRALDE ". FEBRUARY- DECEMBER 2017**

Author: Rivero, Laura T.
Clinical Tutor: Dr. Rommel Mota
Bárbula; October 2018

SUMMARY

The intestinal obstruction represents one of the most frequent pathologies of the acute abdomen in hospital emergencies, causes serious local and general alterations, hence the importance of rapid consultation, accurate diagnosis and early and adequate treatment.

General Objective To analyze the incidence of mechanical intestinal obstruction corroborated by intraoperative finding in patients surgically treated in the general surgery service of the IVSS Hospital "Ángel Larralde" during the period February - December 2017.

Methodology: This is a descriptive investigation, with a non-experimental, cross-sectional and prospective design. The sample was a deliberate non-probabilistic type, constituted by 47 patients, who met the inclusion criteria. The data collection technique was based on direct observation and corroborated data from the stories. As a collection instrument, a card prepared by the same author was designed. The data were presented in association tables according to the specific objectives proposed.

Results: it was concluded that the intestinal obstruction due to mechanical cause corroborated by intraoperative finding was recorded at an average age of 58.66 years $\pm$ 2.54, with a median of 62 years. Those classified with intermediate adulthood were more frequent. A 51.06% of the patients with mechanical intestinal obstruction (24 cases) had a time of evolution between the onset of symptoms. By relating the time less than a week, it was determined higher frequency in patients of intermediate adult age 41-65 years, 48.94% of patients had a history of surgical intervention (23 cases), being more frequent between intermediate adulthood (10 cases)) and young adult (6 cases). Regarding sex, the surgical history predominated in males (13 cases). The most frequent intraoperative finding was tumor pathology (31.91% = 15 cases), presenting a higher frequency in middle adulthood, followed by hernia pathology. The surgical technique mostly used was the resective technique + anastomosis (31.91% = 15 cases), followed by the Exeresis of your + colostomy (23.40% = 11 cases). Only 12.77% of patients with IOM died (6 cases), with intermediate (4 cases) and female (4 cases) being more frequent.

Keywords: Intestinal obstruction, intraoperative finding, epidemiology, evolution.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, a mis padres por haberme dado su apoyo, educación y demás familiares.

A mis compañeros quienes compartimos en día a día.

A mis maestros por ser fuente inagotable de sabiduría y guía en las actividades diarias.

A todos los que contribuyeron a materializar ésta investigación

Y a todo el personal médico, paramédico, administrativo de esta institución quienes fueron participe en el desarrollo de esta investigación.

DEDICATORIA

A mis padres: Tamara y Mario por su apoyo incondicional.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal representa una de las patologías más frecuentes de presentación de cuadro clínico de abdomen agudo en las emergencias hospitalarias, ocasiona serias alteraciones locales y generales, de ahí la importancia de la consulta rápida, diagnóstico certero y tratamiento precoz y adecuado. Éste es uno de los cuadros más frecuentes de la urgencia quirúrgica, representando aproximadamente el 3% de los ingresos según la literatura nacional ¹.

La OI constituye una identidad patológica que se define por la interrupción del tránsito normal del bolo alimenticio a través del intestino, de causas mecánica y no mecánica. La obstrucción mecánica u orgánica, en ella existe un obstáculo orgánico, anatómico o estructural que se opone a la progresión del contenido intestinal. Tal obstáculo puede pertenecer a la propia estructura del intestino o ser ajeno a él. ²

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. ³

En la valoración de los pacientes con síntomas y signos sugerentes de un síndrome obstructivo se debe, en primer lugar, confirmar el diagnóstico sindrómico y, en segundo lugar, precisar si se trata de una obstrucción mecánica o no mecánica, algunos datos pueden ayudar a discernir si se trata de una obstrucción alta o baja, completa o incompleta. un objetivo básico, aunque no siempre posible, es identificar la causa, lo que, sin duda, constituye una valiosa ayuda para orientar el tratamiento específico. ⁴

El dolor abdominal, la distensión y las náuseas y vómitos son los síntomas más habituales, prácticamente constantes, que definen la presencia de un síndrome obstructivo intestinal. En la obstrucción mecánica, el dolor es típicamente cólico, muy intenso,

reflejando el peristaltismo de lucha que, en la primera fase del cuadro, pretende vencer la obstrucción. La distensión y los vómitos son de intensidad variable, en función del nivel de la obstrucción y el cierre intestinal puede tardar en instaurarse, dado que con frecuencia tiene lugar primero la expulsión del contenido intestinal distal al punto de la obstrucción.⁵

El tratamiento de la obstrucción intestinal mecánica debe ser médico-quirúrgico. Sus objetivos generales son corregir las alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y ácido-base que pudieran existir; evitar o tratar las complicaciones sépticas; eludir el obstáculo que obstruye el intestino y, en definitiva, recuperar la motilidad intestinal.⁶

El tratamiento quirúrgico es obligado en la mayoría de pacientes con obstrucción intestinal completa. Ante un diagnóstico de certeza, la cirugía debe realizarse lo antes posible, una vez controladas las alteraciones de volumen plasmático, electrolíticas y del equilibrio ácido-base. Los retrasos innecesarios en la cirugía incrementan el riesgo de estrangulación intestinal, que no siempre puede preverse tras la valoración del paciente, y la morbimortalidad.⁷

