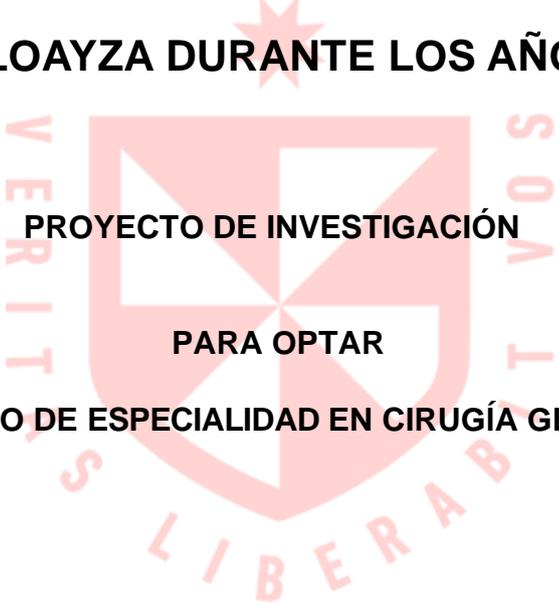


**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**ASOCIACIÓN ENTRE TECNICA QUIRURGICA Y  
COMPLICACIONES EN MANEJO QUIRURGICO DE  
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS Y  
ADHERENCIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL  
ARZOBISPO LOAYZA DURANTE LOS AÑOS 2018 -2023**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL**

**PRESENTADO POR**

**ALVARO RICAR ORELLANA FERRUFINO**

**ASESOR**

**PERCY EDUARDO ROSSEL PERRY**

**LIMA- PERÚ**

**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**ASOCIACION ENTRE TECNICA QUIRURGICA Y  
COMPLICACIONES EN MANEJO QUIRURGICO DE  
OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS Y ADHERENCIAS  
EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DURANTE  
LOS AÑOS 2018 -2023**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTADO POR  
ALVARO RICAR ORELLANA FERRUFINO**

**ASESOR**

**DR. PERCY EDUARDO ROSSEL PERRY**

**LIMA, PERÚ**

**2024**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	1
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>2</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	2
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	5
1.4.1 Importancia	5
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	5
1.5 Limitaciones	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Definición de términos básicos	12
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>14</b>
3.1 Formulación	14
3.2 Variables y su definición operacional	15
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>17</b>
4.1 Diseño metodológico	17
4.2 Diseño muestral	17
4.3 Técnicas de recolección de datos	20
4.4 Procesamiento y análisis de datos	21
4.5 Aspectos éticos	22
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>23</b>
<b>PRESUPUESTO</b>	<b>24</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>25</b>
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

## Resumen

La obstrucción intestinal es una interrupción en el flujo hacia delante de contenido intestinal, causada con más frecuencia por adherencias intraabdominales, malignidad o hernia intestinal. Esta genera un 15% de consultas por emergencia, 15% de ingresos hospitalarios y 20% de intervenciones quirúrgicas por dolor abdominal. La incidencia es similar para sexo femenino y masculino, con edad promedio de 64 años. La obstrucción intestinal es una de las principales causas de morbilidad y costo económico en los hospitales de todo el mundo. Las adherencias peritoneales se desarrollan luego de la cirugía, y el riesgo de obstrucción intestinal es mayor en 65% al 75% de los casos. La carga socioeconómica se incrementa a través de la formación de adherencias postoperatorias, aumentando la carga financiera de las adherencias. La principal dificultad para el cirujano es la determinación del tratamiento quirúrgico o tratamiento médico, y el por tal motivo se sugiere la necesidad de una solución quirúrgica.

El siguiente estudio retrospectivo realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza analizara características epidemiológicas y clínicas, así como el manejo quirúrgico y complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal por bridas y adherencias entre 2018 y 2023. Se compararán las técnicas quirúrgicas y se investigara la asociación de complicaciones en estos pacientes.

## Abstract

Intestinal obstruction is an interruption in the forward flow of intestinal contents, most often caused by intra-abdominal adhesions, malignancy or intestinal hernia. It generates 15% of emergency consultations, 15% of hospital admissions and 20% of surgical interventions for abdominal pain. The incidence is similar for male and female, with an average age of 64 years. Intestinal obstruction is one of the main causes of morbidity and economic cost in hospitals worldwide. Peritoneal adhesions develop after surgery, and the risk of bowel obstruction is higher in 65% to 75% of cases. The socioeconomic burden is increased through postoperative adhesion formation, increasing the financial burden of adhesions. The main difficulty for the surgeon is the determination of surgical treatment or medical treatment, and the portal suggests the need for a surgical solution.

The retrospective study at the Hospital Nacional Arzobispo Loayza analyzed epidemiological and clinical characteristics, as well as surgical management and complications in patients with intestinal obstruction due to bridging and adhesions between 2018 and 2023. Two surgical techniques were compared and the association of complications in these patients was investigated.

NOMBRE DEL TRABAJO

**ASOCIACION ENTRE TECNICA QUIRURGICA Y COMPLICACIONES EN MANEJO QUIRURGICO DE OBSTRUCCION INTESTINAL**

AUTOR

**ALVARO RICAR ORELLANA FERRUFINO**

RECuento de palabras

**6760 Words**

RECuento de caracteres

**39880 Characters**

RECuento de páginas

**33 Pages**

Tamaño del archivo

**266.8KB**

Fecha de entrega

**Aug 20, 2024 11:12 AM GMT-5**

Fecha del informe

**Aug 20, 2024 11:13 AM GMT-5**

● **19% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 19% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

La obstrucción intestinal se debe a una interrupción en el flujo hacia delante de contenido intestinal, la cual puede ocurrir en cualquier punto a lo largo del tracto gastrointestinal y los síntomas varían según el nivel de obstrucción, esta es causada con más frecuencia por adherencias intraabdominales, malignidad o hernia intestinal. La obstrucción intestinal genera un 15% de consultas por emergencia debido al dolor abdominal agudo que produce, 15 % de ingresos hospitalarios y 20 % de las intervenciones quirúrgicas por dolor abdominal. La incidencia de obstrucción es similar para sexo femenino y masculino, con edad promedio de 64 años (1).

