



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL
MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA, 2024**

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. JHON SIXTO PARILLO CHAMBI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ
2026



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL
MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL
CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA, 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. JHON SIXTO PARILLO CHAMBI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

ASESOR DE TESIS

:


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

MEDICINA HUMANA - P09

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 204-2026-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 27 de Abril del 2026

VISTOS:

El Expediente N° 1442-2026 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA, 2024** por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Medicina Humana

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la *Facultad* de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **PARILLO CHAMBI JHON SIXTO** designado por sorteo a los siguientes docentes:

- | | |
|------------------|--------------------------------------|
| * Presidente : | Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA |
| * 1er. Miembro : | Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA |
| * 2do. Miembro : | Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE |
| * Asesor (a) : | Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA |

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA :	Miércoles 29 de Abril del 2026
HORA :	15:00 Horas
LOCAL :	Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2026 (1)



**UNIVERSIDAD ANDINA**
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**RESOLUCIÓN DECANAL N° 032 - 2026-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 14 de Enero del 2026

VISTOS:

El Expediente N° 0237-2026 de fecha 14 de enero del 2026, presentado por el Bachiller: **PARILLO CHAMBI JHON SIXTO** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA, 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de **Medicina Humana**

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

- * **Asesor (a)** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Titulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS)** para la **REVISION** de **SIMILITUD TURNITIN**, presentado por el (la) bachiller: **PARILLO CHAMBI JHON SIXTO** para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** con el tema: **RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA, 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA P09**

- * **ARTICULO SEGUNDO.- RATIFICAR** como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN** a la: **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

* **ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaría Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.



Distribución: interesado Archivo.



UNIVERSIDAD ANDINA

"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1005-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 30 de octubre del 2025

VISTOS: El Informe N° 008 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la resolución de aprobación de la propuesta de Investigación de fecha 20 de octubre de la E.P, de Medicina Humana

CONSIDERANDO:

Que, el (la) Bachiller: **PARILLO CHAMBI JHON SIXTO** quien solicita la revisión y aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA, 2024** para optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

Que al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el reglamento interno de trabajo de investigación conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV –CU –R.

Que es requisito indispensable contar con un asesor Docente ordinario de la Facultad de Ciencias de la Salud, con mínimo de 5 años de Docencia, grado de doctor o magister y experiencia en la línea a investigar

Estando en la opinión favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia del Comité de investigación de la Facultad de Ciencias de la salud, y en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación conducente a Grados y Títulos aprobado con la Resolución N° 294-2023-UANCV –CU –R y en uso de las atribuciones que le concede a la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación la UANCV N°23738 Y modificado N°24661, y el Estatuto de la UANCV la Decana y la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) Bachiller: **PARILLO CHAMBI JHON SIXTO** para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** con el tema titulado : **RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA, 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA P-09**

La misma que deberá proceder con la ejecución de la Propuesta de Investigación aprobado de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación a grados y Títulos con fines de obtención de Grados y Títulos Profesionales

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR (A)** de la **PROPUESTA** de **INVESTIGACIÓN** al (la) Docente Ordinario (a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese



Distribución: Decanato FP- MH Secretaria Académica Archivo



JHON SIXTO PARILLO CHAMBI

RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARL...

 Trabajos de tesis para ingreso a repositorio

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::13016:598607456

Fecha de entrega

8 jun 2026, 22:34 GMT-5

Fecha de descarga

9 jun 2026, 9:53 GMT-5

Nombre del archivo

T036_72517881_T.docx

Tamaño del archivo

14.6 MB

115 páginas

16.255 palabras

101.398 caracteres



TESIS UANCV

19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 17%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos Complementarios

Título de la tesis	
RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA, 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	JHON SIXTO PARILLO CHAMBI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72517881
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-2790-7677
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01297921
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2232-6653
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129



Datos de investigación	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA - P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Carlos Monge Medrano País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Calle: Avenida Huancané Coordenadas Latitud: 15° 28' 54.757" S Longitud: 70° 7' 14.012" W URL Maps https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1V7--ld6QMytCSgHxohP22igqDr8W47g&usp=sharing 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Octubre 2025 – Abril 2026
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Medicina general https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27 Epidemiología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.09 Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05



UNIVERSIDAD Vicerrector CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo JHON SIXTO PARILLO CHAMBI, identificado con DNI
Nro. 72517881, en mi condición de egresado de:

- ☒ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico
denominada:

RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO
TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO,
JULIACA, 2024

Asesorado por: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 06 de MAYO del 2026



Firma del Asesor
(obligatoria)



Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios que nos otorgó su bendición cubriéndonos de una fortaleza inquebrantable ante este arduo trayecto. Ha sido mi soporte y refugio.

A mi madre, Candia Florentina Chambi Huanccho, quien ha sido mi pilar fundamental, siempre proporcionando su respaldo incondicional, su cariño infinito y sabiduría. A mis maravillosos hermanos y hermanas, quienes con su ejemplo y aliento me han motivado a seguir adelante.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, a la Facultad de Ciencias de la Salud por brindarme las herramientas y conocimientos necesarios para llegar hasta aquí.

A mi asesora, Sonia Benita Fernández Tapia, obstetra del Hospital Carlos Monge Medrano, por su apoyo hacia la realización de su realización de este proyecto , por medio de los múltiples consejos para la aplicación de este proceso extenso.

.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	xiii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.1. Problema principal	2
1.1.2. Problemas específicos.....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.2.1. Justificación Teórica	3
1.2.2. Justificación practica.....	3
1.2.3. Justificación metodología.....	4
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	5



1.4. HIPÓTESIS.....	5
1.4.1. Hipótesis general	5
1.4.2. Hipótesis específicas	5
1.5. VARIABLES.....	6
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.1.1. A Nivel Internacional.....	8
2.1.2. A nivel nacional	13
2.1.3. A nivel local.....	19
2.2. MARCO TEÓRICO	23
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	41

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.....	43
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	44
3.4.1. Población:	44
3.4.2. Muestra:	44



3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	44
3.5.1. Técnicas:	44
3.5.2. Instrumentos	45
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	45
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	46
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	47
3.8.1. Validez	47
3.8.2. Confiabilidad	47

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS.....	78
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	79
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	82
ANEXO 3: INSTRUMENTO	84
ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	86
ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	92



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación de la edad y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	48
Tabla 2.	Relación del género y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	50
Tabla 3.	Relación de los antecedentes clínicos y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	52
Tabla 4.	Relación del índice de masa corporal y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	54
Tabla 5.	Relación de las hernias y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	56
Tabla 6.	Relación de los Tumores y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	58
Tabla 7.	Relación de la alteración de la motilidad intestinal y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	60
Tabla 8.	Relación de los electrolitos y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	62
Tabla 9.	Tipo de manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024.....	64



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación de la edad y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	48
8	
Figura 2. Relación del género y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	50
Figura 3. Relación de los antecedentes clínicos y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	52
Figura 4. Relación del índice de masa corporal y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	54
Figura 5. Relación de las hernias y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	56
6	
Figura 6. Relación de los Tumores y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	58
Figura 7. Relación de la alteración de la motilidad intestinal y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	58
Figura 8. Relación de los electrolitos y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024	62
Figura 9. Tipo de manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024.....	64



RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la obstrucción intestinal y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024. **Material y métodos:** El estudio de diseño no experimental tipo básico, transversal y retrospectivo, con enfoque cuantitativo. La muestra se conformó por 60 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico, utilizando el muestreo intencional por conveniencia. Se empleó la técnica de análisis documental como instrumento una ficha de recolección de datos y para la comprobación de hipótesis se aplicó la prueba de chi-cuadrado (X^2). **Resultados:** Las características epidemiológicas y el manejo terapéutico muestran que el 65 % de los pacientes eran mayores de 60 años ($p=0,024$), el 65 % masculinos ($p=0,000$) y el 60 % tenía antecedentes abdominales ($p=0,009$). No hubo asociación con el IMC, predominando el peso normal (66,7 %; $p=0,150$). En la obstrucción mecánica, no se encontró relación con hernia, tumores ni alteraciones de la motilidad intestinal. En la obstrucción funcional, se evidenció asociación significativa con hipocalcemia (50 %; $p=0,021$), pero no con la motilidad intestinal. El 60 % recibió tratamiento quirúrgico y el 40 % manejo conservador. **Conclusiones:** Se determinó una asociación significativa en pacientes con obstrucción intestinal en el Hospital Carlos Monge Medrano, 2024 encontrándose que la edad, el género, los antecedentes abdominales y la hipocalcemia se asociaron con el manejo terapéutico, mientras que hernias, tumores y alteraciones de la motilidad intestinal no mostraron asociación, se confirmó parcialmente la hipótesis.

Palabras clave: Invasivo, manejo, obstrucción intestinal, terapéutico.



ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between intestinal obstruction and therapeutic management in patients attended at the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca, 2024. **Materials and Methods:** This was a basic, cross-sectional, and retrospective non-experimental study with a quantitative approach. The sample consisted of 60 patients selected through non-probability sampling, using intentional convenience sampling. Document analysis was used as the data collection instrument, and the chi-square test was applied to test the hypotheses. **Results:** Epidemiological characteristics and therapeutic management showed that 65% of patients were over 60 years old ($p=0.024$), 65% were male ($p=0.000$), and 60% had a history of abdominal conditions ($p=0.009$). No association was found with BMI, with normal weight predominating (66.7%; $p=0.150$). In mechanical obstruction, no relationship was found with hernia, tumors, or intestinal motility disorders. In functional obstruction, a significant association was observed with hypokalemia (50%; $p=0.021$), but not with intestinal motility. Sixty percent received surgical treatment and 40% conservative management. **Conclusions:** A significant association was determined in patients with intestinal obstruction at Hospital Carlos Monge Medrano, 2024. Age, gender, abdominal history, and hypokalemia were associated with therapeutic management, while hernias, tumors, and intestinal motility disorders showed no association; the hypothesis was partially confirmed.

Keywords: Invasive, management, intestinal obstruction, therapeutic.



INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal es una patología que afecta a un gran número de pacientes a nivel mundial, constituyéndose como una de las causas más frecuentes de ingreso a los servicios de urgencias y a las unidades quirúrgicas. Desde el punto de vista fisiopatológico, este trastorno se caracteriza por la interrupción parcial o total del paso normal del contenido intestinal a lo largo del tubo digestivo, lo cual altera la función intestinal habitual y genera la necesidad de atención médica especializada. Esta condición puede desencadenar diversas complicaciones graves, que van desde procesos infecciosos hasta la aparición de insuficiencia orgánica múltiple. El manejo adecuado de esta patología es crucial para la supervivencia y el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos que son tratados se encuentran estrechamente condicionados por la instauración precoz de un diagnóstico certero, la aplicación oportuna de intervenciones terapéuticas tanto médicas como quirúrgicas y la ejecución de un control evolutivo sistemático. No obstante, pese al progreso sostenido de la medicina contemporánea y al desarrollo de estrategias diagnósticas y terapéuticas cada vez más sofisticadas. (1)

De la siguiente manera: El Capítulo I profundiza en el planteamiento del problema, explica por qué elegimos este proyecto, qué pretendemos averiguar, nuestra hipótesis, las variables y cómo las analizamos. El Capítulo II aborda los fundamentos teóricos, el contexto de la relevancia del estudio y presenta el marco conceptual. El Capítulo III describe la metodología de la investigación. Finalmente, el Capítulo IV presenta los resultados, analiza los hallazgos, resume las conclusiones, ofrece recomendaciones e incluye los apéndices.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel internacional

En el contexto epidemiológico mundial, la obstrucción intestinal se manifiesta como un evento clínico de ocurrencia, estimándose que entre el 4 % y el 10% de la población general experimentará este cuadro patológico en algún periodo de 2024, lo que pone en evidencia su impacto sostenido sobre los sistemas de salud a nivel internacional. Se estima que alrededor del 10% de las personas con esta patología requieren intervención quirúrgica. La mortalidad asociada a la obstrucción intestinal sigue siendo significativa, especialmente en países con sistemas de salud menos desarrollados, con tasas de complicación que varían entre el 5% y el 15%. (2)

A nivel nacional

En Perú, la obstrucción intestinal representa una causa importante de hospitalización quirúrgica, mostrando alta prevalencia en ciertos grupos poblacionales y regiones. En un estudio reciente realizado en un hospital de la selva peruana durante 2023-2024, Se evidenció que el 92,22 % de los individuos con diagnóstico confirmado de obstrucción intestinal manifestó

algia abdominal como síntoma predominante, mientras que la totalidad de los casos evaluados (100 %) presentó distensión abdominal, hallazgos que refuerzan la relevancia de estas manifestaciones clínicas en la caracterización del cuadro obstructivo síntomas clínicos frecuentes que reflejan la carga clínica de esta patología en entornos hospitalarios peruanos. Además, los pacientes con obstrucción intestinal suelen proceder mayoritariamente de zonas rurales (77.78%), lo que sugiere desigualdades en el acceso temprano al diagnóstico y tratamiento adecuado en distintas áreas del país. (3)

A nivel local

En el ámbito regional de Puno de manera particular en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2020, la obstrucción intestinal se consolidó como uno de los motivos predominantes de demanda asistencial, tanto en los servicios de emergencia como en el área de cirugía general, evidenciando su relevancia clínica y su carga sobre la atención hospitalaria especializada. Los informes locales muestran que más de 72 casos son atendidos anualmente, con una tasa de complicaciones y mortalidad que supera el 10%. La falta de equipos médicos especializados, sumada a la escasez de profesionales capacitados en cirugía abdominal, representa un desafío significativo para el manejo efectivo de la patología en la región. (4)

1.1.1. Problema principal

PG. ¿Cómo se relaciona la obstrucción intestinal con el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024?



1.1.2. Problemas específicos

- PE1.** ¿Cuál es la relación entre las características epidemiológicas y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano?
- PE2.** ¿Cuál es la relación entre la obstrucción intestinal mecánica y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano?
- PE3.** ¿Cuál es la relación entre la obstrucción intestinal funcional y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano?
- PE 4.** ¿Qué modalidades de manejo terapéutico se emplean en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano?

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Justificación Teórica

El estudio de la relación entre la obstrucción intestinal y el manejo terapéutico contribuyó al conocimiento existente sobre las mejores prácticas y enfoques terapéuticos en esta patología. La investigación proporcionó información valiosa sobre los métodos más efectivos en el tratamiento y manejo de la obstrucción intestinal, sirviendo como base para futuras investigaciones y mejorando las intervenciones clínicas.

1.2.2. Justificación practica

La presente investigación constituyó un insumo de alto valor para el personal sanitario, en especial para los profesionales que desarrollaron su labor en el

Hospital Carlos Monge Medrano y en otros establecimientos asistenciales de la región de Puno. La optimización y el perfeccionamiento de los tratamientos en función de los resultados obtenidos lograron reducir tanto las complicaciones como las muertes por obstrucción intestinal. Además, surgieron guías técnicas para impulsar un uso más inteligente y eficiente de los recursos médicos, lo que representa una buena noticia tanto para los pacientes como para los sistemas de salud.

1.2.3. Justificación metodología

La investigación adoptó un enfoque metodológico cuantitativo y correlacional, lo que permitió analizar de manera detallada los datos de los pacientes con obstrucción intestinal tratados en el centro hospitalario denominado Carlos Monge Medrano. Dicho abordaje metodológico demostró ser pertinente, en la medida en que posibilitó la detección de regularidades y asociaciones entre las intervenciones terapéuticas implementadas y los desenlaces clínicos observados, favoreciendo la optimización progresiva del manejo de la patología, especialmente en escenarios caracterizados por limitaciones en la disponibilidad de recursos.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG. Determinar la relación entre la obstrucción intestinal y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024.



1.3.2. Objetivos específicos

- OE1.** Observar las características epidemiológicas y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- OE2.** Identificar la relación entre los tipos de obstrucción intestinal mecánica y el manejo terapéutico aplicado en los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- OE3.** Analizar la relación entre los tipos de obstrucción intestinal funcional y el manejo terapéutico aplicado en los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- OE4.** Identificar las modalidades de manejo terapéutico empleadas en pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

- HG.** Existe una relación significativa entre la obstrucción intestinal y el manejo terapéutico aplicado en los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024.

1.4.2. Hipótesis específicas

- HE1.** Las características epidemiológicas de los pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano presentan patrones que se relacionan con el tipo de manejo terapéutico aplicado.



HE2. Existe una relación significativa entre los tipos de obstrucción intestinal mecánica presentes y el manejo terapéutico aplicado en los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano.

HE3. Existe una relación significativa entre los tipos de obstrucción intestinal funcional presentes y el manejo terapéutico aplicado en los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano.

HE4. En los pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, el manejo quirúrgico es la modalidad terapéutica más frecuente en comparación con el manejo conservador.

1.5. VARIABLES

Variable 1: Obstrucción intestinal

Variable 2: Manejo terapéutico.



