



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Determinar las causas de obstrucción intestinal que se resuelven con
laparotomía exploratoria en pacientes del Hospital General IESS Ceibos
periodo mayo 2022 a mayo 2024**

AUTOR (ES):

Tumbaco Yagual Viviana Denisse

Barrios Farías Oscar Oswaldo

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MEDICO**

TUTOR:

Moscoso Meza Ronny Raymon

Guayaquil, Ecuador

15 de mayo del 2025.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Tumbaco Yagual Viviana Denisse y Barrios Farías Oscar Oswaldo**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**RONNY RAYMON
MOSCOZO MEZA**
Validar únicamente con FirmaEC

F. _____

Dr. Moscoso Meza Ronny Raymon.

DIRECTOR DE LA CARRERA

F. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs

Guayaquil, 15 del mes mayo del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, TUMBACO YAGUAL VIVIANA DENISSE

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Determinar las causas de obstrucción intestinal que se resuelven con laparotomía exploratoria en pacientes del Hospital General IESS Ceibos periodo mayo 2022 a mayo 2024**, 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 mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 15 del mes de mayo del año 2025.

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
VIVIANA DENISSE
TUMBACO YAGUAL

Validar únicamente con FirmaEC

f. _____

Dra. Tumbaco Yagual Viviana Denisse.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **BARRIOS FARIAS OSCAR OSWALDO**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Determinar las causas de obstrucción intestinal que se resuelven con laparotomía exploratoria en pacientes del Hospital General IESS Ceibos periodo mayo 2022 a mayo 2024**, 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 mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 15 del mes de mayo del año 2025.

EL AUTOR (A)



Oscar Oswaldo
Barrios Farias



f. _____

Dr. Barrios Farías Oscar Oswaldo.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **BARRIOS FARIAS OSCAR OSWALDO**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Determinar las causas de obstrucción intestinal que se resuelven con laparotomía exploratoria en pacientes del Hospital General IESS Ceibos periodo mayo 2022 a mayo 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 15 del mes de mayo del año 2025.

EL (LA) AUTOR(A):



Oscar Oswaldo
Barrios Farias



Time Stamping
Security Data

f. _____

Dr. Barrios Farías Oscar Oswaldo.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, TUMBACO YAGUAL VIVIANA DENISSE.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Determinar las causas de obstrucción intestinal que se resuelven con laparotomía exploratoria en pacientes del Hospital General IESS Ceibos periodo mayo 2022 a mayo 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 15 del mes de mayo del año 2025.

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____



Firmado electrónicamente por:
VIVIANA DENISSE
TUMBACO YAGUAL

Validar únicamente con FirmaEC

Dra. Tumbaco Yagual Viviana Denisse.



OSCAR BARRIOS,VIVIANA TUMBACO, DETERMINAR LAS CAUSAS DE OBSTRUCCION INTESTINAL QUE SE RESUELVEN CON LAPAROTOMIA EXPLORATORIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL IESS CEIBOS PERIODO MAYO 2022 A MAYO 2024,FINAL,P74



Nombre del documento: OSCAR BARRIOS,VIVIANA TUMBACO, DETERMINAR LAS CAUSAS DE OBSTRUCCION INTESTINAL QUE SE RESUELVEN CON LAPAROTOMIA EXPLORATORIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL IESS CEIBOS PERIODO MAYO 2022 A MAYO 2024,FINAL,P74.pdf
ID del documento: 662962e4d51e03d862827d73eefeeb9bb4cf6b4e
Tamaño del documento original: 958,48 kb

Depositante: Viviana Tumbaco
fecha de depósito: 7/5/2025
Tipo de carga: Interface
fecha de fin de análisis: 7/5/2025

Número de palabras: 15.797
Número de caracteres: 119.588

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes
1	repositorio.ucsg.edu.ec Prevalencia de diabetes gestacional en mujeres embarazadas de 15 a 45 años con preeclampsia en el hospital general Guas... 27 fuentes similares	
2	repositorio.ucsg.edu.ec Prevalencia de complicaciones post quirúrgicas de apendicitis agudas en pacientes pediátricos de 6 a 11 años en el Hospital ... 27 fuentes similares	
3	localho.ec Complicaciones asociadas a perforación intestinal en pacientes de 40 a 65 años en el Hospital General del Norte IESS Ceibos en el periodo d... 26 fuentes similares	
4	www.academia.edu (PDF) Evaluation and management of small-bowel obstruction 36 fuentes similares	
5	repositorio.ucsg.edu.ec Prevalencia del evento cerebrovascular isquémico asociado a fibrilación auricular en pacientes atendidos en el Hospital Luis ... 18 fuentes similares	

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes
1	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Early postoperative small-bowel obstruction: a prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations - PubMed http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12352239/	
2	www.medalyc.org Vólvulo de divertículo de Meckel: una complicación inusual http://www.medalyc.org/pdf/3455/345531915012.pdf	
3	www.studocu.com Bologna guidelines - n/a - diez broket al. Revista mundial de cirugía de emergencia (2018) 13 - Studocu http://www.studocu.com/bo/document/fundacion-universitaria-san-martin-varios/bologna-guidelines-19614664	
4	bmcsurg.biomedcentral.com Risk factors for small bowel obstruction after open rectal cancer resection BMC Surgery Full Text http://bmcsurg.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12893-021-01072-y	
5	repositorio.ucsg.edu.ec Gestión del proceso de selección e inducción del personal docente especializado en abordaje de estudiantes con NEE en IES ... http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/24136/1/UCSG-668-23685.pdf	

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1168315/>
- <https://www.merckmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/acute>
- <https://my.clevelandclinic.org/health/treatment/24767-laparotomy>
- <https://myhealth.alberta.ca/443/Health/healthcareinformation/pages/conditions.aspx#hw>
- <https://teachmeanatomy.com/clinical/presentation/bowel-obstruction/>



AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento más profundo a mi familia por inspirarme y darme su apoyo incondicional, pasamos por altas y bajas pero aquí estamos en la recta final.

A quienes me acompañaron en cada paso de esta aventura y ayudaron a construir este sueño, cada granito de arena cuenta y hoy soy lo que soy gracias a ustedes.

Agradezco a Dios por sobre todo por guiarme y demostrarme que estoy donde debo estar, que a pesar de todos los momentos en los que quise rendirme seguí perseverando y creciendo como persona y profesional.

- Viviana Tumbaco

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi amor a mis padres Wilmer y Elena por creer en mí, el camino fue duro, pero se logró llegar a la meta, este es el primer gran paso importante en mi vida como profesional y estoy infinitamente agradecida por su cariño y apoyo. A pesar de los momentos de estrés aquí estamos cumpliendo el sueño, los amo infinitamente.

A mi Abuela María por su cariño incondicional y a mis abuelos Elsa, Lorenzo y Gaudencio y a mi padrino Jacinto que no están presentes pero que también son parte de este momento y a quienes llevare con todo mi amor en mi corazón.

Y, sobre todo a Dios por darme las fuerzas necesarias para seguir impulsándome a continuar y confiar en mis capacidades.

Este logro es de todos ustedes.

-Viviana Tumbaco

AGRADECIMIENTO

Agradezco ante todo a Dios por haberme brindado la fuerza, la inteligencia y la oportunidad de continuar día a día, a mis padres y suegros por apoyarme de forma incondicional a pesar de no ser su obligación, a todos aquellos amigos y familiares que siempre estuvieron apoyándome de variadas formas y finalmente pero no menos importante a mi pareja Diana quien me motivo a seguir avanzando y estuvo a mi lado a pesar de todos los problemas que se presentaron en el camino nunca dejo de confiar en mí; y si lo hizo bueno, lo logramos.

-Oscar Barrios

DEDICATORIA

Les dedico este trabajo a mis hijas, son la razón de mi crecimiento personal, sin ustedes no sería igual, no sería el mismo y probablemente no sería quien soy ahora.

Y también a mi padre Nicasio Benedicto; a quien algún día ofendí diciéndole que no me ayudo en mis estudios; sin desmerecer a mi madre o mi esposa, pero este hombre al que yo debería cuidar me demostró que un padre hace todo por sus hijos y lo hace en el momento correcto, gracias Gordo por enseñarme lo que es ser Padre, los amo mucho, gracias por ser mi familia. Dios me dio a la mejor.

-Oscar Barrios



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. JOSE LUIS JOUVIN MARTILLO, Mgs.
DECANO CARRERA MEDICINA

f. _____

DR. VASQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO
COORDINADOR DE INVESTIGACION

f. _____

DR. JIMMY DANIEL MARTIN DELGADO
OPONENTE

INDICE

<u>INTRODUCCION</u>	2
<u>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</u>	4
<u>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</u>	5
<u>JUSTIFICACION</u>	5
<u>OBJETIVOS</u>	7
<u>2.1 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL</u>	8
<u>3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</u>	48
<u>Tipo de estudio:</u>	48
<u>Criterios de inclusión</u>	48
<u>Criterios de exclusión</u>	48
<u>Población y muestra</u>	48
<u>Procedimiento para la recolección de la información</u>	49
<u>Instrumento</u>	49
<u>3.1.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES</u>	49
<u>INTERVENCIÓN.</u>	50
<u>3.2 ANÁLISIS Y RESULTADOS</u>	51
<u>CONCLUSIONES</u>	60
<u>RECOMENDACIONES</u>	62
<u>BIBLIOGRAFIA.</u>	63

RESUMEN (ABSTRACT)

La obstrucción intestinal es una de las afectaciones que amerita urgencias quirúrgicas más recurrentes en la práctica médica, cuyo rápido manejo puede marcar la diferencia entre la recuperación y el deterioro grave de la salud del paciente.

En muchas ocasiones, el diagnóstico inicial se ve limitado por la ambigüedad de los síntomas, cursa con síntomas inespecíficos y la falta de hallazgos claves en los estudios por imágenes, lo que obliga a recurrir a la laparotomía exploratoria como herramienta tanto diagnóstica como terapéutica.

El presente estudio se propone evidenciar las causas más sobresalientes de obstrucción intestinal que requieran intervención mediante laparotomía exploratoria en adultos, enfocándose en el contexto clínico-quirúrgico en el que aparecen.

El estudio no solo busca determinar las etiologías según su recurrencia, sino que también busca comprender a aquellos factores individuales de cada paciente como la edad, la presencia de comorbilidades, antecedentes quirúrgicos previos y la duración de los síntomas que influyen en la evolución del cuadro clínico.

Dentro de las causas más concurrentemente identificadas destacan las adherencias postoperatorias, hernias estranguladas, tumores del tracto digestivo, además, en menor proporción, el vólvulo intestinal y la intususcepción. Cada una de estas condiciones implica un abordaje quirúrgico distinto y un pronóstico particularmente específico, por lo cual resulta imprescindible una examinación clínica completa e integral, fundamentada en el análisis de signos de alarma, la experiencia quirúrgica y un profundo saber sobre la fisiopatología intestinal.

Mucho más allá del correcto procedimiento técnico, este análisis enfatiza la dimensión humana que atraviesa todo acto quirúrgico. El paciente no es únicamente portador de una patología,

sino una persona que vive una experiencia crítica cargada de incertidumbre, temor y dolor. Por ello, se subraya la necesidad de cultivar una comunicación empática y de participación del paciente en la toma de decisiones, y la importancia de acompañarlo antes, durante y después del su proceso quirúrgico, entendiendo que existe un enlace entre lo terapéutico como uno de los pilares esenciales en su correcta recuperación.

En definitiva, esta investigación pretende enriquecer el abordaje de la obstrucción intestinal desde una perspectiva clínica rigurosa, sin perder de vista el valor de la sensibilidad médica y el respeto por la individualidad del paciente. Se aspira, así, a fortalecer la toma de decisiones quirúrgicas con base en la evidencia, la ética y la humanidad.

Palabras Claves: Obstrucción intestinal, laparotomía exploratoria, adherencias, hernia insicional, manejo quirúrgico.

ABSTRACT

Intestinal obstruction is one of the most common surgical emergencies in medical practice, and timely management of this condition can make the difference between recovery and serious deterioration of a patient's health. Often, the initial diagnosis is limited by ambiguous symptoms and the lack of conclusive findings on imaging studies, necessitating the use of exploratory laparotomy as both a diagnostic and therapeutic tool.

This study aims to highlight the most common causes of intestinal obstruction requiring exploratory laparotomy in adults, focusing on the clinical and surgical context in which they arise.

The study not only seeks to determine the etiologies based on their recurrence but also to understand individual patient factors such as age, comorbidities, prior surgical history, and duration of symptoms that influence the course of the clinical picture. Among the most frequently identified causes are postoperative adhesions, strangulated hernias, digestive tract tumors, and, to a lesser extent, intestinal volvulus and intussusception. Each of these conditions requires a distinct surgical approach and a particularly specific prognosis, making a complete and comprehensive clinical examination essential, based on the analysis of warning signs, surgical experience, and in-depth knowledge of intestinal pathophysiology. Far beyond the correct technical procedure, this analysis emphasizes the human dimension that permeates every surgical procedure. The patient is not only a carrier of a pathology, but a person experiencing a critical experience fraught with uncertainty, fear, and pain. Therefore, the need to cultivate empathetic communication and patient participation in decision-making is underscored, as is the importance of supporting the patient before, during, and after the surgical process, understanding that there is a link between therapeutic intervention and one of the essential pillars of successful recovery.

Ultimately, this research aims to enrich the approach to intestinal obstruction from a rigorous clinical perspective, without losing sight of the value of medical sensitivity and respect for the patient's individuality. The goal is to strengthen surgical decision-making based on evidence, ethics, and humanity.

Keywords: Intestinal obstruction, exploratory laparotomy, adhesions, incisional hernia, surgical management.

INTRODUCCION

La obstrucción intestinal aguda representa una de las etiologías más frecuentes del abdomen agudo de origen quirúrgico en los servicios de emergencia, convirtiéndose en una causa relevante de ingreso hospitalario. Esta condición conlleva una considerable carga para el sistema de salud, no solo por la demanda asistencial que genera, sino también por su asociación con elevados índices de morbilidad y mortalidad, especialmente en contextos de diagnóstico tardío o manejo inadecuado.

Desde el punto de vista clínico, se define por la interrupción, ya sea parcial o total, del tránsito del contenido intestinal a lo largo del tubo digestivo. Este fenómeno fisiopatológico desencadena una serie de manifestaciones clínicas típicas, que incluyen dolor abdominal de inicio súbito o progresivo, distensión abdominal, náuseas, vómitos persistentes, ausencia de evacuación y compromiso progresivo del estado general del paciente. Estos signos, que en conjunto configuran un cuadro de urgencia, demandan una evaluación integral, oportuna y certera para evitar complicaciones mayores como isquemia intestinal, perforación o sepsis abdominal.(1)

A pesar de los notables progresos alcanzados en el ámbito del diagnóstico por imágenes y en el uso de técnicas no invasivas, persiste un número significativo de pacientes en quienes resulta imprescindible recurrir al abordaje quirúrgico a través de una laparotomía exploratoria. Este procedimiento conserva su relevancia al permitir una valoración directa de las estructuras intraabdominales, posibilitando no solo la confirmación diagnóstica sino también la resolución de la causa subyacente. Gracias a esta intervención, es posible identificar con precisión el origen de la obstrucción y aplicar el tratamiento más adecuado, que puede comprender desde la liberación de bridas y la resección de segmentos intestinales comprometidos hasta la reparación quirúrgica de hernias, entre otras acciones terapéuticas.(2)

Las etiologías más frecuentes de obstrucción intestinal que ameritan una laparotomía exploratoria varían de acuerdo con el perfil epidemiológico de cada población, aunque de manera consistente predominan las adherencias postquirúrgicas, las hernias complicadas, las neoplasias y, con menor frecuencia, entidades como los vólvulos y las invaginaciones intestinales. Reconocer de manera precoz estos cuadros resulta fundamental, dado que la demora en su abordaje quirúrgico se ha relacionado con una mayor incidencia de complicaciones graves, tales como isquemia intestinal, procesos sépticos y elevadas tasas de mortalidad.(3)

El Hospital General IESS Los Ceibos, como centro de referencia en atención especializada, recibe un volumen significativo de pacientes con cuadros de obstrucción intestinal de diversa etiología.

