



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**PREVALENCIA DE ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO POR CAUSAS
TUMORALES EN PACIENTES ATENDIDOS DEL HOSPITAL GENERAL
GUASMO SUR 2017 – 2019.**

AUTORES:

CARBO VÉLEZ, MIGUEL ÁNGEL

GUIN MOSQUERA, RICARDO ANDRÉS

Trabajo de Titulación previo a la obtención del título de

MÉDICO

TUTOR:

Dr. Briones Jiménez, Roberto Leonardo

Guayaquil, Ecuador

11 de septiembre del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Carbo Vélez, Miguel Ángel; Guin Mosquera, Ricardo Andrés** como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR

f. _____

Dr. Briones Jiménez, Roberto Leonardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Carbo Vélez, Miguel Ángel; Guin Mosquera, Ricardo Andrés**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Prevalencia de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en pacientes atendidos del Hospital General Guasmo Sur 2017 – 2019**”, previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020

LOS AUTORES:

Miguel Carbo Velez

f. _____

Carbo Vélez, Miguel Ángel

Ricardo Guin

f. _____

Guin Mosquera, Ricardo Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Carbo Vélez, Miguel Ángel; Guin Mosquera, Ricardo Andrés**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en pacientes atendidos del Hospital General Guasmo Sur 2017 – 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 11 días del mes de septiembre del año 2020

LOS AUTORES:

Miguel Carbo Velez
f. _____

Carbo Vélez, Miguel Ángel

Ricardo Guin
f. _____

Guin Mosquera, Ricardo Andrés

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	TESIS FINAL - ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO POR CAUSAS TUMORALES - GUIN MOSQUERA RICARDO - CARBO VELEZ MIGUEL ' PROMOCION 65.pdf (D78689299)
Submitted	9/7/2020 1:14:00 AM
Submitted by	
Submitter email	ricardo_andresgm@hotmail.com
Similarity	0%
Analysis address	robertobriones.ucsg@analysis.arkund.com

Sources included in the report

Guin Mosquera, Ricardo Andrés

Carbo Vélez, Miguel Ángel

f. _____

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Roberto Briones Jiménez", written over a horizontal line.

Dr. Briones Jiménez, Roberto Leonardo

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios porque su amor y misericordia no tienen límites, cada día me permite sonreír por los triunfos que sin su ayuda no hubieran sido posible; y por siempre sostenerme en cada obstáculo que me han ayudado a crecer como ser humano. Agradezco a mis padres Msc. Ricardo, y Lic. Guisela por apoyarme y permitirme estudiar en la Universidad Católica De Santiago De Guayaquil, gracias por ser la orientación, por alumbrar mi camino, proporcionar las pauta para poder vivir, realizar mis estudios y confiar en mí; Agradezco a Bryan Alejandro, mi hermano por su ayuda incondicional, por motivarme y alentarme en aquellos días difíciles donde alcanzar este sueño parecía imposible.

Al Dr. Roberto Briones, docente y tutor quien fue el encargado de las correcciones y ayudar a despejar las dudas que surgieron en el proceso de realizar el trabajo de titulación.

Guin Mosquera, Ricardo Andrés

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por ser mi guía y mi fortaleza.

A mis padres por su esfuerzo, sacrificio, amor y confianza de permitirme cumplir este sueño llamado medicina.

A Carlos, Jorge y Andrés por apoyarme en lo largo de la carrera y enseñarme a nunca rendirme.

A mis tíos Enrique y Rosario por apoyarme en mi año de internado acogiéndome y cuidándome.

A cada una de las personas que formaron parte de este sueño llamado medicina, que siempre estuvieron ahí para apoyarme, aconsejarme, darme su comprensión y amor incondicional.

Al Dr. Roberto Briones por sus consejos, paciencia y correcciones para la finalización de este trabajo.

Carbo Vélez, Miguel Ángel

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a mis padres y hermano; Guisela Mosquera y Ricardo Guin, Bryan Alejandro quienes me guiaron, motivaron a no flaquear en aquellos momentos más difíciles en donde los avatares de la vida querían ser preso de mí. A mis abuelitos; Gloria Portés, Gardenia Ruiz y Alejandro Mosquera, que después de mis padres fueron los que más pendientes y preocupados estaban por mí, que con sus oraciones y bendiciones hacían que mi caminar sea más seguro y confiable. A Dayana Lizbeth, por haberme guiado con sus conocimientos y experiencia en la preparación del presente trabajo de titulación.

A los doctores y mentores que al pasar mis rotaciones se convirtieron en grandes amigos, quienes con sus enseñanzas lograron aportar parte de mi formación dentro de la estancia hospitalaria.

Guin Mosquera, Ricardo Andrés

Dedico esta tesis a mis padres Rene Carbo y Laura Vélez quiénes confiaron en mí, me apoyaron en todo a lo largo de la carrera por sus consejos, palabras de apoyo en los momentos más duros y por su amor incondicional.

A mis hermanos Carlos Rene, Jorge Luis y Ricardo Andrés quiénes con sus actos lograron que aprendiera a nunca rendirme y cada día confiara más en mí.

A mis sobrinos Mia Isabella y Rene Chobalin porque con sus sonrisas reiniciaban mi día por duro que sea

A todos los médicos que estuvieron al frente de la pandemia y a cada uno de los que pusieron un granito de arena en mi formación personal y profesional.

Carbo Vélez, Miguel Ángel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Andrés Mauricio Ayon Genkuong

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Dra. Elizabeth María Benítez Estupiñán

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Pág
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN.....	2
1.1 OBJETIVOS	3
1.1.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO	4
2.1 DEFINICIÓN.....	4
2.2 CLASIFICACIÓN	4
2.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	5
2.4 ETIOLOGIA.....	5
2.4.1 ETIOLOGÍA POR CAUSAS TUMORALES	7
2.5 FISIOPATOLOGÍA	8
2.6 CUADRO CLÍNICO	9
2.6.1 EXAMEN FÍSICO.....	9
2.6.2 SÍNTOMAS Y SIGNOS	9
2.7 DIAGNÓSTICO	11
2.7.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	11
2.7.2 ESTUDIO COMPLEMENTARIO	11
2.8 TRATAMIENTO	12
CAPÍTULO 3 MATERIALES Y MÉTODOS	14
4.1 Diseño de la investigación.....	14
4.2 Consideraciones éticas y legales.....	14

4.3	Población de estudio:.....	14
4.4	Criterios de inclusión.....	14
4.5	Criterios de exclusión.....	15
4.6	Método de recogida de datos.....	15
4.7	Entrada y gestión informática de datos.....	15
4.8	VARIABLES.....	15
CAPÍTULO 4 RESULTADOS.....		18
CAPÍTULO 5 TABLAS Y GRÁFICOS.....		20
5.1	GRÁFICO 1.....	20
5.2	GRÁFICO 2.....	21
5.3	GRÁFICO 3.....	21
5.4	TABLA 1.....	22
5.5	GRÁFICO 4.....	23
5.6	GRÁFICO 5.....	23
CAPÍTULO 6 DISCUSION.....		24
CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES.....		26
CAPÍTULO 8 RECOMENDACIONES.....		27
CAPÍTULO 9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		28