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES
Variable 1 Obstrucción intestinal	1.1. Epidemiológicas	1.1.1. Edad	a) 18 a 29 años b) 30 a 59 años c) > 60 años
		1.1.2. Género	a) Femenino b) Masculino
		1.1.3. Antecedentes clínicos	a) Diabetes b) Hipertensión c) Cirugía abdominal previa d) Gastrointestinal
		1.1.4. Índice de masa corporal	a) Bajo peso b) Peso Normal c) Sobrepeso d) Obesidad
	1.2. Obstrucción mecánica	1.2.1. Hernias	a) Inguinales b) Umbilicales c) No presente
		1.2.2. Tumores	a) Malignos b) Benignos c) No presente
	1.3. Obstrucción funcional	1.3.1. Alteración de la motilidad intestinal	a) Peritonitis b) Sepsis c) Traumatismo d) No presente
		1.3.2. Electrolitos	a) Hipocalemia b) Hipomagnesemia c) No presente
Variable 2 Manejo terapéutico	2.1. Modalidad de manejo		a) Manejo conservador b) Manejo quirúrgico



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A Nivel Internacional

Sevilla, et al. (5) Obstrucción intestinal en pacientes críticos: causas comunes y abordaje quirúrgico, en Ecuador, 2025. En este contexto, la coordinación entre cirugía y cuidados intensivos (UCI) es esencial para optimizar el pronóstico. Objetivo: Desarrollar una síntesis sistematizada sobre las etiologías predominantes de la obstrucción intestinal, sus mecanismos fisiopatológicos, criterios diagnósticos y opciones terapéuticas, con énfasis en el manejo del paciente crítico. Se efectuó una revisión bibliográfica descriptiva y retrospectiva en PubMed, ScienceDirect, EBSCOhost y Scopus, incluyendo artículos en español o inglés publicados entre 2015 y 2025, con texto completo y evidencia científica disponible. Los hallazgos resaltan que los orígenes que con mayor frecuencia requieren intervención operatoria incluyen las bridas fibrosas posquirúrgicas, los defectos herniarios complicados por estrangulación, las torsiones del asa intestinal y los procesos tumorales. La tomografía computarizada sigue siendo el método de referencia para el diagnóstico, sin lugar a dudas. Si un



paciente no está estable, se requieren tratamientos más específicos y un control hemodinámico diario más estricto, tanto antes como después de la cirugía, para prevenir complicaciones. Resulta que contar con un equipo multidisciplinario de cirujanos, médicos de cuidados intensivos y otros especialistas facilita la toma de decisiones rápidas, reduce las complicaciones y permite que los pacientes reciban el alta hospitalaria con mayor prontitud. El estudio subraya que un diagnóstico precoz, un tratamiento quirúrgico rápido y una monitorización personalizada e intensiva son fundamentales para obtener mejores resultados en pacientes críticos con obstrucción intestinal.

Díaz y Viteri. (6) Obstrucción Intestinal como Emergencia Médica, en Cuba, 2024. Dentro de los determinantes etiopatogénicos de mayor incidencia se describen las sinequias fibrosas posquirúrgicas, las alteraciones herniarias con compromiso luminal y las proliferaciones neoplásicas, adquiriendo estas últimas particular trascendencia en el colon de individuos añosos. El espectro clínico suele manifestarse mediante dolor visceral intermitente, distensión progresiva, emesis recurrente y abolición del tránsito fecal y gaseoso, reflejando una disrupción funcional del intestino. La evolución desfavorable de este proceso puede conducir a desenlaces críticos, tales como pérdida de la integridad parietal intestinal, respuesta inflamatoria sistémica y necrosis isquémica. La corroboración diagnóstica se fundamenta en métodos imagenológicos avanzados, como la radiología abdominal, la tomografía computarizada y los estudios contrastados, que posibilitan la localización topográfica y la identificación del mecanismo obstructivo. El abordaje terapéutico se define según la magnitud del



compromiso, oscilando entre medidas conservadoras basadas en la descompresión enteral y la restitución hidroelectrolítica y la resolución quirúrgica ineludible ante obstrucciones mecánicas complejas o sospecha de hipoperfusión intestinal. En pacientes de edad avanzada, las variantes obstructivas presentan mayor recurrencia y severidad, incluyendo entidades neuroendocrinas de crecimiento lento. En consecuencia, la detección temprana y la intervención especializada resultan determinantes para mitigar complicaciones mayores y optimizar el pronóstico clínico.

Guevara. (7) Alteraciones del equilibrio hidrosalino presentes en individuos con sepsis intraabdominal derivada de un proceso obstructivo intestinal atendidos en el Hospital Civil de Culiacán durante el año 2021. Objetivo: Caracterizar las variaciones del perfil iónico observadas en el transcurso de las primeras 72 horas de internamiento en individuos con sepsis intraabdominal asociada a un cuadro obstructivo intestinal. Metodología: La investigación que se revela indica una formulación de forma prospectivo, conformando una táctica de manera observacional y sobre una medición de carácter longitudinal, en el que se analizaron los valores séricos de electrolitos en pacientes con diagnóstico de sepsis abdominal secundaria a oclusión intestinal. Resultados: se evaluaron un total de 39 sujetos con un pronóstico ya acertado de sepsis abdominal secundaria a oclusión intestinal, en una población heterogénea. Se observaron alteraciones electrolíticas en el 89.7% de los casos, predominando al inicio del estudio la hipopotasemia, hipocalcemia e hiponatremia. Al analizar las muestras obtenidas durante las primeras 72 horas posteriores al ingreso, se reportó con significancia estadística la presencia de hipercloremia,



hiperfosfatemia e hipocalcemia. Estos hallazgos sugieren que dichos cambios podrían estar relacionados con el uso de soluciones cristaloides. Conclusión: A nivel internacional, diversos estudios han reportado tasas de mortalidad por sepsis abdominal que oscilan entre el 2% y el 30%. Este estudio evidencia la presencia de alteraciones electrolíticas en pacientes con oclusión intestinal, y describe los cambios más frecuentes observados. Paralelamente, se identificaron las causas más comunes de la oclusión intestinal, lo cual podría servir como base estadística para futuras investigaciones.

Arce y Balerezo. (8) titulado, en Ecuador en el 2023. Objetivo: Establecer cuáles estrategias profilácticas incluyendo sustancias estimulantes del peristaltismo, dispositivos de masticación funcional, técnicas de neuromodulación periférica, formulaciones herbales de origen oriental, compuestos farmacológicos facilitadores del tránsito, anestésicos de acción sistémica, reguladores de la flora intestinal, compuestos antiespumantes y la instauración anticipada del soporte nutricional intraluminal presentan mayor impacto en la disminución de la atonía intestinal posterior a intervenciones quirúrgicas del sistema digestivo. Métodos: La pesquisa se efectuó bajo una formulación de carácter descriptivo mediante una aplicación de una recopilación de análisis de evaluación sistemática. Resultados: De un total inicial de 176 investigaciones se seleccionó un subconjunto de estudios pertinentes para su inclusión en una revisión sistematizada, abarcando a varios miles de participantes, de los cuales una proporción significativa fue integrada en el análisis estadístico conjunto; los resultados evidenciaron que determinadas intervenciones, tanto farmacológicas como no farmacológicas,



favorecieron la recuperación más temprana de la motilidad intestinal, expresada mediante la reaparición del tránsito gaseoso y la restitución de la evacuación, aunque con efectos heterogéneos según la estrategia empleada, observándose que algunas medidas impactaron de manera más consistente en la eliminación de flatos y otras en el restablecimiento de la defecación, lo que sugiere mecanismos de acción diferenciados; no obstante, la interpretación de estos hallazgos se ve limitada por el uso de parámetros indirectos para valorar el íleo posoperatorio y por la marcada variabilidad en la aplicación de las intervenciones entre los estudios, lo que condiciona la uniformidad y la solidez de las conclusiones obtenidas. Conclusiones: La masticación funcional, las técnicas de neuromodulación acupuntural, las bebidas con efecto estimulante y los fármacos facilitadores de la motilidad intestinal se asocian con una reducción del íleo posquirúrgico.

Yuri. (9) Prevalencia de obstrucción intestinal como complicación postquirúrgica de apendicitis en pacientes de 3 a 14 años en el Hospital General del Norte de Guayaquil, Ecuador, 2020. Este estudio se llevó a cabo en el Hospital General del Norte de Guayaquil, 2020 La inflamación apendicular de inicio súbito constituye un proceso patológico de presentación clínica heterogénea, capaz de oscilar desde expresiones paucisintomáticas hasta desenlaces de compromiso sistémico severo; asimismo, se reconoce como la causa predominante, a escala global, de los cuadros de algia abdominal de instauración abrupta y como el motivo más frecuente para la realización de procedimientos quirúrgicos de carácter inmediato. Metodología: La indagación revelada se ejecutó mediante una recolección de post- apendicectomía más predominantes del sector



poblacional del ámbito infantil, la investigación se sustentó en datos obtenidos de los registros asistenciales resguardados en el departamento de documentación clínica del Hospital General Dr. Nicolás San Juan. La cohorte analizada incluyó menores con edades entre los dos y catorce años, portadores de un cuadro inflamatorio apendicular de instauración reciente, cuya atención terapéutica integral, tanto farmacológica como operatoria, fue brindada en dicha institución durante el intervalo comprendido entre inicios y finales del año 2020.

2.1.2. A nivel nacional

Matta. (10) Principales elementos etiológicos vinculados al bloqueo del tránsito intestinal en individuos de entre la tercera y séptima década de vida atendidos en el área quirúrgica de un establecimiento hospitalario general de Ica durante el año 2021. Objetivo: Establecer los determinantes etiológicos de mayor recurrencia vinculados a la interrupción del tránsito intestinal en personas comprendidas entre los 30 y 70 años atendidas en el servicio de cirugía. Metodología: La indagación se muestra mediante un estilo descriptivo, debido a que se deseó identificar y exponer los distintos desenlaces obtenidos, para lo cual la investigación fue concebida bajo un esquema metodológico que no incorporó estrategias de intervención terapéutica directa una variante de carácter causal. Resultado: En la población quirúrgica adulta atendida en el Hospital Santa María del Socorro de Ica se identificó que la interrupción del tránsito intestinal estuvo predominantemente asociada a la presencia de sinequias fibrosas posoperatorias, seguidas por torsiones del colon sigmoideo y defectos de la pared abdominal con compromiso obstructivo, tanto de tipo eventral como



herniario. Con menor frecuencia se documentaron cuadros de origen inflamatorio, lesiones neoplásicas del intestino grueso y delgado, acumulaciones fecales de consistencia endurecida y, de manera excepcional, la impactación de elementos exógenos. Conclusión: A partir del análisis realizado, se concluyó que los mecanismos etiológicos predominantes correspondieron a las adherencias peritoneales, el vólvulo sigmoideo y las alteraciones estructurales de la pared abdominal complicadas, seguidas de procesos inflamatorios y formaciones tumorales, en pacientes comprendidos entre la tercera y séptima década de vida atendidos en el servicio de cirugía de dicha institución durante el año 2021.

Gonzales y Sánchez. (11) Abordaje terapéutico de los cuadros obstructivos intestinales en población pediátrica menor de quince años atendida en el área de urgencias del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador durante el año 2021. El bloqueo del tránsito digestivo representa un cuadro de aparición abrupta de elevada incidencia y considerable compromiso clínico dentro de las afecciones del abdomen, generando una proporción relevante de hospitalizaciones que culminan en intervención operatoria y constituyéndose como uno de los motivos predominantes de atención en las áreas de urgencias destinadas a la población infantil. Objetivo: Precisar las modalidades terapéuticas aplicadas en los cuadros de bloqueo del tránsito intestinal. Método: La pesquisa se muestra una aplicación de formulación de manera descriptiva, de una formulación mediante una esquematización de forma retrospectivo mediante una naturaleza de forma transversal. Resultado: De los 121 de infantes que fueron atendidos en el Hospital de Emergencias Pediátricas, 66 casos



(54,5%) recibieron tratamiento quirúrgico y 55 (45,5%) tratamiento médico. Del total, 44 pacientes (36,4%) fueron intervenidos mediante técnica laparoscópica, 18 (14,9%) mediante desinvaginación neumática, y 13 casos (10,7%) requirieron conversión de laparoscopia a cirugía abierta debido a complicaciones intraoperatorias. Conclusión: Entre los pacientes admitidos al Servicio de Emergencia en quienes se identificó la causa del proceso obstructivo, predominó el abordaje quirúrgico. En cuanto al procedimiento empleado, se observó una preferencia creciente por la vía laparoscópica comparada con periodos previos.

Acosta y Medina. (12) Condicionantes del síndrome de intestino irritable en rotantes clínicos de la Universidad Ricardo Palma durante el año 2024. Objetivo: Reconocer las variantes de riesgo ligadas al síndrome de intestino irritable (SII) en alumnos de ciclos clínicos avanzados. Métodos: Se muestra que la reciente pesquisa se aplicó la extracción de manera observacional, mediante una formulación de modo analítico y conforme una naturaleza de medición de tipo transversal. Resultados: Del universo poblacional de 600 discentes se extrajo una muestra probabilística de 261 sujetos, distribuidos en 51.72% sexo femenino (n=135) y 48.28% masculino (n=126). Se confirmaron 80 diagnósticos de SII mediante criterios Roma IV (prevalencia: 30.65%), con preponderancia en mujeres (n=46). Resulta particularmente significativo que 71 afectados presentaban concomitantemente sintomatología ansiosa, sugiriendo una potencial interrelación fisiopatológica entre ambos trastornos. Conclusiones: El examen estadístico reveló correlaciones clínicamente relevantes entre determinados elementos predisponentes y el desarrollo del cuadro funcional



digestivo. Destacaron como condicionantes principales: género femenino, consumo de nicotina y trastornos del espectro ansioso. Dichos hallazgos posibilitan reconocer los principales determinantes, particularmente aquellos susceptibles de intervención como alteraciones psicoemocionales y adicción tabáquica orientando así medidas profilácticas contra esta entidad nosológica.

Castro. (13) Aplicación del modelo de atención de enfermería en paciente con íleo obstructivo en la Unidad de Cuidados Críticos de un hospital especializado pediátrico limeño, 2022. El íleo obstructivo ocurre cuando una barrera mecánica interfiere con el tránsito del contenido alimentario y fluidos a lo largo del tracto gastrointestinal. Objetivo: Detectar las necesidades alteradas de enfermería para diseñar las acciones asistenciales en un paciente infantil grave. Metodología: La indagación que se mostraba de un estilo de forma cualitativo, mediante estrategia de reporte singular. Se trabajó con un lactante tardío de 21 meses diagnosticado con cuadro obstructivo intestinal en UCI de un hospital especializado infantil capitalino. Se empleó como herramienta de recolección de datos el modelo de valoración estructurado según los dominios funcionales de M. Gordon. La evaluación reveló seis respuestas humanas alteradas, priorizándose tres: síndrome doloroso en fase aguda, respuesta febril y déficit del estado nutricional. La estandarización diagnóstica se realizó mediante clasificaciones internacionales NANDA-I (juicios clínicos), NOC (criterios de resultado) y NIC (acciones terapéuticas). Tras implementar el plan asistencial, la medición cuantitativa evidenció incrementos de +2 puntos en los tres indicadores evaluados. El desarrollo completo del ciclo PAE permitió



brindar atención integral centrada en la persona, contribuyendo satisfactoriamente a la evolución favorable del menor con síndrome oclusivo digestivo.

Torres. (14) Determinantes vinculados al íleo oclusivo en casos sometidos a cirugía iterativa en el Nosocomio Santa María del Socorro durante el bienio 2021-2022. Objetivo: Reconocer los condicionantes ligados al cuadro oclusivo intestinal en sujetos con segunda exploración abdominal del Sanatorio Santa María. Metodología: Se empleo una formulación de carácter de manera analítica, mediante una tectica de extracción de una data observacional, mediante una medición de forma transversal en un único periodo, mediante una estructuración de carácter retrospectivo de correlacional. El análisis multivariado reveló asociación estadísticamente significativa entre el síndrome oclusivo y diversos determinantes clínico-demográficos. Destaca la edad avanzada (≥ 60 años) como predictor robusto, junto con manifestaciones clínicas cardinales: meteorismo abdominal, emesis y ausencia de evacuaciones intestinales. Adicionalmente, la severidad al ingreso hospitalario mostró fuerte correlación con el desenlace obstructivo. En síntesis, los principales condicionantes del íleo mecánico en población sometida a relaparotomía fueron: edad superior a cuatro décadas, presencia de distensión abdominal, episodios eméticos, estreñimiento absoluto y clasificación de gravedad al momento de la admisión.

López. (15) Características clínicas, epidemiológicas y resultados del manejo quirúrgico en pacientes adultos con obstrucción mecánica



intestinal en Lima, 2024. Objetivo: Detallar los aspectos poblacionales, manifestaciones clínicas y desenlaces tempranos del abordaje operatorio en casos con obstrucción por bandas fibrosas en el Centro Hospitalario Regional. Materiales y métodos: Mediante una esquematización de carácter descriptivo, en base de una medición de un modo transversal con un solo periodo, conforme a una extracción de la data de forma observacional de serie de casos conforme un tamaño muestral de 49 documentación mediante una orientación cuantitativas. Resultados: La algia abdominal constituyó manifestación universal (totalidad de casos), mientras que la emesis se documentó en cuatro quintos de los pacientes y el meteorismo en poco más de un tercio. La distribución por sexo reveló predominio masculino (63,27%; n=31) sobre el femenino (36,73%; n=18), con concentración etaria en población geriátrica (≥ 65 años), promedio de 54,7 años ($DE \pm 20,4$). Respecto al abordaje operatorio, la adhesiolisis simple predominó (61,3%; n=30), seguida por adhesiolisis combinada con resección-anastomosis (26,5%; n=13) y adhesiolisis más ostomía derivativa (12,2%; n=6). Las complicaciones posquirúrgicas afectaron al 26,52% (n=13), destacando infección del lecho quirúrgico (10,2%; n=5). La letalidad alcanzó 6,1% (n=3), atribuible a shock séptico de origen intraabdominal. Conclusiones: El perfil epidemiológico del síndrome oclusivo por adherencias posquirúrgicas mostró predominio en individuos masculinos y población geriátrica (≥ 65 años). El algia abdominal constituyó manifestación universal. La adhesiolisis simple representó el abordaje terapéutico prevalente. La letalidad alcanzó 6,1%, secundaria a shock séptico de origen intraperitoneal.