La necesidad de resolver estas patologías mediante intervención quirúrgica responde en general, a causas de complejidad mayor que responden a manejo menos conservador o que suponen riesgo inminente para la vida del paciente. Entre las causas más frecuentes identificadas en distintos estudios se encuentran las adherencias postoperatorias, hernias complicadas, tumores obstructivos, vólvulos entre otros menos comunes, cada una con sus implicaciones quirúrgicas particulares y pronóstico diferenciado.

Este trabajo se enfoca en identificar con precisión las principales causas de obstrucción intestinal que se resuelven mediante laparotomía en este hospital no solo permitirá mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica del equipo quirúrgico, sino también optimizar recursos, reducir complicaciones y ofrecer un abordaje más humanizado, centrado en el bienestar integral del paciente.

CAPITULO 1

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dentro de las entidades de salud la obstrucción intestinal es una urgencia médica frecuente por resolver y de alto riesgo, puesto que su desenlace depende, en gran medida, de una detección temprana y de una intervención oportuna. Inicialmente, las manifestaciones clínicas suelen ser poco exactas, y si bien las herramientas de uso diagnóstico por imágenes brindan información congruente que en no pocas ocasiones resultan insuficientes para definir con certeza la causa de base o la indicación inmediata de una resolución quirúrgica.

En el Hospital General IESS Los Ceibos, se ofrece atención médica con elevada complejidad clínica, por lo cual se recibe una gran cantidad de pacientes diariamente que ingresan con cuadros sintomatológicos de obstrucción intestinal, muchos de los cuales requieren resolución quirúrgica mediante laparotomía exploratoria. No obstante, hasta la fecha, no se cuenta con estudios sistematizados que describan de manera específica las causas más preponderantes de esta patología en dicho hospital, situación que ha limitado la capacidad de un diagnóstico temprano y en consecuencia dificulta el abordaje terapéutico adecuado sustentado en base a una evidencia concreta.

La carencia de información consolidada sobre este problema clínico también representa una barrera para la implementación de estrategias efectivas dirigidas a acortar los tiempos de diagnóstico, prevenir complicaciones graves como la isquemia intestinal o la perforación y optimizar los resultados postoperatorios.

Además, esta falta de datos obstaculiza la adecuada gestión de los recursos quirúrgicos y del personal de salud, en un entorno hospitalario caracterizado por una alta y sostenida demanda asistencial.

Ante este escenario, se plantea la necesidad de identificar, clasificar y analizar las causas de obstrucción intestinal que se resuelven mediante laparotomía exploratoria en los pacientes atendidos en el Hospital General IESS Los Ceibos.

Este esfuerzo busca generar conocimiento clínico aplicable, fortalecer el juicio médico en contextos de urgencia y favorecer una atención quirúrgica más eficiente, segura y centrada en la dignidad y bienestar de la persona.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las causas más relevantes de Obstrucción intestinal que se resuelven con Laparotomía exploratoria?

JUSTIFICACION

A nivel mundial se considera a la obstrucción intestinal como una de las principales emergencias quirúrgicas que se presentan en los servicios de cirugía general dentro de los casos de abdomen agudo. Debido a su complejidad la cual compromete la continuidad del tránsito intestinal, puede desencadenar rápidamente a consecuencias graves como isquemia, perforación, peritonitis o sepsis, lo cual incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad si no se actúa a la brevedad. En este contexto, la laparotomía exploratoria se convierte en uno de los recursos primordiales para la exploración y tratamiento oportuno de sus complicaciones cuando el diagnóstico no es claro.

En el Hospital General IESS Ceibos, centro de segundo nivel con alta demanda asistencial, la obstrucción intestinal representa una causa recurrente de ingreso hospitalario. A pesar de contar con recursos tecnológicos y humanos especializados, aún se percibe una necesidad clínica urgente de fortalecer los procesos de evaluación y manejo quirúrgico de estos pacientes. En particular, es necesario generar datos locales que permitan conocer con mayor precisión cuáles

son las causas más frecuentes de obstrucción intestinal que terminan siendo resueltas mediante cirugía abierta, para así perfeccionar los algoritmos diagnósticos y anticipar decisiones terapéuticas más eficaces.

Este trabajo es importante dentro del aspecto estadístico, científico y fundamentalmente para el análisis clínico quirúrgico ya que mediante este nos permite conocer la realidad a nivel local brindando protocolos específicos para nuestra población. Disponer de un análisis sistemático de las etiologías quirúrgicas más comunes en nuestro entorno permitirá al equipo médico identificar patrones epidemiológicos locales, adaptar estrategias de abordaje a la realidad institucional y reducir los riesgos asociados al retraso quirúrgico. Además, tener claridad sobre las causas más habituales podría contribuir a mejorar la selección de pacientes que realmente se beneficien de una laparotomía temprana, evitando cirugías innecesarias y priorizando los casos de mayor urgencia.

Desde una perspectiva humanista, esta investigación también busca reafirmar el compromiso con una medicina centrada en el paciente, que no solo responde a la urgencia fisiopatológica, sino que comprende al individuo como un ser integral, que transita por una experiencia de vulnerabilidad y miedo ante la posibilidad de una intervención quirúrgica. Por ello, generar conocimiento clínico que favorezca una atención más rápida, segura y empática, se alinea con los principios de calidad, eficiencia y dignidad en la atención de la salud.

En suma, este estudio responde a una necesidad real del entorno clínico, aportando evidencia útil para mejorar la toma de decisiones, la planificación quirúrgica y, sobre todo, los resultados en salud de nuestros pacientes.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las causas de obstrucción intestinal que se resuelven mediante laparotomía exploratoria en pacientes del hospital general IEES ceibos, periodo mayo 2022 a mayo 2024.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar las principales causas de obstrucción intestinal que afectan a estos pacientes.
2. Determinar los antecedentes preoperatorios de los pacientes con obstrucción intestinal.
3. Identificar el sexo y grupo etario más frecuente.
4. Indicar el lugar de origen de los pacientes intervenidos.

HIPOTESIS

Se espera demostrar que las adherencias y hernias son las principales causas de obstrucción intestinal las cuales se resuelven por Laparotomía exploratoria en los pacientes del Hospital General IEES Ceibos entre el periodo mayo 2022 a mayo 2024.

CAPITULO II

2.1 FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

Definición. La obstrucción intestinal constituye una urgencia médico-quirúrgica caracterizada por la alteración del tránsito intestinal, cuya fisiopatología y manejo difieren significativamente según su localización anatómica (alta vs baja) y etiología subyacente.

La obstrucción intestinal alta (OIA), que afecta predominantemente al intestino delgado, presenta una epidemiología distintiva donde las adherencias postquirúrgicas (60-75% de los casos), las hernias complicadas (15-20%) y las neoplasias (5-10%) representan la triada etiológica principal.(4-6)

Dentro de las causas más frecuentes de obstrucción intestinal alta (SBO) se encuentran las adherencias, formadas por tejido cicatricial fibroso secundario a intervenciones quirúrgicas previas, así como las hernias y las neoplasias. En conjunto, estas tres etiologías son responsables de la mayoría de los casos reportados en la práctica clínica.(7,8)

Las adherencias postquirúrgicas constituyen la principal causa de obstrucción intestinal alta, representando entre el 55% y 66% de los casos reportados en la literatura.(9)

Este fenómeno se debe a la formación de bandas fibróticas secundarias a la respuesta cicatricial exagerada tras intervenciones abdominales, particularmente en cirugías pélvicas y de colon.

En contraste, la obstrucción intestinal baja presenta un perfil etiológico distinto, donde predominan las neoplasias malignas (40-50% de casos), seguido por la enfermedad diverticular complicada (20-30%) y los vólvulos (15-25%), especialmente en pacientes ancianos.

Esta diferencia en la distribución de causas tiene implicaciones terapéuticas críticas: mientras las obstrucciones altas por adherencias pueden manejarse inicialmente de forma conservadora en el 60-70% de los casos, las obstrucciones bajas requieren con mayor frecuencia intervención

quirúrgica inmediata (especialmente en vólvulos y neoplasias obstructivas) debido al alto riesgo de perforación (25-30%) e isquemia mural cuando el diagnóstico se retrasa más de 72 horas.(10,11)

Tanto la obstrucción intestinal alta como la baja representan emergencias quirúrgicas cuyo retraso en el diagnóstico o tratamiento puede desencadenar complicaciones graves, como isquemia, perforación o sepsis. A pesar de los avances en técnicas diagnósticas y terapéuticas, persisten debates significativos en su manejo, particularmente en cuanto al momento óptimo para indicar una laparotomía exploratoria.(12)

La obstrucción intestinal funcional representa un desafío clínico significativo, ya que su presentación puede simular una obstrucción mecánica, pero su manejo requiere un enfoque conservador en la mayoría de los casos.

Esta condición surge de una alteración en la motilidad intestinal sin obstrucción física, siendo fundamental su diferenciación temprana para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias.(13)

La obstrucción intestinal representa un reto diagnóstico y terapéutico en el que los matices en la toma de decisiones marcan la diferencia entre una evolución favorable y complicaciones potencialmente fatales.

El abordaje óptimo exige integrar conocimientos fisiopatológicos, habilidades clínicas y evidencia actualizada para personalizar cada manejo.(14)

Tipos de Obstrucción Intestinal.

La obstrucción intestinal se clasifica según su localización anatómica en obstrucción del intestino delgado y del intestino grueso, cada una con características clínicas y terapéuticas distintivas. La obstrucción del intestino delgado, predominantemente causada por adherencias

postquirúrgicas (60-75% de los casos), se manifiesta con dolor cólico periumbilical y vómitos precoces, requiriendo en muchos casos un manejo conservador inicial.

Por el contrario, la obstrucción del intestino grueso suele deberse a neoplasias colorrectales (50-60%) o vólvulos (15-25%), presentándose con distensión abdominal marcada y estreñimiento absoluto, situaciones que frecuentemente demandan intervención quirúrgica temprana.

El diagnóstico diferencial se basa en hallazgos imagenológicos característicos, mientras la obstrucción del intestino delgado muestra asas delgadas dilatadas con pliegues valvulares en la Tomografía, la obstrucción del intestino grueso evidencia dilatación cólica con puntos de transición abruptos.

Esta distinción anatómica es crucial, ya que condiciona no solo el abordaje terapéutico inmediato, sino también el pronóstico a largo plazo, con mortalidades que oscilan entre el 5-10% para obstrucción del intestino delgado no complicadas hasta el 15-20% en obstrucción del intestino grueso avanzadas.

Obstrucción del Intestino Delgado.

La obstrucción del intestino delgado se produce por la interrupción mecánica del tránsito intestinal, siendo las adherencias postquirúrgicas la causa más frecuente (55-75% de los casos), seguidas por hernias encarceladas (15-20%) y neoplasias (5-10%).

Las adherencias se forman como bandas fibróticas tras cirugías abdominales, particularmente en intervenciones ginecológicas o colorrectales, mientras que las hernias generan obstrucción al comprimir el intestino en orificios naturales o cicatriciales. Otras causas menos comunes incluyen estenosis inflamatorias (enfermedad de Crohn), vólvulos, invaginación intestinal e impactación de cálculos biliares (síndrome de Bouveret).

El diagnóstico se basa en la tríada clásica de dolor abdominal cólico, vómitos y distensión, apoyado por hallazgos imagenológicos como la presencia de asas dilatadas con pliegues valvulares en la tomografía abdominal, que muestra una sensibilidad del 90% para identificar el punto de transición obstructivo.(15)

Las hernias constituyen una causa frecuente y potencialmente grave de obstrucción intestinal mecánica, representando aproximadamente el 15-20% de los casos de obstrucción del intestino delgado.

Estas se producen cuando un segmento intestinal protruye a través de puntos débiles en la pared abdominal, ya sean naturales (como los anillos inguinal o femoral) o adquiridos (como en hernias incisionales postquirúrgicas).

El verdadero riesgo radica en la estrangulación, que ocurre cuando se compromete el flujo sanguíneo al segmento herniado, pudiendo progresar a isquemia y necrosis intestinal en cuestión de horas.

Las hernias a nivel femoral son particularmente peligrosas, con tasas de estrangulación de hasta el 40%, mientras que las inguinales representan el 30% de los casos obstructivos.

El diagnóstico temprano es crucial y se basa en la tríada de tumoración dolorosa e irreducible, síntomas obstructivos y signos sistémicos de compromiso vascular (taquicardia, acidosis metabólica).

La tomografía computarizada con contraste tiene una sensibilidad del 95% para detectar signos de isquemia intestinal, siendo el Gold standard diagnóstico.

El manejo siempre es quirúrgico urgente cuando hay sospecha de estrangulación, requiriendo reducción del contenido herniario, resección del intestino no viable y reparación del defecto herniario con técnicas que minimicen el riesgo de recurrencia.(16)

Asimismo, tanto los tumores benignos como malignos pueden provocar una obstrucción intestinal al estrechar la luz intestinal o invadir su pared.(17)

Los tumores intestinales, tanto benignos como malignos, representan entre el 5-10% de las obstrucciones del intestino delgado, manifestándose típicamente como estenosis lumbales progresivas o infiltración parietal. Entre las neoplasias más relevantes destacan los adenocarcinomas (60% de los casos tumorales), los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y los linfomas, que suelen requerir resección quirúrgica.

Junto a estas causas, existen otras etiologías menos frecuentes, pero igualmente importantes como las estenosis inflamatorias (especialmente en enfermedad de Crohn avanzada), la invaginación intestinal (más común en niños pero siempre sospechosa de lesión subyacente en adultos), el vólculo (asociado a anomalías de rotación intestinal), los cuerpos extraños y la impactación de cálculos biliares (síndrome de Bouveret).

Esta diversidad etiológica exige un abordaje diagnóstico preciso mediante tomografía computarizada con contraste, que permite identificar el nivel y la naturaleza de la obstrucción en más del 90% de los casos, guiando así la estrategia terapéutica más adecuada para cada situación clínica.(18)

Obstrucción del Intestino Grueso

La obstrucción del intestino grueso constituye una urgencia quirúrgica que frecuentemente revela patologías subyacentes graves, siendo el cáncer colorrectal la causa predominante (60-70% de los casos), particularmente en localizaciones distales como el sigma y recto.

Estos tumores generan obstrucción mediante crecimiento intraluminal o compresión extrínseca, condicionando un cuadro clínico caracterizado por distensión abdominal progresiva, estreñimiento absoluto y, en fases avanzadas, vómitos fecaloides.

El diagnóstico se basa en la tomografía computarizada con contraste (precisión diagnóstica >95%), que no solo confirma la obstrucción, sino que además define su etiología y posibles complicaciones asociadas como la isquemia mural o la perforación.