RESUMEN

El abdomen agudo obstructivo u oclusivo se define como el impedimento de la salida normal del contenido intestinal que puede presentarse de manera completa y continua en cualquier segmento del intestino delgado o grueso. El objetivo es analizar la prevalencia de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en pacientes atendidos en el Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil, en los años 2017-2019. El diseño de investigación es observacional, retrospectivo, transversal y analítico. En los 3 años de estudio se pudo identificar a 161 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales, con una prevalencia del 16%, y la media de edad es de 49,3 años siendo el grupo etario más afectado en pacientes entre los 40-49 años, se pudo demostrar que a lo largo de los 3 años hubo una mayor prevalencia en el 2019 con un 41% a diferencia del 2018 con un 26% y el 2017 con un 33%, en relación al sexo de los pacientes hubo una relación 1:1 y en relación a las características clínicas la más frecuente fue el dolor abdominal con 93%, el examen imagenológico más utilizado es la radiografía de abdomen con 93%. Se pudo concluir que el abdomen obstructivo es más común en pacientes que están bordeando la quinta década de vida, se identificó que la principal causa es de origen no mecánico, seguido de hernias, tumores, fecalomas y adherencias, la prevalencia durante los años 2017 al 2019 fue en aumento con el 33%, 26% y 41% respectivamente; la prevalencia de abdomen obstructivo por causas tumorales fue de 16% ;la relación entre hombres y mujeres es de 1:1; la manifestación clínica predominante fue el dolor abdominal, continuado por distensión abdominal y diarreas; la radiografía fue el estudio de imagen mayormente utilizado.

Palabras claves: Íleo mecánico; Íleo paralítico; neoplasias, dolor abdominal, distensión abdominal, vómitos

ABSTRACT

The acute obstructive or occlusive abdomen is defined as the impediment of the normal exit of the intestinal contents that can present in a complete and continuous way in any segment of the small or large intestine. The objective is to analyze the prevalence of acute obstructive abdomen due to tumor causes in patients treated at the Guasmo Sur General Hospital of the city of Guayaquil, in the years 2017-2019. The research design is observational, retrospective, cross-sectional, and analytical. In the 3 years of study, 161 patients with a diagnosis of acute obstructive abdomen due to tumor causes were identified, with a prevalence of 16%, and the mean age is 49.3 years, being the age group most affected in patients among the 40-49 years, it could be shown that over the 3 years there was a higher prevalence in 2019 with 41% compared to 2018 with 26% and 2017 with 33%, in relation to the sex of the patients There was a 1: 1 relationship and in relation to the clinical characteristics, the most frequent was abdominal pain with 93%, the most used imaging test was abdominal radiography with 93%. It was possible to conclude that the obstructive abdomen is more common in patients who are bordering the fifth decade of life, it was identified that the main cause is of non-mechanical origin, followed by hernias, tumors, fecalomas and adhesions, the prevalence during the years 2017 to 2019 was on the rise with 33%, 26% and 41% respectively; the prevalence of obstructive abdomen due to tumor causes was 16%, the ratio between men and women is 1:1; the predominant clinical manifestation was abdominal pain, continued by abdominal distention and diarrhea; radiography was the most widely used imaging study.

Keywords: Mechanical ileus; Paralytic ileus; neoplasms, abdominal pain, bloating, vomiting.

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo obstructivo u oclusivo se define como el impedimento de la salida normal del contenido intestinal (1) que puede presentarse de manera completa y continua en cualquier segmento del intestino delgado o grueso. (2). La obstrucción intestinal puede ser de tipo funcional que consiste en una actividad anormal del intestino, o puede ser de tipo de mecánica, a su vez ambas pueden ser de carácter agudo o crónico. (1)

La razón más común de abdomen agudo obstructivo es la adherencia, en los países con un alto nivel de desarrollo constituye alrededor del 65% - 75% de los casos, continuados de Enfermedad de Crohn, vólvulos, Herniaciones, y malignidad. Disímil es la situación en los países que están en vías de desarrollo donde la principal causa de abdomen agudo obstructivo son las hernias donde representan el 30 – 40 % de los casos, seguidos de Adherencias, aproximadamente 30% y neoplasias malignas, enfermedad de Crohn y tuberculosis 10%. (3).

Durante la estancia en el Hospital General Guasmo Sur es común ver una gran cantidad de pacientes que presentan problemas de abdomen agudo obstructivo por causas mecánicas, por lo que consideramos importante poder analizar la prevalencia de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en pacientes atendidos en el Hospital General Guasmo sur de la ciudad de Guayaquil 2017- 2019.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la prevalencia de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en pacientes atendidos en el Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil, en los años 2017-2019.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Describir las manifestaciones clínicas de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales.
- 2 Conocer el número total de casos mediante porcentajes de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales durante los años 2017 – 2019.
- 3 Establecer cual es la edad y el sexo que se encuentran mayormente afectados en pacientes con abdomen agudo obstructivo por causas tumorales.
- 4 Identificar cual es el estudio de imagen que con mayor frecuencia se realiza en pacientes con abdomen agudo obstructivo por causas tumorales.

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN

El abdomen agudo obstructivo u obstrucción intestinal, consiste en la alteración y retención parcial o completa y constante del tránsito intestinal hacia el intestino delgado o grueso (4). El bloqueo evita que los alimentos, líquidos y gases transiten regularmente por los intestinos. (13)

Las manifestaciones clínicas que se presentan comúnmente en esta patología son: dolor abdominal, estreñimiento, ausencia de gases, náuseas y vómitos. El diagnóstico de esta enfermedad se basa en la clínica del paciente y se comprobará a través de radiografías de abdomen. El tratamiento depende del tipo de alteración adjunta que presente la patología. (4)

2.2 CLASIFICACIÓN

Podemos clasificar al abdomen agudo obstructivo según su etiología como tipo funcional o íleo paralítico y mecánico. La obstrucción intestinal de tipo funcional se define como una disrupción transitoria del peristaltismo en ausencia de una oclusión de tipo mecánica (14)

La causa principal de íleo paralítico es el íleo postoperatorio; que también puede ser causado por trastornos metabólicos, endocrinológicos, y farmacológicos. (14)

Las obstrucciones mecánicas intestinales se pueden dividir según el lugar como obstrucciones del intestino delgado, y obstrucciones del intestino grueso y estas a su vez pueden ser totales o parciales. Dentro de las causas de obstrucción mecánica de intestino delgado están las adherencias postoperatorias siendo ésta la más frecuente, seguida de las hernias encarceladas; mientras que la causa más común de obstrucción de intestino grueso es la presencia de tumores malignos y en segundo lugar los vólvulos. (14)

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

La obstrucción intestinal es uno de los tipos de abdomen agudo que con mayor frecuencia se presenta, puede ser completo o incompleto, representando entre el 20 al 35% de los pacientes que ingresan al área de emergencias en las distintas unidades hospitalarias. Las adherencias intraabdominales que se desarrollan después de una intervención quirúrgica constituyen el 75% de los casos de obstrucción intestinal; el 15% de consultas de dolor abdominal atendidas en el área de emergencia son causadas por adherencias. (6)

Entre las causas que se presentan menormente de abdomen obstructivo tenemos las hernias, neoplasias intestinales y enfermedad de Crohn. Por lo general las irrupciones neoplásicas de carácter maligno avanzadas que se desarrollan en otros órganos distintos al intestino provocan obstrucción relacionado con cáncer. (5)