La obstrucción intestinal es considerada una de las principales causas de morbilidad y costo económico en los hospitales de todo el mundo., Las adherencias y vendajes postoperatorios se estiman en aprox. 90% de los pacientes sometidos a cirugía, las que variaran según el tipo de cirugía y la presencia o no de complicaciones post operatorias. Las adherencias intraabdominales se desarrollan luego de la cirugía debido a los procesos normales de la curación que incluyen procesos bioquímicos y celulares, siendo la fibrina el factor crítico en la formación de adherencias (2).

Las adherencias peritoneales se definen como uniones fibrosas anormales entre órganos y tejidos o ambos dentro de la cavidad abdominal que en estado normal están separados, la mayoría como resultado de una lesión peritoneal, cuya causa más común es la cirugía abdomino pélvica, se ha visto con menos frecuencia adherencias debido a procesos inflamatorios, infecciones intraperitoneales o trauma abdominal (3).

En aproximadamente el 65% al 75% de los casos, la oclusión intestinal se debe a adherencias intraabdominales, cirugía abdominal inferior, cirugía pélvica o ambas. y los que resultan en daño a una superficie peritoneal generan mayor riesgo de obstrucción adhesiva posterior, se calcula que el riesgo de obstrucción intestinal es de 1 a 10 % después de una apendicectomía, de 6,4 % después de una colecistectomía abierta, de 10 a 25 % después de una cirugía intestinal y de 17 a

25 % después de una proctocolectomía reconstructiva. (4, 5,6).

A consecuencia de la formación de adherencias postoperatorias se ha incrementado la carga socioeconómica utilizando una parte significativa de los recursos económicos en la atención médica. Un estudio epidemiológico a gran escala en Escocia se encontró que el 5.7% de los reingresos hospitalarios durante el período de 10 años estuvo directamente relacionado con la presencia de adherencias, de las cuales el 3,8% requirieron cirugía. Ya que los costos de atención médica continúan asenso y aumenta la cantidad de pacientes que requieren intervención quirúrgica con el envejecimiento de la población, la carga financiera de las adherencias continuara expandiéndose (7).

El dolor abdominal, las náuseas y los vómitos fueron síntomas frecuentes, pero inespecíficos (41 %), que requirieron pruebas de diagnóstico por imágenes y exámenes de laboratorio adicionales para confirmar el diagnóstico. Comúnmente visto en tomografía computarizada: dilatación anormal de asas intestinales con niveles de aire y líquido, colapso intestinal distal asociado con pruebas de laboratorio tales como: niveles de LDH, L-lactato y creatinina; elevado en cualquier estado isquémico Los niveles elevados de L-lactato son los más específicos y en gran parte apoyan el diagnóstico (8).

La principal dificultad para el cirujano es la determinación del tratamiento quirúrgico o tratamiento médico, el cuadro clínico de dolor constante asociado a taquicardia, hipotensión, fiebre y algunos signos tomográficos, como obstrucción de asa cerrada, neumatosis intestinal y presencia de gases. El portal en la mayoría de los casos sugiere fuertemente la necesidad de una solución quirúrgica (8).

En el año 1960 Childs y Phillips reportaron un método nuevo, plicando el mesenterio del intestino delgado por medio de suturas puestas a través del mesenterio y atadas unas a otras, pasando las suturas a pocos milímetros de la pared del intestino. Esta técnica fue modificada tiempo después por Mc Carthy usando suturas gruesas de nylon y pasándolas a 3 o 4cm del borde intestinal con una disminución de 6 a 3 veces el número de pases de la aguja, teniendo menos complicaciones y realización más rápida (9).

En el Hospital Nacional arzobispo Loayza actualmente se utiliza tanto el manejo quirúrgico con diversas técnicas y el manejo médico, motivo por el cual este estudio se realizó para determinar la técnica quirúrgica más empleada y que presente menores complicaciones.

## **1.2 Formulación del problema:**

¿Cuál es la técnica quirúrgica más utilizada y complicaciones asociadas para cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 -2023?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la técnica quirúrgica más utilizada para cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional arzobispo Loayza durante los años 2018 -2023.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Describir los factores de riesgo asociados a cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 -2023.

Determinar la técnica quirúrgica que presente menos recidivas en el manejo de cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 -2023.

Identificar los hallazgos operatorios más frecuentes de cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 -2023.

Determinar las comorbilidades asociadas a cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional arzobispo Loayza durante los años 2018 -2023.

Describir las características sociales y demográficas de los pacientes con cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 -2023.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

Esta investigación es primordial, porque ayudaría a identificar la técnica quirúrgica más efectiva en el manejo de cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias contribuyendo a la disminución de recurrencias.

Asimismo, determinar cuál técnica quirúrgica es la más empleada para el manejo de cuadros de oclusión intestinal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza y los beneficios que esta técnica brinda a los pacientes con esta patología mejorando su pronóstico y posibles complicaciones asociadas.

Otro aspecto para destacar es la identificación de los factores de riesgo asociados a cuadros de obstrucción intestinal contribuye a su diagnóstico y manejo oportuno con el objetivo de disminuir las tasas de morbimortalidad asociadas a este cuadro; asimismo el conocimiento de la técnica quirúrgica más adecuada llevaría a mejorar las competencias del personal médico que atiende esta patología mejorando sus destrezas y habilidades.

Además, en el país se cuentan con pocos estudios acerca de este importante problema de investigación, a pesar de ser una patología muy frecuente, por tal motivo este estudio podría dar pie a otros estudios a futuro acerca de esta patología.

### **1.4.2 Viabilidad y factibilidad**

Este estudio es posible porque el Hospital Nacional Arzobispo Loayza facilita la investigación y es un hospital de referencia donde se evidencian diversas patologías de las cuales esta patología se observa con mucha frecuencia. Asimismo, se tiene el apoyo y asesoría del jefe del servicio de cirugía general para la validación y ejecución de este proyecto de investigación.

Además, se obtiene la habilitación institucional y aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, cabe señalar que antes de realizar este proyecto de investigación también se obtiene la aprobación de la Universidad de San Martín de Porres. Cabe precisar que la información recabada el desarrollo del proyecto de investigación se obtendrá de los registros del servicio, así como datos relevantes de los informes operatorios

y exámenes auxiliares; los cuales son de fácil acceso.