En un estudio realizado por Oviedo Limpia y cols. en el año 2008-2010, en el servicio de cirugía primera cátedra de clínica quirúrgica. Paraguay. Cuyo objetivo fue conocer la frecuencia de la Oclusión Intestinal mecánica, en el Servicio de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica desde enero del 2008 a diciembre del 2010. Paraguay. Se trató de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, corte transversal. Pacientes hospitalizados y tratados. De un total de 4517 pacientes internados en ese período, encontraron 89 pacientes con obstrucción intestinal mecánica, lo cual representa una frecuencia de 2%. El 65% de los casos eran del sexo masculino. La distribución del número de casos según la edad se describe en la mayoría de los pacientes han consultado por oclusión intestinal de localización alta (63%). Las principales causas encontradas fueron bridas y adherencias en primer lugar seguido de las hernias estranguladas, tomando en conjunto estas dos entidades, llevan a casi un 60% de los casos. Si realiza un análisis tomando las edades divididas en 2 rangos (menores de 50 años y mayores de 50) entre las causas, se evidencio que en las

personas jóvenes las bridas y adherencias junto con las hernias estranguladas son las más frecuentes, apareciendo los tumores en edades más avanzadas.⁸

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.⁹

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 antibioticoterapia y la frecuencia de complicaciones fue escasa. La mortalidad no es significativa.⁹

Por su parte, Mujica y cols en el año 2005, realizaron una investigación descriptiva longitudinal retrospectiva de las historias clínicas del Hospital central Universitario Antonio María Pineda correspondientes al período 1994 – 2003, con el fin de analizar los casos de obstrucción intestinal por Bridas y Adherencias en este centro de salud, para lo cual se revisaron 135 historias con dicho diagnóstico. En esta revisión se encontró un

predominio del sexo masculino como género afectado (72 casos) y el grupo etario predominante fue el comprendido entre los 35 y 44 años (33 casos). La principal causa de obstrucción fue bridas (50.37%) de las cuales 95,5% se ubicaron en intestino delgado y 4,4% en intestino grueso. El tipo de intervención previa más frecuente fue la laparotomía por trauma con 28.1%, en segundo lugar, laparotomía por peritonitis (25.1%) y las intervenciones por neoplasias 17,0%. El intervalo de tiempo predominante transcurrido entre la intervención previa y la aparición de la obstrucción fue entre 11 a 15 años (37.7%), seguido por 6 a 10 años con 23.7%. EL dolor abdominal se presentó en 95,5% de los casos y la ausencia de evacuaciones en 92,5% %, vómitos en 75,5% y distensión abdominal en 73,3%. El tiempo de evolución clínica antes del ingreso hospitalario estuvo entre los 0 y 1 días (31.1%), seguido por 2 – 3 días (29.6%).¹⁰

Específicamente en el Hospital IVSS” Dr. Ángel Larralde” se desconocen las estadísticas y la frecuencia de obstrucción intestinal mecánica. Con este estudio se quiere conocer dicha incidencia y sobre esa base iniciar una estadística propia analizando los casos clínicos para dar un enfoque estadístico e incentivar futuras investigaciones. Por tal razón se estableció como objetivo general del presente estudio: Analizar la incidencia de obstrucción intestinal mecánica mediante hallazgo intraoperatorio en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de este centro de salud público.

Para lo cual se establecieron como objetivos específicos: determinar la incidencia de pacientes ingresados en servicio de cirugía general cuyo diagnóstico sea Obstrucción Intestinal por causa mecánica corroborado en el hallazgo intra operatorio. Describir el grupo etareo y sexo predominante en esta patología. Establecer el tiempo de evolución desde inicio de síntomas hasta el momento de la resolución quirúrgica. Establecer la presencia de antecedentes quirúrgicos y el más frecuente entre los pacientes que conformaron la muestra en estudio. Mencionar la técnica quirúrgica empleada de acuerdo al hallazgo intra operatorio y caracterizar las condiciones de egreso en estos pacientes en el post operatorio.

Objetivo general.

Incidencia de obstrucción intestinal mecánica de acuerdo al grupo etareo de en pacientes ingresados e intervenidos quirúrgicamente, en el servicio de cirugía general hospital IVSS Dr “Ángel Larralde” durante el periodo Febrero_ diciembre 2017

Objetivos específicos.

- Determinar la frecuencia de pacientes ingresados en servicio de cirugía general cuyo diagnóstico sea Obstrucción Intestinal por causa mecánica corroborado en el hallazgo intra operatorio.
- Determinar grupo etareo y sexo predominante en esta patología.
- Establecer el tiempo de evolución desde inicio se síntomas hasta el momento de la resolución quirúrgica.
- Establecer frecuencia y antecedentes quirúrgicos de los pacientes ingresados en servicio de cirugía general con diagnóstico de obstrucción intestinal mecánica. intervenidos quirúrgicamente.
- Mencionar la técnica quirúrgica empleada de acuerdo al hallazgo intra operatorio
- Establecer las condiciones de egreso en estos pacientes en el post operatorio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, prospectivo, observacional, corte transversal, de diseño no experimental, puesto que se describen las características de una serie de casos observadas en un momento del tiempo.^{11 – 12}

La población estuvo constituida por todos Pacientes atendidos en el Hospital “Dr. Ángel Larralde”, servicio de cirugía, durante el período febrero - diciembre 2017. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada, constituida por 47 pacientes, de ambos sexos, mayores de 20 años, con hallazgo intraoperatorio de obstrucción intestinal mecánica como criterio de inclusión principal. Fueron excluidos aquellos pacientes en los que los datos no fueron suficientes y no cumplieron con los criterios de inclusión.

La técnica de recolección de datos fue a partir de la observación directa y datos corroborados a partir de las historias clínicas, como instrumento de recolección se diseñó una ficha elaborada por la misma autora (Ver anexo A) todo posterior a la permisología respectiva a la dirección del hospital, al jefe de historias médicas y comité de ética de la institución.

Se construyó una base de datos o tabla matriz en Excel donde se vació toda la información para posteriormente presentarla a partir de las técnicas estadísticas descriptivas bivariadas en tablas de asociación según los objetivos específicos propuestos. A la variable edad, una vez demostrada su tendencia a la normalidad se le calculó media aritmética $\pm$ error típico, valor mínimo, valor máximo y coeficiente de variación; comparándose según las variables en estudio a partir de la prueba de hipótesis para diferencia entre medias (t student) o el análisis de varianzas (ANOVA) según la cantidad de categorías de la variable de diferenciación.