Su elevada incidencia hace que los médicos de atención primaria conozcan eficazmente esta patología, así como las distintas formas de presentación para poder optar por un adecuado y oportuno tratamiento. (5)

2.4 ETIOLOGIA

El abdomen agudo obstructivo, puede desarrollarse tanto en el intestino delgado como en el intestino grueso. Se lo clasifica en: agudo o crónico; mecánico o dinámico y simple o estrangulado. Existen síntomas o características frecuentes en todos los tipos, pero la elección del tratamiento a proceder dependerá del diagnóstico y el cuadro clínico que presenten. Existen dos cuadros clínicos diferentes; la obstrucción mecánica cuando hay un impedimento al paso del contenido intestinal, a veces acompañado de compromiso vascular, e íleo paralítico, no hay una total interrupción del tránsito intestinal, sino que se enlentece o se retiene. (7)

Las lesiones del intestino delgado más comunes que podemos encontrar a causa de una obstrucción intestinal son hernias y adherencias, representan el 70 a 75% de todos los casos. (7)

Las complicaciones de las hernias, el tratamiento inmediato es una cirugía urgente más aún si son adultos mayores o hay presencia de hernia en la pared abdominal irreductible y dolorosa. Cuando son hernias encarceladas ocasionan obstrucción intestinal, si tiene compromiso vascular producen síntomas, signos y existe un alto riesgo de necrosis intestinal. (7)

En el siguiente cuadro se menciona las diferentes etiologías de abdomen agudo obstructivo. (14)

ETIOLOGIAS	INTESTINO DELGADO	INTESTINO GRUESO
Mecánicas		
Más Frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencias • Hernias Encarceladas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores Malignos (Carcinoma Colorrectal) • Vólvulo
Otras Causas	<ul style="list-style-type: none"> • Divertículo De Meckel • Estenosis • Tumores Malignos • Metástasis • Íleo De Cálculos Biliares • Impactación De Cuerpo Extraño • Hernia Interna 	<ul style="list-style-type: none"> • Diverticulitis • Adherencias • Estenosis • Impactación Fecal • Impactación De Cuerpo Extraño
Funcionales		
<ul style="list-style-type: none"> • Íleo Paralitico 		

Fuente: Silva, Pimenta y Guimarães. (2009). "Small Bowel Obstruction: What to Look For". vol 29 pág 425. Fuente: Medscape; Mityanand Ramnarine, et. al,(2017). Obstrucción del intestino delgado.

2.4.1 ETIOLOGÍA POR CAUSAS TUMORALES

La obstrucción intestinal aguda y subaguda se da comúnmente en personas que padecen de neoplasias malignas abdominales y pélvicas diseminadas. Aproximadamente se establece que la obstrucción maligna acontece en 10 – 28.4% de cáncer colorrectales y de 5.5 – 42% en neoplasias ováricas, estómago 6 – 19%, páncreas 6 – 13%, vejiga 3 – 10%, endometrio 3 – 11%, con cáncer de mama y melanoma. (15)

Dentro de la división de tumores en el intestino delgado podemos encontrar: tumores benignos y tumores malignos.

Tumores Benignos:

Constituyen cerca del 5% de total de tumores en el tracto digestivo. Generalmente es asintomático, y su diagnóstico se da a través de laparotomía o de un estudio necrópsico. Su incidencia es igual en hombres y mujeres, puede aparecer a cualquier edad, pero habitualmente se da en edad avanzada. Cuando existen síntomas, se presentan con una clínica de dolor abdominal intermitente tipo cólico y distensión abdominal; hemorragia digestiva aguda provocando anemia de trastornos crónicos debido a la pérdida de sangre oculta en heces. (16)

Los adenomas, lipomas y leiomiomas son los tumores benignos que más se encuentran en el intestino delgado. No tan frecuentes se pueden encontrar hamartomas, angiomas, fibromas y tumores neurogénicos. (16)

Los adenomas pueden localizarse en cualquier lugar del intestino delgado, pero mayormente se encuentran en el duodeno y el íleon, constituyendo 1/3 de los tumores benignos del intestino delgado. (16)

En segundo lugar, y en cualquier localidad del intestino delgado se encuentran los leiomiomas, con una incidencia igual tanto en hombres como mujeres, y con un diagnóstico en edad avanzada por síntomas de obstrucción intestinal o hemorragia. (16)

Los lipomas componen el 8 – 20% de todos los tumores benignos, se localizan en el íleon. Al momento del diagnóstico suele ser grandes y la sintomatología que presentan es similar a otros tumores benignos. En el caso de ser asintomáticos no se deben tratar. (16)

Tumores malignos:

Alrededor de dos tercios de los tumores que se encuentran en el intestino delgado son malignos, representando así el 1, 1-2,4% de los tumores malignos gastrointestinales. (16)

Los tumores malignos que más se encuentran en el intestino delgado son el adenocarcinoma, linfoma, sarcoma y el carcinoide. No tan frecuente de hallarse los tumores metastásicos, secundarios a melanomas, hipernefoma o cáncer de mama. (16)

Adenocarcinoma; suele originarse de un adenoma, es el tumor maligno que se encuentra comúnmente en el intestino delgado. Se localizan más del 90% en el duodeno distal y en la parte proximal del yeyuno. Mayormente frecuente en hombres en edad aproximada de 60 años. Y acrecienta en personas con diversas enfermedades intestinales. (16)

2.5 FISIOPATOLOGÍA

El proceso fisiopatológico de la obstrucción intestinal comienza cuando se almacena demasiado gas como líquido en el lumen intestinal proximal al lugar donde se encuentra la obstrucción, por tal motivo el trabajo intestinal se eleva en un esfuerzo para imponerse a la obstrucción y como resultado el dolor tipo cólico y diarrea que ciertos pacientes presentan incluso en manifestación de la obstrucción intestinal completa. El cumulo continuo de gas y líquido provocan la distensión del intestino por lo que aumentan las presiones intraluminal e intramural; y como conclusión la motilidad del intestino se disminuye al igual que las contracciones. (5)

2.6 CUADRO CLÍNICO

2.6.1 EXAMEN FÍSICO

Los parámetros que nos permiten determinar abdomen agudo obstructivo son los siguientes:

Inspección: Consiste en el examen físico a realizar al paciente, evaluando en el abdomen cicatrices o intervenciones quirúrgicas previas y hernias inguinales. Los antecedentes a hernias son más frecuentes a cirugías urgentes. Si son hernias encarceladas dan origen a una obstrucción intestinal. En la inspección se debe apreciar el estado del abdomen si se encuentra distendido o no. (7)

Auscultación: Se evalúa los ruidos intraabdominales su frecuencia y características. En el intestino delgado se aprecian ruidos hidroaéreos aumentados, metálicos y de lucha; en el intestino grueso borborigmos y en fase avanzada mutismo abdominal. (7)

Percusión: Se valora la distensión abdominal este depende de su contenido, timpanismo (gaseoso) líquido (matidez), existirá dolor si está afectado las asas o el peritoneo. (7)

Palpación: Se realizará de manera superficial y profunda, empezando desde la zona distal del dolor. El dolor selectivo a la liberación abdominal, considerado principal en el diagnóstico de irritación peritoneal. El vientre de tabla y el signo de rebote típico serán según la localización del proceso, del sistema nervioso, y de la restauración del cuadro. (7)

Tacto rectal: Manifiesta la presencia de tumores, restos hemáticos, fecaloma y un fondo de saco de Douglas doloroso por afectación peritoneal.