Asimismo, el investigador principal se compromete a dedicar el tiempo necesario para la plena ejecución de este proyecto de investigación. Por otro lado, el financiamiento y los recursos materiales que se emplearán para su ejecución serán proporcionados por el investigador principal.

### **1.5 Limitaciones**

Dado que se trata de un estudio observacional retrospectivo y los datos se obtienen de la historia clínica, una de las principales limitaciones de este estudio es que se pueden producir sesgos de información. situación que sucedería debido a mala calidad de registro de información relevante, omisión de datos para algunas variables, presencia de imprecisos o ausentes en la historia clínica e incluso letra ilegible; sin embargo, se espera que esto suceda en pocas historias clínicas, a fin de no afectar la recolección de datos.

Otra limitación para considerar es el no disponer con algunas variables importantes para esta investigación y al ser un estudio retrospectivo no sería posible recabar dicha información directamente del paciente. No obstante, se podría tener algunas historias clínicas que cuenten con una anamnesis incompleta, especialmente en el caso de pacientes que llegan en estado crítico o con acompañantes que den información imprecisa, por lo cual la información recabada carecería de datos relevantes, se espera que esto suceda en pocas historias clínicas y no se vea afectado la recolección de datos.

Asimismo, debido a que el proyecto de investigación solo se realizara con pacientes atendidos en este hospital sus hallazgos no serían extrapolados a otros hospitales, a pesar de ello, la evidencia encontrada sería relevante para mejorar las competencias de manejo quirúrgico del personal médico y esto podrá servir de base para otros estudios similares en el futuro. promoviendo el método quirúrgico más adecuada con el objetivo disminuir los casos de recidivas y disminuir la morbimortalidad de estos pacientes.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Quezada N et al., en 2014 realizaron un estudio, Chile entre junio de 2003 y abril de 2013, se revisaron los tipos de retrosección; Se incluyeron 282 pacientes en la cantidad de investigación, 38 de los cuales se establecieron a través de canales laparoscópicos, en el que se concluyó que la edad promedio fue de 51 años sexo masculino en 47%, presentaron antecedente de cirugía previa, la mediana de duración de los síntomas fue de 48 horas y a todos los pacientes se les realizó una tomografía de contraste. El tiempo medio desde el ingreso hasta la indicación de la cirugía fue de 14 horas según el criterio clínico del cirujano. La técnica utilizada para acceder a la cavidad abdominal fue trocar 17 45% visión directa trocar 13 21%, el número y ubicación de los trocares fue determinado a elección de cada cirujano. Siete pacientes fueron sometidos a laparotomía, 3 por dificultad diagnóstica, 2 por falta de flujo sanguíneo requirió resección intestinal, 1 por resección de tumor de intestino delgado y 1 por dificultad técnica para liberar adherencias. El tiempo promedio de cirugía fue de 60 minutos, la estadía hospitalaria fue de 4 días. (10).

En 2016, López R desarrollo una investigación, en Huancayo, Serie de casos observacional, descriptiva y transversal Obteniéndose los resultados varones de 63%, mujeres 36.73%, la edad de 54.7 años la sintomatología más frecuente dolor abdominal 100%, seguido de vómitos 81.6% y distensión abdominal. El trabajo concluyo mayor incidencia sobre varones una edad de 54 años y con sintomatología más frecuente de dolor abdominal asociado a vómitos y distensión abdominal, el principal tratamiento fue laparotomía más lisis de bridas y adherencias, presentando como mayor complicación infección de sitio operatorio (11).

En 2016, Puma B desarrollo un estudio en el hospital regional Honorio delgado Arequipa en el periodo de 2011-2015 de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. En el cual se obtuvieron los resultados predominio de género masculino 62.3%, la edad 15-30 años. Y el trabajo concluyo que la obstrucción de bridas y adherencias predomina en pacientes varones en una edad promedio de 15-30 años, siendo la laparotomía con lisis de bridas y adherencias como principal tratamiento, y presentando una baja tasa de mortalidad (12).

Podda M EN JUNIO 2021. realizo una revisión de estudios de los últimos 20 años, llegando a la conclusión que para un manejo adecuado de oclusión intestinal por

bridas y adherencias se debe hacer un buen examen clínico ayudado de tomografía computarizada para detectar aquellos pacientes con isquemia intestinal, ya que estos se asocian a mayor índice de morbilidad y mortalidad. Se demostró que el manejo quirúrgico temprano con adhesiolisis dentro del día de admisión o un día posterior a la admisión se asocia con una mayor supervivencia a largo plazo comparado con el manejo conservador, sobre la laparoscopia solo debe usarse en pacientes con una sola banda obstructiva única (13).

En 2013 Teixeira P en septiembre del 2013 en los ángeles california realiza un estudio obtuvo información de una base de datos utilizando un plan de mejora de calidad de cirugía de regresión lineal, 4163 casos en los que la obstrucción intestinal se les realizó laparotomía. Se obtuvieron los resultados que un retraso de 24 horas o mayor se asocia mortalidad, además de, mayor tasa de complicaciones, como infección del sitio operatorio, neumonía, sepsis y shock séptico. en conclusión, una rápida intervención se asocia a una mayor tasa de supervivencia y una menor tasa de complicaciones locales y sistémicas además de una estancia hospitalaria más corta (14).

Martínez P en 2001 realizó una investigación en México, tipo de estudio retrospectivo, en el cual se revisó 32 expedientes de pacientes a quienes se les realizó una técnica de plicatura intestinal trans mesentérica. Obteniéndose como resultado del total de pacientes según género mujeres 56% varones 44%, se determinó 50 años como edad estándar y la tasa de éxito es del 90%. no se reportó diferencias significativas entre la plicatura intestinal y la técnica de chids-phillips. En conclusión, son útiles las técnicas de plicatura intestinal y no condicionan complicaciones mayores (15).

En 2018 Skoglar A desarrollo un estudio retrospectivo en hospitales comunitarios, con una población de 120 000 habitantes, en el cual se revisaron registros de cirugías por obstrucción intestinal en un periodo de 70 meses.

En el cual se obtuvieron los siguientes resultados de las 196 cirugías por obstrucción intestinal, 108 fueron por bridas y adherencias, de las cuales 42 fueron por brida única y 66 por bandas múltiples.