El manejo terapéutico varía según la causa por ejemplo en neoplasias obstructivas se prioriza la colocación de stents metálicos auto expandibles como puente a la cirugía electiva, mientras que en el vólvulo de sigmoides (15-20% de obstrucción del intestino grueso) la descompresión endoscópica inicial seguida de resección electiva constituye el estándar de cuidado. Esta diferenciación etiológica es crucial, ya que determina no solo el abordaje inmediato sino también el pronóstico a largo plazo, con una supervivencia a 5 años que no supera el 30% en los casos de obstrucción por cáncer avanzado.(19)

Otra etiología importante es la diverticulitis, que consiste en la inflamación de divertículos pequeñas evaginaciones de la pared colónica, los cuales, al complicarse, pueden ocasionar estenosis y obstrucción intestinal.(20)

La diverticulitis complicada representa una causa significativa de obstrucción colónica, particularmente en pacientes mayores con enfermedad diverticular avanzada. Este proceso inflamatorio surge de la perforación microscópica de divertículos (evaginaciones herniarias de la mucosa a través de la capa muscular del colon), generando una respuesta inflamatoria local que puede evolucionar hacia:

- Estenosis fibrosante (12-15% de los casos recurrentes):
- Resultado de cicatrización crónica postinflamatoria
- Más frecuente en colon sigmoides (95% de los casos)
- Diferencial crítico con neoplasia obstructiva

Mecanismos obstructivos agudos:

- Abscesos peridiverticulares >3 cm (compresión extrínseca)
- Flemones inflamatorios difusos
- Fístulas colónicas con adherencias inflamatorias.(21)

Mecanismos de Obstrucción Intestinal.

El proceso fisiopatológico de la obstrucción intestinal desencadena una cascada de eventos que comienza con la dilatación proximal al sitio de oclusión y un aumento reflejo de la motilidad intestinal en un intento por liberar el obstáculo.

Este esfuerzo peristáltico excesivo conduce progresivamente a distensión luminal, con presiones intraluminales que pueden superar los 20 mmHg, comprometiendo el flujo sanguíneo mural y generando isquemia.

Paralelamente, se produce una acumulación masiva de secreciones digestivas (hasta 8-10 L/día en casos completos) en lo que se conoce como "tercer espacio", causando pérdidas significativas de sodio, potasio y cloro, lo que deriva en desequilibrios hidroelectrolíticos graves.

El proceso bacteriano producto de la traslocación de estas mediante la barrera intestinal dañada precipita una respuesta inflamatoria sistémica que puede evolucionar a sepsis.

Ante la presencia de este cuadro se debe proceder con una resucitación hídrica agresiva con cristaloides Lactato de Ringer 30 mL/kg en las primeras horas, corrección inmediata de las alteraciones electrolíticas (especialmente hipocalemia) y descompresión nasogástrica temprana, medidas fundamentales para estabilizar al paciente y reducir el riesgo de complicaciones como perforación o fallo multiorgánico antes de considerar la intervención quirúrgica definitiva.(22,23)

El conocimiento detallado de los mecanismos fisiopatológicos, los tipos de obstrucción intestinal y sus distintas causas permite orientar un diagnóstico oportuno y seleccionar el abordaje terapéutico más adecuado, especialmente en aquellos casos que requieren resolución mediante laparotomía exploratoria.(24)

Clasificación de la obstrucción intestinal.

La obstrucción intestinal se puede clasificar de acuerdo a su naturaleza y las causas subyacentes que la generan. En términos generales, se distinguen dos categorías principales:

- Obstrucción mecánica
- Obstrucción no mecánica.

En la mecánica, el tránsito intestinal se ve bloqueado por una barrera física, mientras que, en la segunda, el problema radica en alteraciones funcionales del intestino.

Obstrucción intestinal Mecánica.

La obstrucción intestinal mecánica se presenta cuando se genera un bloqueo en el tránsito intestinal que limita el paso del bolo fecal generando distensión, dolor desencadenando una urgencia quirúrgica. Un ejemplo típico son las adherencias, que corresponden a tejido cicatricial derivado de cirugías anteriores.

Estas adherencias pueden unir distintas porciones del intestino, generando un obstáculo que interfiere con el tránsito intestinal.(25)

La obstrucción intestinal mecánica se origina cuando existe un bloqueo físico en el lumen intestinal. Entre las causas más relevantes se destacan:

- Hernias: Las hernias encarceladas pueden impedir el paso de los contenidos intestinales, causando un bloqueo que demanda atención inmediata para evitar complicaciones graves.(26)
- Lesiones obstructivas: Tanto los tumores malignos como los benignos pueden desarrollarse dentro o fuera del intestino, estrechando o cerrando completamente el lumen y, por tanto, obstruyendo el tránsito intestinal.(27)
- Otras causas: Además, existen causas menos frecuentes como los bezoares (masas endurecidas compuestas por alimentos u otros materiales), la enfermedad inflamatoria intestinal y el vólvulo (torsión del intestino), que también pueden conducir a una obstrucción mecánica.(28)

Obstrucción intestinal no mecánica.

La obstrucción intestinal no mecánica, o adinámica, engloba dos entidades clínicas principales con características distintivas: el íleo y la pseudo-obstrucción intestinal (síndrome de Ogilvie). El íleo representa una parálisis transitoria de la motilidad intestinal, frecuentemente asociada al uso de opioides (40% de los casos), desequilibrios electrolíticos (hipocalemia <2.5 mEq/L) o estados postquirúrgicos, manifestándose clínicamente con distensión abdominal difusa y ausencia de ruidos intestinales. Por otro lado, la pseudo-obstrucción intestinal, que simula una obstrucción mecánica sin evidencia de bloqueo físico, se relaciona predominantemente con alteraciones neurológicas (trauma medular, enfermedad de Parkinson) o miopatías, presentando una marcada distensión colónica (ciego >10 cm) detectable mediante tomografía computarizada.

El manejo de estas condiciones requiere un abordaje escalonado que incluye la corrección de factores precipitantes, el uso de procinéticos como la neostigmina (eficaz en 80% de los casos de Ogilvie) y, en situaciones de riesgo vital (diámetro cecal >12 cm o signos de isquemia), la

intervención quirúrgica para prevenir complicaciones como la perforación intestinal, cuya mortalidad supera el 50%.(30)

En ambos casos, es fundamental una evaluación detallada y un manejo adecuado para prevenir complicaciones graves, tales como compromisos vasculares o la perforación intestinal, que en determinadas situaciones podrían requerir una intervención quirúrgica.(31)

Etiología Intraoperatoria.

La obstrucción intestinal representa una de las complicaciones postoperatorias más relevantes tras intervenciones quirúrgicas abdominales, y su aparición suele estar vinculada a una variedad de factores subyacentes.

Dentro de las causas más frecuentes se encuentran la formación de adherencias intraabdominales resultado del proceso natural de cicatrización peritoneal, la presencia de hernias postquirúrgicas, así como otras complicaciones derivadas del trauma quirúrgico y del entorno inflamatorio generado en el periodo postoperatorio inmediato. Estos elementos pueden alterar la motilidad y la integridad estructural del tracto gastrointestinal, comprometiendo significativamente la recuperación del paciente.

- Adherencias peritoneales: Las adherencias representan bandas fibrosas anómalas que se desarrollan entre estructuras intraabdominales tras una intervención quirúrgica. Constituyen la principal causa de obstrucción intestinal secundaria a una laparotomía, siendo responsables de una proporción significativa de los casos de íleo obstructivo, especialmente a nivel del intestino delgado.(32)

Este fenómeno se relaciona estrechamente con el trauma quirúrgico que sufre el peritoneo durante el procedimiento, lo cual desencadena una cascada inflamatoria que favorece la proliferación fibroblástica y la formación de puentes fibróticos entre asas intestinales y otras superficies peritoneales.(33)

Estas bandas pueden alterar la arquitectura normal del abdomen, provocando angulaciones, compresiones o incluso estrangulamiento del lumen intestinal, lo que genera cuadros clínicos variables que van desde síntomas leves hasta obstrucciones completas.

La literatura médica subraya con consistencia que la obstrucción por adherencias postoperatorias es una causa predominante de obstrucción del intestino delgado en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal, lo que enfatiza la importancia de estrategias quirúrgicas que minimicen el trauma peritoneal y fomenten una adecuada recuperación tisular.(34)

- **Hernias abdominales:** Las hernias abdominales, particularmente las incisionales postoperatorias, representan una causa frecuente y potencialmente grave de obstrucción intestinal mecánica. Estas se desarrollan en aproximadamente el 10-15% de los pacientes tras laparotomía, siendo más comunes en incisiones medias y zonas de ostomías.

El mecanismo fisiopatológico implica inicialmente la incarceration del asa intestinal (cuando el contenido herniario no puede reducirse), progresando en casos severos a estrangulación vascular, situación que puede llevar a isquemia intestinal en tan solo 6-8 horas.

El diagnóstico es basado en el hallazgo de una tumoración dolorosa e irreducible asociada a síntomas obstructivos, confirmándose mediante tomografía computarizada con contraste representa una sensibilidad del 97% para detectar isquemia. El manejo requiere intervención quirúrgica urgente cuando existe sospecha de estrangulación, procedimiento que incluye liberación del contenido herniario, evaluación de viabilidad intestinal y reparación del defecto con técnicas que minimicen recurrencias, preferentemente con uso de mallas protésicas.

La mortalidad asociada a esta complicación aumenta dramáticamente del 1% en las primeras 6 horas al 25% después de 24 horas de evolución, subrayando la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos.(35)

La formación de hernias postoperatorias como causa de obstrucción intestinal se fundamenta en un complejo proceso fisiopatológico que involucra alteraciones estructurales y bioquímicas de la pared abdominal. Tras la cirugía, la síntesis defectuosa de colágeno tipo I (relación colágeno I/III < 1.5) y el aumento de metaloproteinasas (MMP-1 y MMP-9) en el tejido cicatricial generan áreas de debilidad anatómica.

Estos defectos se ven exacerbados por factores como presión intraabdominal elevada (>12 mmHg), hipoproteinemia (<2.5 g/dL) o infección local, creando un entorno propicio para la protrusión intestinal.

Cuando el asa herniada sufre encarceración, se desencadena una cascada isquémica que progresa desde la congestión venosa inicial hasta la trombosis arterial (en 6-8 horas), pudiendo evolucionar a necrosis y perforación si no se interviene oportunamente.

El diagnóstico temprano mediante tomografía computarizada con contraste (precisión del 97%) y la reparación quirúrgica inmediata con técnicas que refuercen la pared (preferentemente con mallas protésicas de bajo peso) son cruciales para prevenir complicaciones potencialmente fatales, cuya mortalidad puede superar el 25% tras 24 horas de estrangulación.(35)

En la siguiente tabla encontramos los tipos de hernias que están asociadas a causar obstrucción intestinal:

Tabla: Tipos de hernias que se asocian a obstrucción intestinal.

Tipo de hernia	Ubicación	Características clínicas	Frecuencia
Inguinal	Región inguinal (más frecuente en hombres)	Puede ser directa o indirecta. Puede encarcelarse o estrangularse, causando obstrucción.	Muy común
Femoral	Debajo del ligamento inguinal, más en mujeres	Alto riesgo de estrangulación. Pequeña pero peligrosa.	Menos común
Umbilical	Región del ombligo	Común en mujeres y obesos. Puede contener intestino delgado.	Frecuente
Incisional (eventración)	En sitios de cicatrices quirúrgicas previas	Riesgo de encarcelamiento. Se ve en pacientes con cirugías abdominales previas.	Relativamente común
Epigástrica	Línea media superior del abdomen	Generalmente pequeñas. Pueden causar dolor u obstrucción si encarceladas.	Menos frecuente
Obturatriz	A través del agujero obturador	Más en mujeres ancianas. Puede causar obstrucción sin masa palpable.	Rara
Spigeliana	A lo largo de la línea semilunar (abdomen lateral)	Difícil de diagnóstico clínicamente. Puede causar obstrucción.	Muy rara

Tipo de hernia	Ubicación	Características clínicas	Frecuencia
Paraduodenal (interna)	Dentro de la cavidad abdominal	Hernia interna. Puede causar obstrucción severa sin signos externos visibles.	Rara pero peligrosa
Perineal	Región del periné	Generalmente después de cirugía perineal. Puede herniarse intestino.	Muy rara

- Técnica quirúrgica y complicaciones asociadas.

El proceso quirúrgico durante una laparotomía exploratoria desempeña un papel fundamental en el posible desarrollo una obstrucción intestinal en el periodo postoperatorio.

Procedimientos que implican una manipulación extensa de las asas intestinales o que generan un grado significativo de fibrosis y cicatrización tisular aumentan sustancialmente el riesgo de adherencias y, en consecuencia, de obstrucción mecánica futura. La forma en que se maneja el peritoneo, la técnica de cierre utilizada y el respeto por los planos anatómicos son factores que inciden directamente en el pronóstico a mediano y largo plazo del paciente.(36)

Además, pueden surgir complicaciones intraoperatorias que condicionen de manera importante la evolución clínica posterior. Por ejemplo, una perfusión insuficiente de segmentos intestinales durante la intervención puede derivar en fenómenos de isquemia o necrosis, alterando la funcionalidad del tracto digestivo y favoreciendo la aparición de obstrucción.

Este tipo de daño vascular, muchas veces silencioso en el momento quirúrgico, puede manifestarse clínicamente días o incluso semanas después, complicando el proceso de recuperación.(37)

Factores individuales como la presencia de neoplasias intraabdominales, que modifican la arquitectura anatómica, o la edad avanzada, que suele acompañarse de una menor capacidad regenerativa y una respuesta inflamatoria alterada, también incrementan la susceptibilidad a desarrollar complicaciones obstructivas. Así, la prevención de estas situaciones requiere no solo pericia técnica, sino una visión integral del paciente y del contexto quirúrgico en el que se inscribe.(37)

- Ganglionitis mientérica eosinofílica.

Dentro del espectro de causas poco frecuentes de obstrucción intestinal, se ha descrito la ganglionitis mientérica eosinofílica (GME) como una entidad de particular interés clínico por su capacidad de imitar patologías más prevalentes, como el vólvulo de sigmoides. Esta condición, de etiología aún no completamente esclarecida, se caracteriza por la infiltración densa de eosinófilos en el plexo mientérico de Auerbach, lo que altera la función neuromuscular del intestino y puede desencadenar trastornos graves de la motilidad gastrointestinal.(38)

La manifestación clínica puede ser indistinguible de otras causas mecánicas de obstrucción, lo que hace que el diagnóstico requiera un alto índice de sospecha y, en la mayoría de los casos, confirmación histopatológica. La GME puede presentarse en pacientes con antecedentes de trastornos inmunológicos, atópicos o incluso sin antecedentes claros, y representa un desafío tanto en el diagnóstico diferencial como en el abordaje terapéutico, dada su naturaleza infrecuente y su potencial para evolucionar hacia cuadros obstructivos severos si no se identifica y trata adecuadamente.(38)

- Infecciones intestinales.

Aunque menos comunes, ciertas infecciones intestinales pueden constituir una causa relevante de obstrucción intestinal en el contexto postoperatorio, especialmente tras una laparotomía exploratoria. Un ejemplo notable es la aspergilosis intestinal, una entidad poco frecuente pero potencialmente letal, que ha sido documentada en la literatura médica como una etiología subyacente en casos de obstrucción intestinal. Este tipo de infección fúngica puede desarrollarse en pacientes inmunocomprometidos o con disrupciones importantes en la mucosa intestinal, favoreciendo la invasión tisular y provocando inflamación, edema e incluso necrosis segmentaria, que conllevan a un cuadro obstructivo.(39)

Tabla: Demuestra Entre las infecciones más comunes que pueden producir obstrucción intestinal.