2.6.2 SÍNTOMAS Y SIGNOS

Son variables y dependen del tiempo, causa de la obstrucción y la localización desde que apareció la sintomatología. El síntoma inconfundible del paciente con obstrucción intestinal son retortijones, distensión abdominal, alteración del ritmo abdominal y vómito. (7)

Vómitos

Si la obstrucción es alta este síntoma aparece desde el principio, su aspecto es alimenticio o biliogástrico. El vómito puede presentarse con un aspecto fecaloideo y retrasados o faltantes cuando la obstrucción es en el intestino grueso. (4)

Ausencia de ventoseo y deposición

La ausencia de gases y materia fecal es un signo común de la obstrucción completa, aunque en los mecánicos suele haber exposiciones diarreicas. Cuando suele aparecer diarreas frecuentes es signo de una obstrucción incompleta o pseudo obstrucción, y si existen deposiciones con sangre podría ser signo de una estrangulación o isquemia de asas. En los mecánicos la distensión abdominal es localizada, mientras en el adinámico es difusa. (7)

2.6.3 ANAMNESIS

El primer síntoma en aparecer y el más usual es el dolor abdominal crónico (en el caso de los mecánicos); tipo cólico, brusco, agudo y permanente, si existe compromiso vascular (estrangulación), peritonitis o perforación.

Sin embargo hay una extensa variación particular en la obstrucción mecánica de intestino delgado, el dolor puede situarse en mesogastrio y es más agudo si la obstrucción es más alta. El dolor puede reducirse mientras avanza la distensión. El dolor es de mínima intensidad en la obstrucción del colon, sintiéndose muchas veces ausente, en la obstrucción mecánica colónica suele presentarse en el piso abdominal inferior. (8)

2.7 DIAGNÓSTICO

2.7.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas dependerán del sitio de obstrucción; si existe estrangulación, signos peritoneales y de la repercusión sistémica. Cuando se realiza la exploración física generalmente la distensión abdominal se manifiesta de forma localizada en el mecánico y difusa en el adinámico. Los estudios generales concluyen al aporte de datos tanto de gravedad como evolutivos, valorando el estado general del paciente, el estado de hidratación, fiebre, el pulso y tensión arterial si se encuentran o no afectados. Y futuras complicaciones funcionales.

2.7.2 ESTUDIO COMPLEMENTARIO

Exámenes complementarios de laboratorio e imagen; tras la sospecha de obstrucción intestinal:

Laboratorio:

- ✓ Bioquímica y Hemograma, la deshidratación provocará hemoconcentración; leucocitosis y anemia.(5-6)
- ✓ Amilasa sérica, podría estar consideradamente elevada, LDH afectada.
- ✓ Hipocalemia, hiponatremia, acidosis/alcalosis metabólica, elevación de creatinina, por causa metabólica del íleo parálítico.(5-6)

Imagenología: Radiografía de abdomen en dos proyecciones; bipedestación, decúbito supino; decúbito lateral con rayo horizontal. Es el estudio complementario más seguro y que determinará si hay o no una obstrucción abdominal, además establecerá el sitio y tipo de la lesión, se podrán realizar otras pruebas como tomografías computarizadas con y sin contraste o resonancia magnética, estas serán requeridas según necesidades clínicas. Con ayuda de estas evaluaciones se llegará a un diagnóstico el cual procederá a intervenir quirúrgicamente al paciente si lo requiere. (6)

2.8 TRATAMIENTO

Frecuentemente en la obstrucción de intestino delgado guarda relación con un colapso notable del volumen intravascular debido al descenso del consumo oral, vómito y retención de líquidos en la pared y luz intestinal. Resultado de aquello un fragmento del tratamiento es la reanimación con líquidos isotónicos por vía intravenosa y colocar un catéter de drenaje urinario con el objetivo de monitorear la diuresis. (5)

Lo usual es aplicar antibióticos de espectro amplio debido a que podría producirse traslado bacteriano en los casos de obstrucción de intestino delgado, sin embargo no existen datos concluyentes que apuntalen esta práctica.(5)

Es fundamental eliminar de forma constante aire y líquido del estómago mediante sonda nasogástrica. La descompresión gástrica eficaz disminuye la distensión abdominal, las náuseas y por ende el riesgo de aparición de vómitos y bronco aspiración. (5)

Cuando se trata de una obstrucción total o completa el tratamiento estándar es una intervención quirúrgica oportuna y urgente para evitar complicaciones tales como isquemia intestinal y/o peritónica y peritonitis. (5)

Es difícil diferenciar con el cuadro clínico, con pruebas de laboratorio y los estudios de imagen entre los pacientes con una obstrucción simple y los que presenten estrangulamiento previamente del inicio de isquemia irreversible. Por el cual el objetivo del tratamiento es operar previo a la aparición de isquemia irreversible. No obstante otros sujetos sugieren que es mejor un periodo de estricta observación y descompresión por sonda nasogástrica, siempre que no existan signos de alarmas como taquicardia, dolor a la palpación, o una elevación de leucocitos. (5)

Se evidenció que el tratamiento conservador solo es eficaz en 65 a 81% de los pacientes que presentaron una obstrucción incompleta o parcial. De aquellos pacientes que se trataron eficazmente sin cirugía solo un 5 a 15% mantuvieron síntomas que no mejoraron en 48 horas después del inicio del tratamiento conservador; por lo que es importante intervenir quirúrgicamente a los pacientes que no presentaron mejoría dentro de las 48 horas después de haber iniciado el tratamiento no quirúrgico. (5)

En casos de obstrucción fecal, se procederá a su expulsión de manera manual o con la aplicación de enemas de aceite mineral templado. (7)

CAPÍTULO 3 MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es observacional, retrospectivo, transversal y analítico.

4.2 Consideraciones éticas y legales

El presente estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación Científica de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, el cual posterior a esto se presentó un perfil de investigación y anteproyecto aprobado por el director de docencia del HGGG el Dr. Salvador, se obtuvo la base de datos por medio de la gestión del departamento de estadísticas y de docencia, se mantuvo la confidencialidad de los pacientes. La realización de este estudio no tuvo conflictos de interés por parte de los investigadores

4.3 Población de estudio:

Pacientes de género masculino y femeninos mayores o iguales a 18 años que hayan sido atendidos en el Hospital General Guasmo Sur durante los años 2017-2019.

4.4 Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados pertenecientes al Hospital General Guasmo Sur con diagnóstico de abdomen agudo obstructivo.
- Pacientes adultos de sexo femenino y masculinos mayores o iguales a 18 años.

4.5 Criterios de exclusión

- Pacientes que dependan a otras unidades hospitalarias.
- Pacientes menores a 18 años
- Pacientes con diagnóstico de otra enfermedad gastrointestinal.
- Pacientes atendidos en el Hospital General Guasmo Sur, pero años diferentes a los del estudio.

4.6 Método de recogida de datos

- Revisión de Historias Clínicas del Hospital General Guasmo Sur
- Revisión de Base de Datos del Hospital General Guasmo Sur.