2.1.3. A nivel local

Tila. (16) Vinculación entre la técnica de cierre o no cierre de la serosa peritoneal y el surgimiento de bandas fibrosas más morbilidad quirúrgica en casos con exploración abdominal en el HMNB de Puno, 2024. Objetivo: Identificar las disparidades del manejo peritoneal (síntesis frente a no síntesis) concerniente a la génesis de bandas fibrosas y eventos adversos operatorios en pacientes laparotomizados. Metodología: El diseño corresponde a un trial clínico controlado, randomizado, prospectivo de seguimiento longitudinal con doble ciego. El universo poblacional incluirá individuos sometidos a procedimientos abdominales. La tamaño de muestra comprenderá 120 usuarios, divididos equitativamente: brazo A (experimental) con 56 pacientes sin cierre de serosa peritoneal, y brazo B (referencia) con 56 sometidos a rafia peritoneal continua. La asignación de participantes se ejecutará mediante randomización no estratificada. El reclutamiento acontecerá durante el periodo prequirúrgico, previo a la preparación y administración de fármacos preanestésicos, momento en el cual se gestionará el asentimiento voluntario documentado. El investigador principal examinará los registros operatorios y anestésicos inmediatamente posterior a la culminación del procedimiento, completando parcialmente el instrumento de recolección de datos y realizando monitoreo hebdomadario de la implementación protocolar. Los sujetos experimentarán vigilancia mensual hasta concluir el sexto mes del año 2024. La información será consignada en matriz digital mediante aplicativo de hojas de cálculo para sistema operativo Windows 7. Se determinará la tasa de incidencia acumulada; las variables categóricas se presentarán en matrices



bidimensionales expresando frecuencias absolutas y relativas, mientras que las continuas se resumirán mediante medidas de tendencia central y dispersión. La evaluación comparativa entre cohortes empleará estimadores de asociación epidemiológica con sus respectivos límites de precisión y significancia estadística. Las variables de escala numérica serán sometidas a verificación de normalidad distribucional mediante prueba de bondad de ajuste; aquellas con distribución gaussiana se contrastarán mediante test paramétrico para muestras independientes, en tanto las variables con comportamiento no paramétrico se analizarán con alternativa de rangos. Adicionalmente, se cuantificarán indicadores de efectividad terapéutica: reducción proporcional del riesgo, diferencia absoluta de riesgo y número requerido para beneficiar a un paciente.

Rios y Lucero. (17) Rasgos poblacionales del síndrome álgico abdominal súbito en individuos mayores del Área de Urgencias del Centro Hospitalario Base III EsSalud Juliaca, periodo 2022-2023.

Objetivo: Exponer las variantes demográficas del cuadro doloroso abdominal de inicio agudo en pacientes adultos del servicio de urgencias médicas.

Metodología: La pesquisa se mostraba mediante una formulación descriptiva, mediante un carácter de dirección de manera analítico, conforme una medición de manera transversal. La construcción de la hoja de registro se efectuó tomando como referencia los propósitos específicos de la investigación, con el fin de recopilar datos precisos sobre las variables objeto de estudio. Para el procesamiento y la interpretación de la información se recurrirá al software estadístico SPSS, versión 25. Se prevé identificar



divergencias en los patrones epidemiológicos asociados al dolor abdominal agudo, considerando tanto la variable sexo como los distintos rangos etarios.

Borda, et al. (18) Manejo clínico-quirúrgico del síndrome obstructivo intestinal en población altiplánica puneña. Objetivo: evaluar la conducta clínico-quirúrgica del síndrome obstructivo intestinal causado por megacolon elongado andino en establecimiento de salud localizado sobre 3000 metros de altitud. Material y métodos: se revelo que la pesquisa se realizó por medio de un esquematización de forma descriptivo, mediante una estructuración de extraccion de la data de manera observacional, con una aplicación de una medicion de un carácter transversal de un solo periodo sobre un tamaño muestral de 418 en base a un usuario de un pronostico Resultados: La cohorte comprendió 418 individuos con promedio etario de 60 años (límites: 18-89) y predominio masculino (razón 3,5:1). El abordaje conservador se implementó en 64 casos mediante lavados colónicos salinos y descompresión mediante sonda transanal, evidenciándose recidiva en 45% que requirieron resección con reconstrucción inmediata del tránsito. Entre los 354 pacientes con intervención quirúrgica urgente, la sigmoidectomía con anastomosis primaria predominó ampliamente (92%), mientras la derivación colónica tipo Hartmann constituyó 8% restante. La morbilidad global posoperatoria alcanzó 14,7% y la letalidad 12,7% para ambas técnicas, siendo esta última particularmente elevada (30%) en casos inicialmente manejados conservadoramente que requirieron cirugía diferida. Conclusiones: En los casos de vólvulo de sigmoides asociado a megacolon andino, la edad promedio de presentación fue de 60 años. Un 15,4% de los pacientes recibió tratamiento conservador, observándose una recurrencia



del 45% y una mortalidad del 30%. Por otro lado, el 84,7% de los individuos fue sometido a intervención quirúrgica; de estos, el 92% se benefició de resección con anastomosis primaria, mientras que el 8% requirió colostomía tipo Hartmann. La morbilidad postoperatoria registrada fue del 14,7% y la mortalidad del 12,7%.

Condori. (19) Conducta operatoria ante el síndrome obstructivo intestinal por adherencias intraperitoneales en casos del Establecimiento Carlos Monge Medrano – Juliaca 2023. Objetivo: Reconocer las variantes relacionadas con el tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal causada por bandas fibrosas en pacientes del Centro Hospitalario. Metodología: Se revela que la pesquisa se efectuó mediante una formulación de naturaleza descriptiva, mediante un esquema de medio analítico, conforme a una formulación retrospectivo. Resultados: La manifestación álgica abdominal constituyó hallazgo universal, acompañándose de emesis en tres quintos de casos, timpanismo en la mitad y obstrucción evacuatoria completa en dos tercios. Los biomarcadores revelaron leucocitosis en 69,7% (OR: 3,54; p:0,013), elevación de proteína C reactiva en 31,8% (OR: 5,4; p:0,0018) y alteraciones hidroelectrolíticas en 54,5%. Las imágenes evidenciaron dilatación de asas intestinales en 87,9% con significancia estadística (OR: 7,7; p:0,001) y ausencia de neumatosi rectal en dos tercios. Respecto al abordaje técnico, predominó la laparotomía (90,9%) sobre la vía mínimamente invasiva. Los antecedentes operatorios mostraron intervención única en 78,8% versus múltiples reintervenciones en 21,2%, siendo el tracto digestivo el sitio quirúrgico previo más frecuente (84,8%), seguido de procedimientos gineco-obstétricos. La contaminación



peritoneal se documentó en 27,3% (OR: 5,81; p:0,021). Conclusiones: Existe una relación bastante estrecha entre el resultado de la cirugía para la obstrucción intestinal y si el paciente ha tenido una incisión previa, padece peritonitis, tiene un recuento elevado de glóbulos blancos, proteína C reactiva (PCR) elevada o inflamación intestinal.

2.2. MARCO TEÓRICO

1. Obstrucción Intestinal

La obstrucción intestinal es una condición médica que se presenta cuando existe una interrupción parcial o total del paso de los contenidos intestinales, lo que puede generar diversas complicaciones. La morbilidad derivada de esta entidad nosológica configura una problemática sanitaria de envergadura considerable, sustentada tanto en su elevada prevalencia epidemiológica como en la potencial génesis de secuelas deletéreas ante la ausencia de intervenciones terapéuticas oportunas y protocolizadas. Dicha afección representa, efectivamente, un desafío para los sistemas asistenciales, dado que su incidencia poblacional conlleva repercusiones severas cuando el abordaje clínico resulta insuficiente o tardío, configurando así un espectro de complicaciones iatrogénicas prevenibles mediante estrategias diagnóstico-terapéuticas apropiadas. Las obstrucciones pueden ser de diversas causas, tales como adherencias postquirúrgicas, hernias, enfermedades inflamatorias intestinales y neoplasias. Este marco teórico explora los factores epidemiológicos que influyen en la prevalencia y el diagnóstico de la obstrucción intestinal. (20)



1.1. Epidemiología

La obstrucción intestinal es una afección frecuente que afecta tanto a adultos como a niños, aunque la incidencia y las causas varían según la población y el contexto. La comprensión de los factores epidemiológicos permite identificar grupos de riesgo y establecer estrategias preventivas para reducir la morbilidad asociada con esta condición. Los siguientes aspectos epidemiológicos son cruciales para entender mejor el impacto de la obstrucción intestinal. (21)

1.1.1. Edad

La variante etaria desempeña un papel decisivo en la presentación de la obstrucción intestinal, evidenciándose un incremento progresivo de su frecuencia conforme avanza el ciclo vital, con una acentuación marcada en los grupos correspondientes a edades avanzadas. A medida que las personas envejecen, los mecanismos del cuerpo se ven alterados, lo que predispone a complicaciones como la alteración del peristaltismo intestinal, enfermedades crónicas y complicaciones postquirúrgicas que pueden contribuir al desarrollo de obstrucción intestinal. En adultos mayores, las causas más frecuentes de obstrucción intestinal son las adherencias postquirúrgicas y las hernias, mientras que, en personas jóvenes, las causas más comunes incluyen malformaciones congénitas o infecciones gastrointestinales. Además, en niños, la oclusión del tránsito intestinal se vincula predominantemente a elementos como la intususcepción (proceso mediante el cual una porción del intestino se invagina en el segmento contiguo) (22)



1.1.2. Género

El género también influye en la prevalencia de obstrucción intestinal, aunque la relación es menos directa que con otros factores como la edad. En general, los estudios revelan que hallazgos indican que el sexo masculino presenta una incidencia superior de obstrucción intestinal en comparación con el sexo femenino, especialmente en relación con causas como las hernias y los vólvulos, que son más prevalentes en la población masculina. Sin embargo, algunas investigaciones también muestran que en mujeres postmenopáusicas la incidencia de cáncer colorectal, que puede generar obstrucción intestinal, es más alta, lo que puede alterar la distribución del riesgo entre géneros según el tipo de obstrucción. (23)

1.3. Antecedentes Clínicos

Los antecedentes clínicos de un paciente tienen un impacto importante en el riesgo de desarrollar obstrucción intestinal. Entre los antecedentes más relevantes, se incluyen las condiciones preexistentes que afectan el sistema gastrointestinal y los factores que predisponen a complicaciones quirúrgicas o metabólicas: (24)

a) Diabetes

La presencia de signos diabéticos de categoría mellitus, particularmente en situaciones de desregulación glucémica, constituye un determinante de riesgo significativo para la aparición de obstrucción intestinal, evidenciando su papel crítico en la vulnerabilidad del tracto gastrointestinal ante este tipo de complicaciones. Esta enfermedad afecta la motilidad intestinal debido a

la neuropatía autónoma, que puede llevar a la gastroparesia y a la retención de alimentos en el tracto gastrointestinal. Además, la diabetes puede predisponer a infecciones abdominales, que pueden ser complicaciones de obstrucciones intestinales, como en los casos de abscesos o peritonitis. (25)

b) Hipertensión

La hipertensión, cuando no se controla adecuadamente, puede aumentar el riesgo de enfermedad vascular intestinal, como la isquemia mesentérica, que puede derivar en obstrucción intestinal. Adicionalmente, los individuos con hipertensión arterial presentan una mayor predisposición a desarrollar comorbilidades, particularmente patologías cardiovasculares, las cuales pueden incrementar la complejidad y el riesgo durante la intervención quirúrgica en contextos de obstrucción intestinal. (26)

c) Cirugías abdominales previas

Haberse sometido a una cirugía abdominal supone un riesgo importante de sufrir una obstrucción intestinal, sobre todo debido a las molestas adherencias. Estas adherencias son básicamente bandas fibrosas resistentes que quedan en las cicatrices de la cirugía en el abdomen y que a veces provocan obstrucciones. Supongo que esto es especialmente importante para las personas a las que les han extirpado el apéndice, la vesícula biliar o partes del intestino. (27)

1.1.4. Índice de Masa Corporal (IMC)

El IMC Constituye un parámetro antropométrico determinante para la evaluación del estatus trófico corporal, ostentando una vinculación sustancial



con la susceptibilidad al desarrollo de cuadros oclusivos del tracto entérico. Las desviaciones del normopeso, manifestadas mediante valores alterados de este índice ponderal tanto en el espectro de la depleción como en el de la hipertrofia adiposa ejercen una influencia moduladora sobre los mecanismos fisiopatogénicos subyacentes a la obstrucción intestinal. En efecto, la alteración de este marcador nutricional, independientemente de su tendencia hacia la insuficiencia o el exceso, configura un elemento etiopatogénico relevante en la génesis multifactorial de los síndromes oclusivos digestivos, mediando diversas vías de interferencia con la fisiología del tránsito intestinal (20)

a) Bajo Peso

Los pacientes con bajo peso ($IMC < 18.5$) pueden tener una mayor predisposición a la obstrucción intestinal debido a la debilidad de la pared abdominal y la motilidad intestinal reducida. El déficit nutricional sostenido genera una merma significativa de los mecanismos de defensa orgánicos, lo que propicia una mayor susceptibilidad a procesos infecciosos; dichos eventos, a su vez, pueden actuar como factores precipitantes o agravantes de cuadros obstructivos, reforzando la interacción bidireccional entre el estado nutricional comprometido y la complejidad de la obstrucción intestinal. (14)

b) Peso Normal

En usuarios que eran tratados y llevaban un peso normal (IMC de 18.5 y 24.9), el riesgo de obstrucción intestinal es relativamente bajo, aunque aún pueden ocurrir casos debido a causas agudas como infecciones o traumas.



Estos pacientes suelen tener una mayor capacidad de recuperación y menos complicaciones postquirúrgicas. (28)

c) Sobrepeso

La condición ponderal caracterizada por un índice de masa corporal situado entre 25 y 29,9 se vincula con una probabilidad incrementada de presentar episodios de interrupción del tránsito intestinal, asociación que se ve potenciada por la coexistencia de alteraciones metabólicas y disfunciones del aparato digestivo inherentes a los estados de adiposidad excesiva, como el síndrome de intestino irritable y el aumento de la presión intraabdominal, que puede causar vólvulos. Además, el sobrepeso puede dificultar el diagnóstico y tratamiento oportuno de la obstrucción. (29)

d) Obesidad

La obesidad (IMC ≥ 30) La acumulación excesiva de tejido adiposo en la cavidad peritoneal configura un determinante etiológico preponderante en la génesis de cuadros oclusivos intestinales, constituyendo así un elemento predictor de considerable relevancia clínica. La hipertrofia del panículo adiposo visceral, característica inherente a esta condición, establece un sustrato anatómico propicio para la instauración de fenómenos obstructivos del tracto digestivo. Dicha adiposidad intraperitoneal representa, en efecto, un cofactor patogénico sustancial vinculado a la oclusión entérica, fundamentalmente debido al incremento volumétrico del compartimento graso mesentérico y retroperitoneal, el cual modifica la biomecánica intestinal y predispone a eventos oclusivos mediante mecanismos compresivos y alteraciones de la motilidad visceral, que puede comprometer



la movilidad intestinal y aumentar la incidencia de vólvulos. La obesidad también está asociada con comorbilidades que agravan la obstrucción, como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Los pacientes obesos también presentan un incremento sustancial en la probabilidad de eventos adversos posteriores a la intervención quirúrgica, circunstancia que confiere mayor complejidad al abordaje terapéutico de la obstrucción intestinal. (30)

1.2. Obstrucción Mecánica

La variante mecánica de la obstrucción intestinal constituye una de las presentaciones de mayor frecuencia, caracterizándose por la existencia de un impedimento estructural que interrumpe de manera directa el desplazamiento del contenido luminal a lo largo del tracto digestivo. Este tipo de obstrucción está asociada con condiciones que afectan la estructura o el funcionamiento normal del tracto intestinal, como hernias, tumores o impactación fecal. Estas obstrucciones requieren intervención quirúrgica o tratamiento médico para resolver el bloqueo y restaurar la función intestinal. (14)

1.2.1. Hernias

Las hernias se constituyen uno de los orígenes predominantes de la obstrucción intestinal de tipo mecánico y se generan cuando un segmento del tubo digestivo protruye desde su localización anatómica habitual a través de un defecto patológico de la pared abdominal. Las hernias pueden ser de varios tipos, cada una con características propias que influyen en la presentación clínica y el manejo de la obstrucción. (31)



a) Inguinales

La protrusión herniaria de localización inguinal constituye la variante de mayor incidencia, caracterizándose por el desplazamiento de segmentos intestinales a través del conducto inguinal, orificio anatómico situado en la región inferolateral de la pared abdominal anterior. Esta entidad nosológica exhibe preponderancia en el género masculino. Cuando sobreviene el fenómeno de estrangulamiento herniario, se compromete la perfusión vascular del asa intestinal involucrada, incrementando exponencialmente el riesgo de necrosis tisular y subsecuente perforación visceral. Tal complicación demanda adhesiolisis y eventual resección mediante laparotomía de urgencia. La estrangulación herniaria representa una condición crítica donde la irrigación sanguínea del segmento intestinal se ve severamente comprometida, precipitando isquemia y potencial gangrena, circunstancia que exige abordaje operatorio inmediato para prevenir peritonitis secundaria. (32)

b) Umbilicales

Las hernias umbilicales ocurren cuando una porción del intestino sale a través del ombligo. Este tipo de hernia es más común en niños, aunque también puede presentarse en adultos, especialmente en mujeres después del embarazo. La obstrucción en una hernia umbilical es más rara, pero puede ocurrir cuando el intestino se comprime dentro de la hernia, causando un bloqueo parcial o total. (31)

c) Femorales

Las hernias femorales ocurren cuando una porción del intestino se desplaza a través del canal femoral, que se encuentra cerca de la ingle. Aunque

menos comunes que las inguinales, las hernias femorales son más frecuentes en mujeres. La obstrucción intestinal causada por hernias femorales puede ser especialmente peligrosa debido a que la reducción espontánea del contenido intestinal es menos probable debido a la estrechez del canal femoral. (31)

d) Incisiones

La herniación incisional representa una complicación tardía de laparotomías, caracterizada por la exteriorización de asas intestinales a través de defectos de la pared abdominal originados durante la intervención quirúrgica inicial. Estos defectos herniarios emergen en sitios donde la integridad fascial se encuentra comprometida como consecuencia del trauma operatorio, permitiendo la migración visceral a través de tales áreas de fragilidad parietal. Este tipo de hernia es común en pacientes que han tenido intervenciones quirúrgicas previas, especialmente aquellas que involucran una apertura grande de la cavidad abdominal. La obstrucción debido a hernias de incisión requiere tratamiento quirúrgico para prevenir complicaciones graves. (15)

