



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



**CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL  
ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS  
EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE  
MEDRANO JULIACA 2023**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. KATERIN SHIOMARA SANCA HUANCAPAZA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
MÉDICO CIRUJANO**

JULIACA – PERÚ  
2024



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL  
ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS  
EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE  
MEDRANO JULIACA 2023**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. KATERIN SHIOMARA SANCA HUANCAPAZA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**


**PRESIDENTE**

:   
Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

**PRIMER MIEMBRO**

:   
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

**SEGUNDO MIEMBRO**

:   
Dr. FULGENCIO AMERICO CATAORA YUCRA

**ASESOR DE TESIS**

:   
Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

: MEDICINA HUMANA – P09

**RESOLUCIÓN DECANAL N°1466-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 08 de noviembre del 2024

**Vistos:** El Expediente N° 2024-CU 16278 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 **CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

**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) **SANCA HUANCAPAZA KATERIN SHIOMARA** que habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
- \* **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- 2do. Miembro** : Dr. FULGENCIO AMERICO CATACORA YUCRA
  
- \* **Asesor (a)** : Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

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

**DIA** : JUEVES 21 DE NOVIEMBRE DEL 2024  
**HORA** : 15:00 HORAS  
**LOCAL** : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

**TERCERO:** Realizada 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 2024(1)



**RESOLUCIÓN DECANAL N°1376 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 17 de octubre del 2024

**VISTOS:**

El Informe N° 090-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 16 de octubre del egresado (a) **SANCA HUANCAPAZA KATERIN SHIOMARA** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** conducente para optar el título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO**

**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. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATA CORA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- 2do. Miembro** : **Dr. FULGENCIO AMERICO CATA CORA YUCRA**
  
- \* **Asesor (a)** : **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

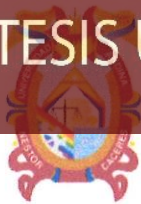
**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, el **INFORME FINAL** de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **SANCA HUANCAPAZA KATERIN SHIOMARA** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** Con la Tesis Titulado: **CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

**ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



**Distribución:** Decanato, EP: Medicina Humana secretaria Académica, Archivo.

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 822 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 08 de julio del 2024

**VISTOS:**

El Informe N° 054-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 04 de julio de la E.P. de Medicina Humana folio 000027

**CONSIDERANDO:**

Que, el (la) egresado (a) **SANCA HUANCAPAZA KATERIN SHIOMARA** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** correspondiente a la línea de investigación: **MEDICINA HUMANA;**

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 comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- \* **2do. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 234 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**APROBAR**, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **SANCA HUANCAPAZA KATERIN SHIOMARA**, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**ARTICULO SEGUNDO**.- **RECONOCER**, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **M.Sc. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

**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, EP: ENFERMERÍA, Secret.



## CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTENTANAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

### INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	7%
2	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	<1%

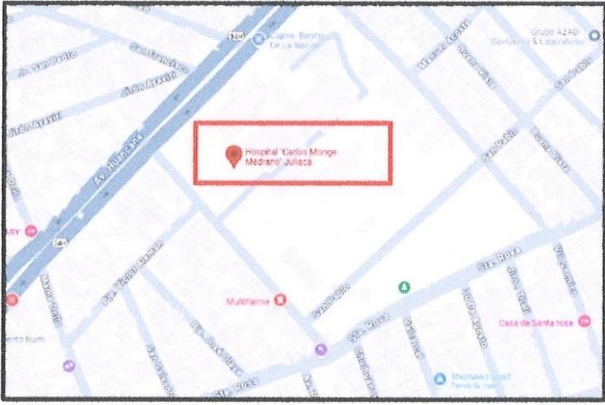
dspace.uancv.edu.pe



Metadatos Complementarios

<b>TÍTULO DE LA TESIS</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	KATERIN SHIOMARA SANCA HUANCAPAZA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	75580744
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0003-4866-6362">https://orcid.org/0009-0003-4866-6362</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02379055
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0008-8250-5016">https://orcid.org/0009-0008-8250-5016</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	FULGENCIO AMERICO CATAORA YUCRA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02445968



<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA - P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>Ubicación</b>  <b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> San Román  <b>Distrito:</b> Juliaca  Hospital "Carlos Monge Medrano"  <b>Coordenadas</b>  <b>Longitud:</b> 15°28'54.5"S  <b>Latitud:</b> 70°07'14.6"W</p> <p><b>URL maps</b>  <a href="https://maps.app.goo.gl/P8aKZ6uMGLdWooSX7">https://maps.app.goo.gl/P8aKZ6uMGLdWooSX7</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Julio 2024 – Octubre 2024
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	<b>Ciencias de la salud</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</a> <b>Medicina clínica</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</a> <b>Cirugía</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.11">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.11</a>



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Maria Amparo del Pilar Chambi Catacora*  
Dra. Maria Amparo del Pilar Chambi Catacora  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Katerin Sanca Sbuancopaza, identificado con DNI Nro. 75580744 en mi condición de egresado de:

- [X] Escuela Profesional
[ ] Programa de Segunda Especialidad,
[ ] Programa de Maestría o Doctorado

Medicina Humana

informo que he elaborado el/la [X] Tesis o [ ] Trabajo de Investigación, [ ] Trabajo Académico denominada: Características de la Obstrucción Intestinal Asociadas a las complicaciones Postoperatorias en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023

Asesorado por: Mgtr. Santiago Cristóbal Quispe Parí
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, 13 de diciembre del 2024

[Handwritten signature of advisor]

Firma del Asesor (obligatoria)

[Handwritten signature of student]

Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

A mi mamá Gladys, fuente de amor y fortaleza en mi vida, gracias por tu apoyo incondicional, tu amor y sacrificio han sido mi motor para seguir adelante en los momentos difíciles, al recuerdo de mi papá Fredy, que, aunque no está físicamente, su legado, enseñanzas y amor siguen siendo una guía en mi vida, gracias por haber sido un ejemplo de fortaleza y determinación. A mi hermano Jhosef, por su compañerismo y apoyo constante.



## AGRADECIMIENTO

Con el corazón lleno de gratitud y respeto, quiero expresar mi agradecimiento a mi Universidad, por brindarme la oportunidad de crecer un entorno académico excepcional. A mis maestros, por su dedicación y sabiduría, su influencia ha sido fundamental en mi formación como profesional. Al Dr. Félix Poma, por su valiosa guía, orientación y apoyo en mi investigación.



## ÍNDICE GENERAL

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

### CAPÍTULO I

#### ASPECTOS GENERALES

1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Justificación del estudio .....	4
1.3. Objetivos de la investigación .....	5
1.4. Hipótesis .....	6
1.5. Variables.....	7
1.6. Operacionalización de variables .....	8

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.2. Marco teórico .....	28
2.3. Marco conceptual .....	35



### CAPÍTULO III

#### PROCEDIMIENTO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de investigación .....	38
3.2. Tipo de investigación .....	39
3.3. Método o métodos aplicados a la investigación.....	39
3.4. Población y muestra .....	39
3.5. Técnicas, fuentes e instrumentos de investigación .....	41
3.6. Validación de la contrastación de hipótesis .....	42
3.7. Validez y confiabilidad del instrumento .....	42
3.8. Plan de recolección y procesamiento de datos.....	43

### CAPÍTULO IV

#### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados y discusión.....	44
4.2. Conclusiones.....	88
4.3. Recomendaciones.....	91
4.4. Referencias bibliográficas .....	93
ANEXOS .....	98
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	99
ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS.....	99
ANEXO 3: INSTRUMENTO .....	104
ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO .....	106
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO .....	109



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>	
Tabla 1	Tiempo de enfermedad asociada a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	45
Tabla 2	Comorbilidades asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	49
Tabla 3	Antecedentes quirúrgicos asociados a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	53
Tabla 4	Causas de obstrucción asociada a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	56
Tabla 5	Tiempo de hospitalización asociado a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	60
Tabla 6	Tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación asociado a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	64
Tabla 7	Hallazgos operatorios asociados a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	68
Tabla 8	Técnica quirúrgica asociada a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	72



Tabla 9	Uso de dren asociado a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	77
Tabla 10	Tiempo operatorio asociado a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	81
Tabla 11	Frecuencia de complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023.....	85



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura 1	Tiempo de enfermedad asociada a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023..... 46
Figura 2	Comorbilidades asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023..... 50
Figura 3	Antecedentes quirúrgicos asociados a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023..... 54
Figura 4	Causas de obstrucción asociada a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023..... 57
Figura 5	Tiempo de hospitalización asociado a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023..... 61
Figura 6	Tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación asociado a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023..... 65
Figura 7	Hallazgos operatorios asociados a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023..... 69
Figura 8	Técnica quirúrgica asociada a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023..... 73
Figura 9	Uso de dren asociado a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023..... 78



Figura 10	Tiempo operatorio asociado a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.....	82
Figura 11	Frecuencia de complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023.....	86



## RESUMEN

La obstrucción intestinal es un padecimiento que tiene una amplia frecuencia en nuestra región, esto debido a megacolon que afecta a nuestra población y junto con esta se predispone al vólvulo de sigmoides la cual produce obstrucción intestinal la cual debe ser resuelta mediante cirugía, y tras la cirugía las complicaciones de esta puede significar un aumento de la morbimortalidad en el paciente, **objetivo:** Determinar las características de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023. **Hipótesis:** Las características de la obstrucción intestinal están asociadas a las complicaciones postoperatorias. **Métodos y material:** Estudio básico, retrospectivo, transversal, descriptivo y correlacional en pacientes postoperados de obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano en el periodo 2023, para el análisis se introdujeron los datos al programa SPSS 26 y mediante el uso de la prueba estadística chi cuadrado fueron analizados. **Resultados:** dentro de los indicadores analizados los factores que resultaron con relevancia estadística fueron: la causa de obstrucción siendo la más frecuente el vólvulo intestinal ( $p=0.012$ ), el tiempo de hospitalización mayor a 10 días ( $p=0.000$ ), el tiempo entre el diagnóstico y la operación de más de 12 horas ( $p=0.012$ ), el no usar un dren tras la cirugía ( $p=0.011$ ) y el tiempo operatorio de entre 3 a 4 horas ( $p=0.012$ ). **Conclusiones:** los factores que se asociaron a las complicaciones postoperatorias fueron determinadas y al poder identificarlas en un paciente se reducirán la cantidad de complicaciones postoperatorias.

**Palabras clave:** obstrucción intestinal, complicaciones, características.



## ABSTRACT

Intestinal obstruction is a condition that has a wide frequency in our region, this is due to megacolon that affects our population and together with this it predisposes to sigmoid volvulus which produces intestinal obstruction which must be resolved by surgery, and after surgery the complications of this can mean an increase in morbidity and mortality in the patient, objective: To determine the characteristics of intestinal obstruction associated with postoperative complications in patients at the Carlos Monge Medrano Hospital Juliaca 2023. Hypothesis: The characteristics of intestinal obstruction are significantly associated with postoperative complications. Methods and material: Basic, correlational, descriptive, cross-sectional and retrospective study in postoperative patients for intestinal obstruction at the Carlos Monge Medrano Hospital in the period 2023, for the analysis the data was entered into the SPSS 26 program and through the use of the chi square statistical test they were analyzed. Results: Among the indicators analyzed, the factors that were statistically significant were: the cause of obstruction, the most frequent being intestinal volvulus ( $p=0.012$ ), hospital stay longer than 10 days ( $p=0.000$ ), time between diagnosis and operation of more than 12 hours ( $p=0.012$ ), not using a drain after surgery ( $p=0.011$ ) and operating time of between 3 to 4 hours ( $p=0.012$ ). Conclusions: the factors that were associated with postoperative complications were determined and by being able to identify them in a patient, the number of postoperative complications will be reduced.

**Keywords:** intestinal obstruction, complications, characteristics



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue realizada teniendo en mente a los pacientes que sufren de obstrucción intestinal que deben ser tratados mediante cirugía y sufren de complicaciones postoperatorias, siendo estas un gran problema para el paciente y la integridad de su salud conllevando a más días de hospitalización con riesgo de contraer otras enfermedades intrahospitalarias, tratamientos prolongados e incluso mortalidad.

Se pensó como base de la investigación tener como objetivo determinar las características de la obstrucción intestinal están asociadas a las complicaciones postoperatorias y una vez identificadas se podrá tomar medidas al momento de operar a estos pacientes y de esa manera reducir el número de complicaciones postoperatorias.

Este estudio no solo propone identificar dichas características mencionadas anteriormente, sino que también tiene el propósito de ampliar el conocimiento relacionado a la obstrucción intestinal y las complicaciones postoperatorias relacionadas con esta, esto para poder ser usada en un futuro en otras investigaciones que tengan como tema principal la obstrucción intestinal y contribuir al conocimiento científico.

La presente investigación fue abordada en cuatro capítulos los cuales se dividen en: Capítulo I: Aspectos generales, planteamiento de problema, justificación del estudio, objetivos de la investigación, hipótesis, variables. Capítulo II: Marco teórico, antecedentes de la investigación, marco teórico, marco conceptual. Capítulo III: Procedimiento metodológico de la investigación, diseño de la investigación, tipo de investigación, método aplicativo de la investigación,



población y muestra, técnicas, fuentes e instrumentos de investigación para la recolección de datos, validación de la contrastación de hipótesis, validez y confiabilidad del instrumento, plan de recolección y procesamiento de datos, Capitulo IV: Resultados y discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas.



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. Planteamiento del problema

##### A nivel internacional

La obstrucción intestinal es una patología que se encuentra presente a nivel mundial, impidiendo el paso de los materiales de desecho por el intestino delgado y grueso, teniendo diferentes causas, cuando no se pueden eliminar los alimentos o los excrementos del intestino, se produce una obstrucción intestinal, que puede ser total o parcial. Numerosos factores contribuyen a ello, siendo las adherencias, las hernias, los tumores malignos. La aplicación de criterios diagnósticos que definan la posibilidad de tratamiento médico o quirúrgico, según el caso, es el primer paso para prevenir o reducir el riesgo de obstrucción intestinal, y contribuir a disminuir los principales peligros los cuales pueden aumentar la mortalidad del paciente. (1).

Dentro de las técnicas quirúrgicas que más se usan para tratar la obstrucción intestinal se tiene la resección del intestino más anastomosis, o la resección más colostomía, ileostomía, yeyunostomía, dentro de estas mismas técnicas



se tiene que tener en consideración diferentes parámetros intraoperatorios como el tiempo de cirugía, tipo de anestesia, uso de dren al finalizar la cirugía, complicaciones intraoperatorias, ya que todas estas implicancias tendrán un efecto en el estadio postoperatorio del paciente, así como la existencia de complicaciones postoperatorias o no. (2).

En cuanto a las complicaciones postoperatorias de las cirugías abdominales tenemos diferentes clasificaciones, por el tiempo pueden ser las inmediatas, mediatas y tardías, por la frecuencia se tiene la dehiscencia, bridas y adherencias, las atelectasias, la infección de sitio operatorio, por este motivo es necesario conocer cuáles son las características clínico quirúrgicas que guardan asociación a las complicaciones en la obstrucción intestinal en pacientes postoperados (3).

### **A nivel nacional**

En el Perú, se tiene un porcentaje aproximado de que hay una incidencia entre el 2% al 8% de la totalidad de todos aquellos pacientes que acuden a los centros clínicos u hospitales más precisamente a los servicios de emergencia por una clínica de obstrucción intestinal. Dentro de la totalidad de las causas que pueden provocar una obstrucción a nivel del intestino delgado tenemos a las bridas y adherencias las cuales son producto de una cirugía abdominal previa, y representan del 60% al 75% de los casos. Las cirugías que más generan adherencias incluyen: colorrectal, onco-ginecológica y cirugía pediátrica. En los tres años siguientes a una colectomía, una de cada diez personas tuvo al menos un incidente de obstrucción del intestino delgado. No se produce de manera infrecuente que las bridas y adherencia produzcan



obstrucción de manera recurrente; la readmisión ocurre en el 12% de la totalidad de pacientes que fueron tratados sin un proceso quirúrgico después de un año, y en el 20% después de cinco años. Después de la cirugía, hay una probabilidad algo menor de recurrencia: 8% después de un año y 16% después de cinco años (4).

## **A nivel regional**

En cuanto a nuestra región la principal causa de obstrucción intestinal con su consiguiente cirugía para corregirla es el vólvulo de sigmoides el cual esta predispuesto por distintas causas como la edad, la dieta, la altura, Diferentes grupos culturales habitan en las zonas altoandinas; por ejemplo, el 8% de los indígenas sudamericanos son de estas regiones y el 7% de los indígenas ecuatorianos son de estas regiones. El vólvulo guarda relación cultural a este grupo social ya sea por condiciones como la ganadería o agricultura eligen vivir a una altura considerable, lo cual conlleva a cierta adaptación del organismo junto con cambios anatómicos. De la misma manera no solo esta elección es la responsable, sino que está asociada a que este grupo también sufre de una importante pobreza lo cual repercute en que no puedan seguir una alimentación adecuada (4).

## **Formulación de problema**

El problema de investigación elegido se determinó pensando en como esta patología llega a afectar el nivel de la calidad con la que viven los pacientes que son operados por obstrucciones intestinales y tras la operación sufren de complicaciones, representando estas complicaciones siendo en su mayoría resueltas en quirófano de nuevo, esta investigación estará delimitada en



temporalidad enero a diciembre del 2023 y será ejecutada en el Hospital Carlos Monge Medrano.

### **Problema general**

**PG.** ¿Cuáles son las características de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023?

### **Problemas específicos**

**PE1.** ¿Cuáles son las características clínicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?

**PE2.** ¿Cuáles son las características quirúrgicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?

**PE3.** ¿Cuáles son las complicaciones postoperatorias más frecuentes en pacientes Postoperados de obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?

## **1.2. Justificación del estudio**

### **Justificación teórica**

Se justifica el análisis del presente estudio porque es de suma importancia identificar por qué motivos ciertas características clínicas y quirúrgicas guardan una mayor asociación con las complicaciones postoperatorias ya que dichas complicaciones resultan en una mayor morbimortalidad para el



paciente y en un futuro más complicaciones, llevando a operaciones adicionales, tratamientos endovenosos prolongados lo que conlleva la un mayor tiempo de hospitalización con el riesgo de contraer enfermedades intrahospitalarias.

### **Justificación práctica**

Se justifica esta investigación, ya que al conocer cuáles son las características de la obstrucción intestinal que están asociadas a las complicaciones postoperatorias permitirá tomar acciones oportunas antes, durante y luego de la cirugía para evitar las complicaciones en la medida de lo posible.

### **Justificación metodológica**

Para poder identificar las características de la obstrucción intestinal asociadas con las complicaciones postoperatorias se hará una revisión de literatura de no más de 5 años de antigüedad sobre el tema, se determinaran los datos de mayor relevancia en investigaciones pasadas y se aplicaran en nuestro ámbito y de esa manera se contribuirá al aumentar el conocimiento sobre este tema y también servirá para poder ayudar a futuras generaciones que quieran hacer una investigación que tenga el mismo tema central.

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

**OG.** Determinar las características de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023



## Objetivos específicos

- OE1.** Identificar las características clínicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.
- OE2.** Verificar las características quirúrgicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.
- OE3.** Describir las complicaciones postoperatorias más frecuentes en pacientes Postoperados de obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

## 1.4. Hipótesis

### Hipótesis general

- HG.** Las características de la obstrucción intestinal están asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023

### Hipótesis específicas

- HE1.** Las características clínicas de la obstrucción intestinal están asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca
- HE2.** Las características quirúrgicas de la obstrucción intestinal están asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca



**HE3.** Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron las atelectasias, infección de sitio operatorio e íleo paralítico en pacientes postoperados de obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca

## 1.5. Variables.

**Variable 1:** Características de la Obstrucción intestinal

**Variable 2:** Complicaciones postoperatorias



## 1.6. Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACION	TIPO DE VARIABLE
<b>Variable 1.</b> Características de la Obstrucción intestinal	1.1. Clínicas	1.1.1. Tiempo de enfermedad	a) < 24 horas b) 24 a 48 horas c) 48 a 72 horas d) 72 horas a 5 días e) > 5 días	Ordinal
		1.1.2. Comorbilidad	a) Ninguna b) Hipertensión arterial c) Diabetes Mellitus d) Insuficiencia renal e) Cardiopatías f) Neoplasias g) Obesidad	Nominal
		1.1.3. Antecedentes quirúrgicos	a) Si b) No	Nominal
		1.1.4. Causa de la obstrucción	a) Vólvulo intestinal b) Bridas y adherencias c) Hernias d) Tumores e) Bezoar f) Otros	Nominal
		1.1.5. Tiempo de hospitalización	a) < 3 días b) 3 a 7 días c) 7 a 10 días d) > 10 días	Ordinal
	1.2 Quirúrgicos	1.2.1. Tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación	a) < 2 horas b) 2 a 4 horas c) 5 a 7 horas d) 8 a 12 horas e) > 12 horas	Ordinal
		1.2.2. Hallazgos operatorios	a) Isquemia b) Necrosis c) Perforación d) Peritonitis e) Dilatación de asas f) Líquido libre g) Rotación del vólvulo	Nominal
		1.2.3. Técnica quirúrgica	a) Resección + anastomosis b) Liberación de bridas y adherencias c) Colostomía d) Ileostomía e) Yeyunostomía f) Sigmoidectomía g) Herniorrafia h) Hernioplastia	Nominal
		1.2.4. Uso de dren	a) Si b) No	Nominal
		1.2.5. Tiempo operatorio	a) 1 a 2 horas b) 3 a 4 horas c) > 4 horas	Ordinal
	<b>Variable 2.</b> Complicaciones Postoperatorias	2.1 Complicaciones	2.1.1. Presencia de Complicaciones	a) Paciente sin complicaciones b) Paciente con complicaciones - Atelectasia - Neumonía - Sepsis - Trastorno hidroelectrolítico - Infección de sitio operatorio - Dehiscencia - Íleo paralítico - Eventración - Evisceración - Fistula entero cutánea



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### A nivel internacional

Brito (5) en el desarrollo de su investigación la cual lleva como título "Obstrucción intestinal por adherencias: un lienzo en blanco en el que el cirujano elige los colores", publicado en la revista Colombiana de Cirugía en el año 2023 Esta investigación tuvo como objetivo evaluar los posibles focos de intervención que los cirujanos deberían considerar para mejorar el pronóstico de estos pacientes, desde la perspectiva que se tiene desde el punto de vista de los autores así como en la práctica clínica quirúrgica que se está realizando en la actualidad. Resumen. Una patología muy común es la obstrucción intestinal. Su tratamiento y metodología diagnóstica ha cambiado para mantenerse al día con los avances tecnológicos y los avances en la comprensión. Debido a sus dificultades, se debe hacer más trabajo para tener más éxito. El tema se abordó de manera reflexiva identificando las áreas de interés polémicas del cirujano general. Técnicas. Se buscaron



exhaustivamente varias bases de datos para obtener material relevante utilizando dos ecuaciones de búsqueda que incluían palabras de los tesauros MeSH y DeCS. Resultados: El texto de revisión se creó a partir de una colección de cuarenta y tres artículos. Un componente clave en la atención de estos pacientes es lograr identificar de manera precoz a cuáles son los candidatos que puedan operarse más probablemente mediante el uso de un plan de diagnóstico y tratamiento. De igual forma, se toman en cuenta factores como la experiencia y los reportes de la literatura al momento de decidir el abordaje quirúrgico y las sugerencias técnicas quirúrgicas. El paciente, la situación y el cirujano tienen elementos únicos que afectan de qué manera el problema se podrá resolver. En conclusión. El estado del arte y los avances en que se desarrollaron en cómo se maneja actualmente la obstrucción intestinal y sus consecuencias clínicas deben reevaluarse continuamente para buscar formas de afectar positivamente el curso clínico de la obstrucción. Aún quedan estrategias no exploradas que puedan ser implementadas, incluso el manejo de ciertos pacientes mediante el uso de la cirugía laparoscópica.