De igual forma se aplicó el análisis no paramétrico de chi cuadrado para independencia entre variables para asociar las variables en estudio. para todo se utilizó el procesador estadístico SPSS en su versión 21, adoptándose como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ($P < 0,05$).

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

Pacientes de ambos sexos

Pacientes mayores de 20 años.

Paciente ingresados e intervenidos quirúrgicamente, en el servicio de cirugía general hospital IVSS Dr “Ángel Larralde cuyo resultado de Obstrucción Intestinal mecánica. corroborado por hallazgo intra operatorio. durante los períodos Febrero- diciembre 2017.

Criterios de Exclusión:

Pacientes que no cumplieron los requisitos antes mencionados.

Pacientes en los que los datos en las historias clínicas no fueron suficientes.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
OBSTRUCCION INTESTINAL MECANICA	INTERRUPCION DEL PASO DE CONTENIDO INTESTINAL OCASIONADO POR CAUSA EXTRINSECA O INTRINSECA	PACIENTES CON DIAGNOSTICOS DE OBSTRUCCION INTESTINAL	CUANTITATIVO	NUMERO DE CASOS

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	TIEMPO QUE UNA PERSONA HA VIVIDO DESDE SU NACIMIENTO	TIEMPO QUE HA VIVIDO LA PERSONA HASTA QUE CONSULTO A EL HOSPITAL	CUANTITATIVA	20-40 AÑOS (adulto joven) 41-65 AÑOS(adultez intermedia) 66-80 AÑOS(vejez) 80 AÑOS O MAS(cuarta edad)	EDAD EN AÑOS
SEXO	CARACTERISTICAS SEXUALES QUE DIFERENCIAN A UN HOMBRE DE UNA MUJER	SEXO DEL PACIENTE	CUALITATIVA	NUMERO DE PACIENTES FEMENINO MASCULINO	FEMENINO MASCULINO
HALLAZGO OPERATORIO	CAUSA DE LA OBSTRUCCION INTESTINAL	HALLAZGOS ENCONTRADO EN LA CIRUGIA REALIZADA	CUALITATIVA	CUANTIFICACION DE HALLAZGOS DE CAUSA DE OBSTRUCCION INTESTINAL MECANICA	
TIEMPO DE EVOLUCION	CURSO DE UNA ENFERMEDAD	TIEMPO DE INICIO DE SINTOMAS, SIGNOS HASTA EL MOMENTO DE LA CIRUGIA	CUANTITATIVA	MENOS DE 1 SEMANA MAYOR A 1 SEMANA	DIAS
CONDICION DE EGRESO	EGRESO DEL PACIENTE	CONDICION DEL PACIENTE AL EGRESO DEL HOSPITAL	CUALITATIVA	EGRESADO VIVO EGRESADO FALLECIDO	Cantidad EGRESADO VIVO Cantidad EGRESADO FALLECIDO
ANTECEDENTE QUIRURGICO	CIRCUNSTANCIA ANTERIOR QUE SIRVE PARA JUZGAR HECHOS POSTERIORES	CIRUGIAS PREVIAS	CUALITATIVO	Cantidad de pacientes con antecedente quirúrgico o no.	Con antecedente quirúrgico. Sin antecedente quirúrgico.

RESULTADOS

De los 47 pacientes con obstrucción intestinal por causa mecánica corroborado por hallazgo intraoperatorio se registró una edad promedio de 58,66 años $\pm$ 2,54, con una mediana de 62 años, una edad mínima de 21 años, una edad máxima de 90 años y un coeficiente de variación de 30% (serie homogénea entre sus datos). Fueron más frecuentes aquellos clasificados con adultez intermedia con un 40,43% (19 casos), seguidos de los adultos mayores (31,91%= 15 casos).

TABLA N° 1
ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CAUSA MECÁNICA CORROBORADO POR HALLAZGO IO SEGÚN GRUPO ETÁREO Y SEXO. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL IVSS DR “ÁNGEL LARRALDE” PERIODO FEBRERO - DICIEMBRE 2017

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
Grupo etáreo	f	%	f	%	f	%
Adulto joven (20 – 40 años)	3	6,38	5	10,64	8	17,02
Adultez intermedia (41 – 65 años)	9	19,15	10	21,28	19	40,43
Adulto mayor (66 – 79 años)	10	21,28	5	10,64	15	31,91
Cuarta edad (≥80 años)	3	6,38	2	4,26	5	10,64
Total	25	53,19	22	46,81	47	100
$\bar{X} \pm Es$	62,32 +/- 6,75		54,5 +/- 7,97		58,66 $\pm$ 2,54	

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rivero; 2018)

En cuanto al sexo fue más frecuente el femenino con un 53,19% (25 casos) que el masculino (22 casos). aunque el promedio de edad fue mayor en el sexo femenino, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($t = 1,56$; $P = 0,1253 > 0,05$)

TABLA N° 2
ANÁLISIS DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DESDE INICIO SE SÍNTOMAS
HASTA EL MOMENTO DE LA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA. PACIENTES CON
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CAUSA MECÁNICA CORROBORADO POR
HALLAZGO IO. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL IVSS
“DR. ÁNGEL LARRALDE” PERIODO FEBRERO - DICIEMBRE 2017

Evolución	Menos de una semana		Más de una semana		Total	
Grupo etáreo	f	%	f	%	f	%
Adulto joven (20 – 40 años)	4	8,51	4	8,51	8	17,02
Adultez intermedia (41 – 65 años)	10	21,28	9	19,15	19	40,43
Adulto mayor (66 – 79 años)	6	12,77	9	19,15	15	31,91
Cuarta edad (≥80 años)	4	8,51	1	2,13	5	10,64
$\bar{X} \pm Es$	57,375 +/- 8,27		60,0 +/- 6,53		t = -0,51; P = 0,6104	
Sexo	f	%	f	%	f	%
Femenino	15	31,91	10	21,28	25	53,19
Masculino	9	19,15	13	27,66	22	46,81
Total	24	51,06	23	48,94	47	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rivero; 2018)

Un 51,06% de los pacientes con obstrucción intestinal mecánica (24 casos) tenían un tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas y la resolución de menos de una semana, mientras que el otro 48,94% (23 casos) tenía más de una semana.