1.2.2. Tumores

Los tumores, tanto malignos como benignos, pueden causar obstrucción intestinal al invadir o comprimir el intestino. Los tumores malignos pueden obstruir el intestino de manera más agresiva, mientras que los benignos generalmente crecen más lentamente, pero pueden causar un bloqueo significativo si no se diagnostican y tratan a tiempo. (8)



a) Malignos

Las proliferaciones tumorales malignas del tracto digestivo inferior y superior adenocarcinomas colónicos, rectales y gástricos representan causas cardinales del síndrome oclusivo intestinal en estratos etarios geriátricos. Estos procesos oncológicos configuran factores etiológicos preponderantes de obstrucción del tránsito intestinal en individuos longevos, siendo las neoplasias gastrointestinales agentes causales primordiales en poblaciones senescentes. Estos tumores pueden invadir las paredes del intestino, causando una obstrucción parcial o completa. La obstrucción asociada con cáncer es más peligrosa porque puede estar acompañada de metástasis y complicaciones como perforación, hemorragia y peritonitis, que requieren tratamiento quirúrgico inmediato. (33)

b) Benignos

Los tumores benignos, como los pólipos colónicos, también pueden causar obstrucción intestinal, aunque generalmente de manera menos agresiva. Los pólipos grandes pueden bloquear el paso del contenido intestinal y causar síntomas similares a la obstrucción, como dolor abdominal y distensión. Aunque estos tumores no son cancerosos, pueden requerir cirugía para eliminar el bloqueo y evitar complicaciones futuras. (34)

1.2.3. Impactación Fecal

La impactación fecal ocurre cuando las heces se acumulan y se endurecen en el colon o el recto, causando un bloqueo intestinal. Este fenómeno es más común en pacientes que tienen una motilidad intestinal reducida, como

aquellos con estreñimiento crónico o que toman medicamentos que afectan el tránsito intestinal. La impactación fecal puede provocar dolor abdominal intenso, distensión y vómitos, y generalmente requiere intervención médica para su resolución, La estratificación del manejo clínico puede comprender, efectivamente, la implementación de sustancias purgantes por vía oral, la aplicación de soluciones evacuantes mediante técnicas de instilación rectal, o bien, ante la refractariedad del cuadro y la presencia de complicaciones amenazantes, el recurso a procedimientos de resolución quirúrgica. (35)

1.3. Obstrucción Funcional

La obstrucción funcional no es causada por un bloqueo físico en el intestino, sino por una disfunción en las alteraciones de la neurofisiología del sistema nervioso entérico constituyen el sustrato etiopatogénico fundamental de esta modalidad oclusiva, caracterizada por la disfunción peristáltica que obstaculiza la progresión del contenido alimentario y del quimo líquido a lo largo del conducto gastrointestinal. Esta variante obstructiva se vincula intrínsecamente con trastornos de la innervación autonómica y del plexo mientérico, generando una paralización funcional de la motilidad propulsiva intestinal. La perturbación de la cinética visceral, en efecto, impide el tránsito fisiológico del bolo alimenticio y las secreciones digestivas por el lumen entérico, configurando un cuadro de estasis intestinal de naturaleza neuropática. Dicha entidad clínica emerge, fundamentalmente, de anomalías en la transmisión neurogénica y la coordinación mioeléctrica, ocasionando una incapacidad del tracto digestivo para propulsar adecuadamente su contenido luminal mediante los mecanismos peristálticos habituales, metabólicas o musculares que afectan la función intestinal. A diferencia de

la obstrucción mecánica, la obstrucción funcional no siempre requiere cirugía, pero sí un tratamiento médico adecuado para restaurar la función intestinal. (36)

1.3.1. Alteración de la Motilidad Intestinal

Las perturbaciones de la motilidad propulsiva del intestino pueden ser desencadenadas por diversas entidades morbosas que lesionan el sistema nervioso autónomo visceral o el componente miocítico de la pared intestinal. Estas alteraciones pueden llevar a la parálisis intestinal o a la disminución del movimiento normal de los intestinos, lo que puede provocar síntomas similares a la obstrucción intestinal. (37)

a) Peritonitis

Constituye un proceso flogístico que compromete la membrana serosa peritoneal, cuya génesis etiológica puede derivar de procesos sépticos intraabdominales, lesiones traumáticas de la cavidad peritoneal, o bien, secuelas iatrogénicas subsecuentes a intervenciones quirúrgicas abdominales. La inflamación de esta superficie mesotelial puede tener su origen en contaminación bacteriana, injurias mecánicas del compartimento abdominal, o complicaciones postoperatorias que desencadenan respuesta inflamatoria sistémica. Esta entidad nosológica representa, en efecto, un síndrome inflamatorio agudo del revestimiento peritoneal, originado multifactorialmente por agentes infecciosos de naturaleza polimicrobiana o monomicrobiana, traumatismos penetrantes o contusos con compromiso visceral, o eventualidades adversas vinculadas al acto quirúrgico, tales como dehiscencias anastomóticas, perforaciones inadvertidas o contaminación



transoperatoria del campo quirúrgico. La peritonitis puede afectar la motilidad intestinal, provocando una paralización temporal de los intestinos, lo que puede imitar una obstrucción intestinal. Esta condición requiere tratamiento médico urgente para prevenir el colapso circulatorio y la sepsis. (38)

b) Sepsis

Constituye un síndrome de disfunción orgánica múltiple desencadenado por una respuesta inmunológica desregulada del hospedero frente a procesos infecciosos severos, cuyo foco primario puede localizarse en cualquier compartimento anatómico, comprendiendo asimismo el aparato digestivo. La reacción flogística generalizada ante agentes patógenos invasivos configura este cuadro clínico de severidad crítica, siendo susceptible de originarse tanto en sistemas extraintestinales como en el tracto entérico propiamente dicho. Este estado de hiperinflamación sistémica representa, en efecto, una cascada de mediadores proinflamatorios y citoquinas que emerge como consecuencia de la diseminación hematógena de microorganismos o sus endotoxinas, independientemente de su génesis topográfica ya sea cutánea, respiratoria, urogenital o gastrointestinal. La sepsis puede alterar la motilidad intestinal y causar disfunción en la peristalsis intestinal. En este contexto, la obstrucción funcional es secundaria a la disfunción generalizada causada por la infección. (21)

c) Traumatismo

El traumatismo abdominal, como lesiones por golpes o accidentes, puede causar daño directo a los nervios o músculos del intestino, afectando su capacidad para contraerse y mover el contenido intestinal. En estos casos,

la obstrucción funcional puede ser transitoria, pero requiere un manejo adecuado para prevenir complicaciones adicionales. (38)

1.3.2. Electrolitos

La homeostasis electrolítica resulta esencial para la adecuada actividad neuromuscular, ya que garantiza la correcta transmisión de los impulsos nerviosos y la contracción fisiológica de las fibras musculares, incluidos los del tracto gastrointestinal. Los trastornos en los niveles de electrolitos pueden alterar la motilidad intestinal, provocando síntomas de obstrucción funcional. (39)

a) Hipocalemia

La hipocalemia representa un factor etiológico cardinal en las perturbaciones de la cinética propulsiva del tracto gastrointestinal. El potasio es esencial para la contracción muscular normal, y su deficiencia puede llevar a la parálisis intestinal, lo que puede provocar distensión abdominal, dolor y estreñimiento grave. (10)

b) Hipomagnesemia

La hipomagnesemia, o bajo nivel de magnesio, también puede afectar la función intestinal, ya que el magnesio es esencial para la contracción muscular. La deficiencia de magnesio puede inducir espasmos musculares y afectación de la motilidad gastrointestinal, contribuyendo a la aparición de una obstrucción funcional. (40,41)

2.2. Manejo Terapéutico

La estrategia de intervención ante la oclusión intestinal depende de diversos determinantes, tales como el factor etiopatogénico primario, la magnitud del compromiso obstructivo, el estatus funcional del paciente y la premura en establecer el diagnóstico. Conceptualmente, el manejo se dicotomiza en dos aproximaciones fundamentales: tratamiento médico conservador e intervención quirúrgica. Cada vertiente terapéutica presenta indicaciones precisas y se personaliza conforme a las particularidades individuales del caso. (42)

2.3. Modalidad de Manejo

El abordaje terapéutico de la obstrucción intestinal se clasifica principalmente en dos estrategias: conservadora y quirúrgica. La selección de la modalidad óptima está condicionada por la etiopatogenia de la obstrucción, la gravedad de la presentación clínica, la respuesta fisiopatológica del paciente y los riesgos intrínsecos asociados a cada intervención. (21)

a) Manejo Conservador

El manejo conservador se emplea en aquellos casos de obstrucción intestinal en los que la causa es reversible o en los que no hay complicaciones graves como perforación, isquemia o peritonitis. Esta modalidad se basa en la observación clínica y el tratamiento no quirúrgico, con el objetivo de resolver la obstrucción sin necesidad de intervención quirúrgica. (43)

Los aspectos clave del manejo conservador incluyen:

Reposo intestinal: La implementación de un período de aquiescencia digestiva constituye una estrategia terapéutica recomendable en escenarios de oclusión intestinal incompleta, lo cual conlleva la instauración de ayuno absoluto mediante la suspensión total de la vía oral para la administración de nutrientes y fluidos, propiciando así la restauración fisiológica de la motilidad entérica. Bajo determinadas circunstancias clínicas, resulta imperativo establecer soporte nutricional mediante la infusión intravenosa de soluciones hiperalimentarias o, alternativamente, a través de alimentación tubular regulada en el tracto gastrointestinal distal. El reposo funcional del aparato digestivo representa, en efecto, una medida conservadora indicada para síndromes suboclusivos, requiriendo la ablación completa de cualquier aporte alimenticio por deglución, con el propósito de minimizar la estimulación peristáltica y facilitar la resolución espontánea del cuadro obstructivo. En situaciones donde la privación nutricional prolongada comprometa el estado metabólico del paciente, se procede a la provisión de macronutrientes y micronutrientes esenciales mediante cateterización venosa central nutrición parenteral total o bien, cuando la anatomía lo permita, mediante sondas de alimentación transpilóricas que posibiliten la administración intraluminal controlada de fórmulas enterales especializadas, evitando así el catabolismo proteico y preservando la integridad de la barrera mucosa intestinal. (32)

Descompresión nasogástrica: Se utiliza con el propósito de mitigar la dilatación abdominal y atenuar las manifestaciones eméticas y nauseosas; para tal fin, puede instaurarse una sonda nasogástrica destinada a la evacuación del contenido gástrico, permitiendo la descompresión del tracto

digestivo superior y la disminución de la presión intraabdominal, mecanismo que en determinadas circunstancias contribuye a la resolución parcial o completa del cuadro obstructivo. (30)

Hidratación y corrección de electrolitos: La rehidratación intravenosa es crucial para estabilizar a los pacientes con obstrucción intestinal, ya que la deshidratación y los desequilibrios electrolíticos son comunes en esta condición. El restablecimiento de un equilibrio adecuado de electrolitos, como sodio, potasio y cloro, es esencial para prevenir complicaciones adicionales. (32)

Monitoreo clínico: Los pacientes son monitoreados de cerca mediante exploraciones físicas regulares y estudios de imágenes, como radiografías o tomografías computarizadas, para evaluar la progresión de la obstrucción. Si no se observa mejoría en un período de tiempo razonable, se reconsidera el enfoque terapéutico. (43)

Uso de laxantes o enemas: En algunos casos, especialmente cuando la obstrucción es causada por impactación fecal, se pueden administrar laxantes o enemas para ayudar a liberar las heces impactadas y restablecer la motilidad intestinal. El manejo conservador puede ser muy efectivo para obstrucciones parciales o cuando la causa subyacente es tratable sin cirugía, como en algunos casos de obstrucción por adherencias leves o trastornos funcionales. (44)

b) Manejo Quirúrgico

La resolución operatoria se torna indispensable en situaciones en las que la interrupción del tránsito intestinal es total, muestra refractariedad a las

medidas terapéuticas no invasivas o se acompaña de eventos adversos de elevada gravedad, tales como disrupción de la pared intestinal, compromiso vascular isquémico o inflamación peritoneal difusa. En este contexto, el acto quirúrgico tiene como finalidad suprimir el obstáculo causante, reconstruir las estructuras anatómicas comprometidas y reconstituir la continuidad funcional del tránsito luminal. (45)

Laparotomía: En casos de obstrucción intestinal compleja, la cirugía abierta (laparotomía) puede ser necesaria. La laparotomía permite al cirujano acceder al abdomen para identificar y corregir la causa de la obstrucción, como la resección de una parte del intestino afectada por tumor o la liberación de adherencias. En situaciones graves, se pueden extirpar las partes del intestino comprometidas para evitar complicaciones adicionales. (45)

Laparoscopia: En escenarios de obstrucción de menor complejidad, puede considerarse el abordaje laparoscópico, técnica mínimamente invasiva que se basa en la realización de incisiones de reducido tamaño para la introducción de sistemas ópticos y dispositivos operatorios. Este método se asocia con una convalecencia más expedita y una disminución significativa de la incidencia de complicaciones infecciosas posteriores a la intervención. (46)

Resección intestinal: Cuando el proceso obstructivo obedece a una lesión neoplásica de carácter maligno o a un segmento intestinal con necrosis establecida, la exéresis del tramo comprometido resulta imprescindible para evitar la ruptura parietal y la aparición de complicaciones mayores.

Posteriormente, los cabos intestinales remanentes pueden ser reaproximados mediante una anastomosis, con el objetivo de restituir la continuidad anatómica y funcional del tracto digestivo. (45)

Manejo de complicaciones: Si la obstrucción intestinal ha causado complicaciones como perforación, peritonitis o shock séptico, es esencial que el tratamiento quirúrgico se realice de manera urgente para evitar la diseminación de la infección. Además, se debe administrar tratamiento antibiótico adecuado y realizar un manejo intensivo postoperatorio. (45)

Descompresión quirúrgica: En algunos casos, cuando la obstrucción es causada por un vólvulo o una hernia incarcerada, puede ser necesario realizar una descompresión quirúrgica para aliviar la presión dentro del intestino y restablecer la circulación sanguínea adecuada. Esto puede involucrar la liberación de la hernia o la corrección de la torsión intestinal. (47)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Adherencias: Tejido fibroso que se forma entre órganos o estructuras internas tras una cirugía o inflamación, causando obstrucción intestinal. (21)

Anastomosis: Procedimiento quirúrgico que conecta dos partes del intestino después de una resección, restaurando la continuidad intestinal. (31)

Distensión abdominal: Expansión del abdomen debido a la acumulación de gases, líquidos o contenido intestinal, común en la obstrucción intestinal. (25)



Fecaloma: Masa de heces compactadas que puede obstruir el intestino, generalmente asociada con el estreñimiento crónico. (18)

Hernia: Herniación de una porción del tracto intestinal mediante una solución de continuidad patológica en la pared abdominal, comúnmente desencadenando obstrucción del tránsito. (9)

Ileus: Condición en la que el intestino no mueve los contenidos de forma normal debido a disfunción de la motilidad intestinal, a menudo causada por cirugía o enfermedades. (37)

Isquemia: Reducción del suministro de sangre a los tejidos, lo que puede llevar a la muerte celular y a la obstrucción intestinal por falta de oxígeno. (16)

Obstrucción intestinal: Interrupción parcial o completa del paso de los contenidos intestinales, que puede ser causada por bloqueos mecánicos o funcionales. (22)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se ejecutó mediante un diseño no experimental donde se recolecta los datos del fenómeno de interés sin realizar una manipulación de las variantes tal como ocurre en su entorno de forma natural, sin la intervención o modificar las variantes involucradas (48).

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo básica, de nivel correlacional de corte transversal.

Tipo básica: porque tuvo como finalidad generar conocimientos teóricos que contribuyeran al desarrollo científico, sin perseguir una aplicación inmediata.

Nivel correlacional: debido a que se buscó examinar la relación entre dos variables principales.

Diseño transversal: ya que los datos se recolectaron en un solo momento del tiempo, sin realizar seguimiento longitudinal (49).

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se aplicó el método, hipotético deductivo con enfoque cuantitativo ya que se enfoca en la recolección y análisis de datos numéricos con el fin de identificar patrones (50).



3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población:

La población de estudio estuvo compuesta por 60 casos de obstrucción intestinal, quienes fueron atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024.

3.4.2. Muestra:

Se utilizó una muestreo intencional por conveniencia del autor la cual estuvo conformada por el 100% de la población, compuesta por 60 casos de obstrucción intestinal

Temporalidad:

Se desarrollo la recolección de datos de enero a diciembre del 2024 en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.5.1. Técnicas:

Variable 1: Análisis documental:

Se utilizó la técnica de revisión y análisis de documentos relevantes relacionados con la obstrucción intestinal y su manejo terapéutico, con el fin de obtener información pertinente para la investigación.

Variable 2: Análisis documental:

Se aplicó el análisis de documentos previos, enfocados en registros de casos clínicos, protocolos y otros textos relacionados con el tratamiento de la obstrucción intestinal en el Hospital Carlos Monge Medrano.

3.5.2. Instrumentos

Variable 1: Ficha de recolección de datos

Título de instrumento: Obstrucción intestinal (8 Ítems)

Autor: creación propia

Dimensión 1: Epidemiológicas

Dimensión 2: Obstrucción mecánica

Dimensión 3: Obstrucción funcional

Tiempo de aplicación: 20 minutos

Variable 2: Ficha de recolección de datos: Se utilizó una ficha de recolección de datos para recopilar información de historias clínicas de pacientes con obstrucción intestinal, permitiendo un análisis detallado de la intervención médica.

Título de instrumento: Manejo terapéutico (1 Ítems)

Autor: creación propia

Dimensión 1: Modalidad de manejo

a) Manejo conservador

b) Manejo quirúrgico

Tiempo de aplicación: 10 minutos

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Con el permiso del Hospital Carlos Monge Medrano, la recolección de datos se realizó entre enero y diciembre de 2024. Se utilizaron fichas de

recolección para obtener información de los pacientes con obstrucción intestinal, enfocándose en las dimensiones epidemiológicas, obstrucción mecánica, funcional y el manejo terapéutico aplicado.