Se llegó a la conclusión la obstrucción intestinal por bridas múltiples, el principal factor de riesgo es que tenga una cirugía abdominal previa. (16)

En 2009 D. CHOSIDOW realizó un estudio en Francia, de tipo ensayo prospectivo el

cual se consideraron 134 pacientes, sobre el manejo de la obstrucción intestinal por cirugía laparoscópica.

De los cuales se obtuvo resultados 16 % de los pacientes contaba con cirugía previa en 1 año de la obstrucción y 33.5% en 5 años. No se reportaron muertes operatorias, la tasa de éxito fue de 80% después de una laparoscopia electiva y 59% después de una laparoscopia de emergencia.

En conclusión, la laparoscopia en manejo de obstrucción por bridas y adherencias tiene como desventajas un área de trabajo limitado, intestino distendido y frágil. (17)

En 2019 Ville Sallien realizo en Finlandia un estudio de tipo ensayo internacional, multicéntrico abierto de liberación de adherencias laparoscópica versus cirugía abierta. En 566 paciente de 18 a 95 años que cursaron con obstrucción intestinal por bridas y adherencia que no se resolvieron con tratamiento conservador

En el cual se reportaron los siguientes resultados 566 pacientes, duración de la estancia hospitalaria de los pacientes de cirugía abierta fue de 1.3 días más que los pacientes que se realizó cirugía laparoscópica, 43% de pacientes con cirugía abierta presentaron complicaciones post operatorias con relación al 16% de pacientes con cirugía laparoscópica dentro de los 30 días post operatorios, y se reportó una muerte dentro los 30 días post operatorios para cada grupo. En conclusión, la liberación de bridas por técnica laparoscópica proporciona una recuperación más rápida en comparación con la liberación de bridas con técnica abierta. (18)

En 2022 Pintos P en México en hospital regional de pilar. En el cual se estudiaron 25 pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal. Resultados estudiados 25 pacientes, edad media 59 años y en su mayoría varones, los principales síntomas fueron dolor abdominal, distensión abdominal y vómitos. La cirugía incluyó lisis de adherencias en 24%, reparación de hernia en 32%, resección intestinal más estoma en 28% y resección más anastomosis en 4%. No se presentaron complicaciones en el 48% y se presentó infección del sitio quirúrgico en el 24%.

Conclusión la etiología más frecuente fue las bridas ya adherencias seguida de hernias, la técnica quirúrgica, más empleada fue la relación de hernias, en los pacientes que presentaron bridas se realizó la liberación de las bridas. (19)

En 2012 Donal B realizo una búsqueda bibliográfica sistemática sobre abordaje laparoscópico y obstrucción intestinal en base de datos de Medline. Resultados se identificaron 29 estudios en el cual se estudió 2005 pacientes en el cual las

adherencias fue la etiología más frecuente, se realizó cirugía laparoscópica en 1284, se registró una tasa de éxito de 73% cuando se encontró solo una brida. Conclusión la laparoscopia es un tratamiento efectivo con una morbilidad aceptable. (20)

En 2012 Ming-Zhe L realizó búsquedas electrónicas en la base de PubMed, Medline en el cual se estudiaron 334 pacientes en 4 estudios comparativos retrospectivos. Conclusión la liberación laparoscópica tiene menos complicaciones cuando son realizadas por cirujanos experimentados. (21)

En 2022 Eduardo Enrique Cecilia en Cuba postuló un estudio en 252 pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal en periodo 2017-2019 de tipo descriptivo, transversal, observacional.

Resultados la edad promedio 60 años con predominio del sexo femenino, donde el dolor abdominal fue predominante seguido de náuseas y vómitos, la causa más frecuente bridas y adherencias y la técnica más empleada lisis de bridas seguidas de recesión y anastomosis. (22)

En 2016 Scendes A realizó un estudio en Chile de tipo retrospectivo y diseño de serie de casos de todos los casos egresados con diagnóstico de obstrucción intestinal en periodo de 2012-2014. Resultados se estudiaron 134 casos de los cuales 101 fueron obstrucción intestinal completa de ellas 81 fueron resueltas de manera quirúrgica, 20 con manejo médico. El género fue de 54% para las mujeres con edad de 60 años en promedio, la sintomatología en el total de paciente fue dolor abdominal náuseas vómitos y no eliminación de heces y gases, distensión abdominal. El 58% fue causado por bridas y adherencias, seguido de hernias de pared el 100% de los casos se diagnosticaron con tomografía.

Conclusión la determinación del manejo ya sea quirúrgico o médico depende de la etiología de la obstrucción intestinal no evidenciándose mayores complicaciones del tratamiento médico sobre el quirúrgico. (23)

En 2015 Consuelo N desarrolló un estudio, en Colombia de serie de casos y controles, donde se tomó muestra de 158 pacientes entre 2012-2014.

Resultados se estudiaron 158 pacientes de los cuales 78 pacientes se resolvió la obstrucción intestinal de manera quirúrgica y 80 con manejo médico. La edad promedio fue de 60 años, con predominio sobre género femenino la sintomatología más común fue, distensión abdominal, seguido de vómitos y estreñimiento. La mayor % de pacientes reportaron haber sido sometidos a una cirugía previa como mínimo.

(24)

En 2015 Rodríguez A realizo en cuba un estudio de serie de casos descriptivo entre el año 2007-2009. Resultados la edad de mayor frecuencia fue 60 años, género masculino teniendo como patología principal las bridas y adherencias seguida de hernias y tumores intestinales, el procedimiento más empleado fue las lisis de las bridas y se tuvo como complicación más frecuente desequilibrio hidro electrolítico.