Infección	Mecanismo	Comentarios
Tuberculosis intestinal	Formación de masas inflamatorias (granulomas), fibrosis y estenosis intestinal	Muy común en regiones endémicas. Afecta principalmente el íleon terminal y ciego.
Actinomicosis abdominal	Formación de masas duras, abscesos y fibrosis que comprimen el intestino	Infección rara, causada por <i>Actinomyces israelii</i> . Puede simular un tumor.

Infección	Mecanismo	Comentarios
Yersinia enterocolitica	Inflamación del íleon y ganglios mesentéricos → pseudoapendicitis o íleo	Más frecuente en niños. Puede causar obstrucción leve o invaginación.
Ascariasis (parásitos)	Acumulación de lombrices intestinales (Áscaris lumbricoides) formando bolos obstructivos	Muy común en zonas tropicales. Puede causar obstrucción completa.
Tifus abdominal (Salmonella typhi)	Inflamación e hipertrofia de placas de Peyer en el íleon	En casos avanzados, puede haber necrosis, perforación u obstrucción.
Abscesos intraabdominales o retroperitoneales secundarios a infecciones	Compresión extrínseca del intestino	Dependiendo de la localización y tamaño del absceso.

La obstrucción intestinal representa una complicación grave de diversas patologías, entre las cuales las infecciones ocupan un lugar relevante.

Los mecanismos por los cuales los procesos infecciosos pueden desencadenar esta condición incluyen:

- Formación de tejido granulomatoso y fibrosis.

La tuberculosis intestinal destaca como una de las etiologías más significativas, particularmente en regiones endémicas. Este cuadro se caracteriza por el desarrollo de estenosis

en regiones anatómicas específicas, como el íleon terminal y el ciego, como consecuencia de la reacción inflamatoria crónica.(40)

- Procesos inflamatorios masivos.

La actinomicosis abdominal, infección poco frecuente, pero de relevancia clínica, cursa con la formación de masas pseudotumorales que pueden ejercer compresión extrínseca sobre las asas intestinales.

El agente causal, *Actinomyces israelii*, tiene predilección por generar colecciones purulentas con tractos fistulosos.(41)

- Hiperplasia linfoide y compromiso ganglionar.

Infecciones como la yersiniosis (*Yersinia enterocolitica*) se manifiestan frecuentemente con adenitis mesentérica e inflamación ileal, cuadro que en población pediátrica puede confundirse con apendicitis aguda o evolucionar a obstrucción luminal.(42)

- Oclusión por carga parasitaria masiva.

En áreas tropicales, la ascariasis (*Ascaris lumbricoides*) representa una causa prevenible de obstrucción, donde la impactación de vermes adultos puede llegar a obstruir completamente la luz intestinal, especialmente en pacientes pediátricos con infestaciones severas.(43)

- Alteraciones estructurales de la pared intestinal.

La fiebre tifoidea (*Salmonella typhi*) induce hipertrofia de las placas de Peyer, lo que puede resultar en estenosis ileales y complicaciones como perforación u obstrucción mecánica en fases avanzadas.(44)

Manejo Inicial y Oportuno.

La evidencia recabada en revisiones sistemáticas destaca la importancia de una intervención quirúrgica precoz mediante laparotomía como herramienta diagnóstica y terapéutica clave en estos escenarios. La identificación temprana de estas infecciones permite instaurar un manejo dirigido, reducir la progresión de la obstrucción y, fundamentalmente, disminuir la mortalidad asociada. En este contexto, la colaboración multidisciplinaria entre cirujanos, infectólogos y patólogos resulta esencial para optimizar el pronóstico del paciente.(39)

Obstrucción Intestinal Iatrogénica.

Es la obstrucción intestinal causada por procedimientos quirúrgicos que tuvieron alguna complicación o simplemente con alteraciones de la cicatrización, regeneración o recomposición celular, mediada por factores del paciente, entre los factores que predisponen tenemos:

- Técnica quirúrgica.

La técnica quirúrgica que se realiza durante una laparotomía exploratoria desempeña un papel determinante en la aparición de complicaciones postoperatorias, entre ellas la obstrucción intestinal.

Uno de los mecanismos más relevantes en este contexto es la formación de adherencias, proceso complejo que se ve intensamente influenciado por múltiples factores relacionados con el entorno quirúrgico.(45)

Elementos como el uso de materiales foráneos, por ejemplo, guantes con almidón en polvo o ciertas mallas utilizadas en la reconstrucción de la pared abdominal pueden inducir una reacción a cuerpo extraño que potencia la respuesta inflamatoria local y favorece la formación de puentes fibróticos entre órganos intraabdominales.(46)

Asimismo, el grado de lesión peritoneal durante la intervención quirúrgica es otro factor clave. La elección de dispositivos de energía para la disección y hemostasia impacta directamente sobre la integridad del tejido peritoneal.

En este sentido, se ha observado que tecnologías como la electrocauterización bipolar y los dispositivos ultrasónicos tienden a generar menos daño térmico en comparación con el electrocauterio monopolar, lo que se traduce en una menor incidencia de adherencias postoperatorias.(47)

La adecuada selección de materiales quirúrgicos y técnicas menos invasivas no solo refleja un compromiso con la excelencia técnica, sino también con el bienestar del paciente a largo plazo, al reducir las secuelas asociadas al proceso de cicatrización intraabdominal.(48)

- Factores relacionados con el paciente

Los pacientes mayores de 70 años, especialmente aquellos con criterios de fragilidad (índice de Rockwood ≥ 5), presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar obstrucciones intestinales postquirúrgicas y sufrir complicaciones graves.

Esta vulnerabilidad se explica por el deterioro fisiológico característico del envejecimiento, que incluye reducción de la motilidad intestinal (40-50% menor que en adultos jóvenes), menor capacidad de reparación tisular y frecuente polifarmacia (especialmente con opioides y anticolinérgicos).

En esta población, las obstrucciones suelen deberse principalmente a neoplasias colorrectales (50% de los casos) o complicaciones de enfermedad diverticular, presentando una mortalidad postoperatoria cuatro veces mayor que en pacientes más jóvenes (12% vs 3%).

El manejo óptimo requiere una Evaluación Geriátrica Integral (CGA) prequirúrgica, corrección de hipoalbuminemia y preferencia por abordajes mínimamente invasivos cuando sea posible, estrategias que en conjunto pueden reducir hasta en 30% las complicaciones postoperatorias en este grupo de alto riesgo.(49)

Además, la presencia de condiciones de salud subyacentes, como el cáncer avanzado, puede complicar aún más el manejo quirúrgico de las obstrucciones intestinales.

En estos casos, los tumores pueden generar obstrucciones crónicas que son más difíciles de corregir quirúrgicamente debido a factores como la estrechez de las estructuras intestinales o el tamaño significativo de las neoplasias. Estos pacientes suelen requerir un enfoque multidisciplinario que incluya consideraciones oncológicas y quirúrgicas para optimizar los resultados y evitar complicaciones mayores.(50)

- Tiempo de la intervención quirúrgica

El momento adecuado para la intervención quirúrgica es crucial en la gestión de la obstrucción intestinal postoperatoria. Los pacientes que muestran un deterioro clínico progresivo y no responden a un manejo no quirúrgico adecuado dentro de un plazo de tres a cinco días tienen un riesgo significativamente mayor de complicaciones, lo que justifica la necesidad de una exploración quirúrgica temprana.

Esta intervención es esencial para descartar o tratar afecciones graves como la peritonitis o la isquemia intestinal, que pueden desarrollarse de forma rápida y requerir abordajes quirúrgicos urgentes.(51)

El retraso en la toma de decisiones quirúrgicas puede transformar lo que inicialmente podría haber sido un procedimiento relativamente sencillo en una intervención quirúrgica mucho más compleja, con mayores riesgos de complicaciones adicionales.

Este retraso aumenta las probabilidades de daño irreversible a las estructuras intestinales, lo que a su vez complica la recuperación y eleva la probabilidad de una obstrucción intestinal persistente o recurrente.(51)

- Cuidados postoperatorios

Una atención postoperatoria adecuada constituye un pilar fundamental en la prevención de complicaciones como la obstrucción intestinal. La implementación de estrategias de enfermería centradas en la movilización temprana del paciente, junto con evaluaciones clínicas frecuentes, ha demostrado ser eficaz para reducir el riesgo de íleo paralítico y otras complicaciones asociadas al tránsito intestinal.

Estas intervenciones no solo promueven el retorno más rápido de la función gastrointestinal, sino que también mejoran la recuperación global y el bienestar del paciente.(52)

La prevención efectiva de la obstrucción intestinal en el período postquirúrgico requiere una coordinación estrecha entre los distintos profesionales del equipo de salud.

La colaboración entre cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería y otros especialistas permite establecer un enfoque integral y personalizado para el seguimiento del paciente, anticipando posibles complicaciones y optimizando el proceso de recuperación.

Esta visión interdisciplinaria resulta clave para identificar signos tempranos de deterioro, actuar oportunamente y evitar intervenciones más invasivas en etapas tardías.(52)

Semiología de la obstrucción intestinal.

La sintomatología característica de la obstrucción intestinal cumple con síntomas inespecíficos pero que nos pueden indicar síndrome obstructivo intestinal, que conlleva un conjunto de patologías que causan obstrucción parcial o total.

Entre los signos y síntomas tenemos:

- Dolor: Se describe como un dolor tipo cólico que se origina en región del mesogastrio, que se irradia de forma difusa hacia las demás regiones abdominales, esto puede ser explicado por la irritabilidad peritoneal, se describe el tiempo como un indicativo de que si es continuo puede estar asociado a ílio paralítico, perforación, estrangulación de algún asa intestinal, o isquemia intestinal o mesentérica. Si el dolor es no continuo lo asocian a ílio mecánico.(53)
- Normalmente viene acompañado de distensión abdominal, consecuencia de la obstrucción hay acumulación de heces y gases intestinales que provocan dilatación de estas.(53)
- Los vómitos al inicio se asocian como un mecanismo reflejo provocado por la distensión abdominal, luego su causa es por regurgitación retrograda del contenido de las asas intestinales, su característica inicial es tipo alimenticio, pero mientras va progresando son de tipo bilioso, hasta llegar a fecaloideos, depende del nivel de obstrucción intestinal.(53)
- La ausencia de flatos y el estreñimiento crónico no son signos comunes pero puede estar presente en la obstrucción intestinal.(53)

Diagnóstico de obstrucción intestinal.

El diagnóstico de obstrucción intestinal requiere un enfoque multimodal que combina evaluación clínica exhaustiva, estudios de laboratorio e imágenes diagnósticas.

La presentación clínica típica incluye distensión abdominal progresiva (presente en 85-90% de los casos), ausencia de emisión de gases/heces (92%), y dolor abdominal de características variables (desde cólico intermitente en obstrucciones parciales hasta dolor constante en estrangulación).

El examen físico debe incluir una meticulosa auscultación abdominal (hipo/a peristalsis en 70% de los casos) y evaluación de cicatrices quirúrgicas para detectar hernias incisionales. Los marcadores séricos como leucocitosis $>15.000/\mu\text{L}$, lactato $>2.5 \text{ mmol/L}$ y acidosis metabólica ($\text{pH} < 7.3$) sugieren compromiso vascular.

La tomografía computarizada con contraste IV y oral (cuando posible) constituye el Gold standard diagnóstico, con una sensibilidad del 95% para identificar el nivel de obstrucción, signos de isquemia (neumatosis, gas portal) o complicaciones como perforación.

Este abordaje integral permite diferenciar entre obstrucción mecánica (que puede requerir reintervención) e íleo postoperatorio prolongado, guiando así las decisiones terapéuticas oportunas.(54)

La tomografía computarizada (TC) con contraste intravenoso y oral se consolida como el estudio de elección para el diagnóstico de obstrucción intestinal, ofreciendo una evaluación integral del tracto gastrointestinal con una precisión superior al 95%.

Este método permite identificar con claridad el punto de transición obstructivo (visible en el 92% de los casos), diferenciar entre obstrucción mecánica e íleo paralítico, y detectar

complicaciones potencialmente graves como isquemia intestinal (mediante signos de neumatosis o ausencia de realce mural).

La técnica optimizada incluye la administración de contraste oral hidrosoluble para delimitar la luz intestinal y contraste intravenoso en fase portal, complementada con reconstrucciones multiplanares que mejoran la visualización anatómica.

Además de localizar el sitio y causa de la obstrucción (adherencias, tumores, hernias), la TC puede revelar hallazgos críticos como gas en el sistema portal o perforación, que modifican radicalmente el manejo terapéutico.

A pesar de su elevada sensibilidad, su interpretación requiere experiencia para distinguir variantes anatómicas de patología real y valorar adecuadamente el riesgo-beneficio en pacientes con insuficiencia renal.(55)

No obstante, en contextos específicos, como en pacientes embarazadas o en entornos con recursos limitados donde no se dispone de TC, otras herramientas diagnósticas como la ecografía abdominal o la resonancia magnética (RM) pueden desempeñar un papel valioso. Estas alternativas permiten una evaluación no invasiva y segura, especialmente cuando se requiere evitar la exposición a radiación ionizante, manteniendo una alta sensibilidad en la detección de alteraciones estructurales intestinales.(56)

Estudios Analíticos e imagenológicos.

El abordaje diagnóstico de la obstrucción intestinal aguda del intestino delgado (ASBO, por sus siglas en inglés) tras una laparotomía exploratoria se apoya fuertemente en las técnicas de imagen, complementadas por análisis de laboratorio y observación clínica.(57)

Tomografía computarizada (TC)

La tomografía computarizada se considera la herramienta diagnóstica más confiable para la ASBO, debido a su elevada sensibilidad y especificidad. Permite no solo identificar con precisión el sitio y la causa de la obstrucción, sino también detectar signos de complicaciones como isquemia, perforación o abscesos. En pacientes sometidos a tratamiento conservador, la progresión del contraste hidrosoluble administrado por vía oral debe evaluarse mediante radiografía simple a las 24 horas, para valorar la resolución espontánea o persistencia de la obstrucción.(58)

Tabla: Signos tomográficos más comunes en obstrucción intestinal (elaborados por: Oscar barrios y Viviana Tumbaco).

Etiología	Signos tomográficos
Adherencias	Posee asas proximales distendidas y las distales están colapsadas. Tiene una zona de transición. No se demuestra causa específica de OI.
Etiología	Signos tomográficos
Adenocarcinoma	Existe una dilatación de la porción proximal del intestino y con estrechez del lumen y engrosamiento mural excéntrico Es la causa más concurrente de obstrucción colorrectal.
Carcinoide	Existe una masa retráctil mesentérica con aglomeración de las asas y aumento de sus paredes.

Hernia externa	Evidencia de un saco que sobresale fuera de la cavidad abdominal con asas en su interior. Dilatación del intestino en su región proximal y existe colapso de la zona distal.
Diverticulitis	Evidencia un proceso inflamatorio en fosa ilíaca izquierda o en la pelvis. Se observa un plastrón o colección. Existe dilatación en el intestino proximal. Corroborar un aumento en la densidad de la grasa pericólica.
Apendicitis	Inflamación en la fosa ilíaca derecha o en hipogastrio. Suele observarse una colección o plastrón. Evidencia de dilatación del intestino proximal (I.delgado).
Malrotación intestinal	En el hemiabdomen inferior derecho y en colon izquierdo se encuentra adelgazado. Anormalidad de la asociación entre la arteria homónima y la vena mesentérica superior. La vena se ubica a la derecha usualmente.
Enfermedad de Crohn	Existe un aumento del íleon distal y un proceso inflamatorio de la grasa mesentérica así como una dilatación del intestino delgado proximal.
Etiología	Signos tomográficos
Tuberculosis	Dilatación del intestino delgado proximal, se evidencia un aumento de la pared cecal e íleon distal y se observa compromiso de la grasa adjunta. Se visualizan adenopatías con centro hipodenso por la necrosis caseosa. Es común en región ileocecal.