Los datos fueron procesados mediante herramientas estadísticas, permitiendo realizar un análisis descriptivo y correlacional para identificar patrones entre los factores de riesgo y los métodos terapéuticos empleados.

Se implementaron controles de calidad, como la capacitación de los recolectores y la verificación constante de los datos, para asegurar la exactitud y consistencia en todo el proceso.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la organización, interpretación y evaluación de los datos obtenidos se empleó la prueba estadística Chi2, debido a que se trataba de variables numéricas.

La fórmula empleada para calcular el valor de chi cuadrado es:

$$\chi_c^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Donde:

- χ^2 : valor calculado de chi cuadrado
- **O**: frecuencia observada
- **E**: frecuencia esperada
- Σ : sumatoria de todos los datos comparados

Comparamos el resultado con el valor crítico de la gráfica de chi-cuadrado para el nivel de significancia establecido, generalmente $\alpha = 0,05$, y verificamos los grados de libertad. Si nuestro χ^2 calculado supera el valor crítico, no se considera significativo, lo que indica una relación estadísticamente significativa entre las variables.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

La herramienta de acopio de información fue sometida a validación mediante peritaje especializado, garantizando así su idoneidad, precisión conceptual, congruencia interna y aplicabilidad respecto a las metas investigativas planteadas. Este proceso incluyó la evaluación de tres profesionales médico-quirúrgicos con experticia en la temática abordada.

3.8.2. Confiabilidad

La consistencia del instrumento se verificó a través del índice Alfa de Cronbach, certificando la coherencia interna de los constructos analizados en el estudio.

Análisis de confiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,784	9

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Relación de la edad y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024

Edad	Modalidad de manejo terapéutico					
	Conservador		Quirúrgico		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
18 a 29 años	3	5.0	0	0.0	3	5.0
30 a 59 años	6	10.0	12	20.0	18	30.0
> 60 años	15	25.0	24	40.0	39	65.0
Total	24	40.0	36	60.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{Cal} = 12.140$$

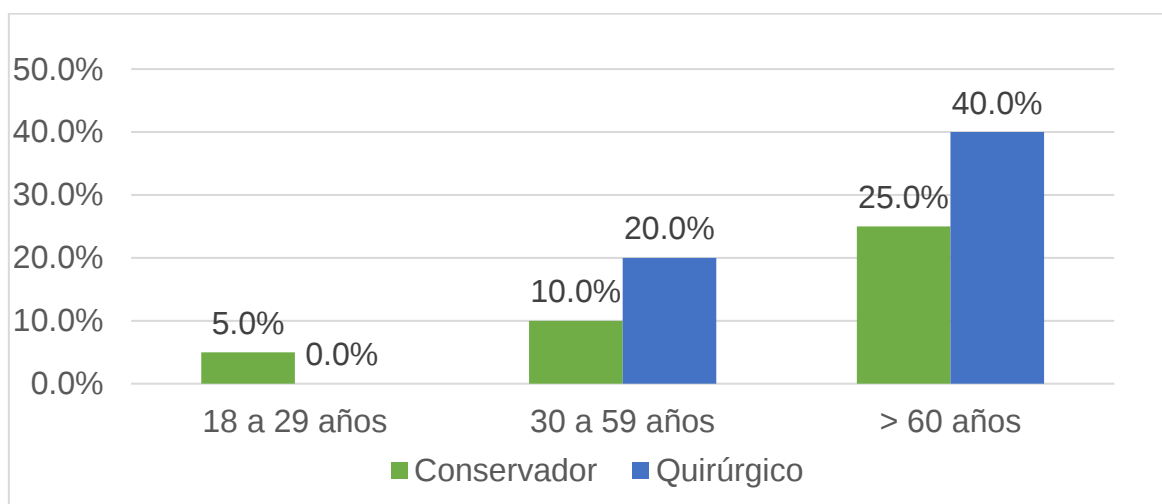
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.024$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 1



Fuente. Tabla 1

En relación con la edad y el manejo terapéutico de los pacientes, se observó que el 65 % eran mayores de 60 años, el 30 % tenían entre 30 y 59 años, y el 5 % estaban en el rango de 18 a 29 años.

En cuanto a la modalidad de manejo terapéutico, el 40 % de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico y el 25 % fue manejado de manera conservadora; estas modalidades fueron más frecuentes en los pacientes mayores de 60 años.

Comparamos el resultado con el valor crítico de la gráfica de chi-cuadrado para el nivel de significancia establecido, generalmente $\alpha = 0,05$, y verificamos los grados de libertad. Si nuestro χ^2 calculado supera el valor crítico, no se considera significativo, lo que indica una relación estadísticamente significativa entre las variables.

Torres. (14) Se evidenció que los individuos con edad superior a los 60 años presentan una probabilidad significativamente incrementada de desarrollar la entidad analizada, reflejando una asociación estadísticamente relevante. De manera concordante, en la investigación presente se observó que aproximadamente dos tercios de la población estudiada correspondían a este grupo etario, lo que resulta coherente con los hallazgos descritos por Torres y consolida el papel de la edad avanzada como variable estrechamente vinculada al evento estudiado. Este comportamiento sugiere que los pacientes añosos demandan esquemas de atención diferenciados, con mayor grado de especialización y monitoreo continuo, dada su mayor susceptibilidad a desenlaces adversos y a la necesidad de intervenciones terapéuticas más complejas.

Tabla 2. Relación del género y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024

Género	Modalidad de manejo terapéutico					
	Conservador		Quirúrgico		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Femenino	8	13.3	13	21.7	21	35.0
Masculino	16	26.7	23	38.3	39	65.0
Total	24	40.0	36	60.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{Cal} = 29.251$$

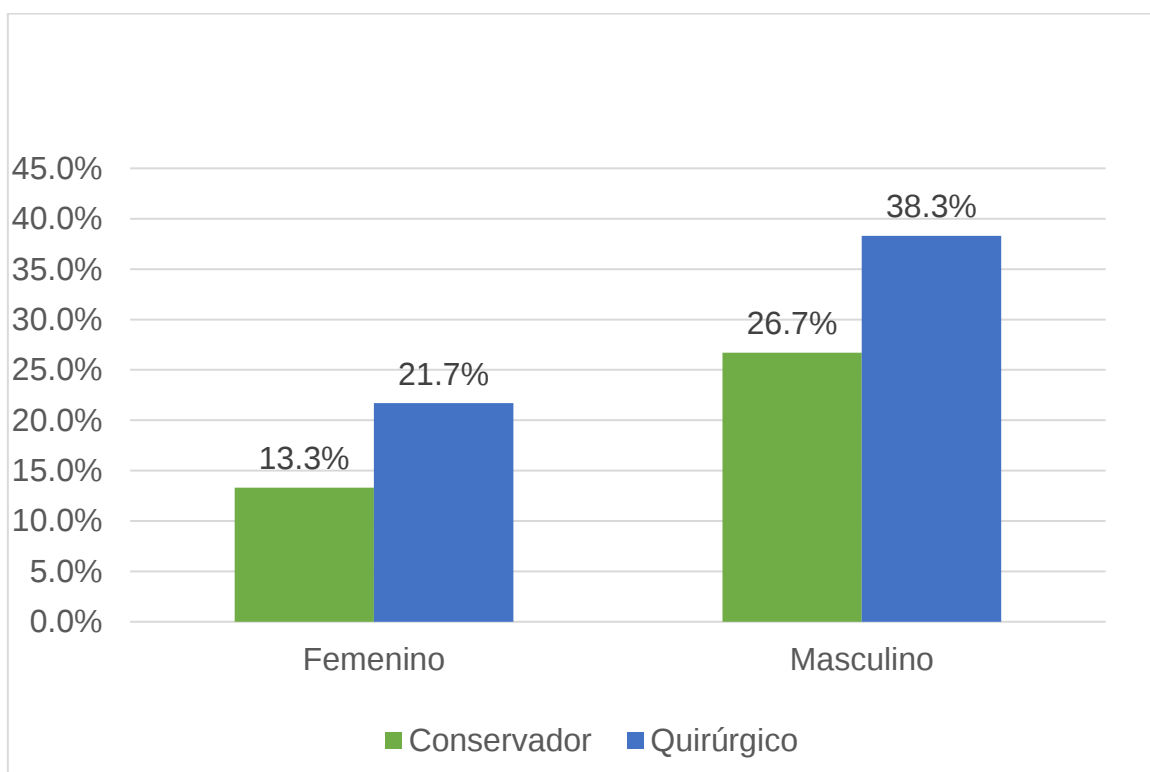
$$GL = 1$$

$$X^2_{Tab} = 3.841$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 2



Fuente: Tabla 2.



En relación con el género y el manejo terapéutico de los pacientes, se observó que el 65% fueron del género masculino y el 35% del género femenino.

En cuanto a la modalidad de manejo terapéutico, el 38.3 % de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico y el 26.7% fue manejado de manera conservadora; estas modalidades fueron más frecuentes en los pacientes del género masculino.

Al realizar la prueba de chi-cuadrado, obtuvimos un valor de χ^2 de 29,251, superando con creces el valor crítico de 3,841 con 1 grado de libertad, y la significancia alcanzó $p = 0,000$. Por lo tanto, parece que realmente existe una relación estadísticamente significativa entre el tratamiento que reciben los pacientes y su género.

Borda, et al. (18) Se informó que poco menos de una cuarta parte de los casos correspondía al sexo masculino; sin embargo, en la investigación presente se observó una proporción considerablemente mayor de varones, alcanzando cerca de dos tercios de la muestra, lo que pone de manifiesto una divergencia relevante entre ambos trabajos. Esta disparidad podría atribuirse a diferencias en la composición poblacional, en los parámetros de selección de los sujetos o en particularidades demográficas propias del entorno estudiado, lo que resalta la importancia de contextualizar el análisis del sexo como variable influyente en las decisiones y resultados del abordaje terapéutico.

Tabla 3. Relación de los antecedentes clínicos y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024

Antecedentes clínicos	Modalidad de manejo terapéutico					
	Conservador		Quirúrgico		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Diabetes	2	3.3	2	3.3	4	6.6
Hipertensión	1	1.7	0	0.0	1	1.7
Cirugía abdominal previa	4	6.7	15	25.0	19	31.7
Gastrointestinal	17	28.3	19	31.7	36	60.0
Total	24	40.0	36	60.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{Cal} = 19.140$$

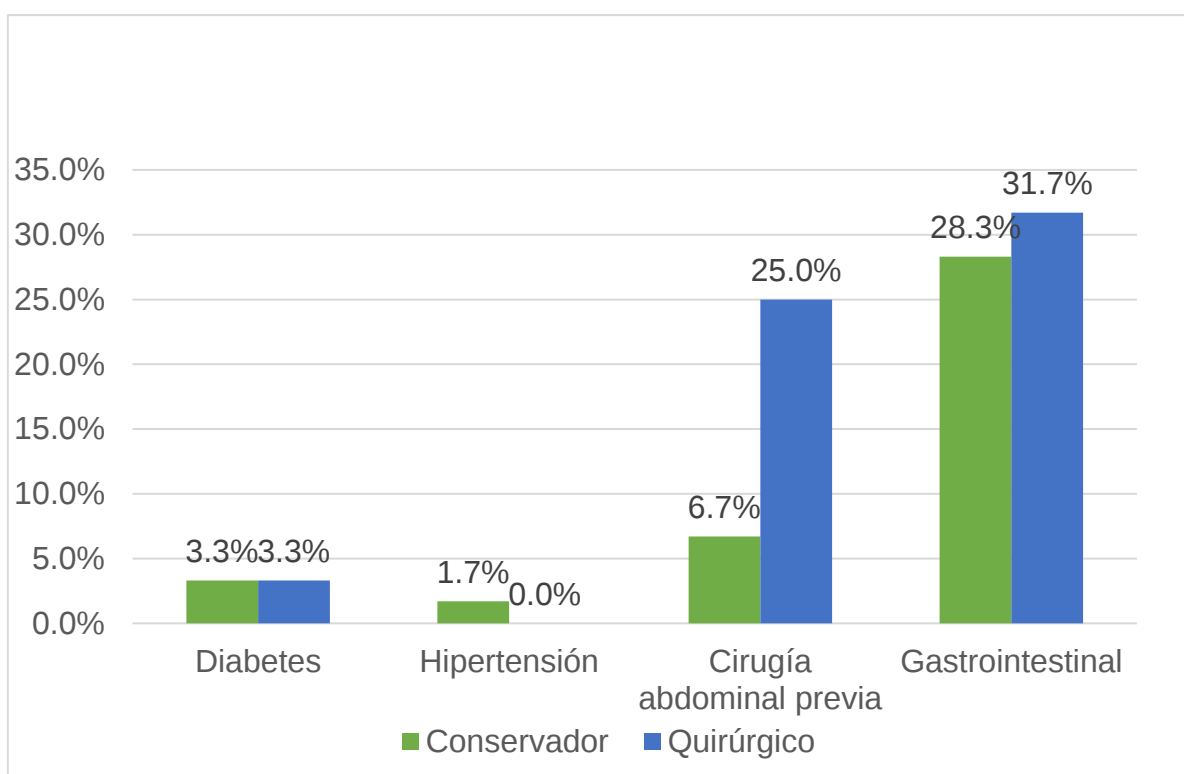
$$GL = 3$$

$$X^2_{Tab} = 7.814$$

$$P = 0.009$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 3



Fuente: Tabla 3

En relación con los antecedentes clínicos y el manejo terapéutico de los pacientes, se observó que el 60% presentó antecedentes gastrointestinales, el 31.7% cirugía abdominal previa, el 6.6% presentaron diabetes y el 1.7% presentó hipertensión.

En cuanto a la modalidad de manejo terapéutico, el 31.7% de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico y el 28.3% fue manejado de manera conservadora; estas modalidades fueron más frecuentes en antecedentes abdominales previas.

Tras realizar un análisis estadístico con una prueba de chi-cuadrado, obtuvimos un valor de χ^2 de 19,140, que supera ampliamente el umbral de 7,814 para 3 grados de libertad, y un valor $p = 0,009$. Esto parece confirmar una clara relación estadística entre el historial clínico de los pacientes y la forma en que se eligen los planes de tratamiento.

Arce y Balerezo. (8) Se describieron los antecedentes patológicos del aparato digestivo como un elemento de relevancia dentro de la población analizada. En concordancia con ello, la investigación actual evidenció que aproximadamente seis de cada diez pacientes presentaban historia clínica gastrointestinal previa, resultado que se alinea con los reportes anteriores y reafirma la necesidad de integrar dichos antecedentes en la planificación del abordaje terapéutico de la obstrucción intestinal.

Tabla 4. Relación del índice de masa corporal y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024

Índice de masa corporal	Modalidad de manejo terapéutico					
	Conservador		Quirúrgico		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Bajo peso	2	3.3	5	8.3	7	11.6
Peso Normal	14	23.4	26	43.3	40	66.7
Sobrepeso	5	8.3	1	1.7	6	10.0
Obesidad	3	5.0	4	6.7	7	11.7
Total	24	40.0	36	60.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{Cal} = 5.274$$

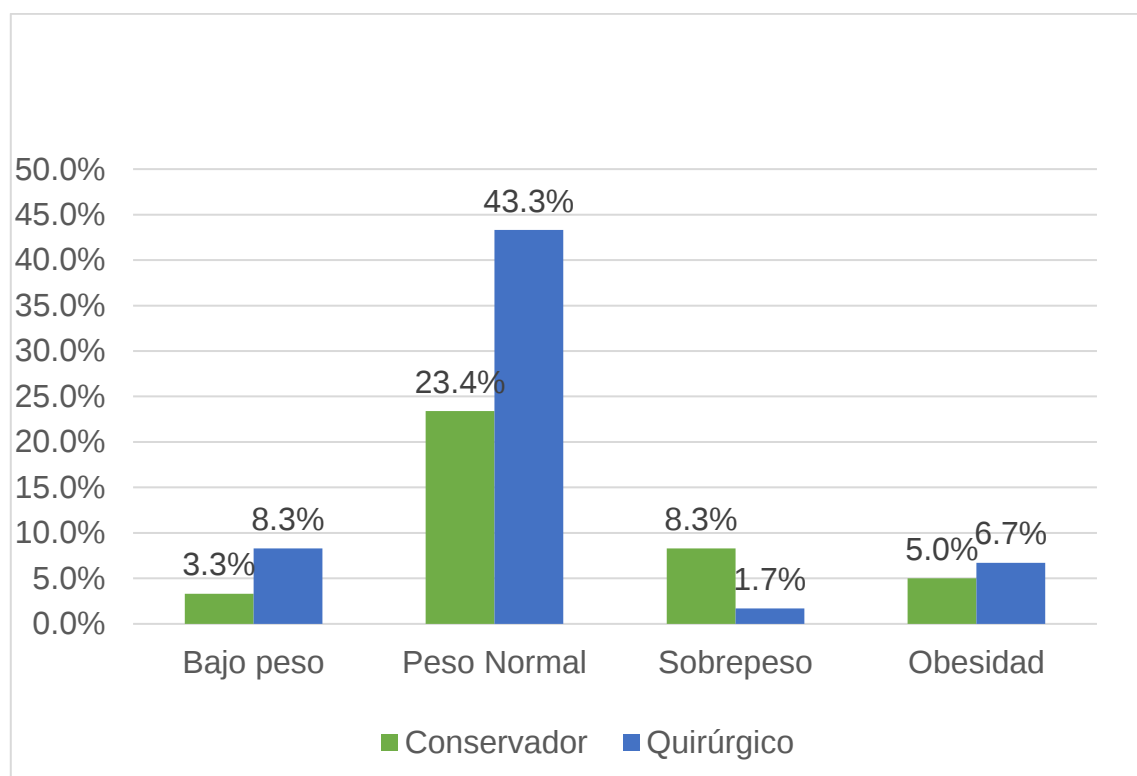
$$GL = 3$$

$$X^2_{Tab} = 7.814$$

$$P = 0.150$$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 4



Fuente: Tabla 4



En relación con los índices de masa corporal y el manejo terapéutico de los pacientes, se observó que el 66.7% fueron pacientes con peso normal, el 11.7% pacientes con obesidad, el 11.6% pacientes con bajo peso y el 10% presento sobrepeso.