Castilla (6). en su trabajo de investigación "Diagnóstico y Valoración para el Manejo Quirúrgico en Pacientes con Oclusión Intestinal" ejecutado en Ecuador y publicado en el año 2022, teniendo como Objetivo: evaluación general y diagnóstico para el tratamiento de carácter quirúrgico en paciente que con clínica de obstrucción intestinal, evaluación de imágenes radiológicas para procedimientos diagnósticos, toma de decisiones sobre terapia médica o cirugía temprana y cálculo de la morbi-mortalidad de los pacientes. Un bloqueo involuntario parcial o total del paso de alimentos a través del intestino



se conoce como obstrucción intestinal. Las obstrucciones del intestino delgado y grueso son concebibles y pueden ser parciales o totales. Las obstrucciones parciales generalmente se tratan con medicamentos orales o parenterales, pero los bloqueos graves necesitan cirugía inmediata para prevenir consecuencias graves. Se dice que durante una obstrucción intestinal se produce una interrupción del flujo del contenido intestinal, que puede ocurrir en cualquier parte del sistema gastrointestinal. La gran mayoría de la sintomatología se pueden clasificar según el grado de obstrucción, incluyendo vómitos, estreñimiento, diarrea, distensión abdominal, sensación de plenitud abdominal por gases, dolor de estómago y cólicos. Las causas más comunes de obstrucción intestinal incluyen adherencias intraabdominales, cáncer y hernias intestinales, que pueden tener consecuencias potencialmente mortales cuando una parte del intestino delgado o grueso se obstruye. Puede ser peligroso si no recibe tratamiento de manera oportuna, por lo que debe de manera oportuna y lo antes posible acudir a su centro de salud más cercano. Algunas medidas preventivas incluyen mantener un estilo de vida activo, junto con una dieta saludable y beber mucha agua. El pronóstico dependerá de la causa subyacente, para la que existen numerosas opciones de tratamiento. En resumen, las adherencias representan una de las más comunes etiologías de la obstrucción intestinal, seguidas de los tumores y las hernias abdominales en tercer lugar. Dentro de los primeros siete días posteriores a la cirugía, la peritonitis, la ISO y las atelectasias son las complicaciones más comunes. Las obstrucciones se pueden prevenir con modificaciones adecuadas dentro del estilo de alimentación y de vida.



Sosa (7) dentro del desarrollo de su investigación la cual lleva como título "Características clínico-quirúrgicas de pacientes con vólvulo del sigmoides en el Hospital Joaquín Albarrán, durante el año 2019" en el cual se planteó como objetivo Describir los pacientes con vólvulo de sigmoides intervenidos quirúrgicamente. Técnica: Se decidió por realizar una investigación transversal, descriptiva y observacional en 19 individuos intervenidos quirúrgicamente los cuales tenían el diagnóstico de vólvulo de sigmoides. Se examinaron los factores edad, sexo, sintomatología clínica, procedimiento quirúrgico, complicaciones y cuál fue la evolución de la enfermedad medido en el determinante del tiempo. Resultados: los pacientes que eran del sexo masculino, así como los pacientes que contaban con una edad mayor a los 60 años representaron aproximadamente el 79% del total. Si bien se produjeron vómitos en 16 casos, los 19 pacientes se quejaron de malestar, distensión abdominal y timpanismo. Las dos técnicas quirúrgicas empleadas con mayor frecuencia fueron la anastomosis término-terminal y la resección. Se observó una complicación de cualquier tipo en el 57,9% de los pacientes, siendo las más común la ISO. Los pacientes con un tiempo promedio de evolución de tres días experimentaron la complicación media. En conclusión: la distensión del abdomen, dolor y timpanismo fueron signos clínicos típicos del vólvulo de sigmoide, que fue la etiología en pacientes del sexo masculino con una edad que era superior a los 60 años que fueron tratados por obstrucción intestinal de tipo mecánico. La complicación postoperatorio más común fue la ISO, y la mayoría de los problemas ocurrieron después de la sigmoidectomía con procedimientos de anastomosis primaria en los primeros 3 días.



Guzmán (8) en el desarrollo de su investigación la cual lleva como título "Adherencias abdominales postoperatorias: patogénesis y técnicas actuales de prevención" publicado en el año 2019, en el cual se planteó como su objetivo: identificar cuales son los factores lo cuales incrementan el riesgo de la formación de AAP, del la totalidad de pacientes los cuales tiene que ser sometidos a una cirugía abdominal mas del 90% desarrollan adherencias abdominales posoperatorias (AAP), que pueden provocar un bloqueo intestinal recurrente, malestar abdominal persistente e infertilidad femenina. Estas afecciones requieren procedimientos quirúrgicos costosos y que causan morbilidad. La propia respuesta inflamatoria, la existencia de un desequilibrio entre la neoformación y degradación de las fibras de fibrina a favor de la formación, la hipoxia tisular provocada por la agresión peritoneal y un aumento en el número de fibroblastos de adhesión (que promueven la formación de tejido conectivo de sostén y colágeno maduro) contribuyen a la formación de AAP. Al prevenir las AAP, se mantendrán los gastos bajo control ya que se requieren menos hospitalizaciones, operaciones y problemas secundarios. Es posible desarrollar técnicas de investigación para intervenir en la formación de las AAP y prevenirlas en varias fases del proceso al tener un conocimiento profundo del proceso fisiopatológico de las AAP. En conclusión, las mujeres que toman AAP presentan infertilidad, bloqueo intestinal y malestar estomacal persistente. Actualmente, la única terapia disponible es la liberación quirúrgica de adherencias, que tiene un mayor riesgo de recurrencia. Al utilizar una fuerza mínima sobre los tejidos y evitar el uso excesivo de material de sutura y electrocauterio, es posible prevenir la formación de AAP y minimizar el daño mesotelial. La investigación experimental tiene como objetivo restringir las



cascadas de coagulación y los procesos de inflamación, lo que a su vez restringe la producción de colágeno y fibrina. Los anticoagulantes, los medicamentos antiinflamatorios y los inmunomoduladores aún no han demostrado buenos resultados en la práctica clínica.

Horta (9) en su trabajo de investigación titulado "Caracterización de pacientes operados por obstrucción intestinal mecánica" ejecutado en la Habana Cuba en el año 2022, Esta investigación tiene como objetivo describir un grupo de individuos a quienes se les identificó obstrucción intestinal mecánica luego de ser sometidos a cirugía. Técnicas: Se realizó una investigación observacional, descriptiva y transversal en pacientes atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Miguel Enríquez" en el año 2022. Se tubo una población de estudio correspondiente a 81 pacientes y de los cuales se recolectarán datos de las siguientes variables: sexo, edad, estancia hospitalaria, etiología de la obstrucción intestinal, complicaciones y determinar en qué estado se encontraba cuando fue dada de alta. Se realizó análisis de frecuencias. Resultados: se encontró pacientes que padecían de la enfermedad crónica HTA (14,8%), fumadores (18,5%) y aquellos entre 31 y 40 años (23,5%) fueron más prevalentes que los hombres (50,6%). Las bandas y adherencias fueron la causa más común de oclusión (44,4%), y la bronconeumonía (8%), la consecuencia más común. En el 3.7% se concluyó en destinos fatales. Conclusiones: Los pacientes fueron en su mayoría femeninos, los cuales están ubicados dentro de un rango de edad de edad de entre 30 a 40 años mayormente, sin hábitos tóxicos, antecedentes de salud, estancia hospitalaria de uno a cinco días, dentro las causas más comunes de



bridas y adherencia fueron las más comunes y baja frecuencia de complicaciones y muertes.

## **A nivel nacional**

Chorres (10), en su tesis "Obstrucción intestinal en pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa Piura, 2019" El propósito que tenía esta investigación fue de caracterizar y determinar cuáles son las características clínicas, quirúrgicas y sociodemográficas de los pacientes que recibieron tratamiento por su diagnóstico de obstrucción intestinal. Metodología: Investigación descriptiva transversal. no experimental, observacional. Hallazgos: los pacientes que fueron atendidos y elegidos para el estudio presentaron las siguientes características sociodemográficas primarias: la edad media estuvo en un rango de 56 años, el 70% de los pacientes fueron varones, el 56,7% su estado civil era casado, el 86,7% pertenecía a un estrato bajo hablando desde el punto de vista socioeconómico, el 51,1% provenían de zonas rurales y el 38,9% no tenía educación formal. Los pacientes presentaron las siguientes características clínicas principales: dentro de los síntomas la mas frecuente fue la distención de los intestinos (92,2%), el 68% de los pacientes presentó un curso gradual de la enfermedad, el 88% tuvo una duración de más de siete días y el 43,3% tuvo una duración de la enfermedad mayor a siete días. Adicionalmente, el 60% presento comorbilidades. Conclusión: Los pacientes presentaron las siguientes características quirúrgicas: 55% tuvieron dentro de su reporte quirúrgico la incisión mediana infra umbilical; 32% tuvieron como más frecuente etiología el vólvulo de intestino; 35% tuvieron como dentro de la localización en el íleon se presentó



más comúnmente; 32% tuvieron como el procedimiento más común de manera quirúrgica la resección intestinal proseguida de la anastomosis; 30% tuvieron como tiempo operatorio 61 – 90 minutos; 78% de pacientes tuvieron colocación de drenaje; y 44% presentaron complicaciones postoperatorias.

Caruajulca (11), en su trabajo de investigación la cual lleva como denominación “Factores de riesgo asociados a vólvulo de sigmoides en pacientes mayores de 40 años, revisión sistemática: enero 2016- enero 2021”

El propósito de esta investigación fue la de identificar cuáles son los factores que incrementan el riesgo para el vólvulo sigmoideo en individuos mayores de 40 años. Materiales y técnicas: Sin tener en cuenta las restricciones del idioma, se buscaron en Embase, Cochrane, Google Scholar, SciELO y PubMed todos aquellos estudios que guardaban relación con el tema lo cuales fueron publicados dentro del rango de temporalidad entre los años 2016 y 2021 entre los primeros de enero de cada año sobre las variables de riesgo relacionadas con el vólvulo sigmoideo en pacientes que tenían una edad superior a los 40 años. Se examinaron los diseños de estudio transversal, descriptivo y observacional. Resultados: La prevalencia de presentación de vólvulo sigmoideo en varones en comparación con mujeres es de 4 a 1. La significancia de aparición de vólvulo sigmoideo varía entre los 60 y 69,5 años de edad. Además, todas las investigaciones incluidas demuestran en general que las mayores altitudes andinas son donde esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia, con un 68% de la población afectada que tenía su vivienda en áreas rurales tomando esto como una comparación con un 32% en viviendas ubicadas en área urbanas. Se determinó que la dieta es un factor



fundamental dentro de las que se estudiaron la dieta con un alto consumo de fibra es de las más asociadas al desarrollo de vólvulo sigmoideo en un estudio, de siete que lo mencionan como un factor el cual incrementa el riesgo del desarrollo de la patología. El estreñimiento crónico se menciona como una de los primeros factores que están asociados al desarrollo de esta patología en cinco de los ocho estudios. Finalmente, la mayoría de las investigaciones evaluadas informaron de manera consistente sobre mesosigmoide redundante de base estrecha y mesocolonitis retráctil, ambas consideradas como prerequisites para la formación del vólvulo sigmoideo. Conclusiones: El desarrollo del vólvulo sigmoideo está significativamente influenciado por la edad avanzada, el sexo masculino, el entorno rural y el consumo excesivo de fibra. Además, en una comparación cinco de la totalidad que son ocho estudios identifican el estreñimiento como un factor el cual incrementa el riesgo, lo que indica que está muy extendido entre estos individuos.

Gonzales (12), en su trabajo de investigación el cual esta denominado como "Factores de riesgo asociados a la obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2019-2021" Este estudio tiene como objetivo investigar las posibles asociaciones entre las variables de riesgo en investigación y la obstrucción intestinal causada por la patología que tiene denominación como bridas y adherencia. Materiales y técnicas. En este caso el autor determino esta investigación de carácter transversal, retrospectiva, no experimental. analítica. Ochenta pacientes (Controles) no presentaron obstrucción intestinal, mientras que ochenta casos (Pacientes con obstrucción intestinal presentaron bloqueo



por bandas y adherencias). Hallazgos: Las características demográficas de los pacientes incluyen: 55.6% (89) son varones, 59.4% (95) son menores de 50 años, 43.1% (69) tuvieron cirugía postoperatoria por peritonitis, 27.5% (44) tuvieron una operación que duró cuatro horas o más, 42.5% (68) tuvieron lavado peritoneal durante el procedimiento y 37.5% (60) utilizaron drenajes. Las siguientes características se relacionan con obstrucción por bandas y adherencias: ser hombre  $p=0,017$   $OR=2,2$ , tener peritonitis  $p=0,000$   $OR=7,9$ , haber sido sometido a lavado peritoneal  $p=0,000$   $OR=4$ , haber sido sometido a drenajes laminares  $p=0,003$   $OR=2,64$  y tener una edad inferior a los 50 años  $p=0,036$   $OR=1,98$ ). Conclusiones. Los siguientes factores de riesgo se han relacionado con la obstrucción del intestino la cual es debida a las adherencia y bridas: ser hombre, menor de 50 años, haber sido sometido a lavado peritoneal con uso de drenajes laminares y haber sido sometido a cirugía por peritonitis de cuatro horas o más de duración.

Valdivieso (13), en su tesis "Principales causas de obstrucción intestinal operadas en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati en el periodo de enero - diciembre 2023" en este estudio se optó por plantear como principal objetivo el cual fue la identificación de cuáles son los factores principales que conducen a la producción de una obstrucción. Se examinaron las características clínicas, quirúrgicas y de mortalidad de 200 pacientes operados por obstrucción intestinal durante el año 2023 los cuales ingresaron al servicio de urgencia como parte de un análisis observacional descriptivo, transversal y retrospectivo. El cálculo para determina la edad promedio de todos aquellos participaron fue de 71,1 años, con mayor



frecuencia del sexo femenino (55%). La hipertensión arterial fue la comorbilidad más común (30,9%). El tipo de antecedente de cáncer más frecuente (18,5%) fue la neoplasia colorrectal (8,5%). La enfermedad persistió una media de 3,34 días. La mayoría de los pacientes (33,6%) no tenía experiencia quirúrgica previa y, entre los que la tenían, las operaciones generales convencionales fueron más frecuentes (29,5%) y solo se había realizado una cirugía abdominopélvica previamente (38,5%). Las hernias (29,5%), las neoplasias (27,5%) y las bandas y adherencias (32%) fueron las causas más frecuentes de obstrucción intestinal. Los tumores del colon izquierdo fueron el tipo de neoplasia más frecuente (29%). Dentro de los diferentes puntos en los que se puede localizar la más frecuente fue en asa estrecha, representando el 66% de los casos, y la duración media que paso desde que se realizó el diagnóstico y se trató mediante una intervención quirúrgica fue de 1,08 días. Las técnicas quirúrgicas como la escisión intestinal con anastomosis se realizaron con mayor frecuencia que la adhesiolisis (23% frente a 20%). El 11% de las personas fallecieron. Se demostró que las adherencias y las bandas eran la causa principal de obstrucción intestinal; sin embargo, en comparación con investigaciones anteriores, hubo un aumento en la prevalencia de obstrucciones provocadas con un origen en hernias y neoplasia. Dentro de los procedimientos quirúrgicos el más frecuente fue en el que usaba la resección intestinal seguida por la anastomosis primaria. Esto puede haber estado relacionado con el gran deterioro de la vasculatura del asa o a la elevada frecuencia de neoplasias, donde la supervivencia puede haber mejorado con una cirugía radical con anastomosis principal.



Sánchez (14), en su tesis la cual lleva como título "Factores asociados a complicaciones post quirúrgicas en pacientes adultos con obstrucción intestinal mecánica en el Centro Médico Naval durante enero 2013 a enero 2018" publicada en el año 2019, este estudio determino como su objetivo el de lograr identificar cuáles son los factores que incrementan el riesgo de incrementar las complicaciones posteriores a cirugía en pacientes adultos tratados por obstrucción intestinal. Materiales y procedimientos: investigación de casos y controles, retrospectiva, observacional, analítica y cuantitativa. La muestra fue conformada en su totalidad por los 146 pacientes accesibles. La muestra fue determinada mediante el uso de la técnica denominada muestreo no probabilístico por conveniencia propia del tipo censal. Dentro de los instrumentos de eligió la ficha de recolección de datos el cual fue el instrumento que se eligió. Resultados: La mayoría de la población (66,4%) fue masculina; se obtuvo el 57,7% de los mayores de 62 años; la diabetes mellitus fue la comorbilidad más común (59,3%), seguida de la hipoalbuminemia (44,4%); la operación más común (41,1%) fue en el cual se liberaron la adherencia. Dentro de la totalidad de las complicaciones las más común fue la ISO (59,3%), seguida de la atelectasia/neumonía (37%). La duración media de la estancia hospitalaria fue de 18 días, el tiempo medio de la enfermedad fue de 33,3 horas y el tiempo quirúrgico medio fue de 218 minutos, El análisis bivariado reveló una relación entre la existencia y recurrencia de las complicaciones postoperatorias y la edad mayor de 62 años ( $p = 0,006$ ), alguna comorbilidad ( $p = 0,004$ ), diabetes mellitus ( $p = 0,001$ ), hipoalbuminemia ( $p = 0,000$ ) y estancia hospitalaria mayor a 10 días ( $p = 0,000$ ). Sólo la estancia intrahospitalaria larga la cual estaba determinada por



un tiempo superior a los 10 días ( $p=0,000$ ) y la hipoalbuminemia ( $p=0,001$ ) se asociaron estadísticamente con la presentación de problemas postquirúrgicos en el análisis multivariado. Conclusiones: Los problemas postquirúrgicos pueden surgir cuando el paciente tiene más de 62 años, presenta diabetes mellitus, hipoalbuminemia, comorbilidades o permanece hospitalizado más de 10 días.

## **A nivel local**

Condori (15) en el desarrollo de su tesis la cual esta titulada como "Manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca 2019 - 2023" teniendo como Objetivo: Identificar los factores que guarden asociación con el manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal causada por adherencia y bridas Metodología: se decidió por que el estudio fuera de tipo no experimental ya que no se alterara la realidad y de carácter controles y casos, de temporalidad retrospectiva. Se formaron 2 grupos, el grupo de casos recibió manejo quirúrgico y el grupo de controles manejo médico de la obstrucción intestinal. Resultados: En relación al antecedente quirúrgico el 78.8% fue operado una sola vez mientras que el 21.2% tuvo más de 2 cirugías. El abordaje quirúrgico incisional fue usado en el 90.9%, el 9.1% tuvo un abordaje laparoscópico. El tipo de cirugía como antecedente fue la cirugía de tracto gastrointestinal en el 84.8%, ginecoobstetricos en el 18.2%. la presencia de peritonitis fue en un 27.3% siendo esta última significativa (OR: 5.81;  $p:0.021$ ). El dolor abdominal estuvo presente en 100% de casos, las náuseas y/o vómitos en el 60.6%, la distensión abdominal en el 48.5% de casos y la ausencia de eliminación de



heces y/o flatos en el 63.6% de casos. La leucocitosis estuvo presente en el 69.7% (OR: 3.54; p:0.013) y la elevación del PCR en el 31.8% (OR: 5.4, p:0.0018), la elevación de lactato en el 27.3% y trastornos electrolíticos en el 54.5%. La presencia de niveles hidroaéreos se registró en el 3.9% de los casos, dilatación de asas en el 87.9% siendo significativa (OR: 7.7; p: 0.001), la ausencia de gas en el recto presente en el 66.7%, patrón en pila de monedas en 3%. Conclusiones: Se encontró una asociación con respecto a haber sido sometido a un abordaje incisional, la presencia de peritonitis, la leucocitosis y la elevación del PCR, la dilatación de asas, con el manejo de carácter quirúrgico de la obstrucción del intestino.