4.7 Entrada y gestión informática de datos

- Base de datos del sistema del hospital
- Historia clínica
- Microsoft Excel 2017

4.8 VARIABLES

Tras la recolección de datos y el análisis de estos, se obtuvieron las siguientes variables:

NOMBRE VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Edad	Número de años desde el nacimiento	cuantitativa discreta	Años cumplidos
Sexo	Característica fenotípica del individuo	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre Mujer
Presencia de obstrucción intestinal	Alteración o interrupción del tránsito intestinal	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
Tipo de Abdomen agudo obstructivo	Características del Abdomen agudo obstructivo en la que se encuentra el paciente al momento del estudio	Cualitativa Nominal dicotómica	Funcional Mecánico
Manifestaciones clínicas	Signos y síntomas que presenta el	Cualitativa nominal politómica	Dolor abdominal Estreñimiento

	paciente con abdomen agudo obstructivo		Nauseas Vómitos Diarreas Distensión abdominal
Estudio de imagen complementario	Métodos imagenológicos utilizados en pacientes con abdomen agudo obstructivo.	Cualitativa Nominal politémica	Radiografía Tomografía computarizada Ecografía Resonancia magnética

CAPÍTULO 4 RESULTADOS

En 3 años de estudio en el Hospital General Guasmo Sur se atendieron 161 pacientes con Abdomen Agudo obstructivos por causas tumorales

En el Hospital General Guasmo Sur entre los años 2017 hasta el 2019 se han atendido a 997 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo en el servicio de cirugía del cual 161 paciente coinciden con el diagnóstico de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales. Podemos establecer que la prevalencia de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales entre los años 2017 y 2019 es del 16% (grafico 1)

En relación a la prevalencia de abdomen agudo obstructivo entre los años 2017, 2018 y 2019 podemos encontrar en la (grafico 2) que existe una prevalencia del 33% en el 2017, un 26% en el 2018 y notamos que hubo un incremento en el 2019 con un 41 % de casos.

La media de la edad es de 49.3 años, con una mediana de 49 años, al revisar nuestra base de datos conseguimos una moda que se encuentra en pacientes de 49 años con mayor prevalencia diagnostica, nuestro grupo etario predomina en pacientes entre 40-49 años con un 19% (tabla 1)

En nuestra población se encontró que no existe gran diferencia entre porcentaje de mujeres con un 53% que en hombres con un 47% dando una relación de 1:1 en estos casos (grafico 3)

En relación a las características clínicas se evidenció los diferentes síntomas que presentaron los pacientes, siendo el dolor abdominal el más frecuente de ellos con un 93%, a su vez se añaden a este la distensión abdominal con un 62%, estreñimiento con un 48%, retorcijones con un 42%, vómitos con un 42%, náuseas con un 29% y algunos pacientes manifestaron padecer de diarrea con un 21% (grafico 4)

El examen imagenológico más utilizado es la Radiografía de abdomen en dos proyecciones con un 93% y solo en pocos casos donde era estrictamente necesario se realizaron tomografías en un 7% de los casos (Grafico 5)