En cuanto a la modalidad de manejo terapéutico, el 43.3% de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico y el 23.4% fue manejado de manera conservadora; estas modalidades fueron más frecuentes en pacientes que se encontraban con peso normal.

El análisis estadístico, realizado mediante la prueba de chi-cuadrado, arrojó un valor de χ^2 de 5,274, que se encuentra por debajo del umbral de 7,814 para tres grados de libertad y dio un valor p de 0,150. Por lo tanto, parece que no existe una relación estadística sólida entre el índice de masa corporal de los pacientes y el tipo de terapia que reciben.

Castro. (13) Se indicó que la mayoría de los pacientes presentaba una conformación corporal dentro de parámetros considerados normales, lo que sugiere que el estado nutricional o el índice de masa corporal no ejerce una influencia determinante sobre la expresión clínica ni sobre la selección del abordaje terapéutico. De manera concordante, reforzando la hipótesis de que el IMC podría no constituir un criterio decisivo en la elección del tratamiento de la obstrucción intestinal. Estos resultados permiten inferir que, si bien la condición nutricional es relevante para la salud integral, otros elementos clínicos y epidemiológicos como la edad, el sexo, los antecedentes abdominales y las alteraciones hidroelectrolíticas desempeñan un papel de mayor peso en la toma de decisiones terapéuticas dentro de esta población.

Tabla 5. Relación de las hernias y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024

Hernias	Modalidad de manejo terapéutico					
	Conservador		Quirúrgico		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Inguinales	1	1.7	0	0.0	1	1.7
Umbilicales	1	1.7	1	1.7	2	3.4
No presento	22	36.6	35	58.3	57	94.9
Total	24	40.0	36	60.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{Cal} = 4.050$

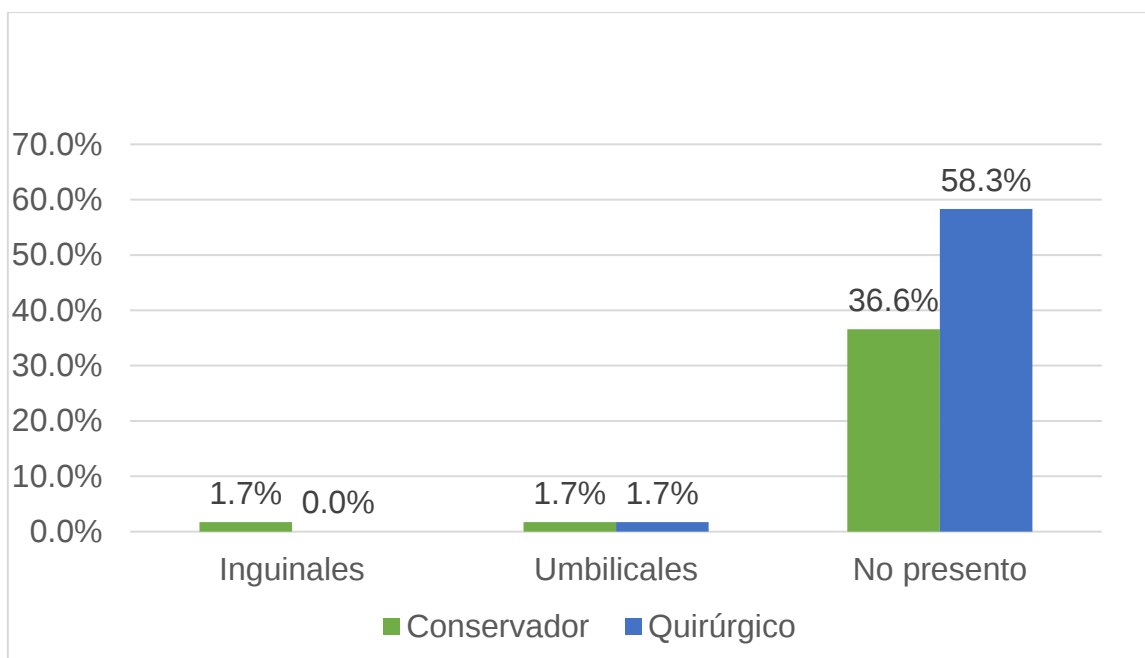
$GL = 2$

$X^2_{Tab} = 5.991$

$P = 0.399$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 5



Fuente: Tabla 5.



En relación con la presencia de hernia y el manejo terapéutico de los pacientes, se observó que el 94.9% no presentó hernias, el 3.4% presentaron hernias umbilicales y el 1.7% presentaron hernias inguinales.

En cuanto a la modalidad de manejo terapéutico, el 58.3% de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico y el 36.6% fue manejado de manera conservadora; estas modalidades fueron más frecuentes en aquellos que no presentaron ningún tipo de hernias.

Tras analizar los datos con la prueba de chi-cuadrado, obtuvimos un valor de χ^2 de 4,050, que se sitúa por debajo del umbral de 5,991 para 2 grados de libertad, y el valor p es de 0,399. Al parecer, con estos resultados, no existe una relación estadística significativa entre las hernias de los pacientes y la forma en que se gestionaron sus tratamientos.

Sevilla, et al. (5) reportaron que las causas quirúrgicas más frecuentes de obstrucción intestinal eran las adherencias y las hernias incarceradas. En contraste, en el estudio actual, el 94,9 % de los pacientes no presentó hernias, lo que evidencia una discrepancia significativa con los hallazgos de Sevilla y sugiere que, en esta población, las hernias no constituyen una causa relevante de obstrucción intestinal. Esta diferencia podría explicarse por variaciones en la demografía de los pacientes, los hábitos de atención médica local o la prevalencia de cirugías previas que generen adherencias. Estos resultados destacan la importancia de contextualizar las causas de obstrucción intestinal según la población estudiada y refuerzan la necesidad de un abordaje diagnóstico individualizado para optimizar el manejo terapéutico.

Tabla 6. Relación de los Tumores y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024

Tumores	Modalidad de manejo terapéutico					
	Conservador		Quirúrgico		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Malignos	0	0.0	2	3.3	2	3.3
Benignos	1	1.7	0	0.0	1	1.7
No presente	23	38.3	34	56.7	57	95.0
Total	24	40.0	36	60.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{Cal} = 2.135$$

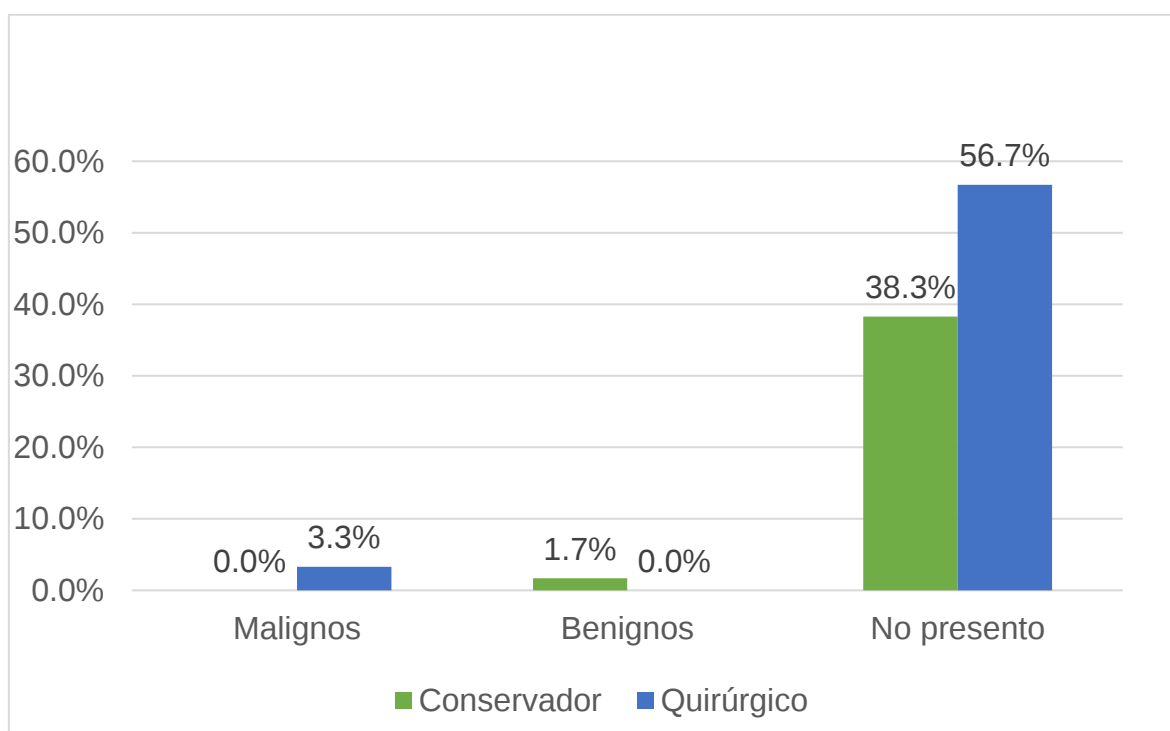
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.102$$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 6



Fuente: Tabla 6.



En relación con la presencia de tumores y el manejo terapéutico de los pacientes, se muestra que el 95% no presentó tumores, el 3.3% presentó tumores malignos y el 1,7% tumores benignos.

En cuanto a la modalidad de manejo terapéutico, el 56.7% de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico y el 38.3% fue manejado de manera conservadora; estas modalidades fueron más frecuentes en pacientes que han presentado tumores.

La prueba de chi-cuadrado utilizada para el análisis estadístico arrojó un valor de χ^2 de 2,135, inferior al valor crítico de 5,991 para 2 grados de libertad, con un valor p de 0,102. ¿Qué sugiere esto? Básicamente, no existe una relación estadística sólida entre la presencia de tumores y el método terapéutico elegido.

Matta. (10) Se señaló que los cuadros inflamatorios y las lesiones neoplásicas figuraban entre los orígenes más habituales de la obstrucción intestinal en personas de 30 a 70 años; sin embargo, en la investigación presente se constató que la gran mayoría de los pacientes no evidenció patología tumoral, lo que marca una divergencia sustancial respecto a los resultados descritos por Matta y sugiere que, en esta cohorte, las neoplasias no representan un determinante etiológico significativo. Tal discrepancia podría explicarse por diferencias demográficas, variaciones en los perfiles de riesgo locales o por una menor prevalencia de procesos neoplásicos en la población analizada. En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de interpretar las causas de la obstrucción intestinal desde una perspectiva contextual y epidemiológica, especialmente al momento de establecer estrategias terapéuticas adecuadas.

Tabla 7. Relación de la alteración de la motilidad intestinal y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024

Alteración de la motilidad intestinal	Modalidad de manejo terapéutico					
	Conservador		Quirúrgico		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Peritonitis	1	1.7	13	21.6	14	23.3
Sepsis	0	0.0	4	6.7	4	6.7
Traumatismo	1	1.7	1	1.7	2	3.4
No presente	22	36.6	18	30.0	40	66.6
Total	24	40.0	36	60.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{Cal} = 4.540$$

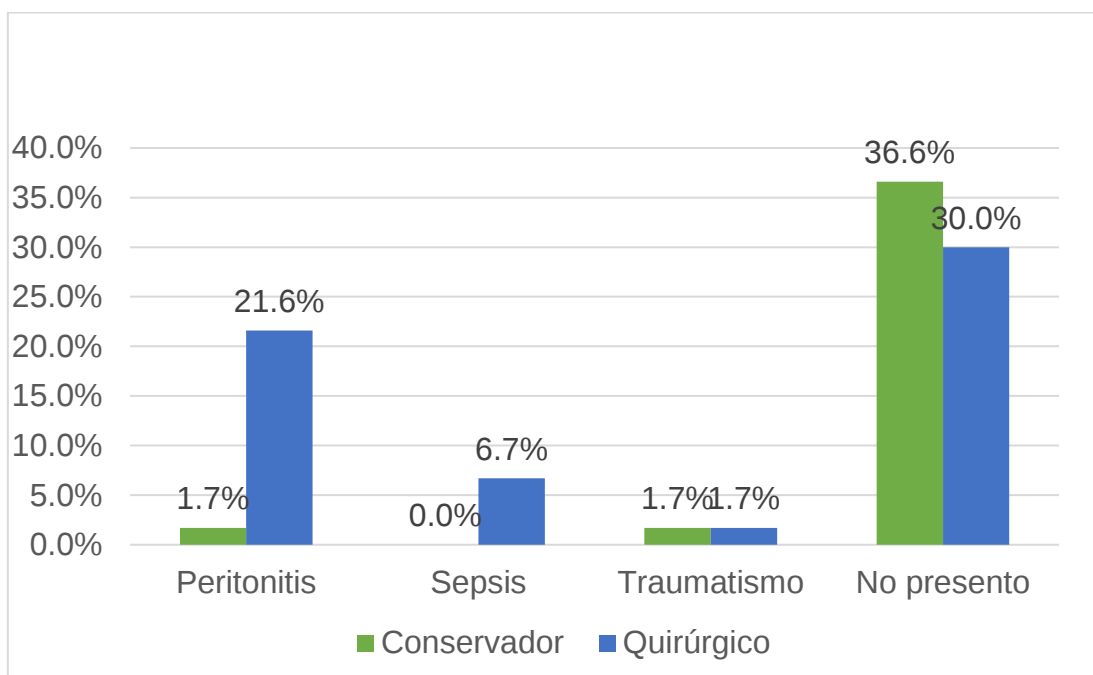
$$GL = 3$$

$$X^2_{Tab} = 7.814$$

$$P = 0.098$$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 7



Fuente: Tabla 7.



En relación con las alteraciones de la motilidad intestinal y el manejo terapéutico de los pacientes, se muestra que el 66.6% no presentó alteraciones, el 23.3% presentó peritonitis, el 6.7% presentó sepsis y el 3.4% presentó traumatismo.

En cuanto a la modalidad de manejo terapéutico, el 30% de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico y el 36.6% fue manejado de manera conservadora; estas modalidades fueron más frecuentes en pacientes que no han presentado alteraciones en la motilidad intestinal.

Al realizar los cálculos con la prueba de chi-cuadrado, se obtuvo un valor de χ^2 de 4,540, por debajo del umbral de 7,814 para 3 grados de libertad, y un nivel de significancia de $p = 0,098$. Por lo tanto, este resultado sugiere que no existe una relación estadísticamente significativa entre los cambios en la motilidad intestinal y el tipo de tratamiento terapéutico elegido.

Guevara. (7) La literatura especializada documenta una amplitud considerable en los índices de letalidad atribuibles a la sepsis de origen abdominal, con valores que fluctúan en rangos amplios. No obstante, en la cohorte analizada se evidenció que una proporción mayoritaria de los sujetos no presentó disfunción del peristaltismo intestinal, lo que sugiere una baja carga de condicionantes directamente vinculados a desenlaces sépticos de elevada gravedad. Esta observación pone de manifiesto que, si bien la alteración de la motilidad digestiva puede constituir un elemento potenciador de complicaciones severas, en la población estudiada no representó un componente dominante, lo que permite inferir que otros determinantes clínicos y fisiopatológicos podrían ejercer una influencia más decisiva sobre la evolución clínica y la estrategia terapéutica en pacientes con obstrucción intestinal.

Tabla 8. Relación de los electrolitos y el manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024

Electrolitos	Modalidad de manejo terapéutico					
	Conservador		Quirúrgico		Total	
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Hipocalemia	9	15.0	21	35.0	30	50.0
Hipomagnesemia	3	5.0	3	5.0	6	10.0
No presento	12	20.0	12	20.0	24	40.0
Total	24	40.0	36	60.0	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{Cal} = 12.035$$

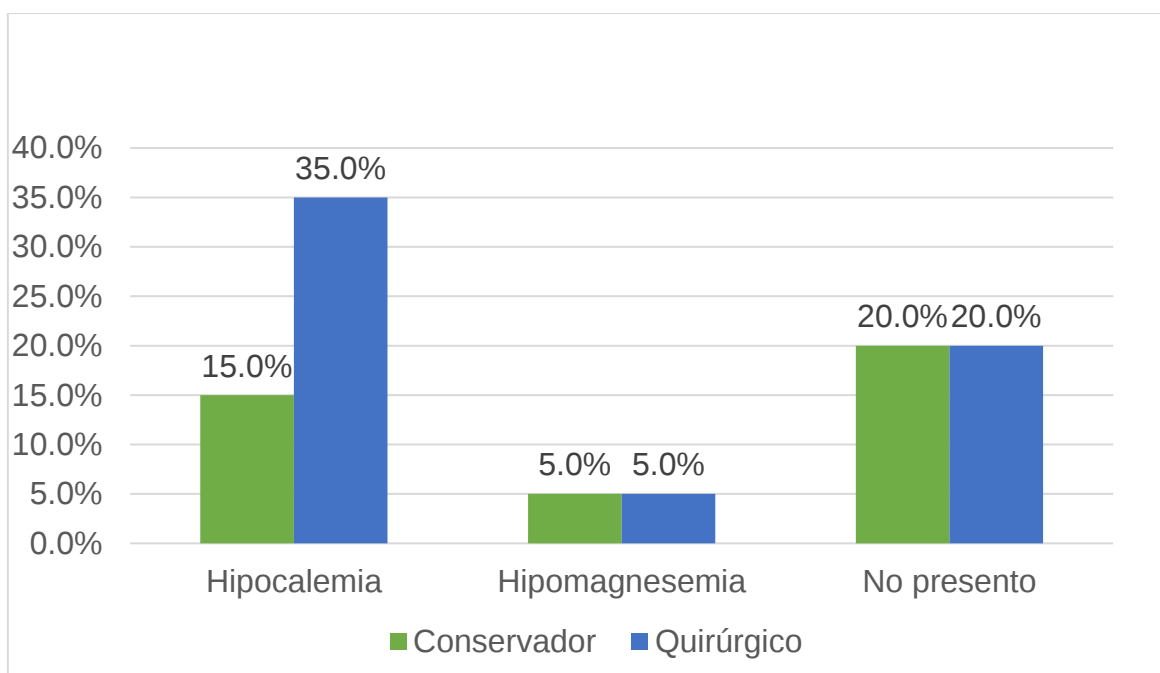
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.021$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 8



Fuente: Tabla 8.