Laura (16) en su tesis titulada "Características clínico quirúrgicas y complicaciones postoperatorias del vólvulo de sigmoides. Hospital Manuel Núñez Butrón 2019". Para este estudio se decidió determinar como objetivo el cual es identificar los problemas clínicos, quirúrgicos y postoperatorios asociados al vólvulo de sigmoides. Técnicas: estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo. Entre los meses de enero a diciembre de 2019 se registraron 66 individuos con vólvulo de sigmoides. Para las diferentes variables se determinó un cálculo distinto para las cualitativas se calcularon frecuencias relativas y para las numéricas, promedios. Hallazgos: El 84,8% de la población era masculina, el 57,6% provenía de zonas rurales y la edad promedio fue de  $63,36 \pm 14,74$  años. El 7,58% tenía una enfermedad mental y el 40,91% seguía una dieta rica en fibra. El 100% de los casos presentó malestar estomacal y que no se producían flatos, el 98,5% distensión del abdomen, el 92,4% ausencia de ARH, el 72,7% náuseas, el 69,7%



timpanismo, el 63,6% vómitos y el 47,0% mucosas secas. Se presentó isquemia de la pared intestinal en 59.1%, necrosis en 33.3%, sangrado en 4.5% y perforación intestinal en 3.1% de los casos. El colon rotó en sentido antihorario en 62.1% de los casos. El 47.9% fue sometido a resección con anastomosis y el 56.1% recibió colostomías tipo Hartman. Con  $107.97 \pm 25.94$  minutos, tiempo quirúrgico promedio, se dejó drenaje abdominal en 89.4% de los casos. Insuficiencia renal aguda (7.6%), dehiscencia de herida (12.1%), evisceración (6.1%), neumonía e infección del sitio quirúrgico (16.7%), trastorno hidroelectrolítico (39.4%) e íleo prolongado (4.5%). La estancia hospitalaria dura en promedio  $9.03 \pm 8.38$  días. Conclusiones: la gran parte de la población tenía una vivienda ubicada en una zona rural, con una edad media de  $63,36 \pm 14,74$  años. Antecedentes: problemas de salud mental y consumo excesivo de una dieta rica en fibra. Dentro de los síntomas que son mas comunes se tenían las náuseas, timpanismo, vómitos, distensión abdominal, malestar abdominal y falta de flatos y de RHA. Isquemia predominante de la pared acompañada de rotación del colon en sentido antihorario. La forma más común de colostomía identificada fue el tipo Hartman. Trastorno hidroelectrolítico, neumonía, infección del sitio quirúrgico y dehiscencia son algunos de los efectos secundarios.

Huamán (17) en su tesis titulada "Características clínico quirúrgicas y complicaciones posoperatorias de la obstrucción intestinal hospital Carlos Monge Medrano 2019" los cuales tenían el principal objetivo de lograr reconocer cuáles son las características tanto clínicas, así como las quirúrgicas de la obstrucción. Metodología: Se realizó la investigación no



experimental, transversal y retrospectiva. Entre la temporalidad de los meses de enero a diciembre de 2019 se documentaron un total de 72 casos de obstrucción intestinal, con pacientes llevados a quirófano. Se calcularon medidas de tendencia central y frecuencias. Hallazgos: La edad estaba oscilando entre 11 y 88 años, con un promedio de  $57,5 \pm 20,0$  años. El 65,3% de los pacientes eran hombres, el 26,4% de los cuales su origen era de lugares ubicados las zonas urbanas, el 13,9% de zonas urbanas periféricas y el 59,7% de zonas rurales. El 36,1% de los pacientes tenía al menos una condición comórbida, incluyendo 6,9% insuficiencia renal, 8,3% diabetes mellitus y 20,9% hipertensión arterial. Se reportó antecedente de laparotomías (20,8%), hernioplastia (4,2%), apendicectomía (4,2%), colecistectomía (2,8%) e histerectomía (1,4%). Por otro lado, el 66,7% nunca había sido sometido a cirugía antes. Antes de recibir atención quirúrgica de emergencia, la enfermedad tuvo una duración promedio de entre  $84,3 \pm 42,9$  horas. El vólvulo sigmoideo fue la causa más común de obstrucción intestinal (56,9%), la cual es seguido muy próximamente por las adherencias y las bridas (19,4%), en tercer lugar, están hernias (15,3%) y finalmente menos frecuente los tumores (2,8%). Dentro de las lesiones más comunes el 56,5% se encontró que estaba localizada a nivel del sigmoides, el 31,9% en el íleon, el 9,7% en el yeyuno y el 2,8% en el ciego. Las intervenciones tuvieron una duración media de  $115,6 \pm 47,8$  minutos. El 90,3% de los casos se optó por dejar un drenaje intraabdominal. El 100% de los pacientes requirió hidratación y sonda nasogástrica; el 98,6% medicación analgésica; el 95,8% sonda de Foley; el 88,9% terapia antibiótica y el 47,2% sonda rectal. Los procedimientos quirúrgicos realizados Los resultados postoperatorios más comunes fueron



herniorrafia (1,4%), ileostomía (9,7%), colostomía (9,7%), yeyunostomía (2,8%), resección más anastomosis (66,7%) y Trastorno hidroelectrolítico (30,6%), liberación de bandas y adherencias (9,7%). íleo prolongado (23,6%), SSI (27,8%), sepsis (22,2%), dehiscencia de la herida (16,7%) e insuficiencia respiratoria (13,9%). La estancia media de hospitalización fue de  $9,7 \pm 6$  días. El 9,7% de los pacientes que padecían obstrucción intestinal tuvo el diagnóstico de alta de fallecido, mientras que el 90.3% de los pacientes fueron dados de alta con vida. Conclusiones: La mayoría de los participantes fueron hombres de origen rural, con una edad media de  $57,5 \pm 20,0$  años. Las dos comorbilidades más frecuentes fueron antecedentes de laparotomía e hipertensión arterial. Todos los miembros de la muestra experimentaron náuseas y dolor de estómago, pero tampoco presentaron flatulencia, distensión abdominal, timpanismo, reducción de ruidos intestinales, vómitos o mucosas secas. La obstrucción intestinal fue causada principalmente por vólvulo sigmoideo, con bandas y adherencias en segundo y tercer lugar. La mayoría de los procedimientos implicaron escisión con anastomosis, con una duración operativa media de  $115,6 \pm 47,8$  minutos. Dentro las complicaciones postoperatorias las principales fueron 2 en primer lugar el trastorno hidroelectrolítico y seguido por la infección del sitio operatorio. También se determinó cual fue la estancia que el paciente estuvo hospitalizado la cual fue  $9.7 \pm 6$  días y la tasa de mortalidad fue 9.7%.

Panty (18) en el desarrollo de su tesis la cual lleva como título "Factores asociados a vólvulo del sigmoides en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Manuel Núñez Butron de Puno en el periodo de junio



2018 a julio 2019" en el cual se determinó como principal objetivo el cual el de identificar las características y variables clínicas, quirúrgicas y sociodemográficas asociadas al vólvulo de sigmoides. Metodología: Este estudio utilizó un diseño analítico, donde los pacientes con vólvulo de sigmoides fueron los casos y los pacientes sin la condición fueron el grupo control. Se tomó un tamaño de muestra de un control por cada caso y el formulario utilizado fue elaborado a partir de formularios de estudios previos. Hallazgos: Se descubrieron 24 casos de vólvulo sigmoideo y se realizaron las siguientes observaciones: La demografía de la población de pacientes es la siguiente: grupo de edad de 60 a 69 (54,2%), varones (71%), su ocupación actual era de trabajador (54,2%), falta de educación (45,8%), origen de vivienda de zona rural (92%), la duración de la enfermedad estuvo comprendida entre los 1 a los 3 días (92%), carencia tanto de heces así como de flatos (50%) y el tratamiento definitivo fue de carácter quirúrgico (92%), dolor acompañado de distensión a nivel abdominal (50%), el tiempo operatorio fue estuvo comprendido entre las 1 a 2 horas (50%), vólvulo sigmoideo (91%), obstrucción del intestino delgado (9%), la rotación del intestino fue de 360° (40,9%), complicaciones (12,2%), estancia hospitalaria (79% de 2 a 7 días), la hospitalización promedio fue de 2 a 7 días (79%), muertes (4,2%). Las variables asociadas fueron la edad la cual estaba comprendida entre los 60 a 69 años ( $p: 0,0006$ ), el sexo masculino ( $p: 0,0005$ ), la profesión de trabajador ( $p: 0,03$ ) y la falta de escolaridad ( $p: 0,003$ ). Conclusiones: la edad de 60 a 69 años, el sexo masculino, la ocupación de trabajador y la ausencia de escolaridad fueron las variables asociadas al vólvulo de sigmoideo.



Chipana (19) en su tesis titulada "Características sociodemográficas, clínicas, quirúrgicas y factores asociados a complicaciones postoperatorias del vólvulo de sigmoides en el Hospital San Martín de Porres de Macusani en el año 2021"

Con el Objetivo: conocer las variables quirúrgicas, clínicas y sociodemográficas y contributivas vinculadas a las complicaciones debida a la operación en pacientes con diagnósticos de vólvulo de sigmoides.

Metodología: el diseño determinado para esta investigación fue de carácter no experimental, transversal, retrospectivo y relacional. Se incluyeron 41 participantes en el ensayo, se decidió por no determinar un número para la muestra. Se dividieron en dos grupos ocho pacientes con problemas postoperatorios y treinta y tres pacientes sin problemas. Se determinó el nivel de confianza del 95% para construir el OR, IC y el valor p de Fisher para determinar los componentes asociados a problemas postoperatorios. Se empleó el programa especializado en estadísticas SPSS en su versión 23.

Resultados: De los 41 pacientes que se incorporaron al estudio, 8 presentaron problemas postoperatorios (19,5%), siendo la frecuencia de vólvulo de sigmoideo del 8,7%. Dentro de las características más comunes estaban la edad ubicada entre los años de 20 a 50 años (53,7%), el sexo de tipo masculino (80,5%), ocupación principal de agrícola (48,8%), nivel educativo secundario (39%), procedencia de una zona de origen rural (70,7%), estado de nutrición ubicado dentro de los rangos normales (82,9%), duración de la enfermedad de tres días (51,2%), intervalo de 4 a 6 horas entre la hospitalización y la cirugía (60,9%), tiempo operatorio de 3 a 4 horas (75,6%), la rotación del intestino fue de 360° más comúnmente (80,5%), dentro de los hallazgos intraoperatorios el más común fue la isquemia intestinal (53,6%),



colocación de drenaje postoperatorio (75,6%) y evisceración (12,2%). Conclusiones: la edad comprendida entre los 60 años a una edad superior, la ocupación temporal, el paciente de bajo peso, la duración de la enfermedad mayor a tres días, el hallazgo de necrosis intestinal durante la cirugía y la instalación de drenaje posterior a la cirugía fueron variables de riesgo asociadas a problemas postoperatorios.

## **2.2. Marco teórico**

### **1. Características de la obstrucción intestinal**

La alteración del tránsito entérico en sentido bucocaudal se denomina obstrucción intestinal. Puede presentarse por una obstrucción de la luz intestinal o por falta de motilidad entérica. El origen de esta patología varía con la edad y puede presentarse en cualquier momento de la vida; no obstante, es de gran importancia que se destaque que la incidencia es mayor entre los 40 a 50 años de la vida. (26)

El cuadro clínico de la obstrucción intestinal se refiere a los signos y síntomas que indican la presencia de bloqueo o impedimento en el paso normal de los contenidos digestivos a través del intestino. Estos pueden incluir: Dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas, vómitos, ausencia de flatulencia, ruidos intestinales aumentados, desarrollo de deshidratación y desequilibrios electrolíticos (26).

#### **1.1. Características clínicas**

Hacen referencia a los signos observables y medibles que presenta un



paciente como resultado de una enfermedad, trastorno o condición médica específica. Estas características son fundamentales para el diagnóstico y la evaluación médica, teniendo un mayor conocimiento de las características clínicas fundamentales de una enfermedad se puede diferenciar de otras que comparten dichas características. (24)

### **1.1.1. Tiempo de enfermedad**

El tiempo de enfermedad está definido como el tiempo que transcurre desde que el paciente refiere un síntoma específico a su enfermedad hasta que dicha enfermedad es tratada o en caso de que el paciente continúe enfermo hasta la actualidad, debe diferenciarse el tiempo de enfermedad del tiempo de progresión de la enfermedad ya que este es el tiempo que transcurre entre recibir un diagnóstico y comenzar la terapia antes de que la enfermedad comience a empeorar o extenderse a otras áreas del cuerpo. Un mayor tiempo de enfermedad está relacionado a más complicaciones como pueden ser la isquemia, necrosis, perforación y peritonitis ya sea local o generalizada y por ende estos hallazgos intraoperatorios están relacionados a mayores complicaciones postoperatorias. (24).

### **1.1.2. Comorbilidades**

Se ha descrito como la existencia de una patología secundaria que se ha desarrollado o puede desarrollarse a lo largo del registro de la historia clínica de un determinado paciente de una enfermedad en investigación. Se ha demostrado en muchos estudios que una mayor tasa de mortalidad se asocia a una mayor comorbilidad. La edad avanzada es una edad común para la



existencia de numerosas enfermedades, y los estudios demográficos han demostrado que el número de enfermedades que padece una persona aumenta con la edad, de igual modo, las comorbilidades registradas con mayor repercusión fueron la obesidad, seguida por la diabetes y finalmente la hipertensión arterial (25).

### 1.1.3. Antecedentes quirúrgicos

Como definición de los antecedentes quirúrgicos esta forma parte de los antecedentes médicos los cuales son información relevante en la salud de la una persona los cuales están registrados y archivados. En el historial médico personal de una persona se puede encontrar información importante sobre alergias, enfermedades, operaciones, vacunas y los resultados ya sea normales o anormales de exámenes y pruebas físicas. En ocasiones, también contiene detalles sobre el historial médico pasado de la persona y sus opciones con los cuales se rige su estilo de vida, como si decido o no hacer ejercicio o el tipo de alimentación que lleva, dentro de estos encontramos los antecedentes quirúrgicos los cuales son el registro de la totalidad de cirugías a las que se ha sometido el paciente. La probabilidad de que se repita la obstrucción aumenta con el número de episodios en personas que ya han sufrido un bloqueo intestinal, independientemente del método de tratamiento, médico o quirúrgico. Las adherencias posoperatorias también pueden provocar molestias abdominales crónicas. Cinco estudios evaluaron la frecuencia de molestias estomacales persistentes después de una cirugía en una revisión exhaustiva. En el 34% al 67% de los pacientes, las adherencias quirúrgicas fueron la causa de sus molestias abdominales



crónicas (32).

#### 1.1.4. Causas de obstrucción

La etiología de las obstrucciones son variadas y tienen una gran serie de clasificaciones entre las que tenemos causas extra lumbinales, causas extrínsecas que se producen por fuera de la pared intestinal y las causas intralumbinales que como su mismo nombre lo indica que se produce dentro de la pared intestinal; también pueden ser divididas en causas mecánicas (adherencias, hernias, tumores, vólvulos, cuerpos extraños) las cuales ocurren por que algo de manera física bloquea al intestino o las causas funcionales (íleo paralítico, trastornos neurológicos, medicamentos) en la cual no existe una obstrucción física sino que el intestino no funciona correctamente por lo que se produce la pérdida de la movilidad de mismo. Dentro de las causas que provocaban la obstrucción intestinal de determino que las más frecuente fue, representando el 60% al 70% de los casos, son las adherencias y bandas peritoneales postoperatorias. A éstas le siguen en nuestro medio los tumores intestinales y las hernias externas o internas, siendo el vólvulo de sigma también responsable de una parte importante de los casos de obstrucción intestinal de estas fuentes. Estas adherencias y bandas pueden formarse horas después de la cirugía (26).

#### 1.1.5. Tiempo de Hospitalización

Definido como el tiempo que un paciente permanece en un centro de salud pueda ser un hospital o una clínica, por indicación del médico, un tiempo de hospitalización prolongado se traduce indirectamente en un indicador de una



mala calidad de atención y cuidado al paciente, esto debido ya sea a el retraso de una cirugía por varios factores o a la omisión de un tratamiento específico, ya que un tiempo prolongado acarreará más costos y una recuperación más tórpida del paciente. Según estudios encontrados el tiempo de hospitalización que es más prolongado es sinónimo de más complicaciones postoperatorias y por ende un tiempo de hospitalización menor se traduce en lo contrario (27).

## **1.2. Características quirúrgicas**

Se refieren a los atributos y prácticas en el contexto de la cirugía que optimizan los resultados, minimizan los riesgos y promueven la recuperación del paciente de manera efectiva. Esto incluye el manejo adecuado de técnicas quirúrgicas avanzadas, la gestión eficiente del tiempo en el quirófano, el uso prudente de recursos y materiales, así como una comunicación clara y colaborativa entre el equipo médico involucrado. La eficiencia en cirugía busca maximizar los beneficios para el paciente mientras se minimizan las complicaciones y el impacto negativo. (32)

### **1.2.1. Tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación**

Definido como el tiempo entre que el paciente cuenta con un diagnóstico definitivo de su enfermedad la cual necesita una intervención quirúrgica en quirófano hasta que dicha intervención inicia. Se ha demostrado que en el sistema de salud de los países no desarrollados como pueden ser Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia, con deficientes sistemas de salud por motivos de falta de insumos, falta de profesionales capacitados o falta de infraestructura



la operación conlleva a una demora lo cual aumenta el tiempo de enfermedad del pacientes por ende se traduce en aumento de las posibles complicaciones postoperatorias ya que la enfermedad seguirá progresando pudiendo afectar a órganos vecinos (31).

### **1.2.2. Hallazgos operatorios**

Son todos aquellos hallazgos que el médico cirujano encuentra durante la operación, todos estos hallazgos están registrados en el reporte quirúrgico, muchas veces los hallazgos corresponden directamente al tiempo de enfermedad o a los síntomas, pero en algunos casos los hallazgos operatorios son mayores o menores al cuadro que presenta el paciente. En la zona de la oclusión, un bloqueo intestinal avanzado hace que el contenido del lumen se dilate y retenga líquido; en la región distante, el intestino se descomprime a medida que avanza el contenido del lumen. Dentro de las primeras complicaciones que pueden llegar a producir un incremento en el riesgo de la mortalidad asociada al cuadro de obstrucción intestinal son la perforación o necrosis, que resultan del compromiso severo del intestino por la detención de la perfusión y la estrangulación si el intestino continúa dilatándose (27).

### **1.2.3. Técnica quirúrgica**

La técnica quirúrgica es el conjunto de procedimientos y pasos que sigue un cirujano durante una intervención quirúrgica para llevar a cabo la operación de manera segura y eficaz. Incluye todos los aspectos del acto quirúrgico, como la incisión, exposición y manipulación de tejidos, procedimiento



propiamente dicho y el cierre de la incisión, el dominio de una adecuada técnica quirúrgica disminuye la cantidad de riesgos y complicaciones. Existen diversas técnicas quirúrgicas cada una con sus beneficios y con sus respectivas complicaciones postoperatorias más probables, cada una se debe elegir en el prequirúrgico del paciente, pero esto no es 100% seguro ya que en el acto quirúrgico dependiendo de los hallazgos intraoperatorios puede haber un cambio de técnica quirúrgica (28).

#### **1.2.4. Uso de dren**

El uso de dren quirúrgico es una técnica utilizada para eliminar fluidos acumulados, como sangre, pus o líquidos serosos, del sitio quirúrgico después de una operación. Los drenajes se colocan para evitar complicaciones, como infecciones, hematomas o abscesos, que pueden ocurrir si esos fluidos se acumulan en el área operada, dentro de los cuales tenemos a dos tipos los pasivos (capilaridad) y activos (uso de succión), en este caso para el estudio solo se hará estudio de los drenes pasivos. Dependiendo de dónde se realizará la cirugía, con frecuencia se realiza un drenaje profiláctico dentro de la cavidad abdominal para que se llegue a evitar que se formen abscesos intraperitoneales. Su objetivo principal es evitar que se acumule el líquido del procedimiento (29).

#### **1.2.5. Tiempo Operatorio**

El tiempo operatorio hace referencia al tiempo que transcurre entre que el cirujano hace la primera incisión hasta que la intervención termina y se cierra la última capa y se retira todo el instrumental quirúrgico dentro de este tiempo



influyen varios factores como el tipo de la cirugía, la técnica quirúrgica a usar, las condiciones preoperatorias del paciente, también juega un papel importante cual es la experiencia que tiene el médico cirujano y la presencia de complicación intraoperatorias. Junto con el aumento del tiempo de operación también se aumenta la cantidad de complicaciones post anestésicas con un aumento del 10%, en el caso de complicaciones por ISO se encontró un aumento debido al mayor tiempo operatorio (30).

## 2. Complicaciones postoperatorias

Las complicaciones postoperatorias son problemas médicos o quirúrgicos que se suscitan tras culminar la cirugía durante un periodo de tiempo denominado el tiempo de recuperación del paciente, pueden ser divididas de diferente manera por tiempo de aparición, por frecuencia o por su severidad. Dentro de estas se tiene que las más frecuentes se tiene en primer lugar las Infección de sitio operatorio, seguido por la dehiscencia, también de manera inmediata antes de las 48 horas de la cirugía se puede presentar las atelectasias y un poco más tardíamente las neumonías, también las bridas y adherencias representan un gran número de las complicaciones, pero ya a un largo plazo, también tenemos al íleo paralítico el cual se presenta en la primera semana tras la cirugía (33).

### 2.3. Marco conceptual

#### Atelectasia

La formación de atelectasias es de las complicaciones que se produce con más frecuencia período postoperatorio ya sea por la anestesia, disfunción



diafragmática por el dolor postoperatorio (28).

### **Dehiscencia**

Es la separación de la incisión postoperatoria. Implica estancias hospitalarias y periodos de recuperación más prolongados tras la cirugía (33).