De los pacientes con menos de una semana, fueron más frecuentes los adultos intermedios (10 casos) y el sexo femenino (15 casos). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas y la resolución quirúrgica con los grupos de edad ($X^2=2,43$; 3 gl; $P=0,4876 > 0,05$); tampoco con el sexo ($X^2=1,03$; 1 gl; $P=0,2476 > 0,05$).

TABLA N 3.
ANALISIS DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS
HASTA LA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA
EDAD Y SEXO, EN PACIENTES INGRESADOS E INTERVENIDOS
QUIRÚRGICAMENTE CON HALLAZGO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL
MECÁNICA CORROBORADO POR HALLAZGO IO. EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL IVSS DR" ÁNGEL LARRALDE". FEBRERO-DICIEMBRE
2017.

GRUPO ETAREO	20-40 AÑOS (adulto joven)		41-65 AÑOS(aduldez intermedia)		66-79 AÑOS(adulto mayor)		≥80 (cuarta edad)		<i>f</i>	%
	M	F	M	F	M	F	M	F		
MENOS 1 SEMANA	2	2	4	6	1	5	2	2	24	51,06%
MAYOR 1 SEMANA	3	1	6	3	4	5		1	23	48,93%
total	5	3	10	9	5	10	2	3	47	100%

Fuente: datos propios de la investigación (Rivero L, 2018)

Al relacionar el tiempo de inicio de los síntomas hasta el momento de la resolución quirúrgica, menos de una semana, se determinó mayor frecuencia en pacientes de edad aduldez intermedia 41-65 años, representado por 10 pacientes, de los cuales femenino=6, masculino=4. Seguido de adulto mayor 66-79 años, representado por 6 pacientes, siendo significativamente más frecuente en el sexo femenino=5, masculino=1. Encontrándose similitud de frecuencias en adulto joven 20-40 años, y cuarta edad mayor de 80 años, representado por 4 pacientes cada uno. Con distribución similar femenino=2, masculino=2 cada uno respectivamente. Mientras que en el parámetro establecido mayor a una semana se observa similitud en frecuencia en pacientes de aduldez intermedia y aduldez mayor, representado por 9 cada uno, distribuidos para la aduldez intermedia masculino=6, femenino=3, y para aduldez mayor masculino =4, femenino 5. seguido de adulto joven con una frecuencia de 4, correspondiente a masculino=3, femenino=3 y menor frecuencia para la cuarta edad, correspondiente a 1 femenino.

TABLA N° 4
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS DE LOS PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL POR CAUSA MECÁNICA CORROBORADO POR HALLAZGO IO.
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL IVSS DR “ÁNGEL LARRALDE”
PERIODO FEBRERO - DICIEMBRE 2017

Antecedente quirúrgico	No		Si		Total	
Grupo etáreo	f	%	f	%	f	%
Adulto joven (20 – 40 años)	2	4,26	6	12,77	8	17,02
Adulthood intermedia (41 – 65 años)	9	19,15	10	21,28	19	40,43
Adulto mayor (66 – 79 años)	10	21,28	5	10,64	15	31,91
Cuarta edad (≥80 años)	3	6,38	2	4,26	5	10,64
$\bar{X} \pm Es$	52,57 +/- 8,34		64,5 +/- 5,62		t = -2,48; P= 0,0170	
Sexo	f	%	f	%	f	%
Femenino	15	31,91	10	21,28	25	53,19
Masculino	9	19,15	13	27,66	22	46,81
Total	24	51,06	23	48,94	47	100
Tipo de antecedente quirúrgico			f	%		
LE por traumatismo abdominal			5	10,64		
Patología de pared			5	10,64		
Apendicetomía			4	8,51		
Histerectomía			4	8,51		
LE por LOE			2	4,26		
LE por ulcus perforado			2	4,26		
Colecistectomía			1	2,13		
Sin antecedente			24	51,06		
Total			47	100		

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rivero; 2018)

Un **48.94 %** de los pacientes tenía antecedente de intervención quirúrgica (23 casos), siendo más frecuente entre la adultez intermedia (10 casos) y adulto joven (6 casos). En cuanto al sexo el antecedente quirúrgico predominó en el masculino (13 casos).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de intervención quirúrgica y los grupos de edad ($X^2=3,90$; 3 gl; $P=0,2725 > 0,05$); tampoco con el sexo ($X^2=1,03$; 1 gl; $P=0,2476 > 0,05$)

El tipo de intervención más frecuente fue la lesión por traumatismo abdominal y la patología de pared (5 casos por igual). En el sexo femenino predominó la histerectomía (4 casos) y en el sexo masculino predominó la lesión por traumatismo abdominal (5 casos).

TABLA N 5.
ANTECEDENTE QUIRÚRGICO DISTRIBUIDOS DE ACUERDO EDAD Y SEXO
EN PACIENTES INGRESADOS E INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE CON
HALLAZGO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA CORROBORADO
POR HALLAZGO IO. EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL IVSS DR
ÁNGEL LARRALDE". FEBRERO-DICIEMBRE 2017.

GRUPO ETAREO	EDAD DE 20-40 AÑOS		EDAD DE 41-65 AÑOS		EDAD DE 66-79 AÑOS		≥80 (cuarta edad)		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	
ANTECEDENTES QUIRURGICOS									
SIN ANTECEDENTE QUIRURGICO	1	1	3	6	3	7	2	1	24
CON ANTECEDENTE QUIRURGICO	4	2	7	3	2	3		2	23

Fuente: datos propios de la investigación (Rivero; 2018).