Invaginación	Se expone el signo del “Target” o “Tiro al blanco” y se observa masa en forma de “salchicha” vasos en el interior y tejido adiposo.
Radiación	Existe una estrechez del lumen junto con un engrosamiento mural y una fibrosis mesentérica.
Hemorragia intramural	Principalmente en duodeno o yeyuno. Densidad de la imagen es densa en etapa aguda pero esto dependerá del tiempo de evolución del hematoma.
Linfoma	Existen adenopatías y se observan masas mesentéricas con infiltrado de asas. Se evidencia engrosamiento parietal del intestino, normalmente excéntrico.
Íleo biliar	Se puede observar un cálculo impactado o una fístula colecistoentérica.

Ultrasonido (USG).

La ecografía abdominal es especialmente útil en situaciones donde la exposición a radiación debe evitarse, como en pacientes embarazadas o pediátricos. Es capaz de detectar dilatación de asas, presencia de líquido libre y evaluar signos indirectos de hipovolemia o shock.

Sin embargo, su utilidad depende en gran medida de la experiencia del operador, lo cual puede limitar su rendimiento diagnóstico en algunos contextos.(59)

Point-of-Care Ultrasound (POCUS)

El ultrasonido en el punto de atención (POCUS) está ganando cada vez más popularidad en la práctica clínica, especialmente en la cama del paciente, como herramienta rápida para el diagnóstico de la obstrucción del intestino delgado (SBO), sin la necesidad de exponer al paciente a radiación.

La sensibilidad del POCUS para detectar SBO varía entre el 84 % y el 97.7 %, mientras que su especificidad oscila entre el 84 % y el 100 %.(60)

Los hallazgos clave en el POCUS que sugieren SBO incluyen asas dilatadas del intestino delgado y movimiento anómalo del contenido intraluminal. Aunque los resultados normales en POCUS no descartan por completo la presencia de SBO, estos hallazgos pueden guiar a la necesidad de realizar estudios de imagen adicionales si se considera necesario.(61)

Evaluación Rápida con Sonografía para Trauma (FAST).

La ecografía FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) presenta una sensibilidad del 79% y especificidad del 90% para detectar hemorragia intraabdominal significativa en pacientes con trauma, particularmente útil en casos de fracturas pélvicas graves donde el sangrado activo puede requerir laparotomía urgente. Sin embargo, su aplicación en el contexto de obstrucción intestinal es limitada, ya que, aunque puede identificar líquido libre intraperitoneal (presente en complicaciones como perforación), carece de la precisión necesaria para determinar la etiología, localización exacta o presencia de signos de isquemia intestinal,

donde la tomografía computarizada con contraste sigue siendo el Gold standard diagnóstico (sensibilidad >95%).

Por tanto, mientras el FAST mantiene su valor en la evaluación inicial del trauma abdominal, su utilidad en obstrucción intestinal no mecánica o complicada sigue siendo secundaria, reservándose principalmente para situaciones de inestabilidad hemodinámica donde se requiere una rápida toma de decisiones.(62–64)

Radiografía de Abdomen.

Las proyecciones que se deben tomar son:

El Posicionamiento ideal:

- Bipedestación: Óptima para evaluar niveles hidroaéreos (sensibilidad del 60-70%).
- Decúbito lateral izquierdo (alternativa en pacientes críticos): Detecta hasta 1-2 mL de aire libre (neumoperitoneo).

Proyecciones complementarias:

- Radiografía en supino para valorar distribución de asas.
- Tórax en bipedestación (si se sospecha perforación).

La radiografía abdominal convencional tiene un papel limitado, aunque aún puede ser útil en la identificación de obstrucciones de alto grado, evidenciadas por niveles hidroaéreos y distensión de asas intestinales. No obstante, su sensibilidad ronda apenas el 70%, y su capacidad para detectar complicaciones tempranas como estrangulación o peritonitis es baja, lo que limita su valor en decisiones clínicas críticas.(65)

Tabla: Signos radiológicos en obstrucción intestinal (Elaborado por: Oscar Barrios y Viviana Tumbaco).

Signo radiológico	Descripción	Obstrucción delgada	Obstrucción gruesa
Niveles hidroaéreos	Presencia de aire y líquido en asas intestinales	Sí (típico)	Puede haber
Distensión de asas	Asas dilatadas con aire o líquido	>3 cm delgado	>6 cm colon (<9 cm en ciego)
Signo de pila de monedas	Asas apiladas una sobre otra en plano frontal	Sí	No
Signo de la cuerda	Asas delgadas por espasmo o edema (más en íleo)	A veces	No
Signo de la escalera (step-Ladder)	Asas en diferentes niveles con niveles hidroaéreos progresivos	Sí (más común)	Raro
Ausencia de gas distal	No hay gas en recto ni en segmentos distales	Frecuente	Frecuente
Signo del pico de pájaro	Estrechamiento en forma de pico en colon (colon sigmoide, en vólvulo)	No	Sí (característico)
Signo del grano de café	Imagen típica de vólvulo sigmoideo	No	Sí

Signo radiológico	Descripción	Obstrucción delgada	Obstrucción gruesa
Signo de válvulas conniventes visibles	Pliegues transversales visibles a lo largo del intestino	Sí (delgado)	No
Gas en pared o neumoperitoneo	Complicación por isquemia/perforación	Posible en ambos	Posible en ambos

Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD).

En situaciones de abdomen agudo de diagnóstico incierto, el lavado peritoneal diagnóstico (LPD) se presenta como una herramienta útil para evaluar la necesidad de una laparotomía exploratoria.

Cuando los resultados del LPD son positivos, generalmente se procede a realizar una laparotomía exploratoria, mientras que, si los resultados son negativos, el paciente se somete a un monitoreo estrecho y vigilante.(66)

Este procedimiento puede proporcionar información clave sobre la presencia de sangrado interno o de otras anomalías, permitiendo a los médicos tomar decisiones informadas sobre la intervención quirúrgica o el manejo conservador del paciente.(67)

Estudios de laboratorio.

Los exámenes de laboratorio constituyen una herramienta complementaria en el diagnóstico y monitoreo de la obstrucción intestinal, especialmente cuando los hallazgos clínicos e imagenológicos no son concluyentes:

- Química sérica: Suele mostrar valores normales o levemente alterados; sin embargo, cambios significativos pueden reflejar vómitos persistentes o deshidratación.
- BUN/Creatinina: Elevaciones indican hipovolemia o daño renal prerrenal por deshidratación.
- Hemograma completo: La leucocitosis puede sugerir infección, necrosis o estrangulación intestinal.
- Lactato sérico: Un aumento en los niveles de lactato puede ser indicativo de hipoperfusión tisular o isquemia, lo cual requiere atención quirúrgica inmediata.(68)

La integración de estos hallazgos, junto con la observación clínica estrecha, permite una evaluación más precisa del estado del paciente y guía decisiones terapéuticas oportunas.(68)

Tratamiento de la Obstrucción Intestinal.

- Intervención quirúrgica.

La indicación quirúrgica en la obstrucción intestinal se establece ante el fracaso del manejo conservador (48-72 horas sin mejoría) o la presencia de signos de complicaciones graves como isquemia intestinal (dolor constante, acidosis metabólica con lactato >4 mmol/L, o neumatosis en TC) y perforación (neumoperitoneo, peritonitis).

La obstrucción por neoplasias malignas, vólvulos o hernias estranguladas requiere intervención inmediata, ya que retrasar la cirugía más de 48 horas incrementa la mortalidad del 5% al 25-30%.

El abordaje quirúrgico varía según la etiología: desde adhesiolisis en obstrucciones por bridas hasta resecciones oncológicas o corrección de hernias complicadas, siendo crucial

individualizar cada caso para preservar al máximo la viabilidad intestinal y evitar complicaciones postoperatorias.(69)

Las alternativas quirúrgicas varían en función de la causa subyacente y la gravedad del proceso obstructivo.(69)

- Laparotomía: La laparotomía exploratoria es un procedimiento quirúrgico fundamental que consiste en realizar una incisión amplia en la pared abdominal, generalmente mediante un abordaje medial xifopúbico, permitiendo la visualización directa y la exploración sistemática de los órganos abdominales.

Esta intervención está indicada principalmente en casos de obstrucción intestinal complicada con signos de isquemia o perforación, trauma abdominal grave con hemoperitoneo, o cuando los métodos diagnósticos menos invasivos resultan insuficientes. A diferencia de las técnicas laparoscópicas, la laparotomía ofrece la ventaja de un acceso completo a toda la cavidad abdominal, facilitando la evaluación manual de la viabilidad intestinal, el control inmediato de hemorragias masivas y la realización de procedimientos complejos como resecciones intestinales extensas. Sin embargo, conlleva riesgos significativos, incluyendo infección de la herida quirúrgica (10-20% en casos contaminados) y desarrollo de hernias incisionales (15-30%), lo que ha impulsado el desarrollo de técnicas de cierre reforzado con mallas biosintéticas en pacientes de alto riesgo.(70)

- Laparotomía exploratoria: La laparotomía exploratoria se realiza como procedimiento diagnóstico y terapéutico definitivo en casos donde persiste alta sospecha de patología intraabdominal grave a pesar de evaluaciones exhaustivas con métodos no invasivos. Esta intervención está particularmente indicada cuando los pacientes presentan

deterioro clínico progresivo (como taquicardia refractaria, hipotensión persistente o acidosis láctica inexplicable) junto con hallazgos imagenológicos sugestivos, pero no concluyentes de perforación visceral, isquemia mesentérica o hemorragia intraabdominal oculta.

El procedimiento permite no sólo la identificación directa de la patología subyacente, sino también la implementación inmediata del tratamiento requerido ya sea resección de segmentos intestinales no viables, control de focos hemorrágicos o reparación de perforaciones. Su valor diagnóstico es especialmente relevante en pacientes con abdomen agudo de etiología incierta donde la demora en el tratamiento podría aumentar significativamente la morbimortalidad.(71)

Se indica comúnmente ante un dolor abdominal de inicio agudo y es útil para manejar condiciones como obstrucciones intestinales, peritonitis o hemorragias internas.

Procedimientos como la adherolisis, liberación de adherencias o la resección intestinal pueden ser necesarios, especialmente cuando existe necrosis o perforación.

En el caso de hernias encarceladas o estranguladas, la cirugía de urgencia es imperativa, ya que la viabilidad del intestino comprometido puede verse gravemente afectada en poco tiempo. Por otro lado, cuando una obstrucción intestinal secundaria a hernia se resuelve espontáneamente tras la reducción, se recomienda una reparación herniaria electiva posterior para evitar recurrencias.(69)

En pacientes seleccionados con obstrucción intestinal simple debida a adherencias (ASBO no complicada), el abordaje laparoscópico representa una alternativa viable.

Esta técnica mínimamente invasiva no solo permite una recuperación más rápida, sino que también podría disminuir la formación de nuevas adherencias, reduciendo así el riesgo de recurrencias futuras.(72)

Intervención no quirúrgica.

El tratamiento no operatorio representa una estrategia terapéutica válida y frecuentemente eficaz en pacientes con obstrucción intestinal parcial, siempre que se mantengan clínicamente estables y sin signos de compromiso vascular o peritonitis. Esta modalidad ha demostrado tasas de éxito que oscilan entre el 40% y el 70%, según diferentes series clínicas.(73)

Los pilares del manejo conservador incluyen la suspensión transitoria de la vía oral (estado NPO), descompresión mediante sonda nasogástrica o de mayor longitud, y el soporte con fluidoterapia intravenosa y corrección de desequilibrios hidroelectrolíticos.

Estas medidas permiten aliviar la presión intraluminal, reducir el edema de la pared intestinal y dar tiempo a que se resuelva espontáneamente el cuadro obstructivo.

En muchos casos, la resolución clínica ocurre dentro de las primeras 24 a 48 horas de iniciado el tratamiento.(74)

Sin embargo, cuando no se observa mejoría en ese intervalo o si se evidencia un empeoramiento del estado general del paciente, aumenta el riesgo de complicaciones graves, como la isquemia intestinal o la perforación, lo que justifica una evaluación quirúrgica inmediata.(74)

Es fundamental reconocer las contraindicaciones absolutas para el manejo no operatorio, las cuales incluyen la presencia de signos clínicos de peritonitis, estrangulación intestinal o isquemia. Estos cuadros constituyen verdaderas urgencias quirúrgicas y requieren intervención inmediata para evitar la progresión hacia un desenlace fatal.(75)

Barreras antiadherentes.

La formación de adherencias peritoneales es una de las principales causas de obstrucción intestinal postoperatoria, especialmente tras intervenciones abdominales.(76)

Con el objetivo de minimizar este riesgo, se ha autorizado el empleo de barreras antiadherentes como la icodextrina al 4%, aprobada por la FDA.

Este agente se administra en la cavidad peritoneal al finalizar una cirugía laparoscópica, actuando como una solución iso-osmótica que separa temporalmente las superficies peritoneales lesionadas, favoreciendo una cicatrización sin contacto directo entre tejidos adyacentes.(77)

La eficacia de estas barreras ha sido respaldada en diversos estudios, donde se ha observado una menor incidencia de adherencias en procedimientos quirúrgicos evaluados posteriormente. Su uso cobra especial relevancia en pacientes jóvenes, quienes presentan un mayor riesgo acumulativo de recurrencias de obstrucción intestinal a lo largo de su vida.

En este grupo, las barreras antiadherentes no solo cumplen una función preventiva, sino también terapéutica al disminuir la necesidad de futuras reintervenciones quirúrgicas por adherencias.

La decisión de utilizar estos dispositivos debe integrarse dentro de una estrategia quirúrgica individualizada, considerando factores como el tipo de cirugía, el estado del peritoneo, y el perfil de riesgo del paciente.(78)

Enfoque multidisciplinario.

El cuidado eficaz de los pacientes sometidos a tratamiento por obstrucción intestinal ya sea mediante abordaje quirúrgico o manejo conservador, requiere de un enfoque integral y multidisciplinario que no solo contemple el control sintomático y la prevención de complicaciones, sino que también incorpore el apoyo emocional y la educación del paciente como pilares fundamentales del proceso terapéutico.(79)

La colaboración estrecha entre los distintos profesionales de la salud, cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería, nutricionistas y otros especialistas, es esencial para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente a lo largo de todas las etapas del tratamiento.

Esta sinergia favorece una atención coordinada, adaptable a las necesidades individuales de cada caso, y promueve una toma de decisiones clínica más precisa y empática.(79)

Las evaluaciones clínicas regulares, el monitoreo constante y la comunicación efectiva entre el equipo de salud y el paciente son factores determinantes para lograr una recuperación óptima luego de una laparotomía exploratoria y sus posibles complicaciones, como la obstrucción intestinal.(79)

En este sentido, empoderar al paciente mediante información clara y comprensible sobre su condición y tratamiento contribuye significativamente a su recuperación activa y sostenida.(79)

Complicaciones.