Conclusión la obstrucción por bridas y adherencias es una emergencia médica quirúrgica que necesita un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar complicaciones y así disminuir la tasa de mortalidad. (25)

En 2019 Gilberto Guamán-Valdivia-Gómez, Eduardo Tena Betancourt, Patricio Martínez de Alva-Coria. El manejo de las adherencias abdominales post operatorias son liberación quirúrgica, pero con posterior aumento de recurrencia lo cual puede llevar a cuadros de dolor abdominal crónico y cuadros de obstrucción intestinal (26)

## **2.2 Bases teóricas**

La oclusión intestinal es causada por la obstrucción de la salida del contenido intestinal, que puede ocurrir en cualquier parte del tracto digestivo, y los síntomas varían según el nivel de obstrucción., esta es causada con más frecuencia por adherencias intraabdominales, malignidad o hernia intestinal. La obstrucción intestinal genera un 15% de consultas por emergencia debido al dolor abdominal agudo que produce, 15 % de ingresos hospitalarios y 20 % de las intervenciones quirúrgicas por dolor abdominal. La incidencia de obstrucción es similar para hombres y mujeres, con edad promedio de 64 años (1).

La obstrucción intestinal es una de las principales causas de morbilidad y gastos financieros en los hospitales a nivel mundial, Se estima que casi el 90% de los pacientes que se someten a cirugía desarrollan algún grado de adherencias y bandas postoperatorias, las cuales varían según el tipo de cirugía y la presencia o ausencia de complicaciones postoperatorias. Las adherencias intraabdominales se desarrollan luego de la cirugía debido a los procesos normales de la curación que incluyen procesos bioquímicos y celulares, la acumulación y degradación de fibrina

es un factor crítico en la formación de adherencias (2)

### **Etiología**

La obstrucción puede ser de causa mecánica se pueden dividir entre extrínsecas, intrínsecas, intraluminales y funcionales. De estas 60% son extrínsecas debidas a bridas y adherencias ya sean estas congénitas o adquiridas mientras que un 40% se deben a otras patologías como mal rotación intestinal y masas carcinomatosas abscesos y lesiones inflamatorias. En cuanto las intrínsecas pueden ser por causas congénitas (atresias, estenosis, quistes), adquiridas (neoplasias, infecciones, traumas, fibrosis). las intraluminales debidas a parásitos cuerpos extraños y funcionales como íleo. (2)

### **Fisiopatología**

El flujo normal de secreción diaria del tubo digestivo es de unos 5-6 litros del cual el 80-90% es producido por el organismo y reabsorbido por el mismo antes de llegar al colon. los gases intraluminales están compuestos por aire deglutido y dióxido de carbono. cuando hay alteración de este flujo se incrementa la producción de metano por la proliferación bacteriana y acumulación de gas y liquido provocando distención intraluminal y aumento de presión intra luminal. En las primeras 24 horas desde el inicio de la obstrucción se evidencia una disminución de absorción y por ende mayor secreción intestinal, lo cual lleva a una acumulación de líquido y gas provocando distención abdominal, con posterior aumento de la presión intraluminal provocando alteración a nivel de la irrigación y así provocando alteración metabólica finalizando con isquemia intestinal y necrosis.

La formación de adherencias post quirúrgicas se debe a un trauma en el peritoneo, ya sea por cirugía, isquemia o coagulación. posteriormente se activa la cascada de coagulación que da inicio a la conversión de fibrinógeno en fibrina por medio de adhesión durante las primeras 72 horas y restauración total durante los 4 a 5 días siguientes.

### **Factores de riesgo**

Cirugía abdominal previa o pélvica (riesgo de formación de adherencias)

Hernia de la pared abdominal o de la inguinal

Inflamación pared intestinal (p. ej., enfermedad de Crohn)

Antecedentes neoplasias

Irradiación abdominopélvica previa

Historia de ingestión de cuerpo extraño

## **Clínica**

La mayoría de los pacientes con una oclusión intestinal tienen dolor abdominal intenso con náuseas, vómitos y distensión abdominal.

Cuando la obstrucción intestinal es alta el vómito es el síntoma más predominante es de tipo fecaloide por un aumento bacteriano excesivo. por lo cual paciente deja de consumir alimento por vía oral. El dolor abdominal está presente y se los describe como calambres periumbilicales. al principio los ruidos intestinales son muy activos, pero al progresar el cuadro los ruidos disminuyen hasta abolirse.

El cese de evacuación de heces u gases indicaría una obstrucción completa, pero durante las 12 a 24 horas posteriores al inicio del cuadro puede a ver eliminación de los mismos.

## **Diagnostico**

El diagnostico de obstrucción intestinal es generalmente clínico con ayuda de una buena historia clínica y exploración física

.

### **2.3 Definición de términos básicos**

Bridas y adherencias: Tejido cicatricial entre los órganos abdominales, el mesenterio y la pared abdominal, generalmente después de un traumatismo quirúrgico.

Obstrucción intestinal: Es un trastorno que detiene por completo o impide severamente el paso de alimentos, líquidos, secreciones digestivas y gases a través del intestino.

Obstrucción intestinal mecánica: defectos de transporte debido a la obstrucción de la luz por una obstrucción o compresión externa (obstrucción intestinal), u obstrucción de la luz asociada con la compresión de los vasos mesentéricos (obstrucción por estrangulación).

Obstrucción intestinal funcional: una condición en la que los intestinos no funcionan

correctamente, pero ningún problema estructural es la causa.

Laparotomía: Este es un examen quirúrgico abierto del abdomen, generalmente a través de una sola incisión grande.

Laparoscopia: Este es un examen y procedimiento quirúrgico realizado a través de puertos colocados en pequeñas incisiones usando una cámara e instrumentos largos.

Resección intestinal: Es una cirugía para extirpar parte del intestino delgado o grueso. Esto se hace cuando parte de ella está obstruida o enferma.

Ostomía: es una abertura creada quirúrgicamente en la cavidad abdominal para la eliminación de productos de desecho. Estas pueden ser ileostomías o colostomías.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación

El método quirúrgico más utilizado y con menos recidivas y complicaciones para el manejo de cuadros de oclusión intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional arzobispo Loayza es la liberación de bridas y adherencias mediante abordaje convencional, debido a la falta de equipamiento y la gran afluencia de pacientes sin criterios de inclusión para abordaje laparoscópico.