Del total de pacientes sin antecedente quirúrgico se encontró mayor frecuencia en el sexo femenino representado por 15 (equivalente a 31.91%), de los cuales hubo mayor frecuencia en el sexo femenino perteneciente a la adultez mayor 66-79 años, representado por 7 femeninos, seguido por orden de frecuencia a 6 femeninos de la adultez intermedia, encontrándose baja frecuencia en adulto joven y en cuarta edad femenino =1 en cada uno respectivamente.

En cuanto a los pacientes que presentaron antecedentes quirúrgicos se encontró mayor frecuencia en masculinos de la adultez intermedia correspondiente a masculino=7, seguido de adulto joven masculino=4, adulto mayor masculino=2, y cuarta edad masculino=0.

TABLA N 06.

CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA DISTRIBUIDOS POR EDAD Y SEXO, DE PACIENTES INGRESADOS E INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE CON HALLAZGO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA CORROBORADO POR HALLAZGO IO. EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL IVSS DR" ÁNGEL LARRALDE". FEBRERO-DICIEMBRE 2017.

EDAD	20-40 AÑOS. Adulto joven		41-65 AÑOS adulthood intermedia		66-79 AÑOS Adulto mayor		≥DE 80 AÑOS. Cuarta edad			
CAUSA DE OIM	M	F	M	F	M	F	M	F	<i>f</i>	%
PATOLOGIA TU (ID IG)		2	5	4	1	2	1		15	31,91%
PATOLOGIA HERNIARIA CON GANGRENA	1				2	3			6	12,76%
PATOLOGIA HERNIARIA SIN GANGRENA			1	3					4	8,51%
SX ADHERENCIAL SIN NECROSIS	3		2	2	1			1	9	19,18%
VOLVULO CON NECROSIS					1	1	1	1	4	8,51%
VOLVULO INTESTINAL SIN NECROSIS			1			2			3	6,38%
ANILLO CONSTRICTOR CON NECROSIS	1	1	1			2			5	10,63%
OBLITOMA								1	1	2,12%
TOTAL	5	3	10	9	5	10	2	3	47	100%

Fuente: datos propios de la investigación (Rivero; 2018)

Del total de 47 pacientes acuerdo al hallazgo intraoperatorio se determinó la causa más frecuente de obstrucción intestinal mecánica fue patología TU, con frecuencia de 15 equivalente a 31,91%, Con un total de mayor frecuencia en el sexo femenino=8, con respecto al masculino=7. presentándose mayor frecuencia en la adultez intermedia, (41-65años) masculino=5, femenino=4, adultez mayor (69-79 años) 3 pacientes, masculino=1, femenino=2, adulto joven (20-40 años) 1 masculino, cuarta edad (≥80 años) masculino=1.

continuado por obstrucción intestinal mecánica por patología herniaria con presencia de gangrena, 6 pacientes, equivalente a 12.76%, distribuidos masculino=3, femenino=3, encontrándose en adultez mayor; masculino =2, femenino=3 y adulto joven; masculino=1.

Seguido de obstrucción intestinal mecánica síndrome adherencial sin necrosis 9 pacientes equivalentes a 19,18%, de los cuales hubo mayor frecuencia en masculino =6, con respecto a femenino=3, distribuidos con mayor frecuencia en la adultez intermedia, masculino= 2, femenino= 2; adulto joven, masculino=3; adulto mayor, masculino=1, cuarta edad, masculino=1.

Brida que condiciona anillo constrictor con necrosis 5 pacientes (10.63%) distribuidos en adulto joven masculino=1, femenino=1; adulto intermedio masculino=1, adulto mayor femenino=2, encontrándose en menor frecuencia como causa oblitoma 1 paciente (2,12%) femenino de la cuarta edad.

TABLA N° 6.A
TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA DE ACUERDO AL HALLAZGO INTRA OPERATORIO. PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CAUSA MECÁNICA CORROBORADO POR HALLAZGO IO. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL IVSS DR “ÁNGEL LARRALDE”
PERIODO FEBRERO – DICIEMBRE 2017

Técnica quirúrgica Hallazgo intraoperatorio	Tec resectiva + anastomosis		Ex de tu + colostomía		Adherenciólisis		Herniorrafia + técnica resectiva		Hern sin tec resectiva		Desvolvulo + pexia de sigmoides		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Patología tumoral	4	8,51	11	23,40									15	31,91
Patología herniaria							6	12,77	4	8,51			10	21,28
Síndrome adherencial					9	19,15							9	19,15
Vólvulo intestinal	5	10,64									2	4,26	7	14,89
Anillo constrictor con necrosis	5	10,64											5	10,64
Oblitoma	1	2,13											1	2,13
Total	15	31,91	11	23,40	9	19,15	6	12,77	4	8,51	2	4,26	47	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rivero; 2018)

Del hallazgo intraoperatorio más frecuente que fue la patología tumoral (31,91%= 15 casos) se supo que fueron intervenidos mayormente a través de la exeresis de tu + colostomía (11 casos). De los 10 pacientes con patología herniaria 6 casos presentaron

gangrena (12,77%) todos sometidos a herniorrafia con técnica resectiva y los 4 casos sin gangrena (8,51%) fueron intervenidos a partir de herniorrafia sin técnica resectiva.

Todos los pacientes con síndrome adherencial (9 casos) fueron sometidos a adherenciólisis.

De los 7 casos con vólvulo intestinal 4 casos presentaron gangrena (8,51%) todos sometidos técnica resectiva + anastomosis y los 3 casos sin gangrena (6,38%) fueron intervenidos, 2 casos a partir de Desvolvulo + Pexia De Sigmoides y un caso recibió técnica resectiva + anastomosis.