- La obstrucción intestinal no resuelta puede desencadenar complicaciones graves con elevada mortalidad.
- Perforación intestinal: La perforación intestinal se produce cuando la presión intraluminal supera los 20 mmHg, generando isquemia parietal y posterior extravasación de contenido entérico, lo que desencadena una peritonitis fecaloide con una mortalidad reportada del 30-50%.(80)
- Sepsis: Este cuadro frecuentemente progresa a sepsis abdominal, caracterizada por translocación bacteriana masiva y respuesta inflamatoria sistémica, requiriendo antibioticoterapia empírica inmediata y control quirúrgico de la fuente en menos de 6 horas.(81)

- **Necrosis Intestinal:** La necrosis intestinal, identificable mediante hallazgos tomográficos como neumatosis parietal o engrosamiento mayor a 3 mm, exige resección quirúrgica urgente. Sin embargo, las resecciones extensas (mayores a 50 cm) conllevan un riesgo significativo de síndrome de intestino corto.(82)

El pronóstico depende críticamente del tiempo de evolución: mientras las obstrucciones simples tratadas precozmente presentan una supervivencia superior al 95%, los casos con isquemia establecida muestran una mortalidad del 40-60%.(83)

Pronostico.

El pronóstico de la obstrucción intestinal está determinado por tres factores clave: la causa subyacente, el tiempo de evolución y las condiciones basales del paciente.

Las obstrucciones malignas presentan una mortalidad significativamente mayor (35-60%) comparadas con las benignas (2-8%), especialmente cuando cursan con complicaciones como perforación o isquemia.

El tiempo de evolución es crítico, observándose que las intervenciones realizadas en las primeras 24 horas tienen una mortalidad del 5%, la cual se incrementa al 25-30% cuando el tratamiento se demora más de 72 horas.

Las comorbilidades del paciente, particularmente en mayores de 70 años o con índices de fragilidad elevados, multiplican el riesgo de complicaciones postoperatorias.

Estudios recientes destacan que la implementación de protocolos de atención temprana que incluyen tomografía computarizada rápida y cirugía inmediata en casos complicados pueden reducir la mortalidad global hasta en un 40%.(84)

El intervalo diagnóstico-terapéutico es particularmente crucial, ya que la mortalidad se incrementa del 5% en las primeras 24 horas hasta el 25-30% cuando el tratamiento se demora más de 72 horas.(85)

Pacientes con comorbilidades significativas (índice de Charlson ≥ 3) tienen un riesgo tres veces mayor de complicaciones postoperatorias graves.(86)

La isquemia intestinal constituye el factor pronóstico más ominoso, asociándose con mortalidades del 40-60% según extensión del compromiso vascular.(87)

Actualmente, el uso de algoritmos predictivos que combinan marcadores séricos (lactato >4 mmol/L), hallazgos radiológicos (signos de isquemia en TC) y parámetros clínicos (inestabilidad hemodinámica) permite identificar precozmente los casos de alto riesgo.(88)

La implementación de protocolos multidisciplinarios que incluyen cirugía temprana, manejo intensivo y técnicas de imagen avanzada ha demostrado reducir la mortalidad global en un 30-40% en series recientes.(89)

CAPITULO III

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio:

- Según la intervención del investigador: Observacional
- Según la planificación de la toma de datos: Retrospectivo.
- Según el número de mediciones de la variable analítica: Transversal.
- Según el número de variables analíticas: Analítico, Observacional.

Población

Todos los pacientes con obstrucción intestinal, intervenidos por laparotomía exploratoria durante el período de mayo 2022 a mayo 2024 en el Hospital IESS Ceibos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos por obstrucción intestinal, sometidos a laparotomía exploratoria.
- Pacientes de cualquier sexo.
- Pacientes Mayores de 18 años hasta los 97 años.
- Pacientes atendidos dentro del hospital IESS Ceibos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que llegan fallecidos a la institución.
- Pacientes con enfermedades autoinmunes.
- Pacientes pediátricos.

- Pacientes no atendidos en la institución.

Procedimiento para la recolección de la información:

Filtrado de base de datos que cuenta con 2771 pacientes aprobada y facilitada por el hospital General IESS Ceibos de la cual se tomaron 1921 pacientes que entran en los criterios de inclusión y exclusión, con estos pacientes filtrados se realiza revisión de historias clínicas.

Instrumento:

Se usó una matriz en formato Excel para la recolección de la información de las historias clínicas del Hospital IESS Ceibos.

3.1.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición	Indicador	Escala
Causas de Obstrucción Intestinal	Motivo por el cual se presenta la Obstrucción Intestinal que se resuelve con Laparotomía exploratoria	Diagnósticos de acuerdo con codificación CIE:10	Tipo Cualitativo
Edad	Tiempo de vida en años de las personas	Edad en años recabada del sistema MIS	Tipo Cuantitativo
Sexo	Definición de acuerdo con su perspectiva de género permitida en Ecuador	Identificación recabada del del sistema MIS	Tipo Cualitativo

Grupo etareo	Agrupación de personas de acuerdo con sus rangos de edad	Grupo de edad al momento del procedimiento quirúrgico	Tipo Cualitativo
Residencia de origen	Lugar de procedencia de las personas	Información recabada del del sistema MIS	Tipo Cualitativo

INTERVENCIÓN.

Posterior a la aprobación por parte del Departamento de Titulación de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, se incluyen pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Se procedió a realizar un análisis aleatorio simple, retrospectivo de datos de la historia clínica, con la finalidad de determinar las causas más frecuentes de obstrucción intestinal resueltas con laparotomía exploratoria en pacientes atendidos en el Hospital General IESS Ceibos.

3.2 ANÁLISIS Y RESULTADOS

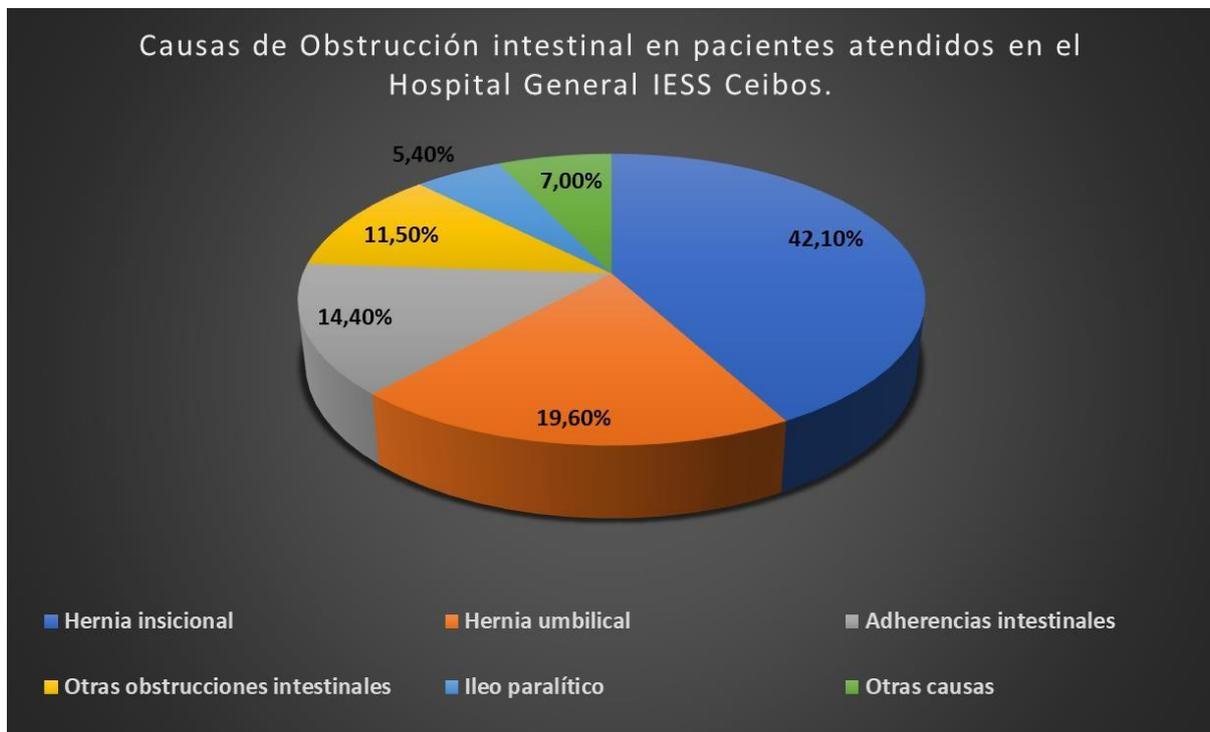
Tabla 1: Principales causas de Obstrucción intestinal en pacientes atendidos en el Hospital General IESS Ceibos, periodo mayo 2022 a mayo 2024.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adherencias intestinales (Bridas)	276	14,4	14,4
Cálculo de conducto biliar con colangitis	1	0,1	14,5
Cuerpo extraño en el intestino delgado	6	0,3	14,8
Hernia abdominal, con obstrucción sin gangrena	6	0,3	15,1
Hernia insicional, con obstrucción sin gangrena	811	42,1	57,2
Hernia umbilical, con obstrucción sin gangrena	378	19,6	76,8
Ileo paralítico	103	5,4	82,2
Ileo no especificado	24	1,3	83,5
Megacolon	5	0,3	83,8
Obstrucción intestinal postoperatoria	5	0,3	84,1
Otras hernias de la cavidad abdominal	15	0,8	84,9
Otras obstrucciones intestinales	221	11,5	96,4
Vólvulo	70	3,6	100
Total	1921	100	

(Autores: Tumbaco Yagual Viviana Denisse. - Barrios Farias Oscar Oswaldo).

Descripción: Se describe que de un total de 1921 pacientes atendidos en el Hospital General IESS Ceibos en el periodo mayo 2022 a mayo 2024 que se realizaron laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal la causa principal fue la hernia insicional con un 42.1%, seguido de hernia umbilical con un 19.6%, en tercer lugar, por adherencias intestinales con obstrucción con 14.4%.

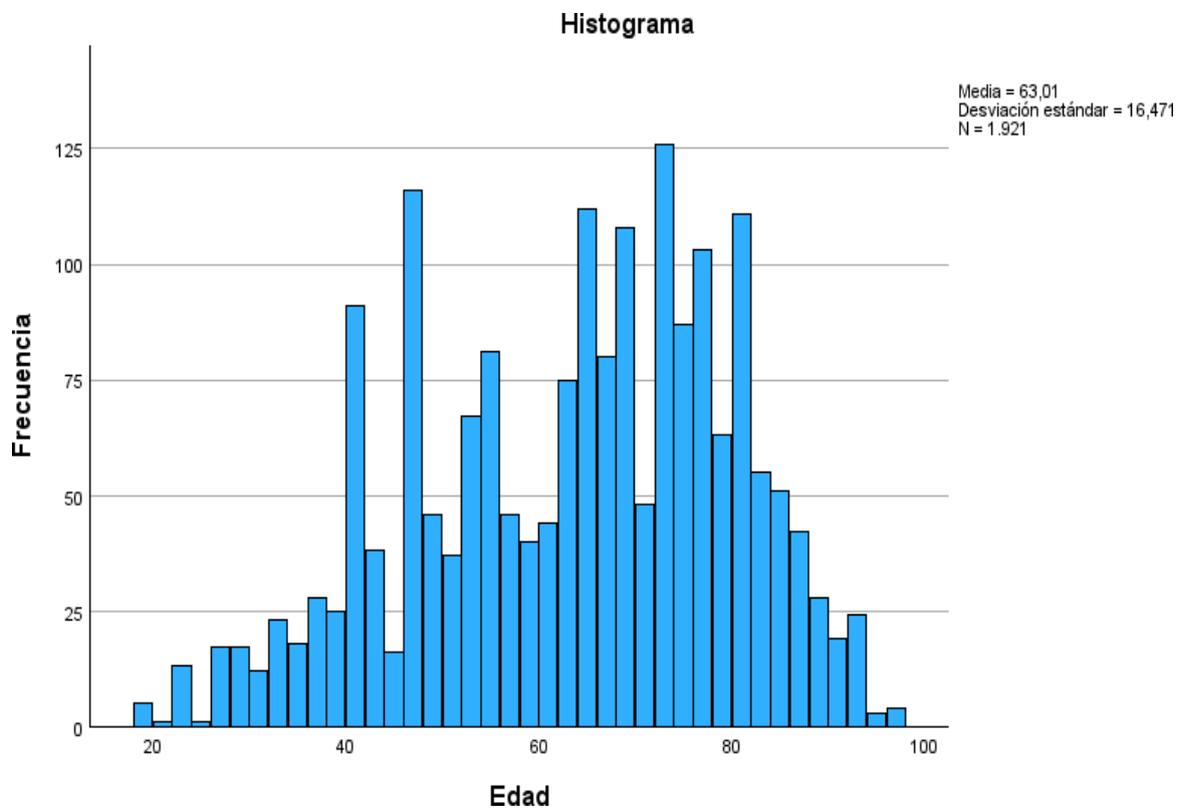
Gráfico 1: Principales causas de Obstrucción intestinal en pacientes atendidos en el Hospital General IESS Ceibos, periodo mayo 2022 a mayo 2024.



(Autores: Tumbaco Yagual Viviana Denisse. - Barrios Farias Oscar Oswaldo).

Descripción: Se detalla que la causa principal es la hernia insicional con un 42.1%, seguido de hernia umbilical con un 19.6%, en tercer lugar, por adherencias intestinales con obstrucción con 14.4%, la siguiente causa es obstrucciones intestinales con un 11,5%. La quinta complicación es íleo paralítico con un 5.4%, Otras causas 7%.

Histograma 1: Edad más frecuente de pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital General IESS Ceibos, periodo mayo 2022 a mayo 2024.



(Autores: Tumbaco Yagual Viviana Denisse. - Barrios Farías Oscar Oswaldo).

Descripción: La Moda en nuestro estudio es de 77 años de edad con 125 casos reportados, seguido de 49 años con un total de 110 casos, con una media de 63.01, y desviación estándar de 16.47.

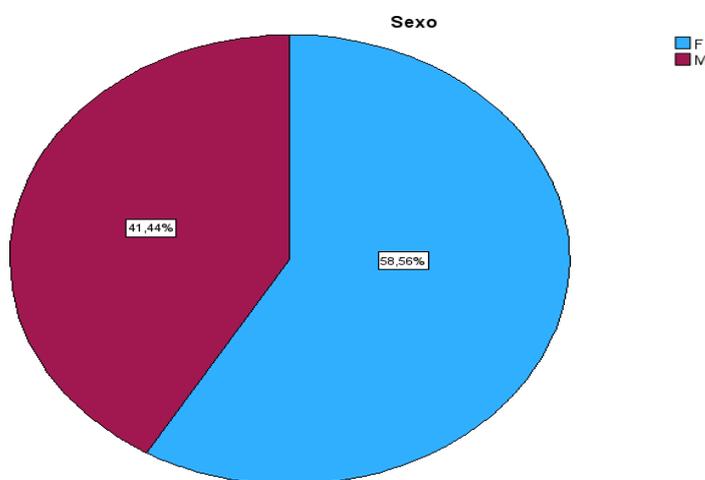
Tabla 2: Porcentaje de la distribución del sexo de pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital General IESS Ceibos, periodo mayo 2022 a mayo 2024.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	F	1125	58,6
	M	796	41,4
	Total	1921	100,0

(Autores: Tumbaco Yagual Viviana Denisse. - Barrios Farias Oscar Oswaldo).

Descripción: El porcentaje de distribución por sexo es que, del total de 1921 casos, el 58.6% es de sexo femenino, y el 41.4% son de sexo masculino.

Gráfico 2: Porcentaje de la distribución del sexo de pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital General IESS Ceibos, periodo mayo 2022 a mayo 2024.



(Autores: Tumbaco Yagual Viviana Denisse. - Barrios Farias Oscar Oswaldo).