### 3.2 Variables y su definición operacional

VARIABLE	TIPO	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO MEDIO DE VERIFICACION
Técnica quirúrgica	Cualitativa	Técnica chail noble  Liberación de bridas y adherencias	Nominal	Reporte operatorio Historia clínica
Cirugías previas	Cualitativa	Cirugía anterior 1 vez  Cirugía anterior 2 veces Cirugía anterior > =3 veces	Nominal	hoja de recolección de datos Historia Clínica
Abordaje quirúrgico	Cualitativa	Abordaje convencional  Abordaje	Nominal	Historia clínica. hoja de recolección de datos

		laparoscópico		
Obstrucción intestinal previa	cualitativa	1 vez 2 veces >= 3 veces	Nominal	hoja de recolección de datos Historia clínica Reporte operatorio.
Uso de drenes	cualitativo	Sin dren Con dren	Nominal	Historia clínica Reporte operatorio
Lavado de cavidad	Cualitativa	Con lavado Sin lavado	Nominal	Reporte operatorio Historia clínica
Edad	Cualitativa	Media en años 15-30 años 30-45 años >45 años	Nominal	DNI
Nivel socio económico	Cualitativo	Bajo :200-300 Mediano:301-500 Alto :501 a mas	Nominal	hoja de evaluación de asistente social
Sexo	Cualitativo	Femenino Masculino	Nominal	DNI
Hipertensión arterial	Cualitativa	Antecedente de hta Ausencia de hta	Nominal	hoja de recolección de datos Historia clínica
Diabetes mellitus	Cualitativo	Antecedente de DM Ausencia de DM	Nominal	hoja de recolección de datos Historia clínica
Tuberculosis peritoneal	cualitativo	Antecedente de tbc peritoneal Ausencia de tbc peritoneal	Nominal	hoja de recolección de datos DNI Historia clínica
Lugar de procedencia	Cualitativo	Costa Sierra Selva	Nominal	hoja de recolección de datos DNI Partida de nacimiento.
Tipo de hilo	Cualitativo	Reabsorbibles No reabsorbibles	Nominal	Reporte operatorio
Infección de sitio operatorio	Cualitativo	Tipo 1 Tipo 2 Tipo 3	Nominal	Historia clínica
Ostomías	cualitativo	Yeyunostomía Ileostomía Colostomía	Nominal	Reporte operatorio Historia clínica

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

Dicho proyecto de investigación es de tipo transversal retrospectivo en el cual se determinó las características epidemiológicas, clínicas y el mejor manejo quirúrgico y menos complicaciones en pacientes con oclusión intestinal por bridas y adherencias atendidos en el hospital Nacional arzobispo Loayza en los periodos comprendido entre 2018 – 2023.

Dicho estudio es analítico comparativo debido a que compara dos técnicas de quirúrgicas diferentes para el abordaje de pacientes con oclusión intestinal por bridas y adherencias atendidos en el hospital Nacional arzobispo Loayza.

Además de ver la asociación de complicaciones en las diferentes técnicas utilizadas en pacientes con oclusión intestinal por bridas y adherencias atendidos en el hospital Nacional arzobispo Loayza.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

Pacientes masculinos y femeninos de 18 en adelante atendidas por cuadro de oclusión intestinal por bridas y adherencias en Hospital arzobispo Loayza adherencias durante los periodos comprendidos durante 2018-2023.

#### **Población de estudio**

Pacientes masculinos y femeninos mayores de 18 atendidas por cuadro de oclusión intestinal por bridas y adherencias en Hospital arzobispo Loayza adherencias durante los periodos comprendidos durante 2018-2023.

#### **Criterios de elegibilidad**

##### **De inclusión**

Pacientes masculinos y femeninos mayores de 18 atendidas por cuadro de oclusión intestinal por bridas y adherencias en Hospital arzobispo Loayza adherencias durante los periodos comprendidos durante 2018-2023.

Pacientes con diagnóstico de oclusión intestinal por bridas y adherencias tributarios de manejo quirúrgico.

Pacientes operados en el Hospital arzobispo Loayza por cuadros de oclusión intestinal por bridas y adherencias durante los periodos comprendidos durante 2018-2023.

### **De exclusión**

Pacientes masculinos y femeninos menores de 18 años atendidas por cuadro de oclusión intestinal por bridas y adherencias en Hospital arzobispo Loayza adherencias durante los periodos comprendidos durante 2018-2023.

Pacientes con cuadros de obstrucción por vólvulos

Pacientes con de obstrucción intestinal causados por hernias.

Pacientes con diagnóstico de oclusión intestinal por bridas y adherencias con manejo médico.

Pacientes con severas complicaciones en su salud.

Pacientes con varias comorbilidades no tributarios de manejo quirúrgico.

Pacientes con antecedentes de cáncer desahuciados.

Pacientes operados en el Hospital arzobispo Loayza por cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias durante los periodos comprendidos durante 2018-2023 que fallecieron durante el acto operatorio.

### **Tamaño de la muestra**

Se utilizo el muestreo no probabilístico por conveniencia, se consideraron 900 historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital arzobispo Loayza por cuadro de obstrucción intestinal por bridas y adherencias durante los periodos comprendidos durante 2018-2023.

### **Muestreo**

Por simplicidad, este estudio utilizó una muestra no probabilística, considerando pacientes con algunas complicaciones después del tratamiento quirúrgico de la obstrucción intestinal por bridas y adherencias entre 2018 y 2023.

### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

La recolección de datos necesarios para el desarrollo de este estudio de investigación se realizara mediante la revisión de historias clínicas físicas, de donde se obtendrán los informes de reporte operatorio y evoluciones medicas durante su estancia hospitalaria, se recopilara evoluciones medicas de otras especialidades, informes de estudios por imágenes , reportes laboratoriales de pacientes atendidos por cuadros de obstrucción por bridas y adherencias del hospital nacional arzobispo Loayza durante el periodo 2018-2023.

### **Instrumentos de recolección y medición de variables**

Dentro de los instrumentos empleados tenemos: historias clínicas físicas que presentaron alguna complicación posterior al manejo quirúrgico después de cuadro de obstrucción intestinal.

Reportes operatorios donde se mencione alguna complicación posterior al manejo quirúrgico por cuadro de bridas y adherencias.

Evoluciones medicas de otras especialidades que consignen alguna complicación durante el post operatorio.

Reporte de análisis laboratoriales que indiquen algún grado de compromiso sistémico.

### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Se utilizo el muestreo no probabilístico por conveniencia, se consideraron 900 historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital arzobispo Loayza por cuadro de obstrucción intestinal por bridas y adherencias durante los periodos comprendidos durante 2018-2023

En el presente estudio los datos estarán analizados por la prueba de Fisher.