CAPÍTULO 5 TABLAS Y GRÁFICOS

5.1 GRÁFICO 1

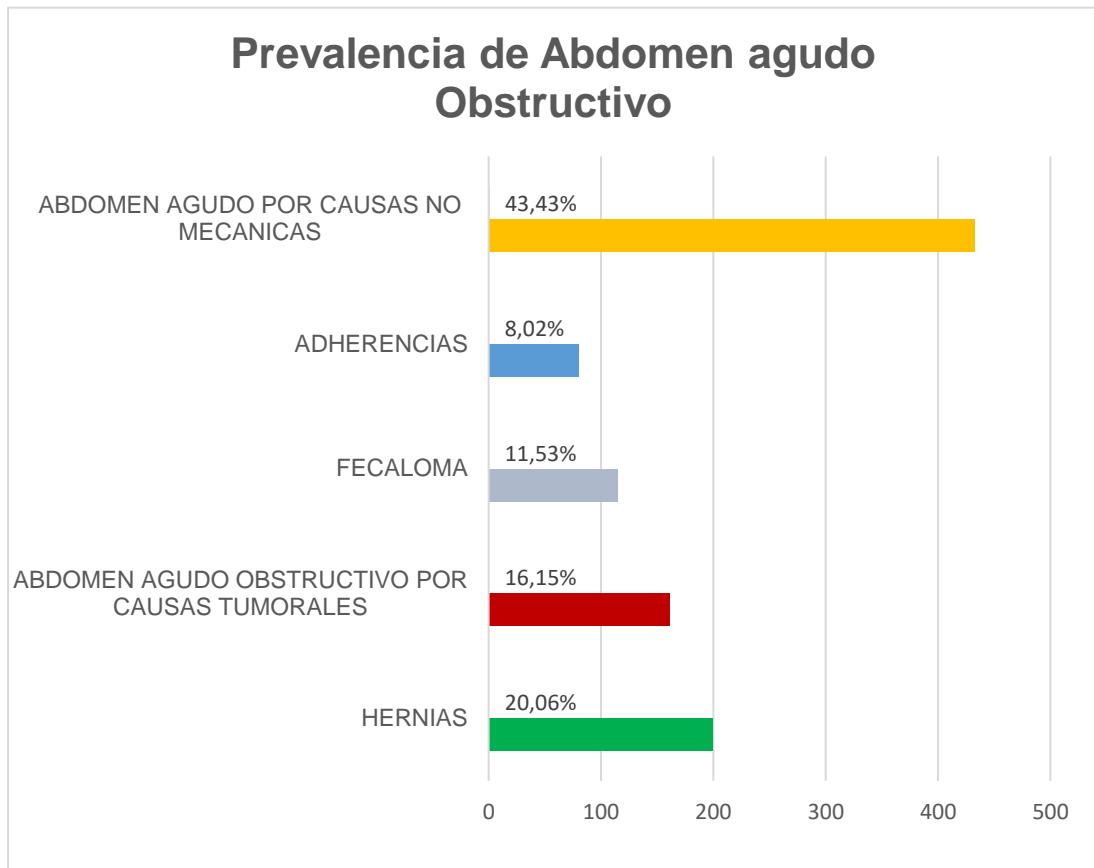


Figure 1 Elaborado por Miguel Carbo y Ricardo Guin Fuente: Estadística del HGGS

5.2 GRÁFICO 2

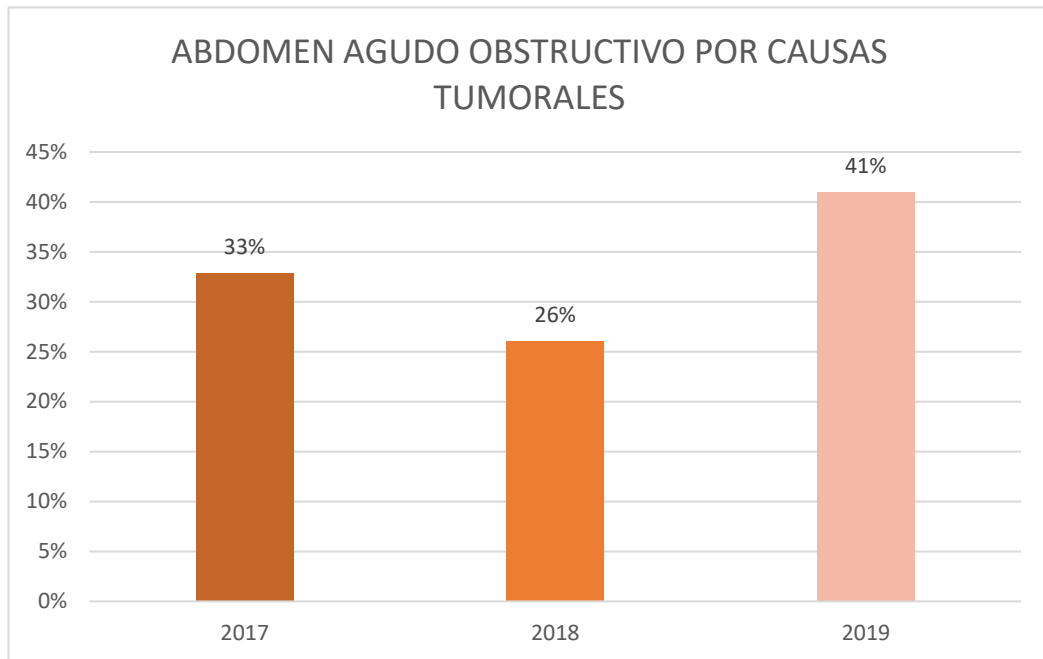


Figure 2 Elaborado por Miguel Carbo y Ricardo Guin Fuente: Estadística del HGGs

5.3 GRÁFICO 3

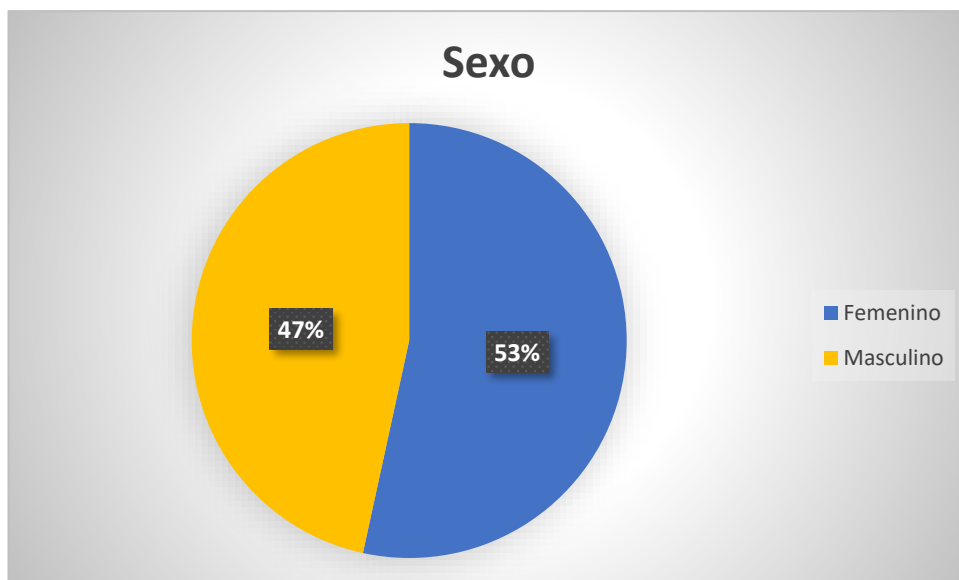


Figure 3 Elaborado por Miguel Carbo y Ricardo Guin Fuente: Estadística del HGGs

5.4 TABLA 1

Tabla 2

CARACTERISTICAS	CASOS N:161	%
Edad, Media	49	
Edad, Mediana	49,38	

Tabla 1 Elaborado por Miguel Carbo y Ricardo Guin Fuente: Estadística del HGGG

Grupos de edad		
<20	6	4%
20-29	27	17%
30-39	21	13%
40-49	30	19%
50-59	21	13%
60-69	21	13%
70-79	20	12%
>80	15	9%

Tabla 2 Elaborado por Miguel Carbo y Ricardo Guin Fuente: Estadística del HGGG

5.5 GRÁFICO 4

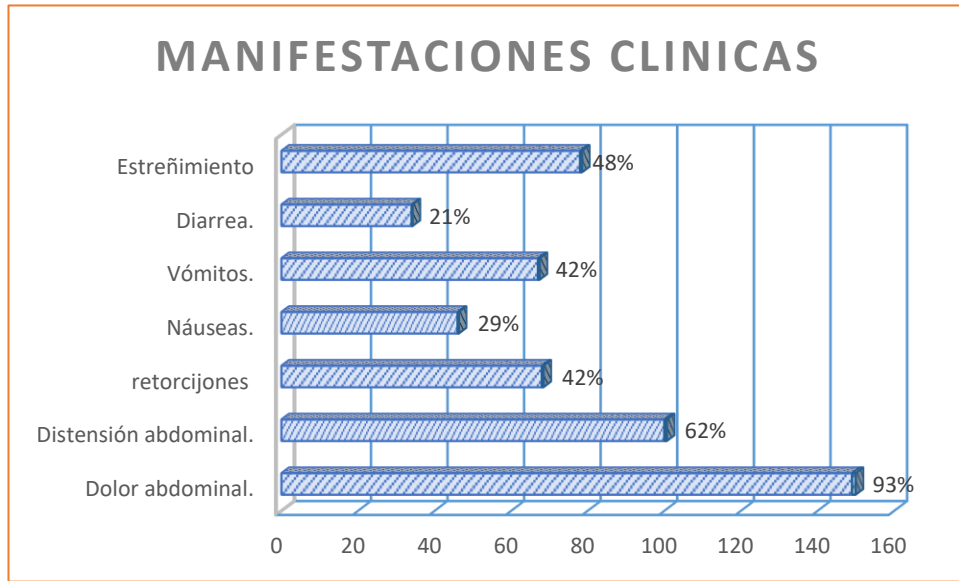


Figure 4 Elaborado por Miguel Carbo y Ricardo Guin Fuente: Estadística del HGGS

5.6 GRÁFICO 5

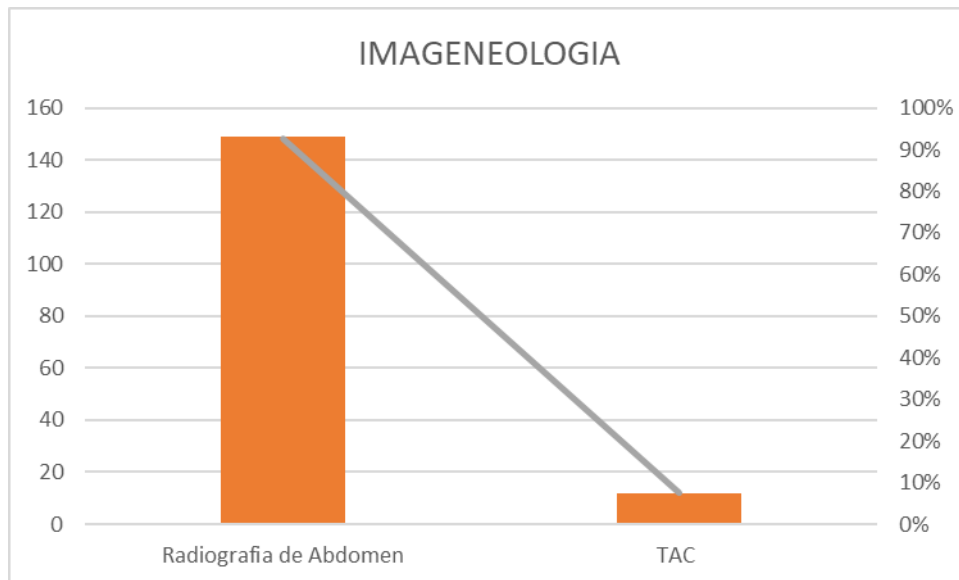


figura 5 Elaborado por Miguel Carbo y Ricardo Guin fuente: Estadística del HGGS

CAPÍTULO 6 DISCUSION

En la presente investigación sobre abdomen agudo obstructivo por causas tumorales realizado en el Hospital General Guasmo Sur donde se integraron 161 pacientes, con cinco variables de estudio y respectivamente analizadas en la cual se destacan aspectos epidemiológicos, clínicos, e imagenológicos.