Descripción: La descripción del sexo de los pacientes atendidos en el Hospital IESS Ceibos que fueron intervenidos por laparotomía exploratoria por obstrucción intestinal, del total de 1921 casos, el 58.6% es de sexo femenino, y el 41.4% son de sexo masculino.

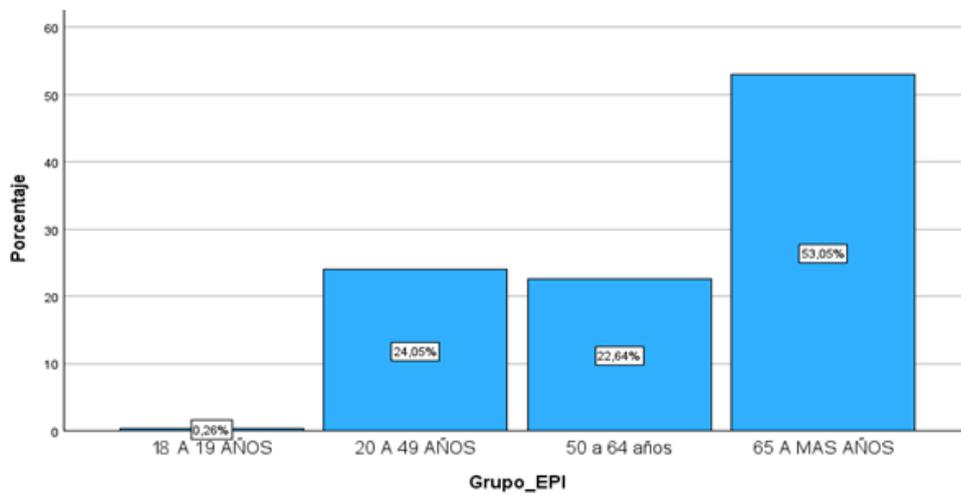
Tabla 3: Distribución por grupo etareo de pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital General IESS Ceibos, periodo mayo 2022 a mayo 2024.

Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18 A 19 AÑOS	5	0,3	0,3	0,3
20 A 49 AÑOS	462	24,0	24,0	24,3
50 A 64 AÑOS	435	22,6	22,6	47,0
65 A MÁS AÑOS	1019	53,0	53,0	100,0
Total	1921	100,0	100,0	

(Autores: Tumbaco Yagual Viviana Denisse. - Barrios Farias Oscar Oswaldo).

Descripción: El grupo etario más frecuente en este grupo de estudio, predomina el grupo de 65 años y más con un total de 53%, el grupo de 20 a 29 años con un total de 24%, el grupo de 50 a 64 años con un total de 22.6%, y el grupo de mayores de 18 años con un total del 0.3%.

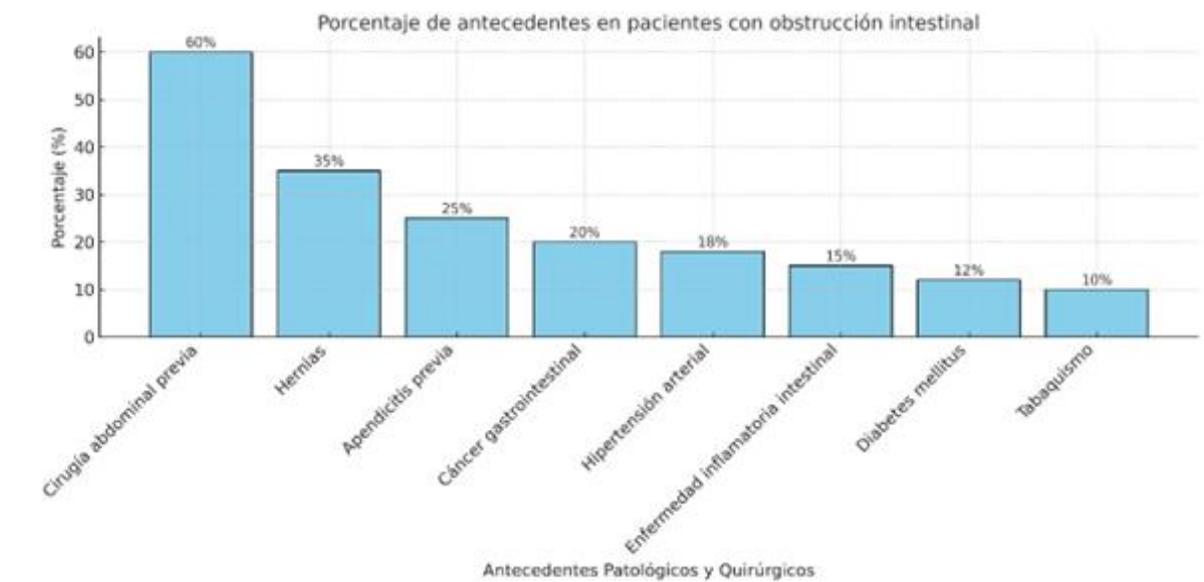
Gráfico 3: Distribución por grupo etario de pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital General IESS Ceibos, periodo mayo 2022 a mayo 2024.



(Autores: Tumbaco Yagual Viviana Denisse. - Barrios Farias Oscar Oswaldo).

Descripción: El grupo etario más frecuente en este grupo de estudio, predomina el grupo de 65 años y más con un total de 53%, el grupo de 20 a 29 años con un total de 24%, el grupo de 50 a 64 años con un total de 22.6%, y el grupo de 18 a 19 años con un total del 0.3%.

Gráfico 4: Se detalla gráfico, donde se observa antecedentes patológicos personales de los pacientes con obstrucción intestinal.

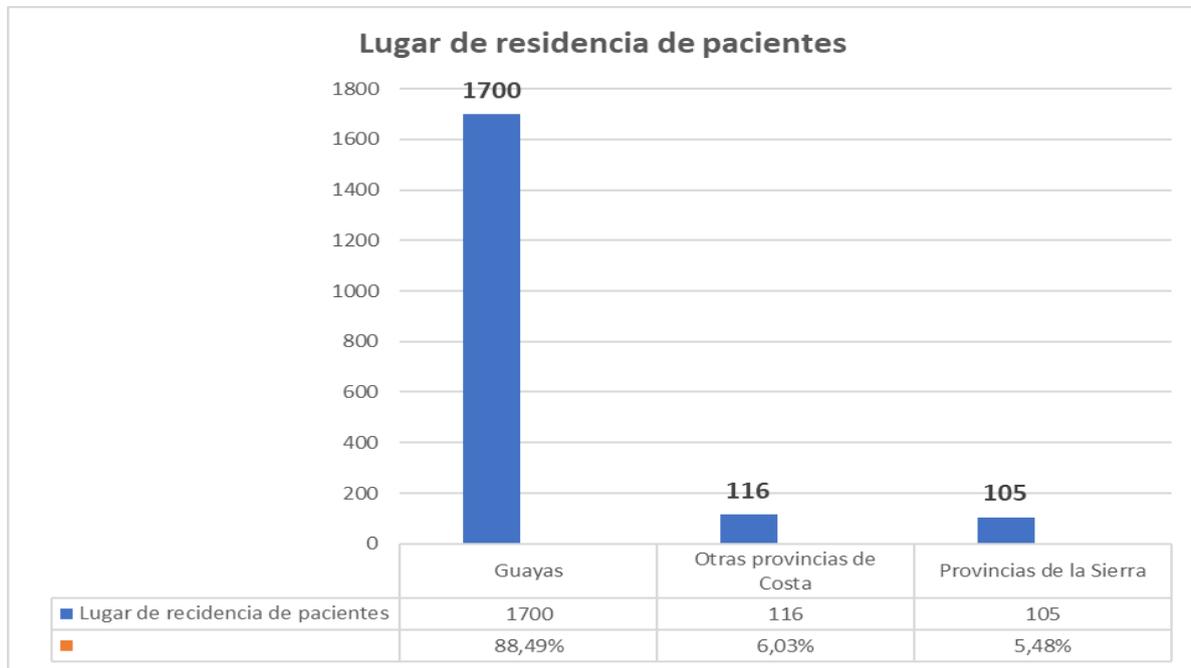


(Autores: Tumbaco Yagual Viviana Denisse. - Barrios Farias Oscar Oswaldo).

Análisis: Se detalla que de un total de 1921 pacientes el 38.5% tienen un antecedente de relevancia, esto representa que 740 pacientes que tuvieron obstrucción intestinal tienen antecedentes.

El 60% de estos pacientes tuvieron cirugías previas el cual lo describen en la historia clínica como antecedente quirúrgico, el 35% tuvieron hernias, el 25% fueron ingresados por apendicitis, y un 20% un tipo de cáncer de estómago. El antecedente clínico de relevancia fue la hipertensión arterial con un 18% seguida de la enfermedad inflamatoria intestinal con un 15% y la diabetes con un 12%, por último como factor de riesgo tenemos que un 10% fumaban.

Gráfico 5: Se detalla gráfico, donde se observa lugar de residencia de pacientes que llegan con obstrucción intestinal.



(Autores: Tumbaco Yagual Viviana Denisse. - Barrios Farias Oscar Oswaldo).

Análisis: Se detalla que de un total de 1921 pacientes el 88.5% son pacientes de la provincia del Guayas exclusivamente, a pesar de esto debido a los pocos hospitales a nivel Nacional se evidencia un 11,5% de pacientes que son de otras provincias del Ecuador.

DISCUSIÓN

Al comparar estos resultados con estudios previos, se observa una inconsistencia en la preponderancia de la hernia insicional como causa principal que nos llevan a una obstrucción intestinal. Otras investigaciones reportan tasas de hernias en general que oscilan entre el 10% y 25%, dependiendo de factores como el tipo de cirugía, las técnicas de cierre y las características del paciente. En nuestro contexto, el valor de 42.1% está en el rango superior, lo que podría deberse a diferencias en las técnicas quirúrgicas utilizadas o deficiencia de los cuidados Postoperatorios tardíos.

En cuanto a las adherencias intestinales, otros estudios la reportan como principal causa de obstrucción intestinal con tasas más altas (60-80%), a pesar de esto nuestro estudio reportó un 14,4% lo que podría sugerir que el manejo quirúrgico en el Hospital General IESS Ceibos es eficaz en minimizar esta alteración. Además, estudios recientes destacan la utilidad de las técnicas laparoscópicas y dispositivos médicos para reducir la incidencia de adherencias, lo que podría ser un área por explorar en este centro motivo por el cual se refleja esta disminución en la incidencia, la cual puede tener relación directa al aumento de las eventraciones y las reintervenciones a corto plazo que no permiten hasta el corte del estudio las complicaciones a largo plazo de estos pacientes.

Entre los antecedentes patológicos clínicos o quirúrgicos tenemos como principal las cirugías abdominales previas con un porcentaje del 60% entre las cuales tenemos apendicitis y otras hernias lo cual tiene relación directa con las hernias incisionales y las adherencias. Estos pacientes con antecedentes quirúrgicos previos a su Obstrucción intestinal realizaron sus cirugías un 90% en el Hospital General IESS Ceibos, reforzando el comentario del aumento de hernias incisionales en relación con el manejo Postquirúrgico de los pacientes intervenidos en esta casa de salud.

Finalmente, la distribución etaria y por sexo también se alinea con patrones previamente reportados, donde los adultos mayores y las mujeres presentan mayor riesgo de complicaciones. Sin embargo, la proporción elevada de mujeres (58.6%) podría estar influenciada por diferencias demográficas locales o patrones de acceso al sistema de salud.

CONCLUSIONES

Una vez analizados los datos de este estudio presentado mediante los gráficos anteriormente explicados en relación con las causas más comunes de obstrucción intestinal en el Hospital General IESS Ceibos durante el período de mayo de 2022 a mayo de 2024, llegamos a determinar los siguientes:

La hernia insicional con un (42.1%) fue la causa más frecuente dentro de este estudio, realizando una comparativa con la literatura actual considera que las hernias son de las primeras causas de obstrucción intestinal; ya que la primera causa son las adherencias; vincula esta complicación con la manipulación quirúrgica extensa y factores de riesgo como la obesidad y la debilidad de la pared abdominal. Considerando la prevalencia elevada se debe considerar la necesidad de implementar protocolos mejor estructurados o técnicas quirúrgicas avanzadas que disminuyan las complicaciones posteriores y mantener un manejo postoperatorio optimizado.

La segunda causa más común con un (19.6%) fue la hernia umbilical, puede asociarse a factores intrínsecos de la anatomía del paciente o defectos cicatriciales, sumando las dos causas principales suman un poco más del 60 % por tal motivo se debe analizar y verificar el protocolo quirúrgico y la técnica utilizada en estas intervenciones relacionadas a hernias.

Las adherencias intestinales con obstrucción (14.4%) también son una causa importante de morbilidad postoperatoria, subrayando la importancia del uso de barreras antiadherencias o

técnicas menos invasivas, destacando que de acuerdo a la literatura esta es la principal causa de obstrucción intestinal a nivel mundial, podemos determinar que el manejo postquirúrgico en estos pacientes es el adecuado o aún no se ven reflejadas las complicaciones a largo plazo de estos pacientes.

La edad promedio de los pacientes fue de 63.01 años, con un predominio en edades avanzadas (grupo etario ≥ 65 años, 53%). Esto refleja la mayor susceptibilidad de las personas mayores a complicaciones postoperatorias debido a comorbilidades y procesos de envejecimiento. Por otro lado, la distribución por sexo mostró un predominio femenino (58.6%), lo que podría estar relacionado con diferencias en los factores de riesgo anatómicos, hormonales o patrones de consulta médica.

El antecedente de relevancia más importante fueron las cirugías previas que pueden ser desencadenantes de obstrucción intestinal mecánica esto explicaría porque las hernias incisionales fueron la causa principal.

El 89% de los pacientes atendidos pertenecen a la provincia del Guayas, el 11% restante a otras provincias tanto de Costa como de Sierra, se debería estudiar más sobre la repercusión de la distancia y la movilidad de los pacientes en su postquirúrgico mediato.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer la capacitación quirúrgica: Implementar programas de formación avanzada para el personal quirúrgico en técnicas de cierre abdominal y prevención de complicaciones.
- Uso de tecnologías innovadoras: Incorporar mallas biocompatibles y barreras anti adherencias para reducir la incidencia de hernias y adherencias intestinales.
- Promover cirugías menos invasivas: Evaluar la viabilidad de la laparoscopia en casos de obstrucción intestinal para minimizar el trauma quirúrgico.
- Desarrollar protocolos personalizados: Diseñar planes de manejo postoperatorio adaptados a pacientes mayores y aquellos con comorbilidades significativas.
- Realizar auditorías periódicas: Establecer sistemas de evaluación continua para monitorizar las complicaciones y ajustar los protocolos clínicos según los resultados obtenidos.
- Fomentar la investigación multicéntrica: Colaborar con otros centros para ampliar el conocimiento sobre complicaciones y estrategias de manejo en distintos contextos clínicos.

BIBLIOGRAFIA.