TABLA N° 6.B
COMPARACIÓN POR SEXO SEGÚN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA EMPLEADA
Y HALLAZGO INTRA OPERATORIO. PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN
INTESTINAL POR CAUSA MECÁNICA CORROBORADO POR HALLAZGO IO.
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL IVSS DR “ÁNGEL LARRALDE”
PERIODO FEBRERO – DICIEMBRE 2017

Sexo	Femenino (n=25)		Masculino (n=22)		Total		$\bar{X} \pm Es$
Hallazgo intraoperatorio	f	%	f	%	f	%	
Patología tumoral	8	17,02	7	14,89	15	31,91	55,67 $\pm$ 4,01
Patología herniaria	6	12,77	4	8,41	10	21,28	-----
Con gangrena	3	6,38	3	6,38	6	12,77	66,17 $\pm$ 5,58
Sin gangrena	3	6,38	1	2,13	4	8,51	57,25 $\pm$ 5,19
Síndrome adherencial sin necrosis	3	6,38	6	12,77	9	19,15	48,56 $\pm$ 7,37
Vólvulo intestinal	4	8,51	3	6,38	7	14,89	-----
Con gangrena	2	4,26	2	4,26	4	8,51	77,5 $\pm$ 4,09
Sin gangrena	2	4,26	1	2,13	3	6,38	67,67 $\pm$ 2,90
Anillo constrictor con necrosis	3	6,38	2	4,26	5	10,64	52,6 $\pm$ 8,0
Oblitoma	1	2,13	0	0	1	2,13	83,0
Técnica quirúrgica					f	%	$\bar{X} \pm Es$
Técnica resectiva + anastomosis	8	17,02	7	14,89	15	31,91	63,27 $\pm$ 4,07
Exeresis de tu + colostomía	6	6,38	5	10,64	11	23,40	55,0 $\pm$ 5,45
Adherenciólisis	3	6,38	6	12,77	9	19,15	48,56 $\pm$ 7,37
Herniorrafia + técnica resectiva	3	6,38	3	6,38	6	12,77	66,17 $\pm$ 5,5
Herniorrafia sin técnica resectiva	3	6,38	1	2,13	4	8,51	57,25 $\pm$ 5,19
Desvolvulo + Pexia de sigmoides	2	4,26	0	0	2	4,26	70,0 $\pm$ 3,0

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rivero; 2018)

El hallazgo intraoperatorio más frecuente fue la patología tumoral (31,91%= 15 casos), seguida de la patología herniaria (21,28%= 10 casos) siendo la más frecuente la gangrenada (6 casos). La técnica quirúrgica mayormente empleada fue la Técnica resectiva + anastomosis (31,91%= 15 casos), seguida de la Exeresis de tu + colostomía (23,40%= 11 casos)

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el hallazgo intraoperatorio y el sexo ($X^2=3,42$; 7 gl; $P=0,8434 > 0,05$); tampoco entre la técnica quirúrgica empleada y el sexo ($X^2=3,98$; 5 gl; $P=0,5520 > 0,05$)

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de edad y el hallazgo intraoperatorio ($F=2,12$; $P=0,0639 > 0,05$), tampoco entre los promedios de edad y la técnica quirúrgica aplicada ($F=1,37$; $P=0,2568 > 0,05$)

TABLA N° 7
ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE EGRESO EN PACIENTES CON
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR CAUSA MECÁNICA CORROBORADO POR
HALLAZGO IO. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL IVSS DR
“ÁNGEL LARRALDE” PERIODO FEBRERO - DICIEMBRE 2017

Egreso	Fallecido		Vivo		Total	
Grupo etáreo	f	%	f	%	f	%
Adulto joven (20 – 40 años)	1	2,13	7	14,89	8	17,02
Adultez intermedia (41 – 65 años)	4	8,51	15	31,91	19	40,43
Adulto mayor (66 – 79 años)	1	2,13	14	29,79	15	31,91
Cuarta edad (≥80 años)	0	0	5	10,64	5	10,64
$\bar{X} \pm Es$	59,37 +/- 5,63		53,83 +/- 15,18		t = 0,72; P= 0,4729	
Sexo	f	%	f	%	f	%
Femenino	4	8,51	21	44,68	25	53,19
Masculino	2	4,26	20	42,55	22	46,81
Total	6	12,77	41	87,23	47	100

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rivero; 2018)

Sólo un 12,77% de los pacientes con OIM falleció (6 casos), siendo más frecuente los adultos intermedios (4 casos) y del sexo femenino (4 casos). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las condiciones de egreso y los grupos de edad ($X^2=2,40$; 3 gl; $P=0,4927 > 0,05$); tampoco con el sexo ($X^2=0,50$; 1 gl; $P=0,6701 > 0,05$)

DISCUSIÓN

Una vez obtenido los resultados de la presente investigación, donde se determinó la incidencia de obstrucción intestinal mecánica de acuerdo al grupo etario de en pacientes ingresados e intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía general hospital IVSS Dr “Ángel Larralde” durante el periodo Febrero_ diciembre 2017 , se obtuvo un total de 47 pacientes que presentaron obstrucción intestinal mecánica, represento una frecuencia 2.24% del total de pacientes ingresados en el servicio de cirugía general correspondientes a 2089 ingresos durante dicho periodo, lo cual es comparable con los datos estadísticos en los estudios de Samariego ¹ , quien refiere que la obstrucción intestinal es uno de los cuadros más frecuentes de la urgencia quirúrgica representado por un 3% de los ingresos.

Similar a los resultados de Limpia ⁸ donde determino 89 pacientes con obstrucción intestinal, lo cual represento una frecuencia de 2% del total de pacientes ingresados. Y con los estudios de Leyva ⁹ donde la obstrucción intestinal tuvo una frecuencia de 4.01% del total de los ingresos de cirugía.