### **Eventración**

Es la salida subcutánea del contenido que originalmente está ubicada a nivel intraabdominal a través de una zona de debilidad la cual está producida debida a una intervención quirúrgica previa (28).

### **Evisceración**

Es producida previamente a la cicatrización completa de la piel, de tal forma que una cierta parte del contenido intraabdominal (con mayor frecuencia el intestino delgado) salen al medio externo recubierta solamente por piel (28).

### **Íleo paralítico**

La ausencia de movimientos peristálticos intestinales como resultado de cambios metabólicos o de una reacción refleja del sistema nervioso autónomo se conoce como íleo paralítico (28).

### **Infección de sitio operatorio**

Dentro de los 30 días siguientes a la cirugía, o dentro de los 90 días si se ha instalado material protésico, una infección del sitio quirúrgico (ISQ) es una forma de infección postoperatoria que se desarrolla en la incisión quirúrgica o alrededor de ella (33).



## **Neumonía**

Está determinada como una de las complicaciones de carácter infeccioso más frecuente en el paciente postoperado por su elevada mortalidad y movilidad, tanto como sus efectos en la supervivencia a largo plazo (33).

## **Sepsis**

La disfunción orgánica es resultado de una reacción exagerada del sistema inmunitario del cuerpo a una infección, lo que provoca sepsis, una enfermedad potencialmente mortal (28).

## **Obstrucción intestinal**

Se produce cuando se interrumpe el movimiento regular del material intestinal a nivel intraluminal. Puede ser resultado de un bloqueo mecánico, que puede ser transitorio o crónico, o de una fisiología intestinal aberrante, también llamada funcional (28).

## **Trastorno hidroelectrolítico**

Esta determinado como la alteración de la cantidad de los electrolitos en el medio interno del cuerpo humano debido ya sea a su aumento o a su disminución (28).

## **Vólvulo intestinal**

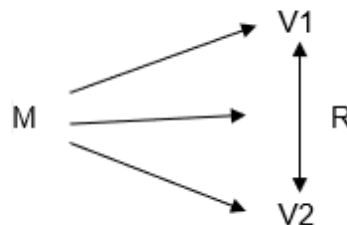
Se manifiesta primero como una afección oclusiva intestinal con cambios bioquímicos generalizados y, en casos más graves, evidencia de sepsis abdominal o isquemia intestinal (26)

## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Diseño de investigación

El estudio se lleva a cabo utilizando un diseño de estudio no experimental porque no se cambian variables; en cambio, se recopilan datos sobre un fenómeno en su entorno natural.



Donde:

M: muestra

V1: Características de la Obstrucción Intestinal

R: Tipo y grado de relación existente

V2: Complicaciones postoperatorias



### 3.2. Tipo de investigación

La investigación es de tipo básica ya que busca crear o reestructurar el conocimiento teórico para enriquecer el conocimiento científico, de nivel correlacional, ya que pretende analizar la relación entre dos variables, transversal ya que se pretenderá analizar y recopilar datos de un momento específico, retrospectivo ya que los datos recolectados serán del pasado específicamente del periodo enero a diciembre del año 2023.

### 3.3. Método o métodos aplicados a la investigación

El método aplicado en esta investigación es el hipotético deductivo con enfoque cuantitativo, ya que se están formulando hipótesis y a su vez comprobándolas utilizando para este fin la estadística.

### 3.4. Población y muestra

#### **Población:**

La totalidad de la población que fue elegida para el estudio quedará conformada 157 por pacientes Postoperados de obstrucción intestinal, El estudio se desarrollará en el Hospital Carlos Monje Medrano, ubicada en el departamento de Puno, Provincia de San Román y ciudad de Juliaca, durante los meses de enero a diciembre del año 2023.

#### **Muestra:**

Mediante el uso de la formula pertinente para el correcto cálculo del tamaño de la muestra teniendo en cuenta que la población es finita, con un 95% de confianza y un 5% de margen de error, se obtiene una muestra de 113

pacientes de una población total de 157.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	157
Error alfa	$\alpha$	0.05
Nivel de confianza	1 - $\alpha$	0.95
Z de (1 - $\alpha$ )	Z (1 - $\alpha$ )	1.96
Probabilidad de que ocurra el evento esperado (éxito)	p	0.05
Probabilidad de que no ocurra el evento esperado	q	0.05
Precisión	d	0.05

$$n = \frac{157 * 3.84 * 0.5 * 0.5}{(0.0025 * 156) + (3.84 * 0.5 * 0.5)}$$

$$n = \frac{150.72}{0.39 + 0.96}$$

$$n = \frac{150.72}{1.35}$$

$$n = 113$$



## **Criterios de inclusión**

- Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano
- Diagnóstico de obstrucción intestinal
- Postoperados

## **Criterios de exclusión**

- Pacientes que fallecieron durante la cirugía

### **3.5. Técnicas, fuentes e instrumentos de investigación para la recolección de datos**

#### **Técnicas**

La técnica se describe como una forma de identificar y ayudar a las fases de funcionamiento del método, que son pertinentes a los procesos ya que permiten situar las partes prácticas al nivel de los hechos.

**Variable 1:** Características de la Obstrucción intestinal

**Técnica 1:** Análisis documental.

**Variable 2:** Complicaciones postoperatorias

**Técnica 2:** Análisis documental

#### **Instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos sirven de apoyo para las técnicas permitiendo alcanzar el objetivo de estas.

**Variable 1:** Características de la Obstrucción intestinal

**Técnica 1:** Ficha de recolección de datos de elaboración propia.

**Variable 2:** Complicaciones postoperatorias

**Técnica 2:** Ficha de recolección de datos de elaboración propia



### 3.6. Validación de la contrastación de hipótesis

Para validar la hipótesis se optó por el uso del chi cuadrado.

#### CHI CUADRADO

Prueba estadística que se utiliza para evaluar la independencia entre dos variables categóricas en un conjunto de datos, cuya fórmula es:

$$[\text{Chi}]^2 = \sum \left( \frac{[o-e]^2}{e} \right)$$

Donde:

$\sum$  = Sumatoria

o = Valores observados en cada celda

e = Valores esperados en cada celda

El valor p que te dan los programas estadísticos 0.05, nos indica el 5% de probabilidad de error

### 3.7. Validez y confiabilidad del instrumento

La validación consistirá en que estos instrumentos serán revisados, analizados y determinarán su aplicabilidad en base a una serie de criterios evaluados por médicos especialistas en cirugía general.

Se midió la confiabilidad del instrumento mediante el uso de alfa de Cronbach, teniendo como resultado 0.78, resultado en que existe una aceptable confiabilidad del instrumento.



### 3.8. Plan de recolección y procesamiento de datos

Se inicio en primer lugar solicitando acceso a las historias clínica de las pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal y a los reportes de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano en el periodo del año 2023, se hizo un registro de los datos necesario para la ejecución de esta investigación mediante el uso de la ficha de recolección de datos y una vez los datos necesarios sean obtenidos se ingresaran al programa estadístico SPSS para proceder a contrastar la hipótesis mediante el uso de la prueba chi cuadrado.



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Resultados y discusión

Se estudiaron 113 pacientes Postoperados con diagnóstico de obstrucción intestinal en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el año 2023.

La presente tesis tuvo como objetivo general "Determinar las características de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023".

Se iniciará analizando el primer objetivo específico "Identificar las características clínicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias" el cual tiene como indicadores el tiempo de enfermedad, comorbilidades, antecedentes, causa de la obstrucción y tiempo de hospitalización.



**TABLA 1. TIEMPO DE ENFERMEDAD ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Tiempo de Enfermedad	Pacientes con complicaciones		Paciente sin complicaciones		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
< 24 horas	5	4.4	0	0.0	5	4.4
24 a 48 horas	24	21.2	11	9.7	35	31.0
48 a 72 horas	17	15.0	1	0.9	18	15.9
72 horas a 5 días	12	10.6	1	0.9	13	11.5
> 5 días	35	31.0	7	6.2	42	37.2
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>82.3</b>	<b>20</b>	<b>17.7</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=8.351$

$X^2_{tab} = 9,487$

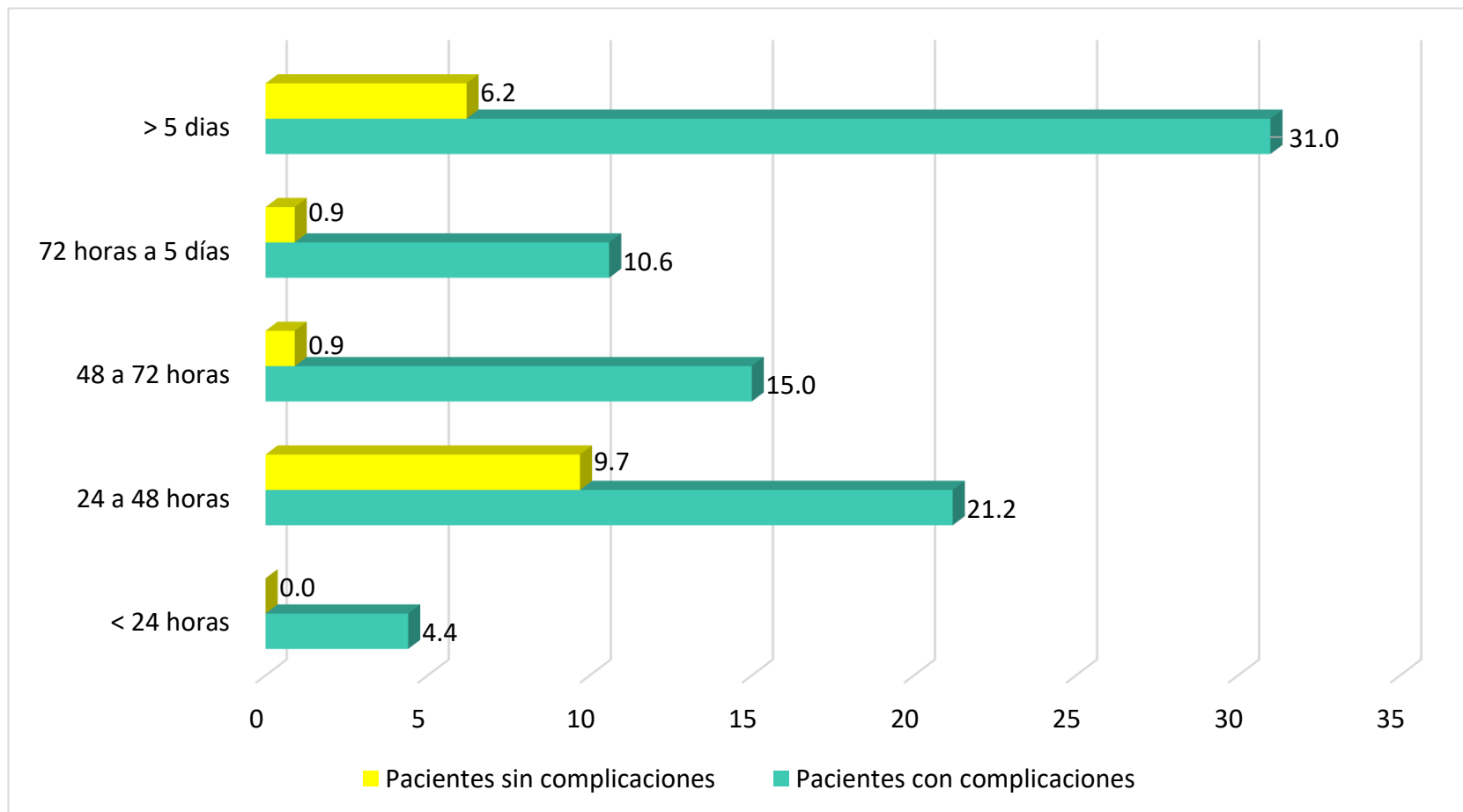
$P=0.080$

$GI=4$

NO SIGNIFICATIVA



**FIGURA 1. TIEMPO DE ENFERMEDAD ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**



Fuente: Tabla 1



En la Tabla y la figura 1, Se analiza el indicador tiempo de enfermedad asociado a complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal.

En cuanto al tiempo de enfermedad de los pacientes con obstrucción intestinal de los 113 pacientes la mayor cantidad tuvo un tiempo de enfermedad mayor a los 5 días representado por 42 pacientes (37.2%), seguido por 24 a 48 horas de tiempo de enfermedad siendo 35 pacientes (31%), en tercer lugar 48 a 72 horas de tiempo de enfermedad con 18 pacientes (15.9%), se tiene a los pacientes de 72 horas a 5 días de tiempo de enfermedad siendo 13 (11.5%) y finalmente 5 pacientes (4.4%) con menos de 24 horas de tiempo de enfermedad.

Describiendo el tiempo de enfermedad en los pacientes que si presentaron complicaciones postoperatorias de puede observar una que la mayoría de pacientes tuvieron un tiempo de enfermedad mayor a 5 días siendo 35 (31.0%), seguido por 24 pacientes (21.2%) con un tiempo de enfermedad de 24 a 48 horas, 17 pacientes (15%) con un tiempo de enfermedad de 48 a 72 horas, 12 pacientes (10.6%) con un tiempo de enfermedad de 72 horas a 5 días y finalmente 5 pacientes (4.4%) con un tiempo de enfermedad inferior a las 24 horas.

En cuanto a los pacientes que no presentaron ninguna complicación se puede observar que la mayor parte siendo 11 pacientes (9.7%) tuvo un tiempo de enfermedad de 24 a 48 horas, 7 pacientes (6.2%) con un tiempo de enfermedad mayor a 5 días, y 1 paciente (0.95) con un tiempo de enfermedad de 48 a 72 horas y 72 horas a 5 días respectivamente.

Se procede a hacer la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado. Se encontraron los siguientes resultados:  $X^2_{cal}=8.351 < X^2_{tab}=\dots$



9,487,  $P=0.080 > 0.05$ ,  $GI=4$ , razón por la cual se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula, que indica que el tiempo de enfermedad no está estadísticamente asociado a las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

Discusión: Comparando con los antecedentes internacionales primero con Sosa et. al. se difiere ya que en su estudio indica que el tiempo de enfermedad más común fue aproximadamente 3 días, Horta L. en su estudio donde se coincide con que ya que indica que el tiempo de enfermedad asociado a complicaciones postoperatorias fue de 4 a 6 días. A nivel nacional, comparado con los resultados de Chorres S. en su estudio se concuerda ya que los resultados del tiempo de evolución de la enfermedad refieren que al ser mayor a  $> 7$  días aumentan la probabilidad de complicaciones, comparando los resultados con Valdivieso J. se difiere ya que para su estudio el tiempo de enfermedad fue de un promedio de 3,4 días. A nivel regional, Huamán C. se concuerda con los resultados ya que en su estudio el tiempo de enfermedad fue de un aproximado de  $\pm 42$  horas, en cuanto a Panty J. se difiere ya que en su estudio un factor de riesgo era un tiempo de evolución de 1 a 3 días.



**TABLA 2. COMORBILIDADES ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Comorbilidades	Pacientes con complicaciones		Paciente sin complicaciones		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Hipertensión arterial	6	5.3	2	1.8	8	7.1
Diabetes Mellitus	4	3.5	0	0.0	4	3.5
Insuficiencia Renal	5	4.4	0	0.0	5	4.4
Neoplasias	4	3.5	0	0.0	4	3.5
Obesidad	2	1.8	0	0.0	2	1.8
Otros	5	4.4	2	1.8	7	6.2
Ninguno	67	59.3	16	14.2	83	73.5
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>82.3</b>	<b>20</b>	<b>17.7</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=4.228$

$X^2_{tab} = 12.529$

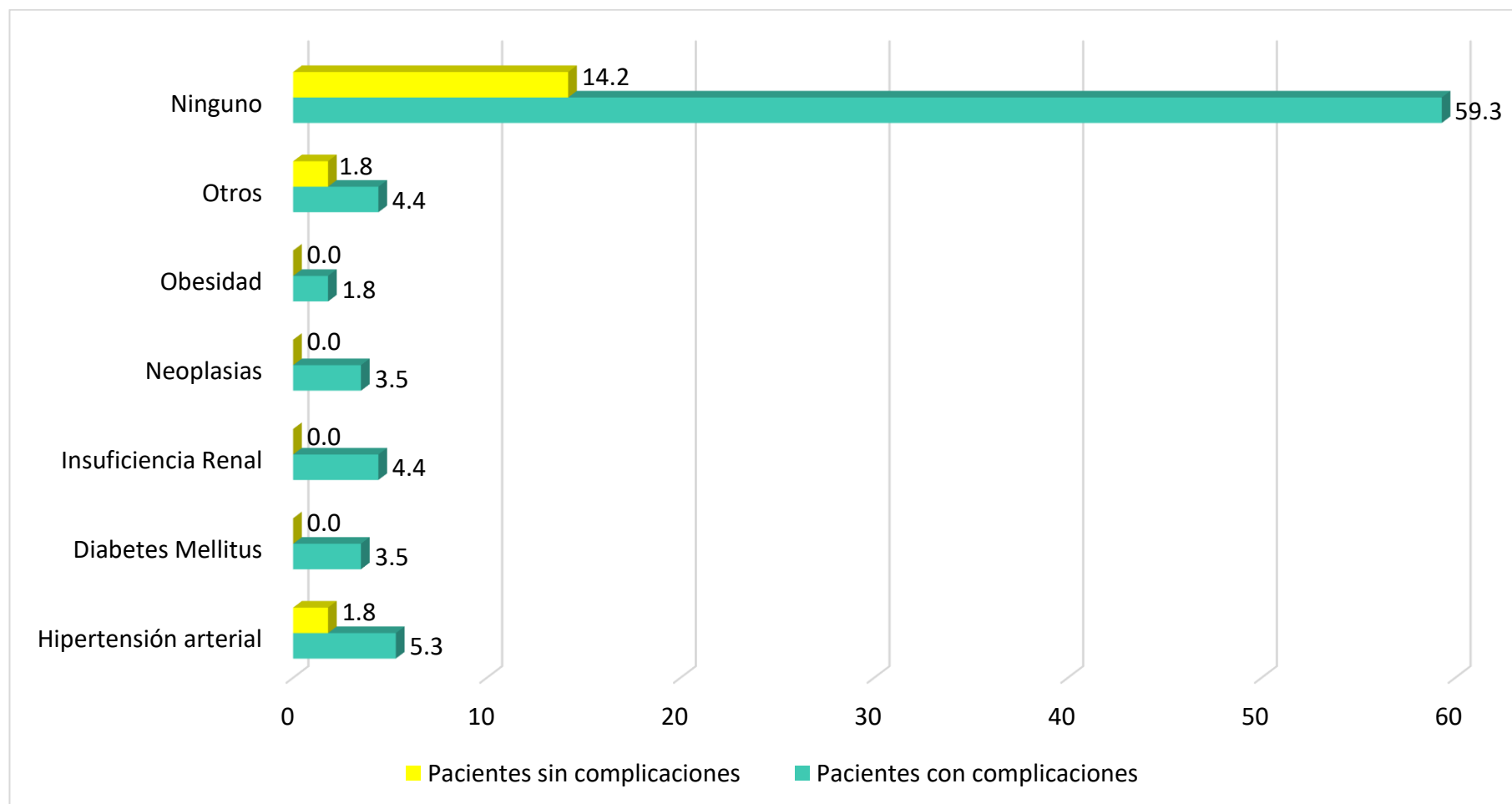
$P=0.646$

GI=6

NO SIGNIFICATIVA



**FIGURA 2. COMORBILIDADES ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**



Fuente: Tabla 2



En la Tabla y figura 2, Se analiza el indicador comorbilidades asociadas a complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal.

En cuanto a las comorbilidades de los pacientes con obstrucción intestinal de los 113 pacientes la mayor cantidad no tuvo ninguna comorbilidad representada por 83 pacientes (73.5%), seguido por la hipertensión arterial afectando a 8 pacientes (7.1%), seguido por otras comorbilidades las cuales fueron asma, artritis reumatoide, discapacidad visual, Parkinson o retraso mental las cuales afectaron a 7 pacientes (6.2%), seguido por insuficiencia renal la cual afecto a 5 pacientes (4.4%), en penúltimo lugar están la diabetes mellitus y las neoplasias las cuales afectaron a 4 pacientes (3.5%) respectivamente y finalmente 2 pacientes (1.8%) con obesidad.

Describiendo las comorbilidades en los pacientes que si presentaron complicaciones postoperatorias de puede observar una que la mayoría de pacientes no tuvieron ninguna comorbilidad siendo 67 (59.3%), seguido por 6 pacientes (5.3%) con hipertensión arterial, 5 pacientes (4.4%) con insuficiencia renal, 4 pacientes (3.5%) con diabetes mellitus y neoplasias respectivamente y finalmente 2 pacientes (1.8%) con obesidad.

En cuanto a los pacientes que no presentaron ninguna complicación se puede observar que la mayor parte siendo 16 pacientes (14.2%) no presentó ninguna comorbilidad y 2 pacientes (1.8%) presentaron hipertensión arterial.

Se procede a hacer la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado. Se encontraron los siguientes resultados:  $X^2_{cal}=4.228 < X^2_{tab}=12,529$ ,  $P=0.646 > 0.05$ ,  $Gl=6$ , razón por la cual se rechaza la hipótesis alterna, y



se acepta la hipótesis nula, que indica que las comorbilidades no están estadísticamente asociadas a las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

Discusión: Comparando los resultados de esta investigación con los antecedentes internacionales primero con Horta L. en su estudio se concuerda ya que en su estudio la hipertensión arterial es al más común en los pacientes que si presentaron comorbilidades. Comparando con los antecedentes nacionales, comparado con los resultados de Chorres S. en su estudio se difiere ya que el refiere que el 60% de pacientes en su estudio presento comorbilidades, comparando los resultados con Valdivieso J. se concuerda ya que en su estudio refiere que la comorbilidad más frecuente también fue la hipertensión arterial. En cuanto a los antecedentes a nivel regional, Huamán C. se concuerda con los resultados ya que en su estudio la hipertensión arterial fue la comorbilidad más común en un 20.9%.