Si la curva de datos es normal se utilizará un test paramétrico como t-student

Si la curva de datos no es normal se utilizará test no paramétrico test de wilcoxon

El nivel de significancia establecido para el estudio será 0.05(valor de p), teniendo un intervalo de confianza al 95%

#### **4.1 Aspectos éticos**

Este proyecto de investigación se fundamenta por los cuatro principios éticos universales: la autonomía la beneficencia, no maleficencia y la justicia con el objetivo de identificar y prevenir las complicaciones del manejo quirúrgico de obstrucción intestinal, promoviendo la prevención y el interés público. Se respeta los principios éticos de la declaración de Helsinki, la información obtenida y el tipo de diseño no afecta la integridad física de los pacientes.

Dicho proyecto de investigación cuenta con la autorización del comité de investigación y ética del Hospital Nacional arzobispo Loayza.

No se utilizará consentimiento informado de los participantes porque solo se recabará información de historia clínica y base de datos.

## CRONOGRAMA

FASES	MESES	2022-2023							
	8	9	10	11	12	1	2	3	4
Aprobación del proyecto de investigación	x								
Recolección de datos		x	x	x					
Procesamiento y análisis de datos					x	x	x		
Elaboración del informe							x	x	x

## PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

<b>Concepto</b>	<b>Monto estimado (soles)</b>
<b>Material de escritorio</b>	400.00
<b>Adquisición de software</b>	000.00
<b>Internet</b>	400.00
<b>Impresiones</b>	400.00
<b>Logística</b>	300.00
<b>Traslados</b>	1000.00
<b>TOTAL</b>	<b>2500.00</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Jackson, Patrick G, and Manish T Raiji. "Evaluation and management of intestinal obstruction." *American family physician* vol. 83,2 (2011): 159-65. Jackson P., Raiji M. Evaluation and management of intestinal obstruction. *Am Fam Phys*. 2011;3:159-61.
2. Attard, Jo-Anne P, and Anthony R MacLean. "Adhesive small bowel obstruction: epidemiology, biology and prevention." *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie* vol. 50,4 (2007): 291-300. Attard J., MacLean A. Adhesive small bowel obstruction: Epidemiology, biology and prevention. *Can J Surg*. 2007;50:291-300
3. Dijkstra, F R et al. "Recent clinical developments in pathophysiology, epidemiology, diagnosis and treatment of intra-abdominal adhesions." *Scandinavian journal of gastroenterology. Supplement* ,232 (2000): 52-9. Dijkstra FR, Nieuwenhuijzen M, Reijnen MM, et al. Desarrollos clínicos recientes en fisiopatología, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de adherencias intraabdominales. *Scand J Gastroenterol Suppl* 2000; 232:52-9. [PubMed]
4. Dijkstra FR, Nieuwenhuijzen M, Reijnen MM, et al. Desarrollos clínicos recientes en fisiopatología, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de adherencias intraabdominales. *Scand J Gastroenterol Suppl* 2000; 232:52-9. [PubMed]
5. Monje BJ, Berman ML, Montz FJ. Adherencias después de una cirugía ginecológica extensa: importancia clínica, etiología y prevención. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:1396-403. [PubMed]
6. Ahlberg G, Bergdahl S, Rutqvist J, et al. Mechanical small-bowel obstruction after conventional appendectomy in children. *Eur J Pediatr Surg* 1997;7:13-5. [PubMed].
7. Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, et al. Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. *Lancet* 1999;353:1476-80. [PubMed]
8. Van Oudheusden T., Aerts B. Challenges in diagnosing adhesive small bowel obstruction. *World J Gastroenterol*. 2013;19:7489-93.
9. Dr. Nahim k nasralla f.a.c.s. (\*) dr. Honzen o.u. (\*\*). Plicadura transmesenterica del intestino delgado para la prevención de obstrucción recurrente usando sondas de foley. *Revista hondureña* (vol 51) pág. 3. 1983. disponible en <https://revistamedicahondurena.hn/assets/uploads/vol51-4-1983-11.pdf>
10. Quezada S Nicolás, León F Felipe, Llera K Juan de la, Funke H Ricardo, Gabrielli N Mauricio, Crovari E Fernando et al. Tratamiento laparoscópico de la obstrucción intestinal por bridas. *Rev chil cir [Internet]*. 2014 Sep [citado 2023 Mayo 08]; 66(5): 437-442. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071840262014000500007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071840262014000500007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262014000500007>.
11. Balbín Pimentel, Leoncio Javier, López Lorenzo, Richard Enrique. Características clínico epidemiológicas de pacientes intervenidos por obstrucción intestinal por bridas y adherencias en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo, durante el año 2016. Repositorio institucional – UNCP. disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
12. Puma Pauccara, Bety Obstrucción intestinal por bridas y adherencias en el servicio de cirugía general del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa

2011-2015. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa disponible en:  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3482>

13. Podda, M et al. "Adhesive Small Bowel Obstruction and the six w's: Who, How, Why, When, What, and Where to diagnose and operate?." *Scandinavian journal of surgery : SJS : official organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society* vol. 110,2 (2021): 159-169. doi:10.1177/1457496920982763

14. Teixeira PG, Karamanos E, Talving P, Inaba K, Lam L, Demetriades D. Early operation is associated with a survival benefit for patients with adhesive bowel obstruction. *Ann Surg.* 2013 Sep;258(3):459-65. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182a1b100. PMID: 24022438.

15 Rincón-Lorenzo, Patricia; Solis-Mendoza, Hugo Alejandro; Montiel-Jarquín, Alvaro José; Barragán-Hervella, Rodolfo Gregorio; Buzo-Garcidueñas, Antonio; Culebro-Trujillo, Rafael; Romero-Figueroa, María Socorro; Morales-Flores, Carlos Francisco; Guerrero-Sánchez, Isabel.

*Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc ; 25(3): 221-226, Julio.-sept. 2017. tab, graf*  
Artículo en Español | LILACS, BDENF - Enfermería | ID: biblio-1031341

16 Andreas Skoglar, Ulf Gunnarsson, Peter Falk,  
Band adhesions not related to previous abdominal surgery – A retrospective cohort analysis of risk factors, *Annals of Medicine and Surgery*, Volume 36, 2018, Pages 185-190, ISSN 2049-0801,  
<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.11.007>.