En relación al género el sexo fue más frecuente el femenino con un 53,19% (25 casos) que el masculino (22 casos). Encontrándose diferencia con respecto a los estudios de Limpia ⁸ donde obtuvo mayor frecuencia en el sexo masculino con un 65% de los casos. Predominio encontrado igualmente en los estudios de Leyva ⁹ donde encontró sexo masculino con un 63.3%. y en los estudios de Mujica ¹⁰ donde en su análisis hubo predominio en sexo masculino constituido por 72 de los casos de un total de 132 casos.

De los 47 pacientes con obstrucción intestinal por causa mecánica corroborado por hallazgo intraoperatorio se registró una edad promedio de 58,66 años $\pm$ 2,54, con una mediana de 62 años, una edad mínima de 21 años, una edad máxima de 90 años y un coeficiente de variación de 30% (serie homogénea entre sus datos). Fueron más frecuentes aquellos clasificados con adultez intermedia con un 40,43% (19 casos), seguidos de los adultos mayores (31,91%= 15 casos). y en menor frecuencia cuarta década (mayor de 80 años), 5 pacientes. Aunque el promedio de edad fue mayor en el sexo femenino, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ($t = 1,56$; $P = 0,1253 > 0,05$). Resultado

similar a los de Limpia⁸ donde obtuvo mayor frecuencia en edades (50-59 años) representado por un 25%, seguido de pacientes de (70-79 años) con un 19%. No obteniéndose semejanzas con respecto al resultado de Leyva⁹ donde el grupo etareo predominante fue de (30-39 años) con un 28.4% seguido del grupo etareo de (50-59 años) con un 16.5%. Igualmente, no hubo similitud con los estudios de Mujica¹⁰ donde el grupo afectado fue (35-44 años) con un total de 33 casos.

Un 51,06% de los pacientes con obstrucción intestinal mecánica (24 casos) tenían un tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas y la resolución de menos de una semana, mientras que el otro 48,94% (23 casos) tenía más de una semana. Lo cual refleja similitud con el estudio de Leyva⁹ el cual determinó que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la llegada al hospital superó las 48 horas, donde se realizó una preparación optima entre el ingreso y el tratamiento quirúrgico que no superó las 12 horas. Igualmente, similitud con los resultados de Mujica¹⁰ donde el tiempo de evolución clínica antes del ingreso hospitalario estuvo entre 0 y 1 día (31,1 %), seguido por 2-3 días con un (29.6 %).

De los pacientes con menos de una semana, fueron más frecuentes los adultos intermedios (10 casos) y el sexo femenino (15 casos). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas y la resolución quirúrgica y los grupos de edad ($X^2=2,43$; 3 gl; $P=0,4876 > 0,05$); tampoco con el sexo ($X^2=1,03$; 1 gl; $P=0,2476 > 0,05$).

Un **48.94** % de los pacientes tenía antecedente de intervención quirúrgica (23 casos), siendo más frecuente entre la adultez intermedia (10 casos) y adulto joven (6 casos). En cuanto al sexo el antecedente quirúrgico predominó en el masculino (13 casos).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de intervención quirúrgica y los grupos de edad ($X^2=3,90$; 3 gl; $P=0,2725 > 0,05$); tampoco con el sexo ($X^2=1,03$; 1 gl; $P=0,2476 > 0,05$). El tipo de intervención más frecuente fue la lesión por traumatismo abdominal y la patología de pared (5 casos por igual). En el sexo femenino predominó la histerectomía (4 casos) y en el sexo masculino predominó la lesión por traumatismo abdominal (5 casos).

Evidenciando similitud al comparar con los resultados de Mujica ¹⁰ donde el tipo de cirugía previa correspondió a Laparotomía exploradora por traumatismo abdominal (28,1 %), en segundo lugar, laparotomía por peritonitis (25,1 %), e intervenciones por neoplasias (17.0 %).

Del hallazgo intraoperatorio más frecuente que fue la patología tumoral (31,91%= 15 casos) que fueron intervenidos mayormente a través de la exeresis de tu + colostomía (11 casos). De los 10 pacientes con patología herniaria 6 casos presentaron gangrena (12,77%) todos sometidos a herniorrafia con técnica resectiva y los 4 casos sin gangrena (8,51%) fueron intervenidos a partir de herniorrafia sin técnica resectiva.

Todos los pacientes con síndrome adherencial (9 casos) fueron sometidos a adherenciólisis. De los 7 casos con vólvulo intestinal 4 casos presentaron gangrena (8,51%) todos sometidos técnica resectiva + anastomosis y los 3 casos sin gangrena (6,38%) fueron intervenidos, 2 casos a partir de Desvolvulo + Pexia De Sigmoides y un caso recibió técnica resectiva + anastomosis

El hallazgo intraoperatorio más frecuente fue la patología tumoral (31,91%= 15 casos), seguida de la patología herniaria (21,28%= 10 casos) siendo la más frecuente la gangrenada (6 casos). La técnica quirúrgica mayormente empleada fue la Técnica resectiva + anastomosis (31,91%= 15 casos), seguida de la Exeresis de tu + colostomía (23,40%= 11 casos)

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el hallazgo intraoperatorio y el sexo ($X^2=3,42$; 7 gl; $P=0,8434 > 0,05$); tampoco entre la técnica quirúrgica empleada y el sexo ($X^2=3,98$; 5 gl; $P=0,5520 > 0,05$).

No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los promedios de edad y el hallazgo intraoperatorio ($F=2,12$; $P=0,0639 > 0,05$), tampoco entre los promedios de edad y la técnica quirúrgica aplicada ($F=1,37$; $P=0,2568 > 0,05$).