**TABLA 3. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Antecedentes Quirúrgicos	Pacientes con complicaciones		Paciente sin complicaciones		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Si</b>	53	46.9	12	10.6	65	57.5
<b>No</b>	40	35.4	8	7.1	48	42.5
<b>TOTAL</b>	93	82.3	20	17.7	113	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=0.061$

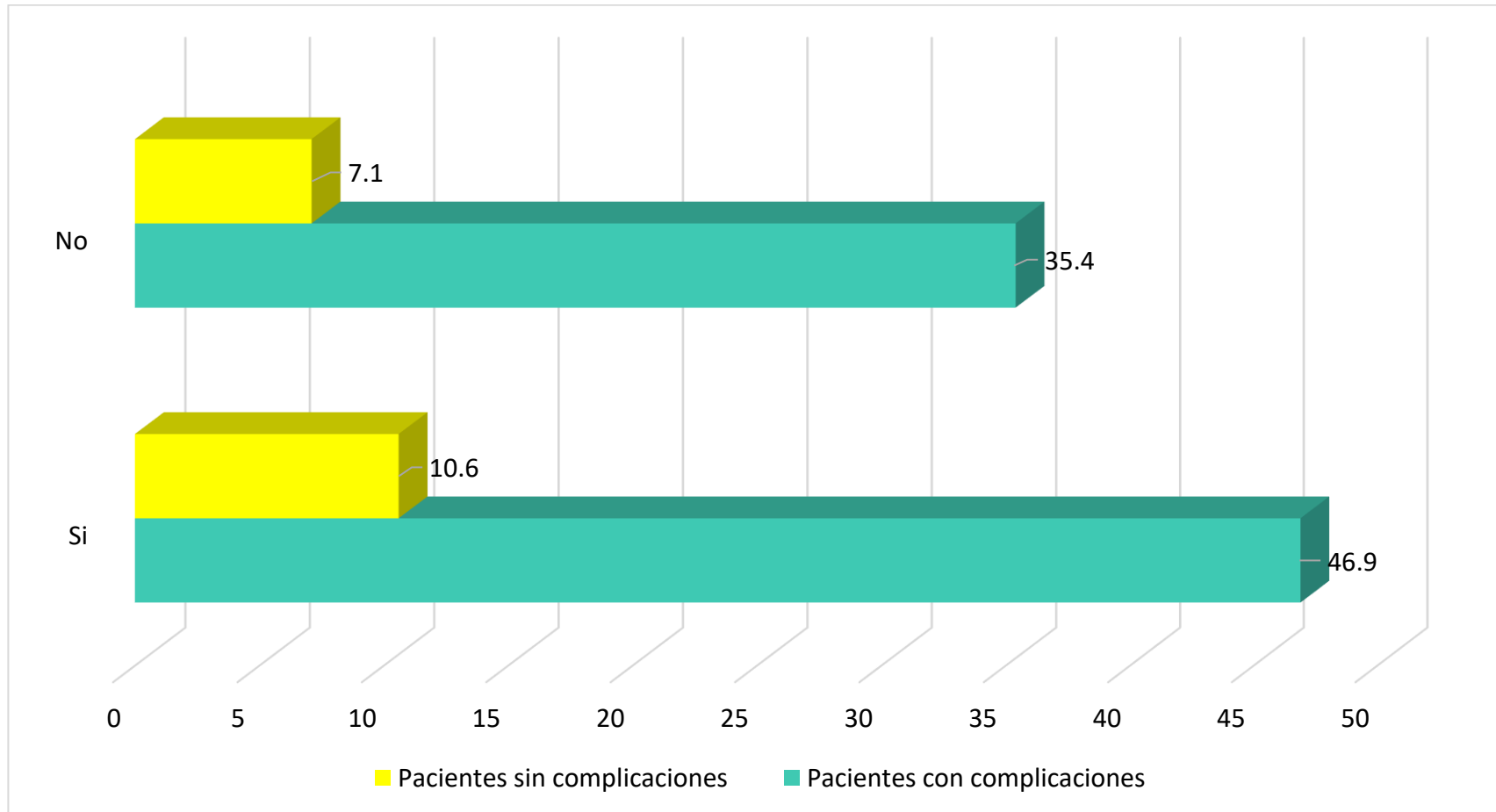
$X^2_{tab} = 3.842$

$P=0.805$

GI=1

NO SIGNIFICATIVA

**FIGURA 3. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**



Fuente: Tabla 3



En la Tabla y figura 3, Se analiza el indicador antecedente quirúrgicos asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal.

En cuanto a los antecedentes quirúrgicos de los pacientes con obstrucción intestinal de los 113 pacientes la mayor cantidad no antecedentes quirúrgicos siendo 65 pacientes (57.5%) y 48 pacientes (42.5%) si tuvieron antecedentes quirúrgicos.

Describiendo los antecedentes quirúrgicos en los pacientes que si presentaron complicaciones postoperatorias se puede observar una que la mayoría de pacientes no tenían antecedentes quirúrgicos siendo 53 (46.9%) y 40 pacientes (35.4%) que si tuvieron antecedentes quirúrgicos.

En cuanto a los pacientes que no presentaron ninguna complicación se puede observar que la mayor parte siendo 12 pacientes (10.6%) no tenían antecedentes quirúrgicos y 8 pacientes (7.1%) presentaron antecedentes quirúrgicos.

Se procede a hacer la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado. Se encontraron los siguientes resultados:  $X^2_{cal}=0,061 < X^2_{tab}=3.842$ ,  $P=0.805 > 0.05$ ,  $Gf=1$ , razón por la cual se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula, que indica que los antecedentes quirúrgicos no están estadísticamente asociados a las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

Discusión: Comparando con los antecedentes nacionales, con los resultados de Valdivieso J. se concuerda ya que indica que el 38,5% de los pacientes tenían antecedentes de cirugía abdominal. A nivel regional, Condori T. se difiere ya que en su estudio solo el 21.2% de los pacientes tuvo una cirugía abdominal previa.



**TABLA 4. CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Causa de la obstrucción	Pacientes con complicaciones		Paciente sin complicaciones		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Bezoar	1	0.9	0	0.0	1	0.9
Bridas y adherencias	28	24.8	3	2.7	31	27.4
Hernias	9	8.0	9	8.0	18	15.9
Intususcepción	2	1.8	0	0.0	2	1.8
TBC entero peritoneal	1	0.9	0	0.0	1	0.9
Tumor	4	3.5	0	0.0	4	3.5
Vólvulo intestinal	48	42.5	8	7.1	56	49.6
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>82.3</b>	<b>20</b>	<b>17.7</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=16.431$

$X^2_{tab} = 12.529$

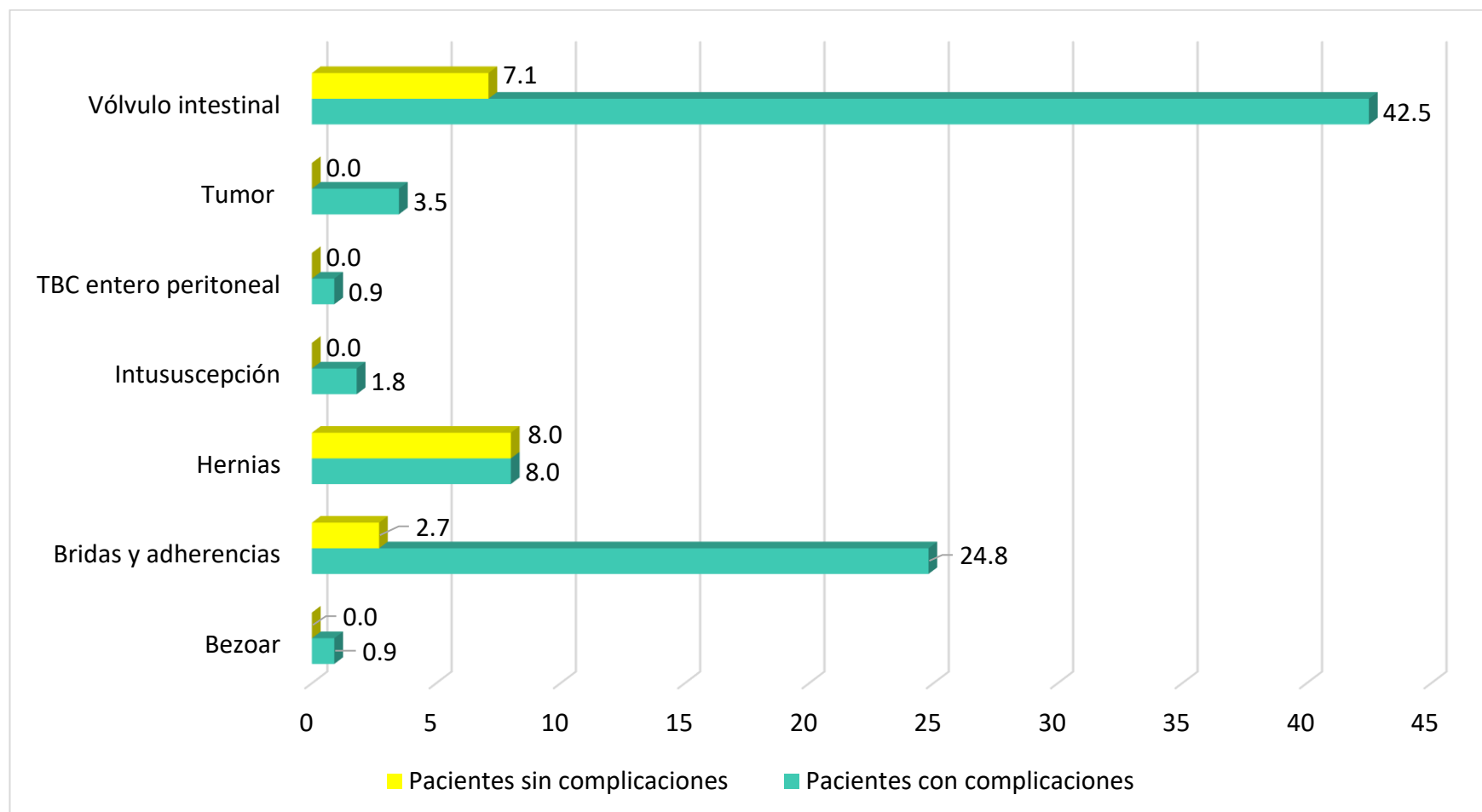
$P=0.012$

GI=6

ES SIGNIFICATIVA



**FIGURA 4. CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**



Fuente: Tabla 4



En la Tabla y figura 4, Se analiza el indicador causas de obstrucción asociadas a complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal.

En cuanto a las causas de obstrucción de los pacientes con obstrucción intestinal de los 113 pacientes la mayor cantidad fue producida por vólvulo intestinal representada por 48 pacientes (42.5%), seguido por las bridas y adherencias afectando a 28 pacientes (24.8%), seguido por las hernias las cuales afectaron a 9 pacientes (8.0%), seguido por los tumores los cuales afectaron a 4 pacientes (3.5%), en penúltimo lugar están la intususcepción la cual afecto a 2 pacientes (1.8%) y finalmente 1 paciente (1.8%) con bezoar y tuberculosis entero peritoneal.

Describiendo las causas de obstrucción en los pacientes que si presentaron complicaciones postoperatorias de puede observar una que la obstrucción en la mayoría de pacientes fue por vólvulo intestinal siendo 48 (42.5%), seguido por 28 pacientes (24.8%) con bridas y adherencias, 9 pacientes (8.0%) con hernias, 4 pacientes (3.5%) con tumores, 2 pacientes (1.8%) con intususcepción y finalmente 1 pacientes (1.8%) con bezoar y tuberculosis entero peritoneal.

En cuanto a los pacientes que no presentaron ninguna complicación se puede observar que la mayor parte siendo 9 pacientes (14.2%) que la obstrucción fue por hernias, 8 pacientes (7.1%) con vólvulo intestinal y 3 pacientes (2.7%) presentaron bridas y adherencias.

Se procede a hacer la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado. Se encontraron los siguientes resultados:  $X^2_{cal}=14.431 > X^2_{tab}=12,529$ ,  $P=0.012 < 0.05$ ,  $Gl=6$ , razón por la cual se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna, que indica que la causa de obstrucción está



estadísticamente asociadas a las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

Discusión: Comparando los resultados de esta investigación con los antecedentes internacionales primero con Horta L. en su estudio donde coincide con que la causa de la obstrucción es un factor asociado, pero se difiere en que en su estudio las bridas y adherencias fueron las más frecuentes. Comparando con los antecedentes nacionales, con los resultados de Chorres S. en su estudio se concuerda los resultados con la causa de obstrucción intestinal ya que ambos concordamos en que el vólvulo intestinal es la causa más frecuente de complicación, comparando los resultados con Valdivieso J. se difiere ya que para su estudio la causa más común de obstrucción intestinal fueron las bridas y adherencias. En cuanto a los antecedentes a nivel regional, Huamán C. se concuerda con los resultados ya que en su estudio la causa más común de obstrucción también fue el vólvulo de intestino.



**TABLA 5. TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Tiempo de Hospitalización	Pacientes con complicación		Paciente sin complicaciones		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
> 10 días	52	46.0	0	0.0	52	46.0
3 a 7 días	7	6.2	19	16.8	26	23.0
7 a 10 días	34	30.1	1	0.9	35	31.0
<b>TOTAL</b>	93	82.3	20	17.7	113	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=71.214$

$X^2_{tab} = 5.992$

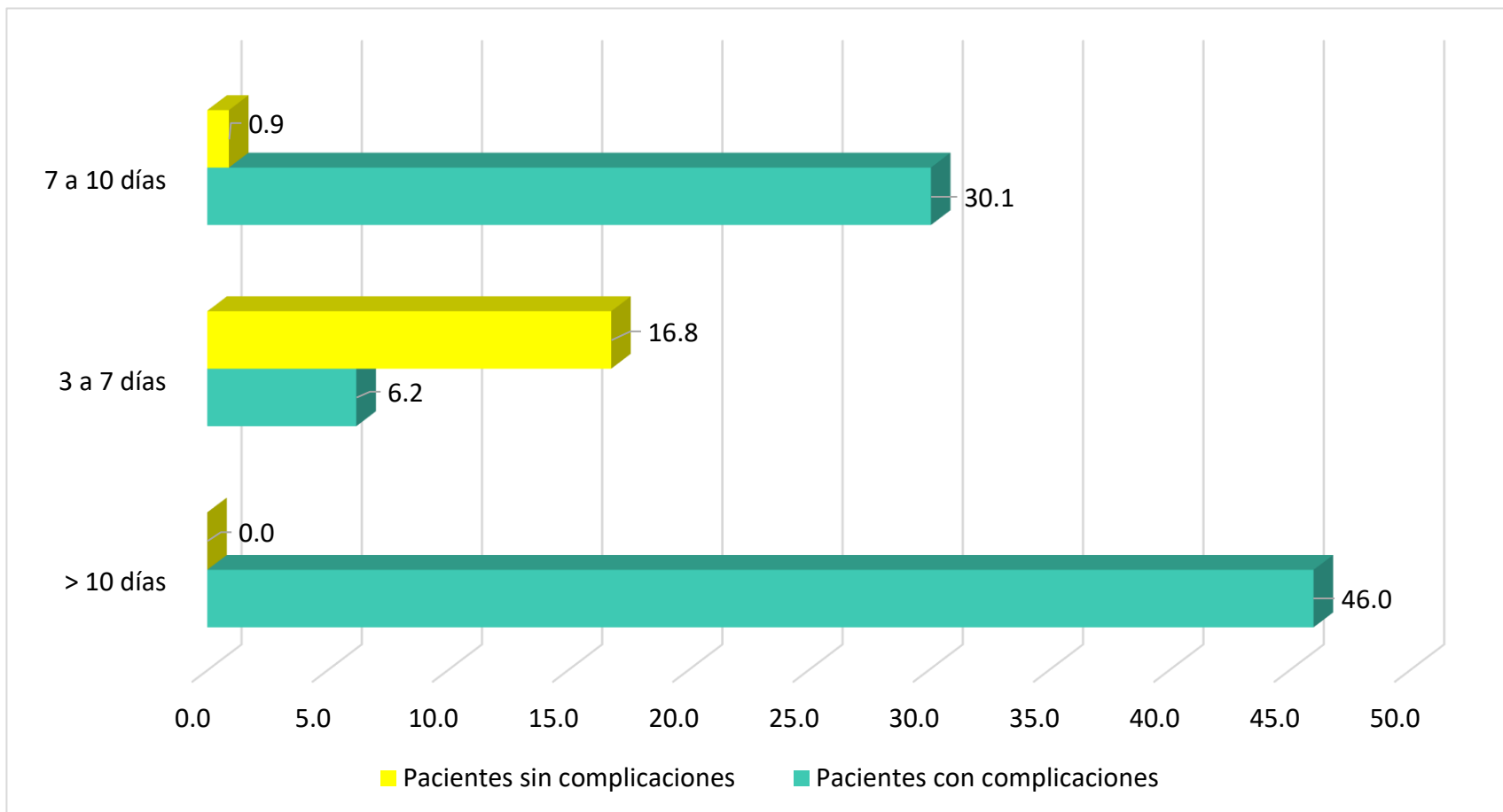
$P=0.000$

$GI=2$

ES SIGNIFICATIVA



**FIGURA 5. TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**



Fuente: Tabla 5



En la Tabla y figura 5, Se analiza el indicador tiempo de hospitalización asociado a complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal.

En cuanto a tiempo de hospitalización de los pacientes con obstrucción intestinal de los 113 pacientes la mayor cantidad tuvo un tiempo de hospitalización de > 10 días representada por 52 pacientes (46.0 %), seguido por hospitalización de 7 a 10 días siendo 35 pacientes (24.8%) y 26 pacientes (1.8%) que tuvieron un tiempo de hospitalización de 3 a 7 días.

Describiendo las causas de obstrucción en los pacientes que si presentaron complicaciones postoperatorias de puede observar una que la mayoría de pacientes tuvo un tiempo de hospitalización > 10 días siendo 52 (46.0%), seguido por 34 pacientes (30.1%) que tenían un tiempo de hospitalización de 7 a 10 días y finalmente 7 pacientes (6.2%) con un tiempo de hospitalización de 3 a 7 días.

En cuanto a los pacientes que no presentaron ninguna complicación se puede observar que la mayor parte siendo 19 pacientes (16.8%) estuvieron hospitalizados de 3 a 7 días y 1 paciente (0.9%) estuvo hospitalizado > 10 días.

Se procede a hacer la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado. Se encontraron los siguientes resultados:  $X^2_{cal}=71.241 > X^2_{tab}=5,992$ ,  $P=0.000 < 0.05$ ,  $Gl=2$ , razón por la cual se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna, que indica que el tiempo de hospitalización está estadísticamente asociadas a las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

Discusión: Comparando los resultados de esta investigación con los antecedentes



internacionales primero con Brito I. donde se difiere ya que en su investigación un tiempo de hospitalización corto está asociada a menos complicaciones. Horta L. se difiere ya que el indica que una estadía hospitalaria entre 1 a 5 días está relacionada con complicaciones postoperatorias. Comparando con los antecedentes nacionales, comparado con los resultados de Chorres S. en su estudio se concuerda en el tiempo de hospitalización ya que en su estudio refiere que al ser mayor a  $> 7$  días aumentan la probabilidad de complicaciones. En cuanto a los antecedentes a nivel regional, Laura M. se concuerda ya que en su estudio refiere un tiempo de hospitalización promedio de más de 9 días que están relacionado a las complicaciones postoperatorias, en cuanto a Panty J. se difiere ya que en su estudio se describe que el tiempo de hospitalización fue de 3 a 4 días.