Con relación a la prevalencia de abdomen agudo obstructivo según John A, Samuel O, Ganiyu A (2014) en su estudio con 276 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales obtuvieron un 27.9% lo cual muestra un porcentaje mayor en comparación a nuestro estudio con un 16% de casos confirmados.

En tanto a la edad promedio de casos confirmados con abdomen agudo obstructivo por causas tumorales según Mónica B, Cristal G, Julián G (2011) en su estudio la edad promedio fue de 53,1 años y una mediana de 53,5 años y se observa que el grupo etario más frecuente fue el de 50 a 59 años lo cual difiere en mínimo porcentaje a nuestro estudio donde se obtuvo una edad promedio de 49.3 años, con una mediana de 49 años y nuestro grupo etario predomina en pacientes entre 40-49 años

En el estudio realizado por John A, Samuel O, Ganiyu A (2014) señaló que existía una mayor predisposición a padecer abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en hombres con un 71.4% que en mujeres con un 28.6% presentando una relación 2.5:1; el cual presenta una variación en comparación a nuestro estudio donde se encontró que no existe diferencia significativa entre porcentaje de mujeres con un 53% que en hombres con un 47% proporcionando una relación de 1:1 en los casos estudiados.

En relación a las características clínicas según el estudio realizado por Yvonne Y, James C and Andrew W (2018) la manifestación clínica más

frecuente es el dolor abdominal con un 97% seguida de vómitos con un 86% mientras que la distensión abdominal con un 60% y el estreñimiento con un 25% se informaron con menor frecuencia esto coincide con nuestro estudio ya que el dolor abdominal fue la manifestación clínica más frecuente de todos nuestros pacientes con un 93%, a su vez se añaden a este la distensión abdominal con un 62% variando un poco en la sintomatología del estreñimiento con un 48% y vómitos con un 42%

Segun Yvonne Y, James C and Andrew W (2018) en su estudio refiere que la tomografía computarizada fue el examen imagenológico más utilizado para el diagnóstico de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales con un 96% el cual difiere con nuestro estudio ya que únicamente se utilizó la TAC en un 7% de casos siendo la más utilizada la Radiografía de abdomen en dos proyecciones con un 93%.

CAPÍTULO 7 CONCLUSIONES

En este estudio podemos concluir que entre las múltiples etiologías de abdomen agudo obstructivo la principal es de origen no mecánico, seguido de hernias, tumores, fecalomas y adherencias; encontramos que existe una prevalencia del 16% de pacientes con abdomen agudo obstructivo por causas tumorales siendo esta la segunda causa no mecánica más frecuente

Además, encontramos que la edad promedio de los pacientes con abdomen agudo obstructivo por causas tumorales es de 49 años con un 19% de casos, y se evidenció que no existe diferencia significativa en el padecimiento de esta enfermedad entre hombres y mujeres, con una relación de 1:1.

Se identificó también un aumento en la prevalencia de casos de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en el año 2019 con un 41% de casos a diferencia de los años 2017 con un 33% y el 2018 con un 26%, siendo el 2019 el año que más casos reporto.

Y en relación a las manifestaciones clínicas que están presentan son diversas, pero se pudo determinar que el dolor abdominal es el principal síntoma que aqueja a los pacientes antes de acudir al hospital, entre otras manifestaciones tales como distensión abdominal y diarreas, pero en menores proporciones, por lo que es necesario realizar un examen físico minucioso y detallado. Además, se demostró que el estudio de imagen que se utiliza con mayor frecuencia es la radiografía abdominal en dos proyecciones como estudio de imagen, sobre la tomografía computarizada.

CAPÍTULO 8 RECOMENDACIONES

Se debe realizar un control estricto en aquellos pacientes que debutaron con abdomen agudo obstructivo, sobre todo en aquellos que presentaron obstrucción intestinal por causas tumorales con predominio maligno.

Detectar de forma temprana la presencia de obstrucción intestinal, mediante sus manifestaciones clínicas y con la ayuda de estudios complementarios para evitar complicaciones.

Existen indicaciones para prevenir alguna obstrucción intestinal y consiste en un estilo de vida adecuado, con dieta rica en fibras, evitar el sedentarismo y realizar actividad física estructurada, planificada para mantener el metabolismo dinámico de los carbohidratos, grasas y proteínas.

CAPÍTULO 9 REFERENCIAS

- 1 Epidemiology, clinical features, and diagnosis of mechanical small bowel obstruction in adults – Up to date. 2019. [Citado 29 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/epidemiology-clinical-features-and-diagnosis-of-mechanical-small-bowel-obstruction-in-adults?search=abdomen%20agudo%20obstructivo&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
- 2 Proaño V, Andrés C. Requisito previo para optar por el Título de Médico. 2016; 55.
- 3 Small-Bowel Obstruction: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. 17 de septiembre de 2018 [citado 1 de octubre de 2019]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/774140-overview>
- 4 Obstrucción intestinal aguda | Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e | Access Medicina | McGraw-Hill Medical. 2016 [cited 2019 Oct 2]. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114934636>from:<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114934636>
- 5 F. Charles Brunicaudi, MD, FACS. SCHWARTZ Principios de Cirugía 9a Ed. Novena. 2010.
- 6 Jiménez Espín, Galo Paúl. Análisis De Caso Clínico Sobre: “Abdomen Agudo Obstructivo Secundario A Íleo Biliar.” Universidad Técnica De Ambato; 2018.