En relación con los electrolitos y el manejo terapéutico de los pacientes, se muestra que el 50% presentó hipocalcemia, el 40% no presentó y el 10% presentó Hipomagnesemia

En cuanto a la modalidad de manejo terapéutico, el 35% de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico los cuales predominaron en pacientes con hipocalcemia y el 20% fue manejado de manera conservadora; este último predominó en pacientes que no presentaron alteraciones electrolíticas.

La prueba de chi-cuadrado arrojó un valor de χ^2 de 12,035, que supera con creces el valor crítico de 5,991 con 2 grados de libertad, y estamos hablando de un valor p de 0,021. Por lo tanto, parece que existe una relación estadísticamente significativa entre los electrolitos y la forma en que se gestiona la terapia.

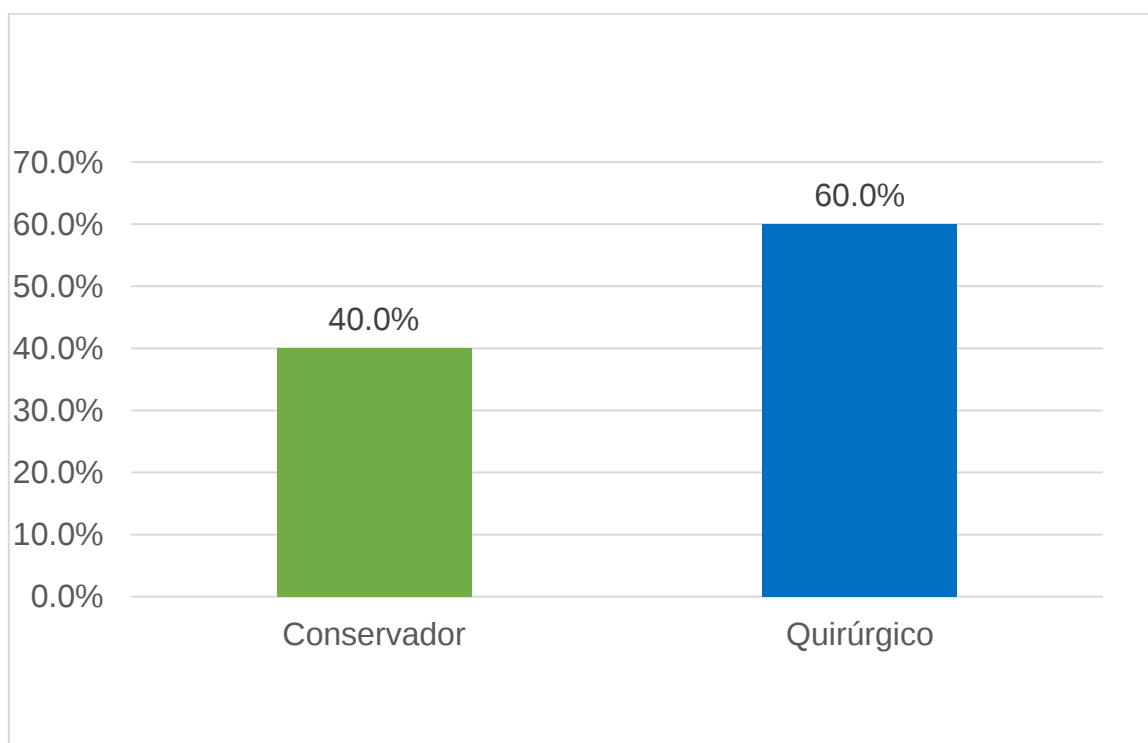
Guevara. (7) Se documentó la presencia de desequilibrios hidroelectrolíticos en una proporción elevada de pacientes con obstrucción intestinal; sin embargo, en la investigación presente solo la mitad de los casos evidenció este tipo de alteraciones, predominando la disminución de los niveles séricos de potasio, lo que marca una divergencia respecto a los resultados informados por Guevara. Esta variabilidad podría explicarse por diferencias en las características de la población evaluada, el grado de severidad del proceso obstructivo, el tiempo de evolución del cuadro clínico o las intervenciones terapéuticas previas. No obstante, pese a la menor frecuencia observada, ambos estudios convergen en resaltar la importancia clínica de los trastornos electrolíticos en particular la hipocalcemia como un elemento fundamental a considerar en la planificación y ejecución del manejo terapéutico de estos pacientes.

Tabla 9. Tipo de manejo terapéutico en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024

Modalidad de manejo terapéutico	Total	
	fi	%
Conservador	24	40.0
Quirúrgico	36	60.0
Total	60	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 9



Fuente: Tabla 10.



En cuanto a la modalidad de manejo terapéutico, el 60% de los pacientes recibió tratamiento quirúrgico y el 40% tuvo un manejo terapéutico conservador.

Díaz y Viteri. (6) señalan que el manejo conservador de la obstrucción intestinal incluye descompresión intestinal y fluidoterapia. En el estudio actual, el 60 % de los pacientes requirió tratamiento quirúrgico, mientras que el 40 % recibió manejo conservador, lo que indica cierta discrepancia respecto a la prevalencia del manejo conservador reportada en la literatura. Esta diferencia podría explicarse por la gravedad de los casos atendidos, la presencia de complicaciones o las características específicas de la población estudiada. Sin embargo, ambos estudios coinciden en que el manejo conservador sigue siendo una estrategia válida para pacientes seleccionados, subrayando la necesidad de individualizar la elección terapéutica según la condición clínica de cada paciente.

Tila. (15) señala que, tras la evaluación inicial, algunos pacientes requieren intervención quirúrgica para la resolución de la obstrucción intestinal. En el estudio actual, el 60 % de los pacientes fue sometido a cirugía y el 40 % recibió manejo conservador, lo que concuerda con Tila en cuanto a la necesidad de cirugía en un porcentaje importante de casos. La discrepancia radica en la proporción exacta de pacientes que requieren intervención quirúrgica versus manejo conservador, lo que podría explicarse por diferencias en la gravedad de la obstrucción, comorbilidades de los pacientes o criterios clínicos utilizados para la toma de decisiones terapéuticas.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó una asociación significativa en pacientes con obstrucción intestinal en el Hospital Carlos Monge Medrano 2024, encontrándose que la edad, el género, los antecedentes abdominales y la hipocalcemia se asociaron con el manejo terapéutico, mientras que hernias, tumores y alteraciones de la motilidad intestinal no mostraron asociación. Estos hallazgos confirman parcialmente la hipótesis planteada.

SEGUNDA: Se observó una asociación significativa entre las características epidemiológicas y el manejo terapéutico. Con respecto a la edad, el 65 % de los pacientes eran mayores de 60 años ($p = 0,024$); en cuanto al género, el 65 % eran masculinos ($p = 0,000$); y respecto a los antecedentes, el 60 % presentaba antecedentes abdominales ($p = 0,009$). Por otro lado, no se observó asociación con el índice de masa corporal, ya que el 66,7 % de los pacientes tenían peso normal ($p = 0,150$).

TERCERA: Se identificó una asociación significativa entre los tipos de obstrucción intestinal mecánica y el manejo terapéutico. Sin embargo, no se encontró asociación con la presencia de hernia, ya que el 94,9 % de los pacientes no la presentaron ($p = 0,399$); tampoco con tumores, presentes en solo el 5 % de los casos ($p = 0,102$); ni con alteraciones de la motilidad intestinal, ausentes en el 66,6 % de los pacientes ($p = 0,098$).

CUARTA: Se analizó la asociación entre los tipos de obstrucción funcional y el manejo terapéutico. Se encontró una relación significativa con los



niveles de electrolitos, observándose que el 50 % de los pacientes presentaba hipocalcemia ($p = 0,021$). Por otro lado, no se identificó asociación con las alteraciones de la motilidad intestinal ausentes en el 66,6 % de los pacientes ($p = 0,098$).

QUINTA: Se identificaron las modalidades de manejo terapéutico empleadas en pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, observándose que el 60 % recibió tratamiento quirúrgico y el 40 % manejo conservador.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Hospital Carlos Monge Medrano en coordinación con el jefe del servicio de cirugía implementar capacitaciones dirigidas al personal de salud del servicio de cirugía, centradas en la identificación de factores asociados y en la selección adecuada del manejo terapéutico de pacientes con obstrucción intestinal.

SEGUNDA: Al jefe del servicio de cirugía implementar protocolos clínicos que consideren las características epidemiológicas significativas, como edad, género y antecedentes abdominales, para estandarizar y optimizar el manejo terapéutico de los pacientes.

TERCERA: A los médicos cirujanos reforzar la vigilancia clínica y el seguimiento continuo de todos los pacientes con obstrucción intestinal, independientemente de la presencia de hernias, tumores o alteraciones de la motilidad, para garantizar un manejo oportuno y seguro.

CUARTA: Al personal médico del servicio de cirugía monitorear y corregir los niveles de electrolitos, especialmente la hipocalcemia, en pacientes con obstrucción intestinal, para mejorar la seguridad y efectividad del manejo terapéutico.

QUINTA: Al jefe del servicio de cirugía, programar capacitaciones periódicas al personal de salud sobre criterios de manejo quirúrgico y conservador, para estandarizar el tratamiento y mejorar los resultados. Asimismo, fortalecer la medicina preventiva promoviendo la detección oportuna, referencia temprana y educación del paciente durante la hospitalización.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barzola A. La obstrucción intestinal como emergencia médica: una revisión de la literatura. JAH Journal. 2024; (200). Disponible en: <https://www.jahjournal.com/obstruccion-intestinal-emergencia-medica>
2. Figueroa M, León P, González T, Díaz R, Korn O. Novedades en la evaluación y tratamiento de la obstrucción intestinal alta. Revista Cirugía. 2024;76(3):276-282. DOI: <https://doi.org/10.35687/s2452-454920240031980>.
3. Malqui T. Prevalencia y factores asociados a la obstrucción intestinal en pacientes atendidos en un hospital de la selva peruana, 2023-2024 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/156397>.
4. Huamán C. Características clínico-quirúrgicas y complicaciones posoperatorias de la obstrucción intestinal en el Hospital Carlos Monge Medrano, Puno, 2020 [Internet]. 2020 [citado 2026 Ene 12]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_74e27a4fb36808fadd2f28e22642381c/Details
5. Sevilla T, Quesada D, Meza A, Rodríguez N, Saborío R. Obstrucción intestinal en pacientes críticos: causas comunes y abordaje quirúrgico. LATAM Rev Latinoam, Ecuador Cienc Soc Hum. 2025;6(4):1844–1860. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/4401>.
6. Diaz A, Viteri M. Obstrucción Intestinal como Emergencia Médica: una revisión de la literatura. Journal of American Health, 7(2). Recuperado a partir de <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/200>.
7. Guevara E. Cambios hidroelectrolíticos que ocurren en el paciente con sepsis abdominal secundaria a oclusión intestinal en el Hospital Civil de Culiacán.



- [tesis]. Culiacán, Sinaloa: Universidad Autónoma de Sinaloa; 2020. Disponible en: <https://hospital.uas.edu.mx/Cirugia/tesis/2020/Eduardo%20Denicia%20Guevara.pdf>.
8. Arce D, Balarezo P. Prevención del íleo postoperatorio en cirugía gastrointestinal. Revisión sistemática y Metaanálisis en red [Internet] [bachelorThesis]. Universidad del Azuay; 2023 [citado 9 de abril de 2025]. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/15004>
 9. Yuri A. Prevalencia de obstrucción intestinal como complicación postquirúrgica de apendicitis en pacientes de 3 a 14 años en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos, 2020 [Internet]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14957/1/T-UCSG-PRE-MED-962.pdf>
 10. Matta K. Causas frecuentes de obstrucción intestinal en pacientes de 30 a 70 años del servicio de cirugía de un hospital general de Ica - 2020. [tesis]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/ee17dd62-f2e6-4cc2-8d09-13c5bf57c010/content>.
 11. Gonzales M, Sánchez M. Manejo de la obstrucción intestinal en niños menores de 15 años que acudieron al Servicio de Emergencia del Hospital de Emergencias de Villa El Salvador. [tesis]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/b34ba8e7-15f0-491f-867d-7091ef3c7364>.



12. Acosta J, Medina M. Factores de riesgo asociados al síndrome de intestino irritable en pre-internos e internos de la Universidad Ricardo Palma en Lima, Perú, 2023-2024 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2024.
13. Castro B. Proceso enfermero aplicado a paciente con obstrucción intestinal de la Unidad de Cuidados Intensivos de un instituto pediátrico de Lima, 2022 [tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2022. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/654d6de4-79aa-4713-b2e0-82c28220ee2f>.
14. Torres D. Factores asociados a obstrucción intestinal en pacientes reintervenidos en el Hospital Santa María del Socorro 2021–2022 [tesis]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2024. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/f433ea47-d5fc-43fc-ab12-fc010c483ad5>.
15. López R. Características clínico epidemiológicas de pacientes intervenidos por obstrucción intestinal por bridas y adherencias en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión-Huancayo, durante el año 2024 [Internet]. Huancayo (Perú): Universidad Nacional del Centro del Perú; 2024. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/1548>
16. Tila R. Relación de la sutura o no del peritoneo con el desarrollo de bridas adherencias y otras complicaciones operatorias en pacientes sometidos a cirugía abdominal en el HMNB de Puno 2022-2024 Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/1a89abbd8267a695d1b9ae1ae2921dde/1.pdf?cbl=2026366&diss=y>.



17. Rios L, Lucero Rocio. Características epidemiológicas del dolor abdominal agudo en adultos en el Servicio de Emergencias del Hospital Base III EsSalud Juliaca 2022-2023 [tesis]. Juliaca: Universidad Nacional del Altiplano de Puno; 2024. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/030fa050690a4b0f493fd0e72c3abcd2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>.
18. Borda L, Kcam E, Alarcón P, Miranda L. Tratamiento y manejo de obstrucción intestinal en alto andino. Presentación de 118 casos entre 20221 en el hospital C. Monge, Puno, Perú. Rev Gastroenterol Perú. 2021;37(2):[páginas]. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12959/122/Megacolon%andino%20y%20v%C3%B3lvulo%20del%20sigmoides%20de%20la%20altura.pdf>
19. Condori J. Manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano – Juliaca 2019–2023 [tesis de pregrado]. Juliaca: Universidad Nacional del Altiplano. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/items/4b2119c7-60fb-4457-8e8d-b6ce475defeb>
20. Cukier M, Rodríguez M, Alemán M. Estudio multicéntrico sobre la obstrucción intestinal en pacientes hospitalizados en Panamá. Revista Médico-Científica. 2020;21(2):59-66. Disponible en: <https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/download/215/729>.
21. Peña RCC. Obstrucción intestinal por bridas/adherencias: proporción y evolución del manejo conservador. Archivos de Medicina. 2020;13(3):1-8. DOI: 10.3823/1356. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6130294.pdf>.



22. Bassy N, Esteban Dombriz MJ. Obstrucción intestinal: diagnóstico y tratamiento. Revista de Geriátria. 2021;35(5):1-10. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=%2Ftratadogeriatria%2Fpdf%2Fs35-05+56_iii.pdf.
23. Rodríguez M. Estudio sobre la obstrucción intestinal en pacientes hospitalizados en Panamá. Revista Médico-Científica. 20;21(2):59-66. Disponible en: <https://revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/download/215/729>.
24. Peña RCC. Obstrucción intestinal por bridas/adherencias: proporción y evolución del manejo conservador. Archivos de Medicina. 2021;13(3):1-8. DOI: 10.3823/1356. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6130294.pdf>.
25. Uranga-Ocio JA, Bastús-Díez S, Delkáder-Palacios D, García-Cristóbal N, Leal-García MÁ, Abalo-Delgado R. Neuropatía entérica asociada a diabetes mellitus. Rev Esp Enfermedades Dig. junio de 2022;107(6):366-73.
26. Guerra I. Isquemia intestinal: diagnóstico y tratamiento. SciELO Cuba. 2023. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014000300013&script=sci_arttext.
27. Medina S. Revisión general de isquemia mesentérica aguda: clasificación, diagnóstico y manejo. Cienciala. 2020;5(1):1–9. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4638/7055>.
28. Herrero IP. Patología vascular mesentérica: diagnóstico y tratamiento. SciELO España. 2024. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541224001604>.



29. Flores C. Isquemia mesentérica: qué es, síntomas y tratamiento. Fundación Colombiana de Trasplantes. 2024. Disponible en: <https://colombianadetrasplantes.com/web/insuficiencia-intestinal/isquemia-mesenterica-que-es-sintomas-y->.
30. Ospina DA. Hernia obturatriz y obstrucción intestinal. Reporte de caso. Cir Esp. 2021;94(2):125–127. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255267716300251>.
31. Laiz B, González J, Díaz. Obstrucción intestinal debido a hernia estrangulada en el espacio prevesical. Rev Chil Cir. 2023;70(1):75–78. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262018000100075&script=sci_arttext.
32. Allamand JF, Cid J, Rodríguez J, et al. Obstrucción intestinal por hernia obturatriz: Serie de casos. Rev Chil Cir. 2022;71(2):173–177. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492019000200173&script=sci_arttext.
33. Cárdenas J. Obstrucción intestinal maligna. Revisión de tema. Rev Cáncer Col. 2022;17(2):65-72. Disponible en: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/download/378/223>.
34. Coronel JLM, Márquez J, et al. Prevalencia de obstrucción intestinal en pacientes con cáncer. Rev Oncol Ecu. 2022;32(3):305-312. Disponible en: <https://roe.solca.med.ec/index.php/johs/article/view/663>.
35. Sánchez A, et al. Lipoma colónico como causa infrecuente de obstrucción intestinal. Anales RANM. 2024;141(1):e1-e3. Disponible en: https://analesranm.es/revista/2024/141_01/14101_cc01.