**TABLA 6. TIEMPO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL INICIO DE LA OPERACIÓN ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Tiempo entre diagnóstico y operación	Pacientes con complicaciones		Paciente sin complicaciones		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
> 12 horas	65	57.5	9	8.0	74	65.5
2 a 4 horas	2	1.8	2	1.8	4	3.5
5 a 7 horas	5	4.4	4	3.5	9	8.0
8 a 12 horas	21	18.6	5	4.4	26	23.0
<b>TOTAL</b>	93	82.3	20	17.7	113	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=8.884$

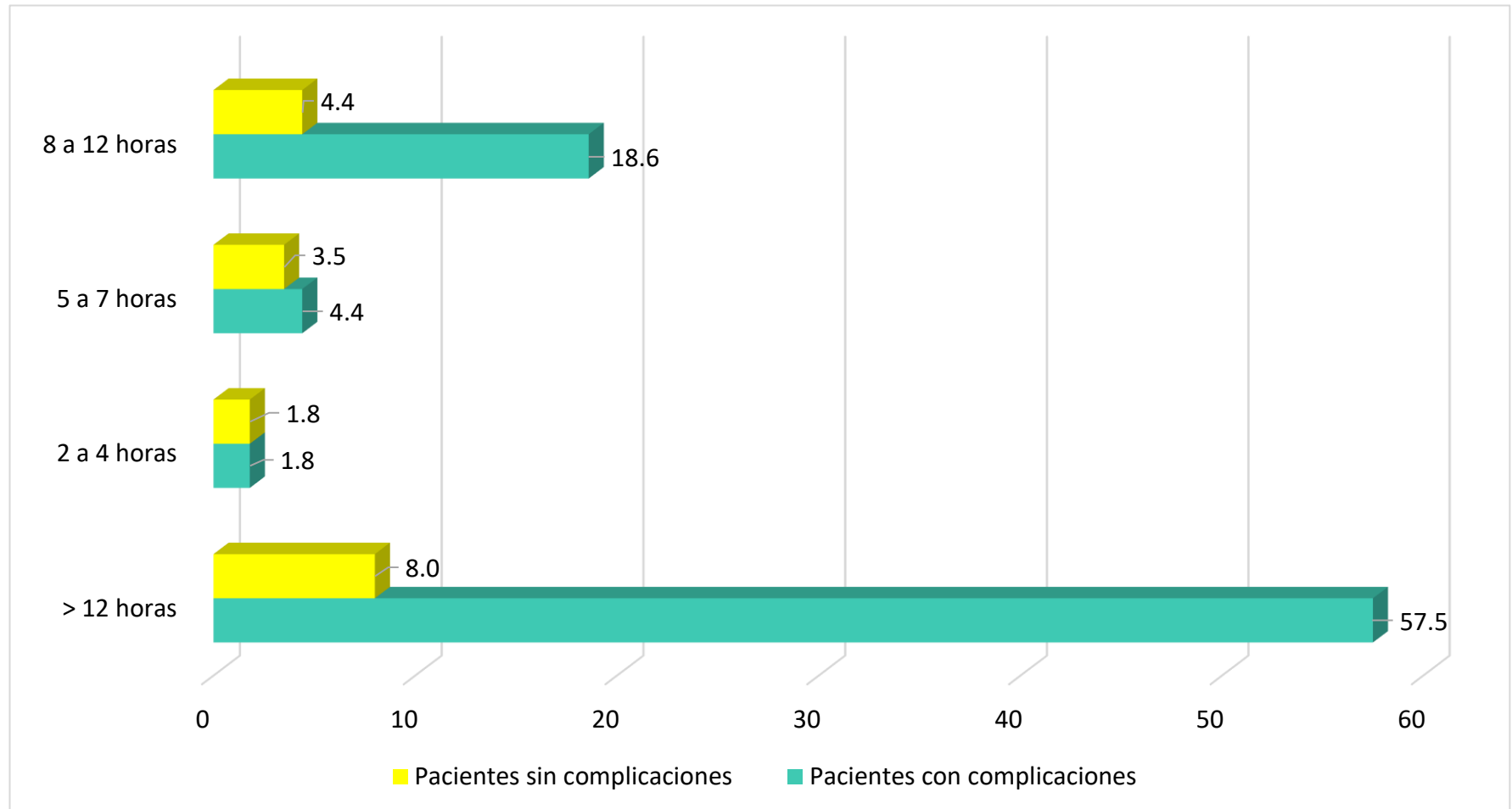
$X^2_{tab} = 7.851$

$P=0.031$

$GI=3$

ES SIGNIFICATIVA

**FIGURA 6. TIEMPO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL INICIO DE LA OPERACIÓN ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**



Fuente: Tabla 06



En la Tabla y figura 6, Se analiza el indicador tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación asociado a complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal.

En cuanto al tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación de los pacientes con obstrucción intestinal de los 113 pacientes la mayor cantidad tuvo un tiempo entre el diagnóstico y la operación de > 12 horas representada por 74 pacientes (65.5%), seguido un tiempo entre el diagnóstico y la operación de 8 a 12 horas siendo 26 pacientes (23.0%), seguido por un tiempo entre el diagnóstico y operación de 5 a 7 horas siendo 9 pacientes (8.0%) y 4 pacientes (4.4%) que tuvieron un tiempo entre el diagnóstico y la operación de 2 a 4 horas.

Describiendo el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación en los pacientes que si presentaron complicaciones postoperatorias se puede observar una que la mayoría de pacientes un tiempo entre diagnóstico y operación de > 12 horas siendo 65 (57.5%), seguido por 21 pacientes (18.6%) que tenían un tiempo entre diagnóstico y operación de 8 a 12 horas, seguido por 5 pacientes (4.4%) que tenían un tiempo entre diagnóstico y operación 5 a 7 horas y finalmente 2 pacientes (1.8%) con un tiempo entre diagnóstico y operación 2 a 4 horas.

En cuanto a los pacientes que no presentaron ninguna complicación se puede observar que la mayor parte siendo 9 pacientes (8.0%) tuvieron un tiempo entre diagnóstico y operación de > 12 horas, 5 pacientes (4.4%) tuvieron un tiempo entre diagnóstico y operación de 8 a 12 horas, 4 pacientes (3.5%) tuvieron un tiempo entre diagnóstico y operación 5 a 7 horas y finalmente 2 pacientes (1.8%) tuvieron un tiempo entre diagnóstico y operación de 2 a 4 horas.



Se procede a hacer la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado. Se encontraron los siguientes resultados:  $X^2_{cal}=8.884 > X^2_{tab}=7,851$ ,  $P=0.031 < 0.05$ ,  $Gl=3$ , razón por la cual se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna, que indica que el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación está estadísticamente asociadas a las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

Discusión: Comparando con los solo Valdivieso J. analizo este indicador con el que se concuerda con su estudio donde indica que un tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la cirugía de más de 1 días es una característica de complicaciones.



**TABLA 7. HALLAZGOS OPERATORIOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Hallazgos operatorios	Pacientes con complicaciones		Paciente sin complicaciones		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Isquemia	10	8.8	4	3.5	14	12.4
Necrosis	14	12.4	2	1.8	16	14.2
Perforación	2	1.8	0	0.0	2	1.8
Peritonitis	35	31.0	5	4.4	40	35.4
Líquido libre	2	1.8	2	1.8	4	3.5
Dilatación de asas	11	9.7	3	2.7	14	12.4
Rotación de vólvulo	19	16.8	4	3.5	23	20.4
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>82.3</b>	<b>20</b>	<b>17.7</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=5.606$

$X^2_{tab} = 12.592$

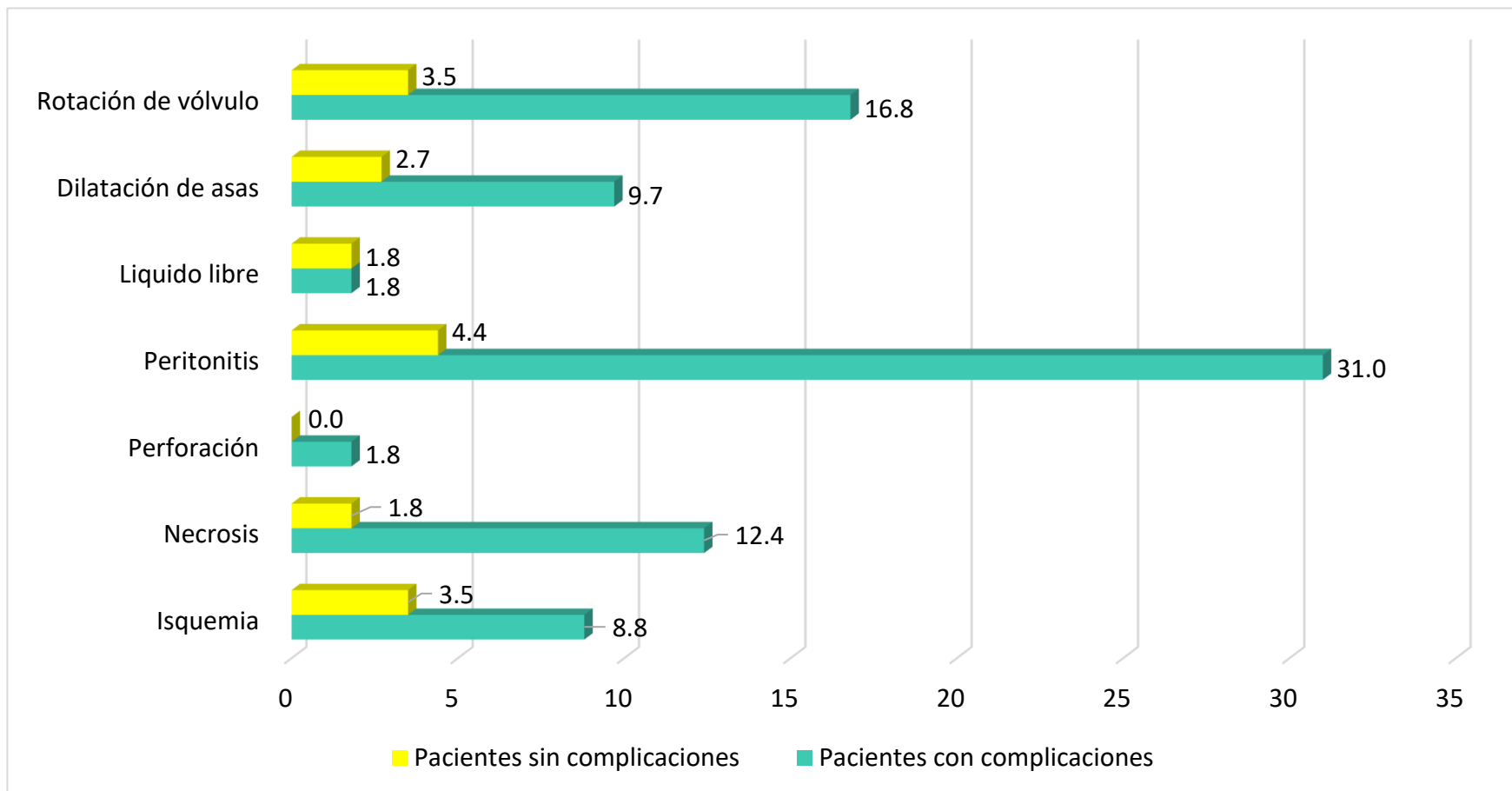
$P=0.469$

GI=6

NO SIGNIFICATIVA



**FIGURA 7. HALLAZGOS OPERATORIOS ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**



Fuente: Tabla 7



En la Tabla y figura 7, Se analiza el indicador hallazgos operatorios asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal.

En cuanto a los hallazgos operatorios de los pacientes con obstrucción intestinal de los 113 pacientes la mayor cantidad tuvo peritonitis representada por 40 pacientes (35.4 %), seguido por rotación de vólvulo siendo 23 pacientes (20.4%), seguido por necrosis siendo 16 pacientes (14.2%), seguido por isquemia y dilatación de asas siendo 14 pacientes (12.4%) respectivamente, seguido por 4 pacientes (3.5%) con liquido libre y 2 pacientes (1.8%) que su hallazgo fue perforación.

Describiendo los hallazgos operatorios en los pacientes que si presentaron complicaciones postoperatorias se puede observar una que la mayoría de pacientes presentaron peritonitis siendo 35 pacientes (31.0%), seguido por rotación de vólvulo siendo 19 pacientes (16.8%), seguido por 14 pacientes (12.4%) que presentaron necrosis, seguido por 11 pacientes (9.7%) que presentaron dilatación de asas, seguido por 10 pacientes (8.8%) que presentaron isquemia y finalmente 2 pacientes (1.8%) que presentaron isquemia y liquido libre respectivamente.

En cuanto a los pacientes que no presentaron ninguna complicación se puede observar una que la mayoría de pacientes presentaron peritonitis siendo 5 pacientes (4.4%), seguido por rotación de vólvulo e isquemia siendo 4 pacientes (3.5%) respectivamente, seguido por 3 pacientes (2.7%) que presentaron dilatación de asas y finalmente 2 pacientes (1.8%) que presentaron necrosis y liquido libre respectivamente.

Se procede a hacer la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado. Se encontraron los siguientes resultados:  $X^2_{cal}=5.606 < X^2_{tab}=\dots$



12,592,  $P=0.469 > 0.05$ ,  $GI=6$ , razón por la cual se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula, que indica que los hallazgos operatorios no están estadísticamente asociadas a las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

Discusión: Comparándolo con los antecedentes, Condori T. con el cual se concuerda ya que en su estudio el hallazgo más común fue la peritonitis seguida por la dilatación de asas, con Laura M. se difiere ya que en su estudio el principal hallazgo operatorio fue la isquemia seguida por la necrosis.



**TABLA 8. TÉCNICA QUIRÚRGICA ASOCIADA A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Técnica Quirúrgica	Pacientes con complicaciones		Paciente sin complicaciones		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Liberación de bridas y adherencias	16	14.2	5	4.4	21	18.6
Liberación de bridas y adherencias, ileostomía, colostomía	1	0.9	0	0.0	1	0.9
Liberación de bridas y adherencias, ileostomía	8	7.1	0	0.0	8	7.1
Resección + anastomosis	8	7.1	7	6.2	15	13.3
Resección + anastomosis, colostomía	2	1.8	0	0.0	2	1.8
Resección + anastomosis, ileostomía	5	4.4	0	0.0	5	4.4
Resección + anastomosis, liberación de bridas y adherencias	8	7.1	1	0.9	9	8.0
Resección + anastomosis, sigmoidectomía	36	31.9	6	5.3	42	37.2
Resección + anastomosis, sigmoidectomía, liberación de bridas y adherencias	1	0.9	0	0.0	1	0.9
Sigmoidectomía, colostomía	8	7.1	1	0.9	9	8.0
<b>TOTAL</b>	<b>93</b>	<b>82.3</b>	<b>20</b>	<b>17.7</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=13.707$

$X^2_{tab} = 16.919$

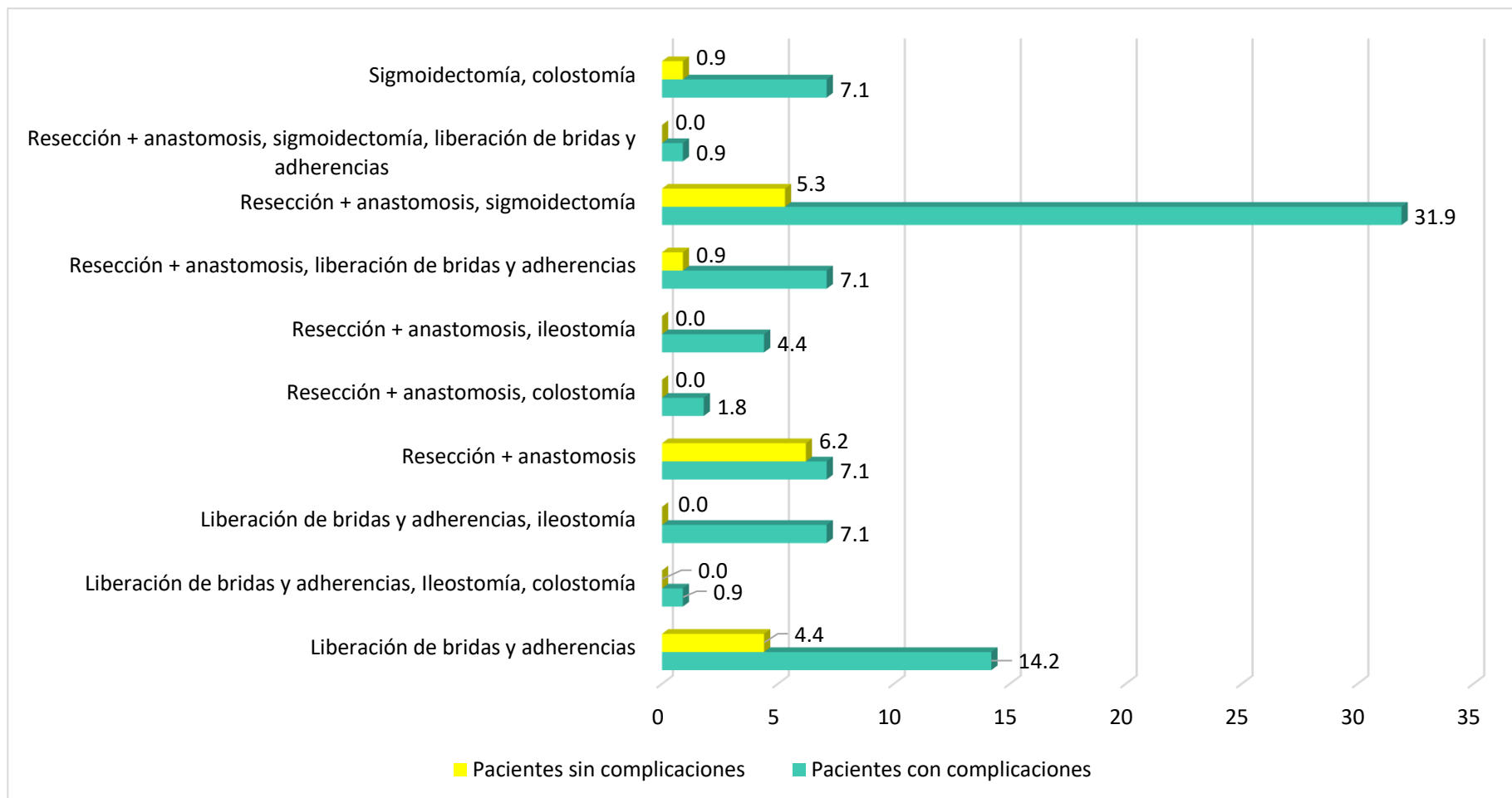
$P=0.133$

GI=9

NO SIGNIFICATIVA



**FIGURA 8. TÉCNICA QUIRÚRGICA ASOCIADA A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**



Fuente: Tabla 8



En la Tabla y figura 8, Se analiza el indicador técnico quirúrgica asociada a complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal.

En cuanto a la técnica quirúrgica de los pacientes con obstrucción intestinal de los 113 pacientes, se consideraron en los reportes operatorios un combinación de 2 o más técnicas quirúrgicas en una misma cirugía, la mayor cantidad tuvo la técnica de Resección + anastomosis, sigmoidectomía representada por 42 pacientes (37.2 %), seguido por la técnica de liberación de bridas y adherencias siendo 23 pacientes (20.4%), seguido por la técnica resección + anastomosis siendo 15 pacientes (13.3%), seguido por 9 pacientes (8.0%) con técnica de Resección + anastomosis, liberación de bridas y adherencias; y Sigmoidectomía, Colostomía respectivamente, seguido por la técnica de Liberación de bridas y adherencias, ileostomía con 8 pacientes (7.1%), seguido por la técnica de Resección + anastomosis, ileostomía con 5 pacientes (4.4%), seguido por la técnica de resección + anastomosis, colostomía con 2 pacientes (1.8%) y 1 paciente (0.9%) que tuvo Liberación de bridas y adherencias, Ileostomía, Colostomía y resección + anastomosis, Sigmoidectomía, liberación de bridas y adherencias respectivamente.

Describiendo los hallazgos operatorios en los pacientes que si presentaron complicaciones postoperatorias se puede observar una que la mayoría de pacientes tuvo la técnica de Resección + anastomosis, sigmoidectomía representada por 36 pacientes (31.9 %), seguido por la técnica de liberación de bridas y adherencias siendo 16 pacientes (14.2%), seguido por la técnica resección + anastomosis, Liberación de bridas y adherencias, ileostomía, resección + anastomosis, liberación de bridas y adherencias, Sigmoidectomía, Colostomía, siendo cada una respectivamente con 8 pacientes (7.1%), seguido por la técnica



de Resección + anastomosis, ileostomía con 5 pacientes (4.4%), seguido por la técnica de resección + anastomosis, colostomía con 2 pacientes (1.8%) y 1 paciente (0.9%) que tuvo Liberación de bridas y adherencias, Ileostomía, Colostomía y resección + anastomosis, Sigmoidectomía, liberación de bridas y adherencias respectivamente.

En cuanto a los pacientes que no presentaron ninguna complicación se puede observar una que la mayoría de pacientes fue intervenido con la técnica de resección + anastomosis siendo 7 pacientes (6.2%), seguido por resección + anastomosis, sigmoidectomía siendo 6 pacientes (5.3%), seguido por 5 pacientes (4.4%) que tuvieron Liberación de bridas y adherencias y finalmente 1 paciente (0.9%) que presentaron resección + anastomosis, liberación de bridas y adherencias, y Sigmoidectomía, Colostomía respectivamente.

Se procede a hacer la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado. Se encontraron los siguientes resultados:  $X^2_{cal}=13.707 < X^2_{tab}=16,919$ ,  $P=0.133 > 0.05$ ,  $Gl=9$ , razón por la cual se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula, que indica que las técnicas quirúrgicas no están estadísticamente asociadas a las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

Discusión: Comparando con los antecedentes internacionales, con Sosa A. se difiere ya que en su estudio la técnica quirúrgica que más se asoció a las complicaciones fue la sigmoidectomía más anastomosis primaria. A nivel nacional, comparado con los resultados de Chorres F. se concuerda ya que en su estudio la técnica quirúrgica más asociada a complicaciones es la resección intestinal + anastomosis. en cuanto a Valdivieso J. se concuerda con su estudio la técnica



quirúrgica más usada fue la resección intestinal + anastomosis en un 23%. A nivel local, Laura M. se difiere ya que en su estudio la técnica más asociada a complicaciones fue la colostomía tipo Hartman en un 62.1% seguida por la resección + anastomosis en un 43.9%, Huamán C. se concuerda ya que en su estudio la técnica quirúrgica más asociada a complicaciones fue la resección + anastomosis y finalmente con Panty J. se difiere ya que en su estudio la técnica más asociada a complicaciones fue la laparotomía con técnica Hartman I.