17 Mateu Calabuig, Germán. "Bands, adhesions or synechia?." "¿Bridas, adherencias o sinequias?." *Cirugía española* vol. 96,9 (2018): 600-601. disponible en doi:10.1016/j.ciresp.2018.06.011

18 Ville Sallinen, Salomone Di Saverio, Eija Haukijärvi, Risto Juusela, Heidi Wikström, Vesa Koivukangas, Fausto Catena, Berndt Enholm, Arianna Birindelli, Ari Leppäniemi, Panu Mentula, Laparoscopic versus open adhesiolysis for adhesive small bowel obstruction (LASSO): an international, multicentre, randomised, open-label trial, *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, Volume 4, Issue 4, 2019, Pages 278-286, ISSN 2468-1253,  
[https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30016-0](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30016-0).

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468125319300160>)

19 Pintos Fernández, P. M., Benítez Noguera, M. J., Suarez Román, N. M., Benza Bareiro, M. A., & Domínguez Torres, D. I. (2022). Etiología de la oclusión intestinal en pacientes operados en el servicio de cirugía general del hospital regional de pilar periodo 2018-2020. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 4586-4594. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i1.1819](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1819)

20 O'Connor, DB, Winter, DC El papel de la laparoscopia en el tratamiento de la obstrucción aguda del intestino delgado: una revisión de más de 2000 casos. *Surg Endosc* 26 , 12–17 (2012). <https://doi.org/10.1007/s00464-011-1885-9>

21 Ming-Zhe Li, Lei Lian, Long-bin Xiao, Wen-hui Wu, Yu-long He, Xin-ming Song, Laparoscopic versus open adhesiolysis in patients with adhesive small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis, *The American Journal of Surgery*, Volume 204, Issue 5, 2012, Pages 779-786, ISSN 0002-9610,

<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.03.005>.  
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961012002644>)

22 Eduardo Enrique Cecilia-Paredes, Ángel Echevarria-Cruz, Elizabeth Cecilia-Paredes Oclusión intestinal mecánica de pacientes atendidos en el Servicio de urgencias médicas del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas. Disponible en:  
<https://gastroavila2021.sld.cu/index.php/gastroavila/2021/paper/viewFile/20/41>

23 Attila Csendes J., Paulo Pereira, Marcelo Zamorano D., I. Arratia, J. Gonzalez, F. Carriel Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile Tratamiento médico o quirúrgico de la obstrucción intestinal alta  
DOI: 10.1016/j.rchic.2014.08.001

24 Nidya Consuelo Guataquirá S. Universidad de Nuestra Señora del Rosario División de Postgrados Especialización en Cirugía General Bogotá, julio de 2015. Disponible en:  
<https://core.ac.uk/download/pdf/86442269.pdf>

25 Formato Documento Electrónico (Vancouver)  
Marchena Rodríguez Alexander, Jiménez Prendes Reinaldo, Sarmiento Sánchez Julio. Morbimortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal en el Servicio de Cirugía General: cifras alarmantes. Rev. Finlay [Internet]. 2015 Mar [citado 2022 Sep 23]; 5(1): 24-33. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342015000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000100004&lng=es).

26 Gumán-Valdivia-Gómez, Gilberto et al. "Postoperative abdominal adhesions: pathogenesis and current preventive techniques." "Adherencias abdominales postoperatorias: patogénesis y técnicas actuales de prevención." Cirugía y cirujanos vol. 87,6 (2019): 698-703.  
doi:10.24875/CIRU.18000511

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>¿Cuál es la técnica quirúrgica más utilizada y complicaciones asociadas para cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 - 2023?</p>	<p><b>General</b> Determinar la técnica quirúrgica más utilizada para cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 -2023.</p> <p><b>Específicos</b> Describir los factores de riesgo asociados a cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 - 2023.</p> <p>Determinar la técnica quirúrgica que presente menos recidivas en el manejo de cuadros de obstrucción intestinal por</p>	<p>Asociación entre técnica quirúrgica y complicaciones en manejo quirúrgico de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en el hospital nacional arzobispo loayza durante los años 2018 - 2023.</p>	<p>El proyecto de investigación es una investigación observacional, prospectiva, de tipo analítico y transversal.</p>	<p>Pacientes masculinos y femeninos mayores de 18 atendidas por cuadro de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en Hospital arzobispo Loayza durante los periodos comprendidos durante 2018-2023.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>

	<p>bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 - 2023.</p> <p>Identificar los hallazgos operatorios más frecuentes de cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 - 2023.</p> <p>Determinar las comorbilidades asociadas a cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 - 2023.</p> <p>Describir las características sociodemográficas de los pacientes con cuadros de obstrucción intestinal por bridas y adherencias del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los años 2018 -2023.</p>				
--	--	--	--	--	--

## 2. Instrumentos de recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS

#### I. DATOS

a) N° de HC:

b) Edad:

c) Sexo: (M) (F)

d) lugar Procedencia:

1. Urbana: 2. Rural:

#### II. FACTORES PREDISPONENTES:

a) Números de cirugías abdominales previas

b) tiempo de duración de la cirugía inicial:

c) Tipo abordaje de cirugía inicial

d) Tiempo en aparecer la obstrucción:

#### III. SÍNTOMAS

a) Dolor abdominal:

b) Vómitos:

c) Distensión abdominal:

#### IV. LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LAS ADHERENCIAS:

a) visceroparietal.

b) visceroviseral y visceroparietal.

c) viscerovisceral.

d) visceroparietal y visceropiloica

#### V. FORMAS DE TRATAMIENTO EMPLEADO:

a) Lisis de bridas:

b) Lisis de bridas más resección y anastomosis:

#### VI. COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS:

a) Obstrucción intestinal ( )

b) Dehiscencia de anastomosis ( )

c) Absceso intraabdominal ( )

d) Infección de sitio operatorio ( )

#### VII. INGRESÓ A UCI:

SI ( ) NO ( )

#### VIII. CONDICIONES DE ALTA

Mejorado ( ) Fallecido ( )

#### IX. ESTANCIA HOSPITALARIA