36. Hurtado J. Pólipo intestinal como causa de obstrucción. Rev Cubana Cir. 2023;46(2):1-6. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2007000200014&script=sci_arttext.
37. Merck Manual. Peritonitis en animales. En: Merck Veterinary Manual [Internet]. 2023 [citado 2025 Sep 24]. Disponible en: <https://www.merckvetmanual.com/es-us/aparato-digestivo/peritonitis/peritonitis-en-animales>.
38. Pérez de la Cruz AJ. Tratamiento nutricional del fallo intestinal y potenciales beneficios de la nutrición enteral. En: Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2007 [citado 2025 Sep 24];22(5):511-518. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112007000500011&script=sci_arttext.
39. Escobar G. Alteraciones en el eje intestino-riñón durante la enfermedad renal crónica: causas, consecuencias y propuestas de tratamiento. En: Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante [Internet]. 2017 [citado 2025 Sep 24];37(2):244-252. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2174-51452017000200010&script=sci_arttext.
40. Carrasco Y. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la hipomagnesemia en pacientes con insuficiencia cardíaca. En: Reccardioclinics [Internet]. 2021 [citado 2025 Sep 24]. Disponible en: <https://www.reccardioclinics.org/en-fisiopatologia-diagnostico-tratamiento-hipomagnesemia-pacientes-articulo-S2605153221000832>.



41. Ventura R. Insuficiencia Renal o Hepática. En: MedlinePlus [Internet]. 2023 [citado 2025 Sep 24]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001335.htm>.
42. Idrobo A. Presentación y desenlace del manejo conservador en la obstrucción intestinal. Rev Colomb Cir. 2020;35(4):447-454. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-99572020000400447&script=sci_arttext.
43. Vilches C. Tratamiento médico o quirúrgico de la obstrucción intestinal. Rev Chil Cir. 2024;58(4):268-275. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-tratamiento-medico-o-quirurgico-obstruccion-S0379389316000259>.
44. Domingo S. Protocolo para el manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2021. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/890/ProtocoloManejoQuirurgicoObstruccionIntestinal.pdf?isAllowed=y&sequence=1>.
45. Irarrazabal M, Riveros S, Quezada N, Rebolledo R, Brañes A, Achurra P. Enfrentamiento de la obstrucción intestinal mediante cirugía laparoscópica, resultados a largo plazo. Rev Cir. 2025;77(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920250022457>.
46. Poves I, Sebastián-Valverde E, Puig-Companyó S, Dorcaratto D, Membrilla E, Pons MJ, et al. Resultados del abordaje laparoscópico en el tratamiento de la obstrucción aguda del intestino delgado por adherencias y hernias internas. Cir Esp. 2024;92(6):336-340. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.05.008>.



47. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 7.^a ed. México: McGraw-Hill; 2021 [citado 26 jun 2025]. Disponible en: <https://www.mheducation.com.mx/metodologia-de-la-investigacion-las-rutas-cuantitativa-cualitativa-y-mixta-7a-ed.html>.
49. Universidad Veracruzana. Tipos de investigación [Internet]. [citado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad1/investigacion-tipos.html>
50. Sampieri R, Collado C, Lucio M. Metodología de la investigación. 6.^a ed. México: McGraw-Hill; 2014 [citado 26 jun 2025]. Disponible en: https://www.elsotano.com/libro/metodologia-de-la-investigacion-6-ed_10170247 [Internet]. [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda										
										
	 Edad	 Género	 Antecedentes clínicos	 Índice de masa corporal	 Hernias	 Tumores	 Alteración de la motilidad intestinal	 Electrolitos	 Modalidad de manejo	
1	3	1	4	2	5	3	4	4	2	
2	3	2	4	2	5	3	4	3	1	
3	3	2	4	4	5	3	3	3	2	
4	1	1	4	2	5	3	4	4	1	
5	3	1	3	2	5	3	1	4	2	
6	1	2	4	2	5	3	4	1	1	
7	3	2	4	2	5	3	4	1	2	
8	3	2	4	2	5	3	4	1	2	
9	3	1	4	2	1	3	4	1	1	
10	2	2	4	2	5	3	4	1	2	
11	3	2	3	2	2	3	4	4	1	
12	2	2	4	2	5	3	1	4	2	
13	3	2	4	2	5	3	1	1	2	
14	2	1	1	2	5	3	4	4	2	
15	2	1	3	4	5	3	4	4	1	
16	2	2	4	3	5	3	3	4	1	
17	2	2	3	1	5	3	2	3	2	
18	3	2	4	2	5	3	2	1	2	
19	3	1	3	4	2	3	2	1	2	
20	3	2	4	2	5	3	2	3	2	
21	3	1	3	1	5	3	1	1	2	
22	2	2	3	2	5	3	4	1	2	
23	2	1	4	4	5	3	1	4	2	
24	3	1	3	2	5	3	4	1	2	
25	3	1	1	2	5	3	4	4	2	
26	3	2	4	2	5	3	4	1	2	



Archivo	Editar	Ver	Datos	Transformar	Analizar	Gráficos	Utilidades	Ampliaciones	Ventana	Ayuda
14 : Modalidad de manejo 2										
	Edad	Género	Antecedentes clínicos	Índice de masacroporal	Hernias	Tumores	Alteración de la motilidad intestinal	Electrolitos	Modalidad de manejo	
27	3	2	4	2	5	3	4	4	2	
28	2	2	3	3	5	3	1	1	1	
29	2	1	3	2	5	3	4	1	2	
30	2	2	3	2	5	3	1	1	2	
31	3	2	4	4	5	3	4	1	1	
32	3	1	3	1	5	3	4	4	2	
33	3	1	4	2	5	3	4	4	1	
34	2	2	3	2	5	3	4	4	2	
35	2	2	4	2	5	2	4	3	1	
36	3	1	3	1	5	3	1	1	2	
37	3	2	3	2	5	3	1	1	2	
38	2	1	3	4	5	1	1	1	2	
39	3	2	4	2	5	3	1	1	2	
40	2	2	4	2	5	3	4	1	2	
41	3	1	4	4	5	3	4	1	1	
42	3	2	4	2	5	3	1	4	2	
43	3	2	4	2	5	3	4	1	1	
44	3	2	4	2	5	3	4	3	1	
45	3	1	2	2	5	3	4	4	1	
46	2	2	4	2	5	3	4	4	1	
47	3	2	4	1	5	3	4	4	1	
48	2	2	4	2	5	3	1	1	2	
49	1	2	4	3	5	3	4	4	1	
50	3	2	3	3	5	3	4	1	2	
51	3	2	4	1	5	3	4	4	1	
52	3	1	4	3	5	3	4	1	1	



Archivo	Editar	Ver	Datos	Transformar	Analizar	Gráficos	Utilidades	Ampliaciones	Ventana	Ayuda
14 : Modalidad de manejo 2										
	Edad	Género	Antecedentes clínicos	Índice de masacrporal	Hernias	Tumores	Alteración de la motilidad intestinal	Electrolitos	Modalidad de manejo	
53	3	2	4	2	5	3	4	1	2	
54	3	2	1	2	5	3	4	4	1	
55	3	1	4	1	5	1	4	4	2	
56	2	2	3	2	5	3	4	1	1	
57	3	2	3	2	5	3	1	4	2	
58	3	1	4	3	5	3	4	1	1	
59	3	2	4	2	5	3	4	1	2	
60	3	2	1	2	5	3	4	4	1	
61										



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA, 2024

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGÍA
PG. ¿Cómo se relaciona la obstrucción intestinal con el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024?	OG. Determinar la relación entre la obstrucción intestinal y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024.	HG. Existe una relación significativa entre la obstrucción intestinal y el manejo terapéutico aplicado en los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, 2024.	Variable 1 Obstrucción intestinal	1.1. Epidemiológicas	1.1.1. Edad 1.1.2. Género 1.1.3. Antecedentes clínicos	a) 18 a 29 años b) 30 a 59 años c) > 60 años a) Femenino b) Masculino a) Diabetes b) Hipertensión c) Cirugía abdominal previa d) Gastrointestinal	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: No experimental. TIPO: Básica de nivel relacional y de corte transversal. MÉTODO: Hipotético deductivo, Cuantitativo POBLACIÓN: 60 casos de obstrucción intestinal MUESTRA. El 100% de los casos de la población TÉCNICA: V1 y V2 Análisis documental
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS			1.1.4. Índice de masa corporal	a) Bajo peso b) Peso Normal c) Sobrepeso d) Obesidad	
PE 1. ¿Cuál es la relación entre las características epidemiológicas y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano?	OE 1. Observar las características epidemiológicas y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano	HE 1. Las características epidemiológicas de los pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano presentan patrones que se relacionan con el tipo de manejo terapéutico aplicado.		1.2. Obstrucción mecánica	1.2.1. Hernias 1.2.2. Tumores	a) Inguinales b) Umbilicales c) No presente a) Malignos b) Benignos c) No presente	
PE 2. ¿Cuál es la relación entre la obstrucción intestinal mecánica y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital	OE 2. Identificar la relación entre la obstrucción intestinal mecánica y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el	HE 2. Existe una relación significativa entre los tipos de obstrucción intestinal mecánica presentes y el manejo terapéutico aplicado en los			1.2.3. Impactación fecal	a) Si b) No	



Carlos Monge Medrano? PE 3. ¿Cuál es la relación entre la obstrucción intestinal funcional y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano? PE 4. ¿Qué modalidades de manejo terapéutico se emplean en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano?	Hospital Carlos Monge Medrano. OE 3. Analizar la relación entre la obstrucción intestinal funcional y el manejo terapéutico en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano. OE 4. Precisar las modalidades de manejo terapéutico se emplean en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.	pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano. HE 3. Existe una relación significativa entre los tipos de obstrucción intestinal funcional presentes y el manejo terapéutico aplicado en los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano. HE 4. En los pacientes con obstrucción intestinal atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, el manejo quirúrgico es la modalidad terapéutica más frecuente en comparación con el manejo conservador.		1.3. Obstrucción funcional	1.3.1. Alteración de la motilidad intestinal 1.3.2. Electrolitos	a) Peritonitis b) Sepsis c) Traumatismo d) No presente a) Hipocalcemia b) Hipomagnesemia c) No presente	INSTRUMENTO V1 y V2 Ficha de recolección de datos
			Variable 2 Manejo terapéutico	2.1. Modalidad de manejo		a) Manejo conservador b) Manejo quirúrgico	



ANEXO 3: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos del paciente

Completar los campos generales de identificación del paciente

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

1. Edad

- a) 18 a 29 años ☐
- b) 30 a 59 años ☐
- c) > 60 años ☐

2. Género

- a) Femenino ☐
- b) Masculino ☐

3. Antecedentes clínicos

- a) Diabetes ☐
- b) Hipertensión ☐
- c) Gastrointestinal ☐
- d) Ninguna ☐

4. Índice de masa corporal

- a) Bajo peso ☐
- b) Peso normal ☐
- c) Sobrepeso ☐
- d) Obesidad ☐

5. Hernias

- a) Inguinales ☐
- b) Umbilicales ☐
- c) No presento ☐



6. Tumores

- a) Malignos ☐
- b) Benignos ☐
- c) No presento ☐

7. Alteración de la motilidad intestinal

- a) Peritonitis ☐
- b) Sepsis ☐
- c) Traumatismo ☐
- d) No presento ☐

8. Electrolitos

- a) Hipocalemia ☐
- b) Hipomagnesemia ☐
- c) No presento ☐

9. Modalidad de manejo

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: MANEJO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Modalidad de Manejo:

- a) Manejo Conservador ☐
- b) Manejo Quirúrgico ☐

ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Jhon Uver Machaca Monroy

Profesión: Cirujano General

Otros estudios: _____

Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estricto.

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial					52	10
Puntaje total: 62						

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 82.6



3. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Adecuado para el tema de
Investigación

5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Jhon Uver Machaca Monroy
identificado con DNI N° 45778179..... Certifico que realice el juicio
del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

1. Jhon Sixto Parillo Chamli

Juliaca de del 2025.

OFICINA GENERAL DE INVESTIGACIÓN
Dr. Jhon Uver Machaca Monroy
C.M.P. 67971 R.N.E. 48581
MAGISTER EN EDUCACIÓN

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Rolando Percy Zela CamposProfesión: Cirujano General

Otros estudios: _____

Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)					X
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial					36	30
Puntaje total: 66						

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = ...88...

3. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Adecuado para el Tema de
Investigación

5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, *Rolando Percy Zela Campos*
identificado con DNI N° *02411795* Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

1. *Jhon Sixto Parillo Chamli*

Juliaca de del 2025.

Rolando Percy Zela Campos
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL TUNAPARISCANA
CMP 33820 RNE 29155

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos: Froilan Idme Flores

Profesión: Cirujano General

Otros estudios: _____

Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez

2. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial					20	50
Puntaje total:						

Nota: Índice de validación del juicio de experto (puntaje total / 75) x 100 = 93.3

3. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación

Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.

4. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Adecuado para el tema de
Investigación

5. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, M.C. FROILAN JOME FLORES
identificado con DNI N° 02405476..... Certifico que realice el juicio
del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

1..... Jhon Sixto Parillo Chambi.....

Juliaca de del 2025.


FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

Froilan Jome Flores
CIRUJANO GENERAL Y
ABDOMINAL
C.M.P. 38380 RNE 30841



ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

Juliaca, 29 de Octubre del 2025

CARTA N° 876 - 2025 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Ing. HENRY SALAZAR FLORES

JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HCMM DE LA RSSR.

PRESENTE.-

ASUNTO: PRESENTA A BACHILLER PARA APLICAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

SOLICITANTE: JHON SIXTO PARILLO CHAMBI

REGISTRO No 24100 - 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. Para saludarla cordialmente y así mismo presentarle al Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la **UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELASQUEZ**, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "**RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA- 2024**" quien recabara la información de las instancias correspondientes y solicito le brinden las facilidades.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la presente **OPINIÓN FAVORABLE**, para que el interesado realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha y al concluir el trabajo dejar un ejemplar para la Biblioteca del Hospital.

Atentamente.

MSP/CCF
Cc. Interesado



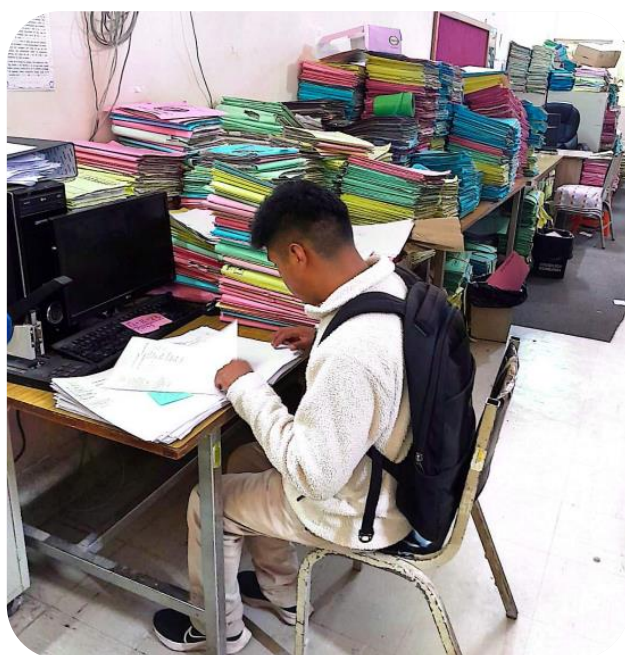
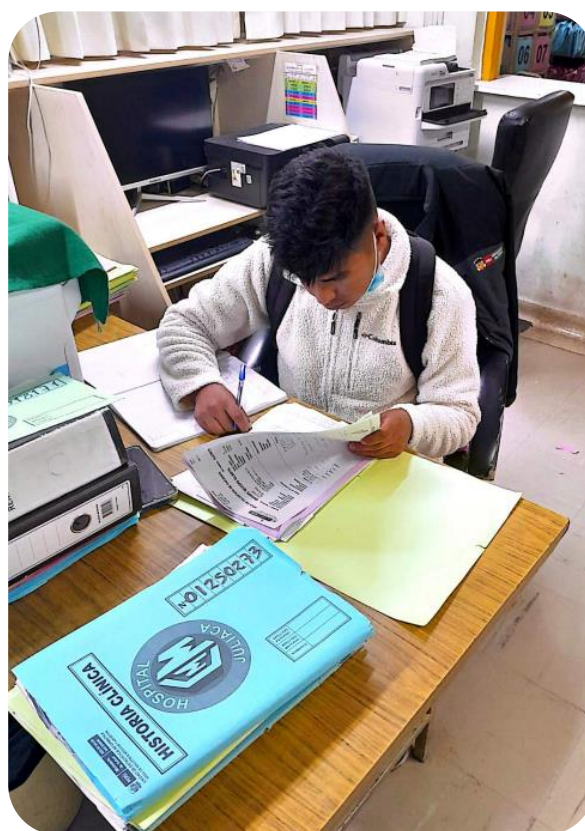
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
Mirely S. Pérez Pineda
Mirely S. Pérez Pineda
JEFE UADI - CAPACITACIÓN
CIRUJANO DENTISTA
COP. 44748



ANEXO 6: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



Fotos: se evidencia la recolección
de datos del hospital Carlos Monge
Medrano de la ciudad de Juliaca





ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV



Formato digital ☒

Fecha de entrega: 06/05/2026

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: JHON SIXTO PARILLO CHAMBI

Dirección: Av.3 de Octubre 131 Urb. San Jose

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 72517881

Teléfono: 948351068 email: jhonsixtoparillochambi@gmail.com

Nombres y Apellidos:

Dirección:

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:

Teléfono: email:

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐

Título: RELACIÓN ENTRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y EL MANEJO TERAPÉUTICO EN
PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA, 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Invasivo, manejo, obstrucción intestinal, terapéutico

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☒

Internacional

☐

Nacional

Línea de investigación: MEDICINA HUMANA - P09

Firma de Autor



huella digital

06 - MAYO - 2026

Fecha