**TABLA 9. USO DE DREN ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Uso de Dren	Pacientes con complicaciones		Paciente sin complicaciones		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
<b>No</b>	14	12.4	8	7.1	22	19.5
<b>Si</b>	79	69.9	12	10.6	91	80.5
<b>TOTAL</b>	93	82.3	20	17.7	113	100.0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=6.553$

$X^2_{tab} = 3.842$

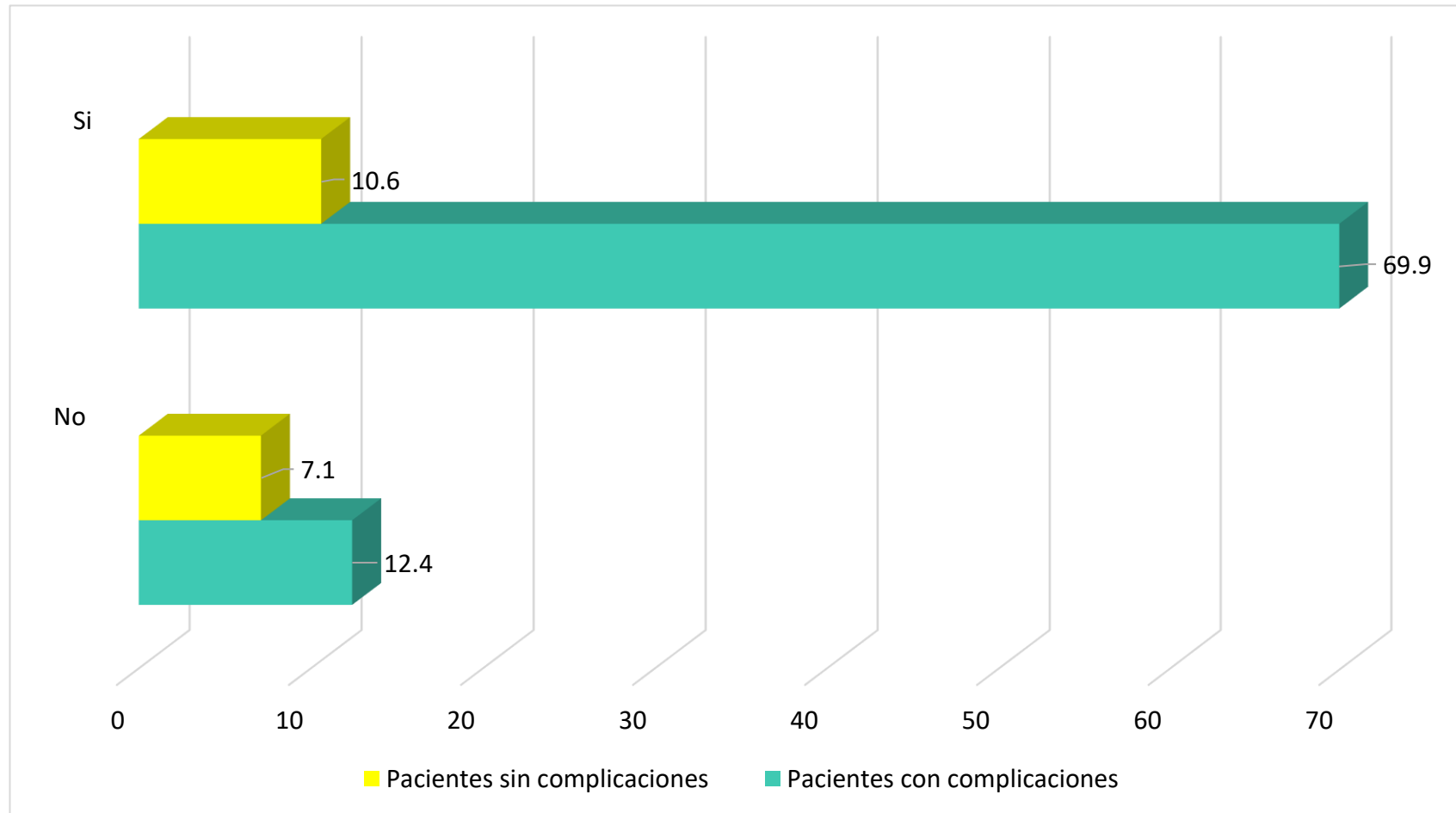
$P=0.011$

GI=1

ES SIGNIFICATIVA



**FIGURA 9. USO DE DREN ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**



Fuente: Tabla 9



En la Tabla y figura 09, Se analiza el indicador uso de dren asociado a complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal.

En cuanto al uso de dren de los pacientes con obstrucción intestinal de los 113 pacientes, se observó que la gran mayoría siendo 91 pacientes (80.5%) su uso un dren después de la cirugía y 22 pacientes (19.5%) no uso un dren después de la cirugía.

Describiendo el uso de dren en los pacientes que si presentaron complicaciones postoperatorias se puede observar una que la mayoría de pacientes uso un dren después de su cirugía siendo 79 pacientes (69.9%) y en el caso de los pacientes que no usaron dren fueron 14 (12.4%).

En cuanto a los pacientes que no presentaron ninguna complicación se puede observar una que la mayoría de pacientes si uso dren tras la cirugía siendo 12 pacientes (10.6%) y 8 pacientes (7.1%) no uso dren.

Se procede a hacer la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado. Se encontraron los siguientes resultados:  $X^2_{cal}=6.553 > X^2_{tab}=3.842$ ,  $P=0.011 < 0.05$ ,  $Gf=1$ , razón por la cual se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna, que indica que el uso de dren esta estadísticamente asociado a las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.

Discusión: Comparando con los antecedentes nacionales, con los resultados de Gonzales F. se concuerda ya que el usar un dren contribuyo a la formación de complicaciones. En cuanto a los antecedentes a nivel local, Laura M. se concuerda



ya que en el la mayoría de pacientes con complicaciones uso un dren, Huamán C. se concuerda ya que en su estudio la mayoría de paciente que sufrieron de complicaciones se dejó un dren abdominal, Chipana W. se concuerda que el uso de drenaje postquirúrgico estuvo relacionado con complicaciones postoperatorias.



**TABLA 10. TIEMPO OPERATORIO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Tiempo Operatorio	Pacientes con complicación		Pacientes sin complicaciones		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
> 4 horas	8	7.1	0	0.0	8	7.1
1 a 2 horas	36	31.9	16	14.2	52	46.0
3 a 4 horas	49	43.4	4	3.5	53	46.9
<b>TOTAL</b>	93	82.3	20	17.7	113	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=11.569$

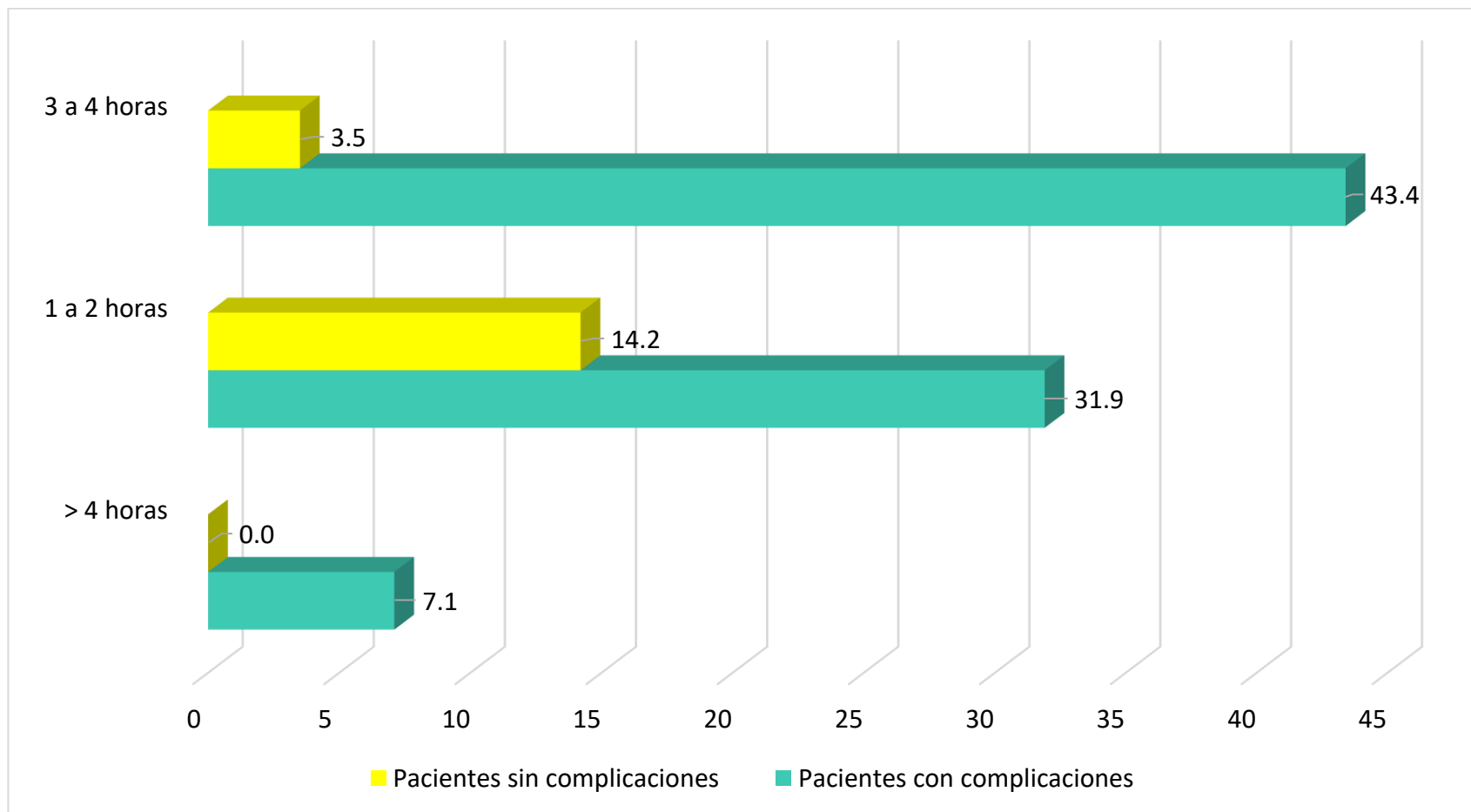
$X^2_{tab} = 5.992$

$P=0.003$

$GI=2$

ES SIGNIFICATIVA

**FIGURA 10. TIEMPO OPERATORIO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**



Fuente: Tabla 10



En la Tabla y figura 10, Se analiza el tiempo operatorio asociado a complicaciones postoperatorias en pacientes con obstrucción intestinal.

En cuanto al tiempo operatorio de los pacientes con obstrucción intestinal de los 113 pacientes la mayor cantidad tuvo un tiempo operatorio de 3 a 4 horas representada por 53 pacientes (46.9 %), seguido por un tiempo operatorio de 1 a 2 horas en 52 pacientes (46.0%) y un tiempo operatorio >4 horas en 8 pacientes (7.1%).

Describiendo los hallazgos operatorios en los pacientes que si presentaron complicaciones postoperatorias se puede observar una que la mayoría de pacientes tuvo un tiempo operatorio de 3 a 4 horas en 49 pacientes (43.4%), seguido por un tiempo operatorio de 1 a 2 horas en 36 pacientes (31.9%) y finalmente 8 pacientes (7.1%) que su tiempo operatorio fue > 4 horas.

En cuanto a los pacientes que no presentaron ninguna complicación se puede observar una que la mayoría de pacientes tuvieron un tiempo operatorio de 1 a 2 horas en 16 pacientes (14.2%) y 4 pacientes (3.5%) con un tiempo operatorio de 3 a 4 horas.

Se procede a hacer la contrastación de la hipótesis se aplicó la prueba estadística chi cuadrado. Se encontraron los siguientes resultados:  $X^2_{cal}=11.569 > X^2_{tab}=5,992$ ,  $P=0.003 < 0.05$ ,  $Gf=2$ , razón por la cual se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna, que indica que el tiempo operatorio esta estadísticamente asociado a las complicaciones en pacientes con obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023.



Discusión: Comparando con los antecedentes nacionales, comparado con los resultados de Chorres S. se ya que en su estudio indica que la mayoría de pacientes sin complicación tuvieron un tiempo operatorio de 60 a 90 min, Gonzales F. se concuerda ya que un tiempo operatorio de aproximadamente 4 horas contribuye a las complicaciones postoperatorias. En cuanto a los antecedentes a nivel local, Laura M. se difiere ya que en su estudio el tiempo operatorio asociado a complicaciones fue de 103 minutos, Huamán C. se difiere ya que en su estudio el tiempo operatorio fue de  $115.6 \pm 47.8$  minutos y con Panty J. se difiere ya que en su estudio el tiempo operatorio fue de 1 a 2 horas.

Y para responder al tercer objetivo específico "Describir las complicaciones postoperatorias más frecuentes en pacientes postoperados de obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023" se realizó una tabla de frecuencia de las complicaciones más frecuentes en los pacientes, pero varios pacientes presentaron más de una complicación por lo tanto se presentarán en total 240 complicaciones en total, divididas en el siguiente gráfico.

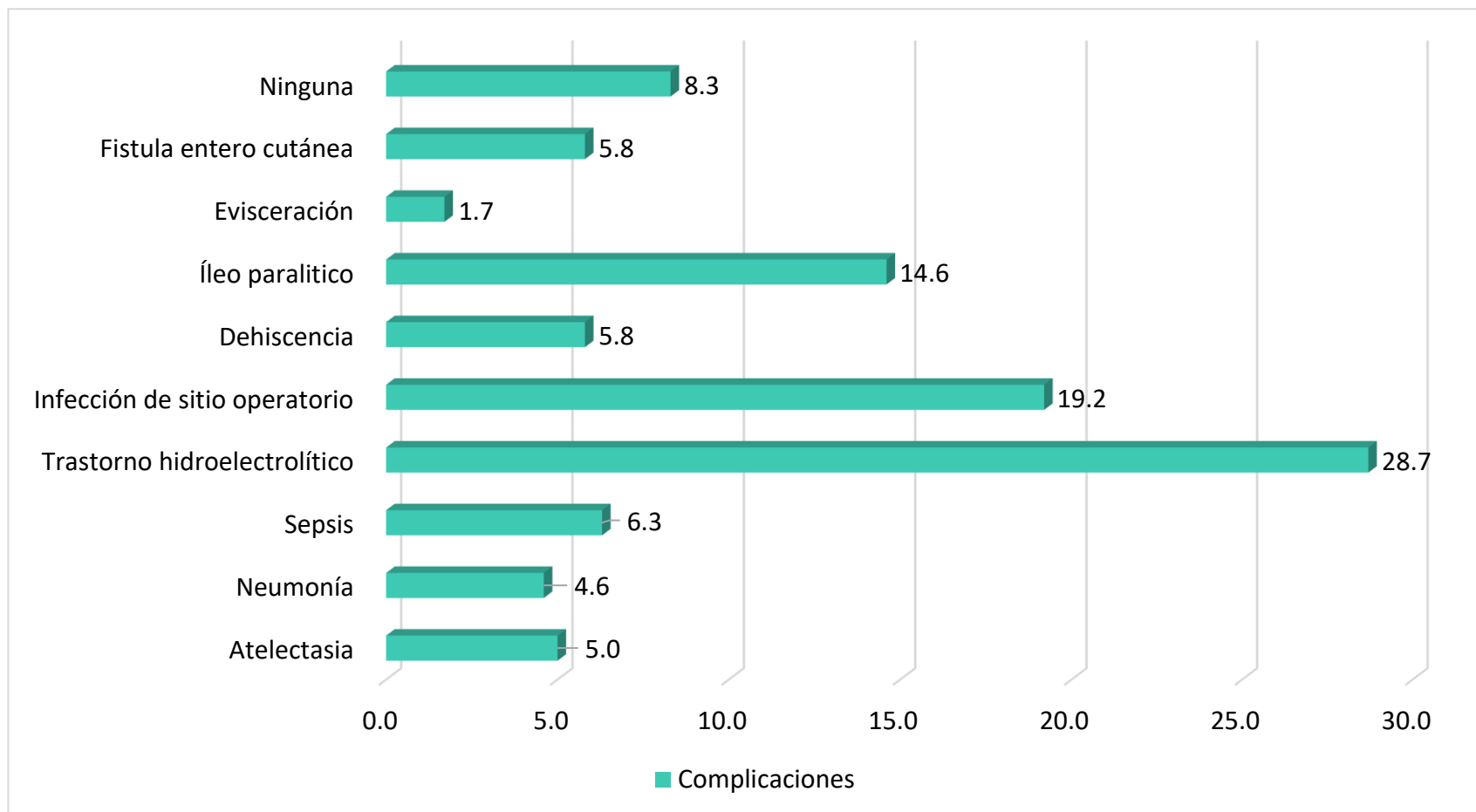


**TABLA 11. FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023**

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Atelectasia	12	5.0
Neumonía	11	4.6
Sepsis	15	6.3
Trastorno hidroelectrolítico	69	28.7
Infección de sitio operatorio	46	19.2
Dehiscencia	14	5.8
Íleo paralítico	35	14.6
Evisceración	4	1.7
Fistula entero cutánea	14	5.8
Ninguna	20	8.3
<b>Total</b>	<b>240</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

**FIGURA 11. FRECUENCIA DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023**



Fuente: Tabla 11



Analizándolas individualmente se puede observar que las complicaciones que más frecuentemente se dio fue el trastorno hidroelectrónico que se presentó 69 veces (28.7%), seguido por la infección de sitio operatorio que se presentó 46 veces (19.2%), seguido por el íleo paralítico que se presentó 35 veces (14.6%), seguido por 20 pacientes (8.3%) en los que no se presentó ninguna complicación, seguido por la sepsis que se presentó 15 veces (6.3%), seguido por la dehiscencia y la fístula entero cutánea que se presentaron 14 veces (5.8%) respectivamente, seguida por la atelectasia que se presentó 12 veces (5.0%), seguido por la neumonía que se presentó 11 veces (4.6%) y finalmente la evisceración que se presentó 4 veces (1.7%), toda esta información está representada en la tabla y figura 11 .

Discusión: Comparando los resultados de esta investigación con los antecedentes internacionales primero con Sosa A. donde los resultados concuerdan ya que en su estudio la infección de sitio operatorio abarca uno de los primeros en frecuencia, en cuanto a Horta L. se difiere ya que en su estudio la complicación más frecuente fue la bronconeumonía. En cuanto a los antecedentes a nivel local, con el estudio realizado por Laura M. se concuerda ya que menciona en su estudio que el trastorno hidroelectrolítico es la complicación más frecuente y finalmente se concuerda con Huamán C. ya que en su investigación resalta que la complicación más frecuente fueron los trastornos hidroelectrolíticos y el íleo paralítico.

## 4.2. Conclusiones

**PRIMERA:** Se determinaron las características de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023, un instrumento de recolección de datos y el uso de la prueba estadística chi cuadrado se logró determinar las variables e indicadores planteado a lo largo de la investigación cuales guardan relación estadística con las complicaciones postoperatorias, en cuanto a la hipótesis se acepta parcialmente ya que no todos los indicadores planteados están asociados..

**SEGUNDA:** Se identificaron las características clínicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023, siendo dentro de los planteados el tiempo de enfermedad donde se evidencia que la mayoría de pacientes (37.2%) tenía un tiempo de enfermedad de más de 5 días ( $p=0.080$ ), las comorbilidades donde las más predominante fue la ausencia de comorbilidades en 83 pacientes (73.5%) seguida por la hipertensión arterial en 8 pacientes (7.1%) ( $p=0.646$ ), los antecedentes quirúrgicos siendo 65 pacientes (42.5%) tuvo antecedentes quirúrgicos ( $p=0.805$ ), causa de obstrucción donde la mayor causa fue vólvulo intestinal en 56 pacientes (49.6%) ( $p=0.012$ ), el tiempo de hospitalización donde se evidencio que gran parte de los pacientes estuvieron hospitalizados más de 10 días siendo 52 (46.0%) ( $p=0.000$ ), en cuanto a la hipótesis planteada se acepta parcialmente

ya que de lo expuesto se evidencia finalmente que la causa de obstrucción y el tiempo de hospitalización son los 2 indicadores que tuvieron relación estadísticamente significativa con la complicación en postoperatoria, mientras que el tiempo de enfermedad, las comorbilidades y los antecedentes quirúrgicos no están asociados.

**TERCERA:** Se verificaron las características quirúrgicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023, se identificó el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación en su mayoría fue de más de 12 horas en 74 pacientes (65.5%) ( $p=0.031$ ), en los hallazgos operatorios en 40 pacientes (35.4%) se evidencio peritonitis siendo la más frecuente ( $p=0.469$ ), en cuanto a la técnica quirúrgica en 42 pacientes (37.2%) se usó la resección + anastomosis + sigmoidectomía ( $p=0.133$ ), en el uso de dren se evidencia que 91 pacientes (80.5%) se dejó un dren tras la cirugía ( $p=0.011$ ), en cuanto al tiempo operatorio en 53 pacientes (46.9%) tuvo un tiempo de entre 3 a 4 horas ( $p=0.003$ ), se acepta parcialmente la hipótesis planteada ya que el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación, el uso de dren y el tiempo operatorio están estadísticamente asociados a las complicaciones postoperatorias, mientras que los hallazgos operatorios y la técnica quirúrgica no.

**CUARTA:** Se describieron las complicaciones postoperatorias más frecuentes en pacientes postoperados de obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023, se determinó que en primer



lugar en frecuencia se encuentran los trastornos hidroelectrolíticos que se presentaron en 69 pacientes (28.7%), seguido por infección de sitio operatorio que se presentó en 46 pacientes (19.2%), el íleo paralítico que se presentó en 35 pacientes (14.6%), sepsis con 15 pacientes (6.3%), fistula entero cutánea y dehiscencia con 14 pacientes (5.8%) respectivamente, atelectasia con 12 pacientes (5.0%) , neumonía con 11 pacientes (4.6%) y finalmente evisceración con 4 pacientes (1.7%) por lo tanto se acepta parcialmente la hipótesis planteada.



## 4.3. Recomendaciones

**PRIMERA:** Al director del Hospital Carlos Monge Medrano, coordinar programas educativos dirigidos a médicos cirujanos, internos de medicina, dando a conocer las características de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca para poder disminuir la cantidad de complicaciones postoperatorias.

**SEGUNDA:** Al jefe del departamento de cirugía hacer exposiciones sobre las características clínicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias, teniendo énfasis en el tiempo de hospitalización ya que un menor tiempo está relacionado con menos complicaciones, al personal médico de primer nivel de atención coordinar una referencia oportuna para determinar la causa de obstrucción intestinal y abordar el tratamiento quirúrgico lo antes posible de esa manera disminuir las complicaciones postoperatorias.

**TERCERA:** Al jefe del servicio de cirugía, hacer exposiciones sobre las características quirúrgicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias, ya que se identificó que el uso de dren está asociado a complicaciones, prever la permanencia de un cirujano general de turno ya que el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación debe ser el menor posible, del mismo modo que el tiempo operatorio sea menor para disminuir las complicaciones postoperatorias.