1. Obstrucción intestinal: una revisión narrativa para todos los médicos - PubMed [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31168315/>
2. dartigas. Obstrucción intestinal [Internet]. Manuales Clínicos. 2020 [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/cirugia/obstruccion-intestinal/>
3. Ali AM, Mohamed YG, Mohamed AN, Güler İ. Etiology, Clinical Manifestations, and Imaging Evaluation of Intestinal Obstruction in Adults at Tertiary Hospital in Mogadishu, Somalia: A Retrospective Study. *Int J Gen Med.* el 26 de noviembre de 2024;17:5563–72.
4. Schein M, Sajja SBS. Early Postoperative Small Bowel Obstruction. *Seminars in Colon and Rectal Surgery.* el 1 de diciembre de 2005;16(4):228–34.
5. Merck Manual Professional Edition [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Intestinal Obstruction - Gastrointestinal Disorders. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/acute-abdomen-and-surgical-gastroenterology/intestinal-obstruction>
6. Cleveland Clinic [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Laparotomy: What It Is, Uses, Surgery, Recovery & Scarring. Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/24767-laparotomy>
7. Aka AA, Wright JP, DeBeche-Adams T. Small Bowel Obstruction. *Clin Colon Rectal Surg.* julio de 2021;34(4):219–26.
8. Laparotomía exploratoria: qué esperar en casa [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://myhealth.alberta.ca:443/Health/aftercareinformation/pages/conditions.aspx?hwid=acn6943>
9. Alexander LF, Hanna TN, LeGout JD, Roda MS, Cernigliaro JG, Mittal PK, et al. Multidetector CT Findings in the Abdomen and Pelvis after Damage Control Surgery for Acute Traumatic Injuries. *RadioGraphics.* julio de 2019;39(4):1183–202.
10. Obstrucción intestinal - Causas - Manejo - TeachMeSurgery [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://teachmesurgery.com/general/presentations/bowel-obstruction/>
11. Buchanan L, Tuma F. Postoperative Ileus. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560780/>

12. Obstrucción del intestino delgado | Gastroenterología | JAMA | Red JAMA [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2681748>
13. Seth A, Padda I, Chaudhry R. A rare complication of secondary pneumothorax following exploratory laparotomy for a small bowel obstruction: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. el 1 de enero de 2023;102:107825.
14. Fevang BT, Fevang J, Stangeland L, Søreide O, Svanes K, Viste A. Complications and Death After Surgical Treatment of Small Bowel Obstruction. *Ann Surg*. abril de 2000;231(4):529–37.
15. Schein M, Sajja SBS. Early Postoperative Small Bowel Obstruction. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*. el 1 de diciembre de 2005;16(4):228–34.
16. Laparotomy: What It Is, Uses, Surgery, Recovery & Scarring [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/24767-laparotomy>
17. Aka AA, Wright JP, DeBeche-Adams T. Small Bowel Obstruction. *Clin Colon Rectal Surg*. julio de 2021;34(4):219–26.
18. Laparotomía exploratoria: qué esperar en casa [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://myhealth.alberta.ca:443/Health/aftercareinformation/pages/conditions.aspx?hwid=acn6943>
19. Laparotomía exploratoria: qué esperar en casa [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://myhealth.alberta.ca:443/Health/aftercareinformation/pages/conditions.aspx?hwid=acn6943>
20. Merck Manual Professional Edition [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Intestinal Obstruction - Gastrointestinal Disorders. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/acute-abdomen-and-surgical-gastroenterology/intestinal-obstruction>
21. Cleveland Clinic [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Laparotomy: What It Is, Uses, Surgery, Recovery & Scarring. Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/24767-laparotomy>
22. Aka AA, Wright JP, DeBeche-Adams T. Small Bowel Obstruction. *Clin Colon Rectal Surg*. julio de 2021;34(4):219–26.
23. Alexander LF, Hanna TN, LeGout JD, Roda MS, Cernigliaro JG, Mittal PK, et al. Multidetector CT Findings in the Abdomen and Pelvis after Damage Control Surgery for Acute Traumatic Injuries. *RadioGraphics*. julio de 2019;39(4):1183–202.

24. Cleveland Clinic [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Laparotomy: What It Is, Uses, Surgery, Recovery & Scarring. Disponible en:
<https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/24767-laparotomy>
25. Laparoscopic Adhesiolysis: Background, Indications, Contraindications. el 23 de septiembre de 2024 [citado el 15 de abril de 2025]; Disponible en:
<https://emedicine.medscape.com/article/1829759-overview?form=fpf>
26. Influencia del tiempo en el riesgo de resección intestinal en la obstrucción completa del intestino delgado - PubMed [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16310687/>
27. Albutt K. Exploratory Laparotomy for Bowel Obstruction with Primary Repair of Two Diaphragmatic Hernias. JOMI [Internet]. el 7 de marzo de 2024 [citado el 15 de abril de 2025];2024(2). Disponible en: <https://jomi.com/article/359/exploratory-laparotomy-for-bowel-obstruction-with-primary-repair-of-two-diaphragmatic-hernias>
28. Influencia del tiempo en el riesgo de resección intestinal en la obstrucción completa del intestino delgado - PubMed [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16310687/>
29. Ong AW, Myers SR. Early postoperative small bowel obstruction: A review. The American Journal of Surgery. el 1 de marzo de 2020;219(3):535–9.
30. Buchanan L, Tuma F. Postoperative Ileus. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560780/>
31. Diagnóstico diferencial del íleo postoperatorio [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2242141-differential>
32. Effect of Laparoscopy on the Risk of Small-Bowel Obstruction: A Population-Based Register Study | Gastrointestinal Surgery | JAMA Surgery | JAMA Network [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1151009>
33. Cleveland Clinic [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Bowel Obstruction: Signs & Symptoms, Causes, Treatment. Disponible en:
<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/bowel-obstruction>
34. Obstrucción intestinal - Causas - Manejo - TeachMeSurgery [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://teachmesurgery.com/general/presentations/bowel-obstruction/>
35. Kang WS, Park YC, Jo YG, Kim JC. Early postoperative small bowel obstruction after laparotomy for trauma: incidence and risk factors. Ann Surg Treat Res. febrero de 2018;94(2):94–101.

36. Griffiths S, Glancy DG. Intestinal obstruction. *Surgery (Oxford)*. el 1 de enero de 2023;41(1):47–54.
37. Obstrucción intestinal - Causas - Manejo - TeachMeSurgery [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://teachmesurgery.com/general/presentations/bowel-obstruction/>
38. Efecto de la laparoscopia en el riesgo de obstrucción del intestino delgado: un estudio de registro basado en la población | Cirugía Gastrointestinal | Cirugía JAMA | Red JAMA [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1151009>
39. Efecto de la laparoscopia en el riesgo de obstrucción del intestino delgado: un estudio de registro basado en la población | Cirugía Gastrointestinal | Cirugía JAMA | Red JAMA [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1151009>
40. Abdominal tuberculosis - PubMed [Internet]. [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15520484/>
41. Human Actinomycosis: Report of a Rare Case of Disseminated Actinomycosis Presenting as Varicosities and Deep Vein Thrombosis [Internet]. [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubs.sciepub.com/ajidm/6/3/1/index.html>
42. Yersinia enterocolitica: overview and epidemiologic correlates - PubMed [Internet]. [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10602666/>
43. Soil-transmitted helminth infections: updating the global picture - PubMed [Internet]. [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14642761/>
44. Parry CM, Hien TT, Dougan G, White NJ, Farrar JJ. Typhoid fever. *N Engl J Med*. el 28 de noviembre de 2002;347(22):1770–82.
45. Luckey A, Livingston E, Taché Y. Mechanisms and Treatment of Postoperative Ileus. *Archives of Surgery*. el 1 de febrero de 2003;138(2):206–14.
46. Influencia del tiempo en el riesgo de resección intestinal en la obstrucción completa del intestino delgado - PubMed [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16310687/>
47. Efecto de la laparoscopia en el riesgo de obstrucción del intestino delgado: un estudio de registro basado en la población | Cirugía Gastrointestinal | Cirugía JAMA | Red JAMA [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1151009>

48. Influencia del tiempo en el riesgo de resección intestinal en la obstrucción completa del intestino delgado - PubMed [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16310687/>
49. Mecanismos y tratamiento del íleo postoperatorio | Gastroenterología | Cirugía JAMA | Red JAMA [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/394327>
50. Diagnóstico diferencial del íleo postoperatorio [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2242141-differential>
51. Mechanisms and Treatment of Postoperative Ileus | Gastroenterology | JAMA Surgery | JAMA Network [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/394327>
52. Mecanismos y tratamiento del íleo postoperatorio | Gastroenterología | Cirugía JAMA | Red JAMA [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/394327>
53. Obstrucción intestinal - Trastornos gastrointestinales - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADa-quir%C3%BArgica/obstrucci%C3%B3n-intestinal>
54. Etiology and Management of Small Bowel Obstruction with Special Reference to Role of Laparoscopy—A Single Centre Experience [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=91666>
55. Diagnóstico diferencial del íleo postoperatorio [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2242141-differential>
56. Bowel obstruction in adults - causes and symptoms | healthdirect [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.healthdirect.gov.au/bowel-obstruction>
57. Registro en Medscape [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2242141-differential?form=fpf>
58. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group | World Journal of Emergency Surgery | Full Text [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-018-0185-2>
59. Obstrucción intestinal en adultos: causas y síntomas | HealthDirect [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.healthdirect.gov.au/bowel-obstruction>
60. Ong AW, Myers SR. Early postoperative small bowel obstruction: A review. The American Journal of Surgery. el 1 de marzo de 2020;219(3):535–9.

61. Laparotomía exploratoria | Sistema de Salud de San Lucas [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.saintlukeskc.org/health-library/exploratory-laparotomy>
62. Laparotomy | Better Health Channel [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/laparotomy>
63. Buchanan L, Tuma F. Postoperative Ileus. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560780/>
64. Laparotomía exploratoria: usos, procedimiento, recuperación, complicaciones [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.healthline.com/health/exploratory-laparotomy-why-its-done-what-to-expect>
65. Diagnóstico diferencial del íleo postoperatorio [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/2242141-differential>
66. Laparotomy | Better Health Channel [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/laparotomy>
67. Fevang BT, Fevang J, Stangeland L, Søreide O, Svanes K, Viste A. Complications and Death After Surgical Treatment of Small Bowel Obstruction. *Ann Surg.* abril de 2000;231(4):529–37.
68. Seth A, Padda I, Chaudhry R. A rare complication of secondary pneumothorax following exploratory laparotomy for a small bowel obstruction: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports.* el 1 de enero de 2023;102:107825.
69. Etiología y tratamiento de la obstrucción del intestino delgado con especial referencia a la función de la laparoscopia: una experiencia de un solo centro [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=91666>
70. Diseases of the Colon & Rectum [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: https://journals.lww.com/dcrjournal/abstract/2002/45090/early_postoperative_small_bowel_obstruction_a.10.aspx
71. [touchsurgery.com/simulations/laparotomy-for-release-of-abdominal-adhesions](https://www.touchsurgery.com/simulations/laparotomy-for-release-of-abdominal-adhesions) [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.touchsurgery.com/simulations/laparotomy-for-release-of-abdominal-adhesions>
72. Small Bowel Obstruction Nursing Diagnosis & Care Plan: Assessment & Interventions [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://simplenursing.com/small-bowel-obstruction-nursing-care-plan/>

73. Risk factors for small bowel obstruction after open rectal cancer resection | BMC Surgery | Full Text [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://bmcsurg.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12893-021-01072-y>
74. Early postoperative small-bowel obstruction: a prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations - PubMed [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12352239/>
75. In-hospital small bowel obstruction after exploratory laparotomy for trauma - PubMed [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21057335/>
76. Factores de riesgo de obstrucción del intestino delgado después de la resección abierta del cáncer de recto | Cirugía BMC | Texto completo [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://bmcsurg.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12893-021-01072-y>
77. Early postoperative small-bowel obstruction: a prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations - PubMed [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12352239/>
78. Obstrucción hospitalaria del intestino delgado tras una laparotomía exploratoria por traumatismo - PubMed [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21057335/>
79. Directrices de Bolonia para el diagnóstico y el tratamiento de la obstrucción adhesiva del intestino delgado (ASBO): actualización de 2017 de las directrices basadas en la evidencia del grupo de trabajo ASBO de la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencia | Revista Mundial de Cirugía de Emergencia | Texto completo [Internet]. [citado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-018-0185-2>
80. Shin R, Lee SM, Sohn B, Lee DW, Song I, Chai YJ, et al. Predictors of Morbidity and Mortality After Surgery for Intestinal Perforation. *Ann Coloproctol*. 2016;32(6):221.
81. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections - PubMed [Internet]. [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28702076/>
82. Billiauws L, Corcos O, Joly F. What's new in short bowel syndrome? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. julio de 2018;21(4):313–8.
83. Ten Broek RPG, Krielen P, Di Saverio S, Coccolini F, Biffi WL, Ansaloni L, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World J Emerg Surg*. 2018;13:24.
84. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction. *Br J Surg*. septiembre de 2000;87(9):1240–7.

85. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group - PubMed [Internet]. [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29946347/>
86. Patients With Adhesive Small Bowel Obstruction Should Be Primarily Managed by a Surgical Team - PubMed [Internet]. [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27433901/>
87. Small bowel obstruction-who needs an operation? A multivariate prediction model - PubMed [Internet]. [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20217412/>
88. Evaluation and management of small-bowel obstruction: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline - PubMed [Internet]. [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23114494/>
89. The role of laparoscopy in the management of acute small-bowel obstruction: a review of over 2,000 cases - PubMed [Internet]. [citado el 22 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21898013/>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **BARRIOS FARIAS OSCAR OSWALDO**, con C.C: # 0925832073, **TUMBACO YAGUAL VIVIANA DENISSE** con C.C: # 0952626687 autores del trabajo de titulación: **Determinar las causas de obstrucción intestinal que se resuelven con laparotomía exploratoria en pacientes del Hospital General IESS Ceibos periodo mayo 2022 a mayo 2024** 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, 15 de mayo de 2025

f.  **Oscar Oswaldo
Barrios Farias**


Nombre: Barrios Farias Oscar Oswaldo

C.C: 0925832073

f.  **VIVIANA DENISSE
TUMBACO YAGUAL**
firmado electrónicamente por:
Validar únicamente con FimeEC

Nombre: Tumbaco Yagual Viviana Denisse

C.C:0952626687

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Determinar las causas de obstrucción intestinal que se resuelven con laparotomía exploratoria en pacientes del Hospital General IESS Ceibos periodo mayo 2022 a mayo 2024		
AUTOR(ES)	Barrios Farias Oscar Oswaldo Tumbaco Yagual Viviana Denisse		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Moscoso Meza Ronny Raymon		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	15 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	69
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugía, Gastroenterología y salud y bienestar humano		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Obstrucción intestinal, laparotomía exploratoria, adherencias, hernia insinicial, manejo quirúrgico		
RESUMEN/ABSTRACT			
<p>La obstrucción intestinal es una de las afectaciones que amerita urgencias quirúrgicas más recurrentes en la práctica médica, cuyo rápido manejo puede marcar la diferencia entre la recuperación y el deterioro grave de la salud del paciente.</p> <p>En muchas ocasiones, el diagnóstico inicial se ve limitado por la ambigüedad de los síntomas, cursa con síntomas inespecíficos y la falta de hallazgos claves en los estudios por imágenes, lo que obliga a recurrir a la laparotomía exploratoria como herramienta tanto diagnóstica como terapéutica.</p> <p>El presente estudio se propone evidenciar las causas más sobresalientes de obstrucción intestinal que requieran intervención mediante laparotomía exploratoria en adultos, enfocándose en el contexto clínico quirúrgico en el que aparecen.</p> <p>El estudio no solo busca determinar las etiologías según su recurrencia, sino que también busca comprender a aquellos factores individuales de cada paciente como la edad, la presencia de comorbilidades, antecedentes quirúrgicos previos y la duración de los síntomas que influyen en la evolución del cuadro clínico.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-98-989-9392-+593-96-797-3609	E-mail: videnissety@gmail.com/obarriosczs5@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593982742221		
	E-mail: diego.vasquez@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):			