- 7 Natalia Bassy Iza María Jesús Esteban Dombriz Natalia Bassy Iza María Jesús Esteban Dombriz. Obstrucción intestinal. 2015
- 8 John Cardenas. Obstrucción intestinal maligna [Internet]. 2013 [cited 2020 Sep 5]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361>
- 9 Garibay-González F, Navarrete-Arellano M, Moreno-Delgado F, Salinas-Hernández EL, Rodríguez-Ayala E, Cleva-Villanueva G. Incidencia de la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias en el Hospital Central Militar. Factores de riesgo asociados. 2017; 534–44.
- 10 Compendio 2016 Digital.pdf [Internet]. [citado 2 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio2016/Compendio%202016%20DIGITAL.pdf>
- 11 Sebastián Coronel Montero. Validez de la ecografía como método de diagnóstico imagenológico frente al diagnóstico quirúrgico de abdomen agudo en pacientes atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2009. 2009;57.
- 12 Caiza Ortiz Katherin Xiomara. Bridas Adherenciales Como Causa De Obstrucción Intestinal Complicada Con Necrosis Intestinal A Propósito De Un Caso Clínico. 2018.
- 13 Bowel obstruction - Canadian Cancer Society. 2020. [Internet]. www.cancer.ca. [cited 2020 May 28]. Available from: <https://www.cancer.ca:443/en/cancer-information/diagnosis-and-treatment/managing-side-effects/bowel-obstruction/?region=on>

- 14 Bowel obstruction – Knowledge for medical students and physicians [Internet]. [cited 2020 May 28]. Available from: https://www.amboss.com/us/knowledge/Bowel_obstruction
- 15 Manejo de la obstrucción intestinal en neoplasia maligna avanzada | Lector mejorado Elsevier. 2013. [Internet]. [cited 2020 May 5]. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2049080115000758?token=816F81C5FF234316224D27EA500E75F6A24BF02C3003DE32DE29D84DD0FE147DB757D8D6E1A5F637D1746621D2D5A705>
- 16 Pellisé M, Castells A. 2012 Tumores del intestino delgado. (4):8.
- 17 NG, Yvonne Ying-Ru; NGU, James Chi-Yong; WONG, Andrew Siang-Yih. Small bowel obstruction in the virgin abdomen: time to challenge surgical dogma with evidence. ANZ Journal of Surgery, 2018, vol. 88, no 1-2, p. 91-94
- 18 BEJARANO, Mónica; GALLEGO, Cristal Ximena; GÓMEZ, Julián Ricardo. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. Revista colombiana de Cirugía, 2011, vol. 26, no 1, p. 33-41.
- 19 AGBOOLA, John Owoade; OLATOKE, Samuel Adegboyega; RAHMAN, Ganiyu Abebisi. Pattern and presentation of acute abdomen in a Nigerian teaching hospital. Nigerian Medical Journal: Journal of the Nigeria Medical Association, 2014, vol. 55, no 3, p. 266.
- 20 David Manaouil. Abdomen aigu. 2016. [Internet]. Available from: <http://www.epu-b.net/2007/Adomen%20aigu.pdf>

- 21 Mayumi T, Yoshida M, Tazuma S, Furukawa A, Nishii O, Shigematsu K, et al. Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen 2015. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2016; 23 (1):3–36.
- 22 Di Saverio S, Coccolini F, Galati M, Smerieri N, Biffi WL, Ansaloni L et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg*. 2013; 8 (1): 42.
- 23 Ouaisi M, Gaujoux S, Veyrie N, Deneve E, Brigand C, Castel B et al. Post-operative adhesions after digestive surgery: their incidence and prevention: review of the literature. *J Visc Surg*. 2012; 149 (2): e104-114.
- 24 Gabbard SL, Lacy BE. Chronic intestinal pseudo-obstruction. *Nutr Clin Pract*. 2013; 28 (3): 307-316.
- 25 Van Oudheusden TR, Aerts BA, de Hingh IH, Luyer MD. Challenges in diagnosing adhesive small bowel obstruction. *World J Gastroenterol*. 2013; 19 (43): 7489-7493.
- 26 Jackson PG, Rajji MT. Evaluation and management of intestinal obstruction. *Am Fam Physician*. 2011; 83 (2): 159-165
- 27 Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Etiology of small bowel obstruction. *Am J Surg*. 2000; 180 (1): 33-36.
- 28 Dayton MT, Dempsey DT, Larson GM, Posner AR. New paradigms in the treatment of small bowel obstruction. *Curr. Probl. Surg*. 2012; 49: 642–717.

- 29 Beardsley C, Furtado R, Mosse C et al. Small bowel obstruction in the virgin abdomen: the need for a mandatory laparotomy explored. *Am. J. Surg.* 2014; 208: 243–8.
- 30 Zielinski MD, Bannon MP. Current management of small bowel obstruction. *Adv. Surg.* 2011; 45: 1–29.
- 31 O’Leary EA, Desale SY, Yi WS et al. Letting the sun set on small bowel obstruction: can a simple risk score tell us when nonoperative care is inappropriate? *Am. Surg.* 2014; 80: 572
- 32 O’Conner DB, Winter DC. Role of laparoscopy in the management of acute small bowel obstruction: a review of over 2,000 cases. *Surg. Endosc.* 2012; 26: 12–7.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **GUIN MOSQUERA RICARDO ANDRÉS**, con C.C: # **0953483492** autor del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO POR CAUSAS TUMORALES EN PACIENTES ATENDIDOS DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR 2017 – 2019**. Previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 11 de septiembre de 2020

f. 

Nombre: **GUIN MOSQUERA, RICARDO ANDRÉS**

C.C: # **0953483492**



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **CARBO VÉLEZ MIGUEL ANGEL**, con C.C: # **0928544204** autor del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE ABDOMEN AGUDO OBSTRUCTIVO POR CAUSAS TUMORALES EN PACIENTES ATENDIDOS DEL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR 2017 – 2019**. Previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 11 de septiembre de 2020

f. Miguel Carbo Velez

Nombre: **CARBO VÉLEZ, MIGUEL ANGEL**

C.C: # **0928544204**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en pacientes atendidos del Hospital General Guasmo Sur 2017 – 2019.		
AUTOR(ES)	Guin Mosquera, Ricardo Andrés Carbo Vélez, Miguel Ángel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Briones Jiménez, Roberto Leonardo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médicos		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11 de septiembre del 2020	No. DE PÁGINAS:	32
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía, Abdomen Agudo Obstructivo, Prevalencia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Íleo mecánico; Íleo paralítico; neoplasias, dolor abdominal, distensión abdominal, vómitos		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	<p>El abdomen agudo obstructivo u oclusivo se define como el impedimento de la salida normal del contenido intestinal que puede presentarse de manera completa y continua en cualquier segmento del intestino delgado o grueso. El objetivo es analizar la prevalencia de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales en pacientes atendidos en el Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil, en los años 2017-2019. El diseño de investigación es observacional, retrospectivo, transversal y analítico. En los 3 años de estudio se pudo identificar a 161 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo obstructivo por causas tumorales, con una prevalencia del 16%, y la media de edad es de 49,3 años siendo el grupo etario más afectado en pacientes entre los 40-49 años, se pudo demostrar que a lo largo de los 3 años hubo una mayor prevalencia en el 2019 con un 41% a diferencia del 2018 con un 26% y el 2017 con un 33%, en relación al sexo de los pacientes hubo una relación 1:1 y en relación a las características clínicas la más frecuente fue el dolor abdominal con 93%, el examen imagenológico más utilizado es la radiografía de abdomen con 93%. Se pudo concluir que el abdomen obstructivo es más común en pacientes que están bordeando la quinta década de vida, se identificó que la principal causa es de origen no mecánico, seguido de hernias, tumores, fecalomas y adherencias, la prevalencia durante los años 2017 al 2019 fue en aumento con el 33%, 26% y 41% respectivamente; la prevalencia de abdomen obstructivo por causas tumorales fue de 16% ;la relación entre hombres y mujeres es de 1:1; la manifestación clínica predominante fue el dolor abdominal, continuado por distensión abdominal y diarreas; la radiografía fue el estudio de imagen mayormente utilizado.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: +593981706164 - +593996438871	E-mail: ricardo_andresgm@hotmail.com xmiguelangel21@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Dr Ayon Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593-4- 997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			