Sólo un 12,77% de los pacientes con OIM falleció (6 casos), siendo más frecuente los adultos intermedios (4 casos) y del sexo femenino (4 casos). No se encontró una asociación

estadísticamente significativa entre las condiciones de egreso y los grupos de edad ($X^2=2,40$; 3 gl; $P=0,4927 > 0,05$); tampoco con el sexo ($X^2=0,50$; 1 gl; $P=0,6701 > 0,05$).

CONCLUSION

Hechos los análisis y procesada la información se concluye que la obstrucción intestinal por causa mecánica corroborado por hallazgo intraoperatorio se registró una edad promedio de 58,66 años $\pm$ 2,54, con una mediana de 62 años. Fueron más frecuentes aquellos clasificados con adultez intermedia con un 40,43% (19 casos), seguidos de los adultos mayores (31,91%= 15 casos).

Un 51,06% de los pacientes con obstrucción intestinal mecánica (24 casos) tenían un tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas y la resolución de menos de una semana, mientras que el otro 48,94% (23 casos) tenía más de una semana. Al relacionar el tiempo menos de una semana, se determinó mayor frecuencia en pacientes de edad adultez intermedia 41-65 años, representado por 10 pacientes.

Un 48.94 % de los pacientes tenía antecedente de intervención quirúrgica (23 casos), siendo más frecuente entre la adultez intermedia (10 casos) y adulto joven (6 casos). En cuanto al sexo el antecedente quirúrgico predominó en el masculino (13 casos).

El hallazgo intraoperatorio más frecuente fue la patología tumoral (31,91%= 15 casos), presentándose mayor frecuencia en la adultez intermedia, (41-65años). seguida de la patología herniaria (21,28%= 10 casos) siendo la más frecuente la gangrenada (6 casos). La técnica quirúrgica mayormente empleada fue la Técnica resectiva + anastomosis (31,91%= 15 casos), seguida de la Exeresis de tu + colostomía (23,40%= 11 casos)

Sólo un 12,77% de los pacientes con OIM falleció (6 casos), siendo más frecuente los adultos intermedios (4 casos) y del sexo femenino (4 casos).

RECOMENDACIONES

Educación en relación al diagnóstico, tratamiento de esta patología, ya que la Obstrucción intestinal es un problema que el cirujano debe resolver con frecuencia, representa una de las principales causas de mortalidad en las urgencias abdominales y es provocada por diversas etiologías asociadas con factores que influyen en un pronóstico desfavorable.

Variables como la edad, el sexo, 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 y deben tenerse presente por el personal médico, ya que ayudan tanto a la evaluación inicial del paciente y lograr la resolución quirúrgica inmediata.

No realizar intervención quirúrgica con retardo ya que empeora el pronóstico de los pacientes.

Presentar los resultados de la presente investigación a las autoridades involucradas en el sistema de salud y específicamente a las del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, con el fin de alimentar la base de datos estadísticos sobre patologías atendidas en el Servicio de Cirugía General de dicha institución.

Se sugiere realizar futuras investigaciones acerca de este tema en forma prospectiva y aumentando el tamaño de la muestra, con el objeto de minimizar sesgos y/o limitantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SAMANIEGO C: Oclusión intestinal. En: Samaniego C: Pautas de la conducta médica. EFACIM 2º Ed. 2000: 60-7.
2. ASPIAZU Holguín CT; Aspiazu Borbor CT, Obstrucción intestinal. Portal de Salud www.médicosdeecuador.com, revisado 03-06,2006.
3. LÁZARO Quevedo Guanche. Oclusión intestinal. Clasificación, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir 2007;46: 3-6
4. EISEN G, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JA, Johanson JF. Acute colonic pseudoobstruction. *Gastrointest Endosc* 2002;56: 789-92.
5. . SILEN W, Hein MF, Gadman L. Strangulation obstruction of the small intestine. *Arch Surg* 1962;85:121-9.
6. FIGUEROA JM, Meneu JC, Hidalgo M, Moreno E, Gómez R, Santoyo J. Obstrucción intestinal. En: Vilardell ed. Enfermedades digestivas. Madrid, Aula Médica 1998:1315-26.
7. WEIBEL NA, Majno G. Peritoneal adhesions and their relations to abdominal surgery. *Am J Surg* 1973;126;345-7.
8. OVIEDO ,Limpia Oclusión intestinal: Frecuencia y causas en un servicio de cirugía . Rev. Cir. Parag. Vol. 35; N° 2. 2011 p sopaci.org.py/wp/wp-content/uploads/2016/.
9. LEYVA Carralero Carlos Alberto. MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MECÁNICA 28/02/2011 (Internet) Revista Electrónica de PortalesMedicos.com (consulta 19 de mayo del 2016) <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3051/1/Morbilidad-y-Mortalidad-por-Obstruccion-Intestinal-Mecanica.html>
10. MUJICA K, Morillo D, Cumar .obstrucción intestinal por bridas y adherencias. análisis de 135 casos. en el hospital central universitario antonio maría pineda, durante el. período 1994 . boletín médico de postgrado. vol. xxi nº 1 enero – marzo 2005. ucla. decanato de Medicina. Barquisimeto – Venezuela. bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/bm/.../BM210107.pdf

11. ARIAS, F. El proyecto de la investigación: Inducción a la metodología científica, Venezuela. Episteme; 2006
12. SAMPIERI, Roberto, Metodología de la investigación. Sexta edición, Editorial McGraw Hill. México, 2016

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Paciente:	edad:	sexo:	HC:
Antecedentes quirúrgicos:	si:	no:	tipo de intervención:
Inicio de síntomas:	fecha de ingreso:	Fecha de intervención Quirúrgica:	
Diagnóstico de ingreso:			
Hallazgo intraoperatorio:			
Tipo de Obstrucción intestinal mecánica:	simple:	asa cerrada:	
estrangulada:			
Técnica quirúrgica empleada:			
Condiciones de egreso:	vivo	fallecido:	

Ficha elaborada por el autor (Rivero 2017).