**CUARTA:** Al jefe de residentes del servicio de cirugía realizar estudios de cohorte sobre las complicaciones postoperatorias más frecuentes en pacientes postoperados de obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano, ya que complicaciones como la infección de sitio operatorio es prevenible con una buena antibiótico profilaxis y curaciones de herida interdiarias, los trastornos hidroelectrolíticos detectados de manera oportuna mediante AGAs y con ello también poder prevenir el íleo paralítico con una adecuada corrección del equilibrio hidroelectrolítico antes de la intervención.



## 4.4. Referencias bibliográficas

1. Corral De La Calle D, Ángel A, Ibarra-Hernández D, Moreno-Puertas D, Álvaro E, Águeda-Del Bas D, y Villanueva Delgado D. Obstrucción de intestino delgado en el adulto por bridas y adherencias. Todo lo que el radiólogo puede aportar 2021. Seram, 1(1). Recuperado a partir de <https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/4057>
2. Valdivia-Gomez, G. G., Tena Betancourt, E., & de Alva Coria, P. M. (2019). Adherencias Adbomianales Postoperatorios: Patogenesis y Técnicas Actuales de Prevención. Cirugia Cirujanos, 698-703.
3. Najah H, Trésallet C. Cirugía de las oclusiones agudas del intestino delgado en el adulto. EMC - Téc Quir - Apar Dig [Internet]. 2019;35(4):1–22. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1282912919429851>
4. boletín epidemiologico MINSa 2023
5. Brito-Rojas, I. C.; Neil Valentín Vega-Peña, N. V. V.-P. Obstrucción Intestinal Por Adherencias: Un Lienzo En Blanco En El Que El Cirujano Elige Los Colores. Rev Colomb Cir 2023, 38, 154-165.
6. Castilla Romero RJ de J, Cuesta Sarmiento JV, Gallego Ramírez OM, Armijos Guevara JS. Diagnóstico y Valoración para el Manejo Quirúrgico en Pacientes con Oclusión Intestinal. Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional. 2022;7(5 (MAYO 2022)):61.
7. Sosa-Torres A, López-Martínez B, Pérez-Linares K, Arteaga-Ramírez K. Características clínico-quirúrgicas de pacientes con vólvulo del sigmoides en el Hospital Joaquín Albarrán, durante el año 2019. Universidad Médica Pinareña [revista en Internet]. 2022 [citado 28 Junio 2024]; 18(3):e887. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/887>



8. Gumán-Valdivia-Gómez G, Tena-Betancourt E, Martínez de Alva-Coria P, Gumán-Valdivia-Gómez G, Tena-Betancourt E, Martínez de Alva-Coria P. Adherencias abdominales postoperatorias: patogénesis y técnicas actuales de prevención. *Cirugía y cirujanos*. diciembre de 2019;87(6):698-703.
9. Martínez LEH, Durán RB, Sorá-Rodríguez M, González-Yero MC. Caracterización de pacientes operados por obstrucción intestinal mecánica. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 15 de noviembre de 2023;52(4):023010138.
10. Chorres Morales S. Obstrucción intestinal en pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa Piura, 2019. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2019 [citado 28 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40358>
11. Caruajulca Arana Cl. "Factores de riesgo asociados a vólvulo de sigmoides en pacientes mayores de 40 años, revisión sistemática: enero 2016- enero 2021". Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]. 2021 [citado 28 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4179>
12. Gonzales Martínez FV. Factores de riesgo asociados a la obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes tratados en el Hospital Santa María del Socorro 2019-2021. 24 de octubre de 2022 [citado 28 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4193>
13. Valdivieso X. Principales causas de obstrucción intestinal operadas en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati en el periodo de enero - diciembre 2023 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2024.



14. Sánchez Figueroa PJ. Factores asociados a complicaciones post quirúrgicas en pacientes adultos con obstrucción intestinal mecánica en el Centro Medico Naval durante enero 2013 a enero 2018. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2019 [citado 13 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1843>
15. Condori Trujillo JR. Manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal por bridas y adherencias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca 2019 - 2023. 1 de julio de 2024 [citado 28 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/22324>
16. Laura Cahuapaza MM. Características clínico quirúrgicas y complicaciones postoperatorias del vólvulo de sigmoides. Hospital Manuel Núñez Butrón 2019. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57822>
17. Huamán Asqui CA. Características clínico quirúrgicas y complicaciones posoperatorias de la obstrucción intestinal hospital Carlos Monge Medrano 2019. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57867>
18. Panty Quispe JA. Factores asociados a vólvulo del sigmoides en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Manuel Núñez Butron de Puno en el periodo de junio 2018 a julio 2019. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 15 de septiembre de 2020 [citado 28 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/13852>
19. Chipana Valdivia W. Características sociodemográficas, clínicas, quirúrgicas y factores asociados a complicaciones postoperatorias del vólvulo de sigmoides



- en el Hospital San Martín de Porres de Macusani en el año 2021. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 21 de noviembre de 2022 [citado 13 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/19171>
20. Yangua Sandoval B. Lesión intestinal en el manejo laparoscópico vs abierto de la obstrucción intestinal adherencial en el Hospital Metropolitano de la Ciudad de Quito 2019. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17530/TESIS%20OBSTRUCCION%20INTESTINAL%20ADHERENCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
21. Valdivia-Gomez, G. G., Tena Betancourt, E., & de Alva Coria, P. M. (2019). Adherencias Abdominales Postoperatorios: Patogenesis y Técnicas Actuales de Prevención. *Cirugía Cirujanos*, 698-703
22. Pham AK, McClave SA. Nutritional management. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 11th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021: chap 6.
23. Ibrobo AA, Bastidas BE, Yasno LM, Vargas AL, Merchan-Galvis AM. Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020; 35:447-54. <https://doi.org/10.22516/25007440.517>
24. Tong JWV, Lingam P, Shelat VG. Adhesive small bowel obstruction - an update. *Acute Medicine & Surgery*. 2020;7:e587. <https://doi.org/10.1002/ams2.587>
25. Zmary K, Spain DA. Small bowel obstruction: the sun also rises? *J Gastrointest Surg*. 2020; 24:1922-8. <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04351-5>



26. Grijalva-Cifuentes A. Síndrome Adherencial: Complicaciones. Revista RECIMUNDO Saberes del Conocimiento, 2020; VOL. 4 N° 4. DOI: 10.26820/recimundo/4. (4). octubre.2020.362-370
27. Oldani A, Gentile V, Magaton C, Calabrò M, Maroso F, Ravizzini L, et al. Emergency surgery for bowel obstruction in extremely aged patients. *Minerva Chir* [Internet]. febrero de 2020 [citado 28 de junio de 2024];75(1). Disponible en: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R06Y2020N01A0011>
28. Sabiston, and Courtney M. Townsend. Tratado de Cirugía: Fundamentos Biológicos de La Práctica Quirúrgica Moderna. Elsevier, 2022.
29. Souza-Gallardo LM, Martínez-Ordaz JL. Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2017 [citado 27 de junio de 2024];55(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=457749297020>
30. Fu W jie, Xiao X, Gao Y han, Hu S, Yang Q. Analysis of risk factors for recurrence and prognosis of adhesive small bowel obstruction. *Asian J Surg*. septiembre de 2023;46(9):3491-5.
31. Charlo Molina MT, Sánchez Valderrábanos E, Goicochea Valdivia WA, Neth O. Profilaxis antibiótica perioperatoria. *Protoc diagn ter pediatr*. 2021; 1:501-17.
32. Thornblade LW, Verdial FC, Bartek MA, Flum DR, Davidson GH. The safety of expectant management for adhesive small bowel obstruction: A systematic review. *J Gastrointest Surg*. 2019; 23:846-59. <https://doi.org/10.1007/s11605-018-4017-1>
33. Brunicardi FC. Schwartz, Principios de cirugía. México, D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2020



# ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACION	METODOLOGÍA
<p><b>PG.-</b> ¿Cuáles son las características de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023?</p>	<p><b>OG.</b> - Determinar las características de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023</p>	<p><b>HG.-</b> Las características de la obstrucción intestinal están asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023</p>	<p><b>Variable 1.</b> Características de la Obstrucción intestinal</p>	1.1. Clínicas	1.2.1. Tiempo de Enfermedad	a) < 24 horas b) 24 a 48 horas c) 48 a 72 horas d) 72 horas a 5 días e) > 5 días	DISEÑO DE INVESTIGACION: No experimental
					1.1.2 Comorbilidad	a) Ninguna b) Hipertensión arterial c) Diabetes Mellitus d) Insuficiencia renal e) Cardiopatías f) Neoplasias g) Obesidad h) Otros	TIPO DE INVESTIGACION: Básica, nivel correlacional, corte transversal, enfoque científico cuantitativo.
					1.1.3. Antecedentes Quirúrgicos	a) Si b) No	METODO: Hipotético deductivo
					1.1.4. Causa de la Obstrucción	a) Vólvulo intestinal b) Bridas y adherencias c) Hernias d) Tumores e) Bezoar f) Otros	POBLACION Y MUESTRA.  Población: La población elegida para el estudio quedará conformada
					1.1.5. Tiempo de Hospitalización	a) < 3 días b) 3 a 7 días c) 7 a 10 días d) > 10 días	157 por pacientes postoperados de obstrucción intestinal
<p><b>PE1.-</b> ¿Cuáles son las características clínicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?</p> <p><b>PE2.-</b> ¿Cuáles son las características quirúrgicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en</p>	<p><b>OE1.-</b> Identificar las características clínicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.</p> <p><b>OE2.-</b> Verificar las características quirúrgicas de la obstrucción intestinal asociadas a las complicaciones</p>	<p><b>HE1.-</b> Las características clínicas de la obstrucción intestinal está asociadas a las complicaciones postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca</p> <p><b>HE2.-</b> Las características quirúrgicas de la obstrucción intestinal están asociadas a las complicaciones</p>		1.2. Quirúrgicos	1.2.1. Tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la operación	a) < 2 horas b) 2 a 4 horas c) 5 a 7 horas d) 8 a 12 horas e) > 12 horas	Muestra: Mediante el uso de la fórmula para



<p>pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?</p> <p><b>PE3.-</b> ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en pacientes postoperatorios de obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?</p>	<p>postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca</p> <p><b>OE3.-</b> Describir las complicaciones más frecuentes en pacientes postoperatorios de obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca</p>	<p>postoperatorias en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca</p> <p><b>HE3.-</b> Las complicaciones más frecuentes fueron las atelectasias, infección de sitio operatorio e íleo paralítico en pacientes postoperatorios de obstrucción intestinal del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca</p>			<p>1.2.2. Hallazgos Operatorios</p> <p>a) Isquemia b) Necrosis c) Perforación d) Peritonitis e) Dilatación de asas f) Líquido libre g) Rotación del vólvulo</p>	<p>calcular el tamaño de una muestra de una población finita, con un 95% de confianza y un 5% de margen de error, se obtiene una muestra de 113 pacientes</p> <p>AMBITO DE LA INVESTIGACION: El estudio se desarrollará en el Hospital Carlos Monge Medrano, ubicada en el departamento de Puno, Provincia de San Román y ciudad de Juliaca, durante los meses de enero a diciembre del año 2023</p> <p>TECNICAS E INSTRUMENTOS</p> <p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p>
				<p>1.2.3. Técnica Quirúrgica</p> <p>a) Resección + anastomosis b) Liberación de bridas y adherencias c) Colostomía d) Ileostomía e) Yeyunostomía f) Sigmoidectomía g) Herniorrafia h) Hernioplastia</p>		
				<p>1.2.4. Uso de dren</p> <p>a) Si b) No</p>		
				<p>1.2.5. Tiempo Operatorio</p> <p>a) 1 a 2 horas b) 3 a 4 horas c) &gt; 4 horas</p>		
		<p><b>Variable 2.</b> Complicaciones Postoperatorias</p>	<p>2.1. Complicaciones</p>	<p>2.1.1. Presencia de Complicaciones</p> <p>a) Paciente sin complicaciones b) Paciente con complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelectasia</li> <li>- Neumonía</li> <li>- Sepsis</li> <li>- Trastorno hidroelectrolítico</li> <li>- Infección de sitio operatorio</li> <li>- Dehiscencia</li> <li>- Íleo paralítico</li> <li>- Evisceración</li> <li>- Evisceración</li> <li>- Fístula entero cutánea</li> </ul>		



### ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS

Nº	TIEMPO DE ENFERMEDAD	ANTECEDENTES QUIRURGICOS	COMORBILIDAD	CAUSA DE LA OBSTRUCCION	TIEMPO DE HOSPITALIZACION	TIEMPO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL INICIO DE LA OPERACION	HALLAZGOS OPERATORIOS	TÉCNICA QUIRÚRGICA	TIEMPO OPERATORIO	USO DE DREN	COMPLICACIONES POSTOPERATORIA
1	48 a 72 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 dias	8 a 12 horas	Necrosis, dilatacion de asas, liquido libre, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Infeccion de sito operatorio
2	<24 horas	Si	Obesidad	Bridas y adherencias	>10 dias	>12 horas	Isquemia, necrosis, dilatacion de asas	Reseccion + anastomosis, liberacion de bridas y adherencias	> 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio
3	>5 dias	Si	Ninguna	Hemias	3 a 7 dias	>12 horas	Isquemia, dilatacion de asas	Liberacion de bridas y adherencias, Hemiooplastia	1 a 2 horas	No	Ninguna
4	>5 dias	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	8 a 12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio
5	24 a 48 horas	No	Ninguna	Intususcepcion	7 a 10 dias	2 a 4 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	Reseccion + anastomosis	1 a 2 horas	Si	Neumonia
6	48 a 72 horas	No	Ninguna	Hemias	>10 dias	8 a 12 horas	Necrosis, perforacion, liquido libre	Reseccion + anastomosis, hemiooplastia	1 a 2 horas	Si	Neumonia, sepsis, trastomo hidroelectrolitico, fistula enterocutanea
7	72 horas a 5 dias	No	Artritis reumatoide	Volvulo intestinal	3 a 7 dias	5 a 7 horas	Rotacion del volvulo, liquido libre	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, paralitico
8	> 5 dias	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	7 a 10 dias	>12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	Liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio
9	> 5 dias	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	7 a 10 dias	> 12 horas	Dilatacion de asas	Liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, paralitico
10	48 a 72 horas	No	Ninguna	Bezoar	3 a 7 dias	>12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	Reseccion + anastomosis	1 a 2 horas	Si	Ileo paralitico
11	48 a 72 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	>10 dias	> 12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia, liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio
12	> 5 dias	Si	Retraso mental	Bridas v adherencias	7 a 10 dias	> 12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	Reseccion + anastomosis, liberacion de bridas v	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico
13	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 dias	> 12 horas	Rotacion del volvulo, peritonitis	Reseccion + anastomosis, sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio
14	24 a 48 horas	No	Asma	Volvulo intestinal	3 a 7 dias	8 a 12 horas	Rotacion del volvulo, Liquido libre, Isquemia	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Ileo paralitico
15	48 a 72 horas	No	Ninguna	Hemias	>10 dias	8 a 12 horas	Necrosis, perforacion, peritonitis, dilatacion de asas	Reseccion + anastomosis, hemiorrafia	3 a 4 horas	Si	Atelectasia, trastomo hidroelectrolitico
16	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	3 a 7 dias	2 a 4 horas	Rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Ninguna
17	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	3 a 7 dias	8 a 12 horas	Reseccion de asas, liquido libre, dilatacion de asas	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Ileo paralitico
18	24 a 48 horas	No	Hipertension arterial	Hemias	3 a 7 dias	5 a 7 horas	Necrosis, dilatacion de asas, liquido libre	Reseccion + anastomosis, Hemiooplastia	1 a 2 horas	Si	Ninguna
19	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	3 a 7 dias	8 a 12 horas	Rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Ninguna
20	48 a 72 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 dias	> 12 horas	Rotacion del volvulo, peritonitis, dilatacion de asas	Reseccion + anastomosis, sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Atelectasia, infeccion de sito operatorio
21	> 5 dias	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 dias	8 a 12 horas	Rotacion del volvulo, liquido libre	Reseccion + anastomosis, sigmoidectomia	3 a 4 horas	No	Trastomo hidroelectrolitico, Ileo paralitico
22	> 5 dias	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	>10 dias	>12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	Liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	No	Atelectasia, trastomo hidroelectrolitico
23	> 5 dias	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 dias	> 12 horas	Peritonitis, dilatacion de asas, rotacion del volvulo	Sigmoidectomia, Colostomia	1 a 2 horas	Si	Atelectasia, Trastomo hidroelectrolitico
24	> 5 dias	No	Ninguna	Hemia	3 a 7 dias	> 12 horas	Isquemia	Hemiooplastia	1 a 2 horas	No	Ninguna
25	72 horas a 5 dias	Si	Ninguna	Volvulo intestinal	>10 dias	>12 horas	Rotacion del volvulo, peritonitis	Reseccion + anastomosis, sigmoidectomia	>4 horas	Si	Infeccion de sito operatorio
26	> 5 dias	Si	Ninguna	Volvulo intestinal	>10 dias	>12 horas	Dilatacion de asas	Reseccion + anastomosis, ileostomia	>4 horas	Si	Infeccion de sito operatorio, trastomo hidroelectrolitico, Ileo paralitico
27	72 horas a 5 dias	Si	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	8 a 12 horas	Isquemia, necrosis, dilatacion de asas	Reseccion + anastomosis, colostomia	3 a 4 horas	No	Trastomo hidroelectrolitico, Ileo paralitico
28	72 horas a 5 dias	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	>12 horas	Rotacion del volvulo, liquido libre	Reseccion + anastomosis, sigmoidectomia	1 a 2 horas	No	Infeccion de sito operatorio
29	24 a 48 horas	Si	Ninguna	Hemias	>10 dias	>12 horas	Isquemia, perforacion, dilatacion de asas, liquido libre	Reseccion + anastomosis, Liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Atelectasia, trastomo hidroelectrolitico
30	< 24 horas	No	Ninguna	Bridas y adherencias	7 a 10 dias	8 a 12 horas	Isquemia, Necrosis, Liquido Libre	Reseccion + anastomosis, Liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Ileo paralitico
31	48 a 72 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	8 a 12 horas	Rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Ileo paralitico
32	72 horas a 5 dias	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	>10 dias	>12 horas	Perforacion, liquido libre	Liberacion de bridas y adherencias, ileostomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, fist enterocutanea
33	24 a 48 horas	No	Hipertension arterial	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	> 12 horas	Necrosis, peritonitis, rotacion del volvulo	Sigmoidectomia, Colostomia	1 a 2 horas	Si	Atelectasia, Trastomo hidroelectrolitico
34	24 a 48 horas	No	Diabetes mellitus	Volvulo intestinal	> 10 dias	> 12 horas	Necrosis, perforacion, peritonitis	Ileostomia, omentectomia parcial	1 a 2 horas	Si	Atelectasia, Sepsis, Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, Ileo paralitico, Evisceracion, Fistula enterocutanea
35	72 horas a 5 dias	No	Ninguna	Hemias	7 a 10 dias	> 12 horas	Liquido libre, Isquemia	Liberacion de bridas y adherencias, hemiooplastia, omentectomia parcial	3 a 4 horas	Si	Infeccion de sito operatorio
36	> 5 dias	Si	Ninguna	Hemias	3 a 7 dias	> 12 horas	Dilatacion de asas	Hemiooplastia	1 a 2 horas	No	Ninguna
37	72 horas a 5 dias	Si	Lupus	Bridas y adherencias	3 a 7 dias	5 a 7 horas	Dilatacion de asas	Liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	Si	Ninguna
38	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	>12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Atelectasia, Ileo paralitico
39	48 a 72 horas	No	Trombosis	Hemias	3 a 7 dias	> 12 horas	Liquido libre	Hemiooplastia, omentectomia	1 a 2 horas	No	Ninguna
40	24 a 48 horas	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	3 a 7 dias	8 a 12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	Liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	No	Ileo paralitico
41	72 horas a 5 dias	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 dias	> 12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	Liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	No	Infeccion de sito operatorio, Ileo paralitico
42	72 horas a 5 dias	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	7 a 10 dias	> 12 horas	Perforacion, peritonitis, dilatacion de asas	Liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico
43	> 5 dias	Si	Ninguna	Hemias	3 a 7 dias	> 12 horas	Liquido libre, necrosis, isquemia	Reseccion + anastomosis, Hemiooplastia	1 a 2 horas	No	Ninguna
44	24 a 48 horas	No	Ninguna	Hemias	> 10 dias	> 12 horas	Peritonitis, dilatacion de asas	Liberacion de bridas y adherencias, hemiooplastia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Dehiscencia, Fistula enterocutanea
45	24 a 48 horas	No	Hipertension arterial	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	8 a 12 horas	Necrosis, peritonitis, rotacion del volvulo	Sigmoidectomia, Colostomia	3 a 4 horas	Si	Infeccion de sito operatorio
46	24 a 48 horas	No	Hipertension arterial	Volvulo intestinal	> 10 dias	> 12 horas	Necrosis, peritonitis, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Dehiscencia
47	24 a 48 horas	Si	Insuficiencia renal	Bridas y adherencias	> 10 dias	> 12 horas	Necrosis, Perforacion, Peritonitis	Liberacion de bridas y adherencias, ileostomia	> 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio
48	> 5 dias	No	Insuficiencia renal	Volvulo intestinal	> 10 dias	> 12 horas	Necrosis, liquido libre, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Atelectasia sepsis, trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio, Ileo paralitico
49	< 24 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	3 a 7 dias	8 a 12 horas	Peritonitis, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	No	Ninguna
50	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	8 a 12 horas	Dilatacion de asas, peritonitis, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia, liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Ninguna
51	> 5 dias	Si	Ninguna	Hemias	7 a 10 dias	> 12 horas	Isquemia, Necrosis, Perforacion, Peritonitis	Reseccion + anastomosis, Hemiooplastia	1 a 2 horas	Si	Ileo paralitico
52	24 a 48 horas	No	Hipertension arterial	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	5 a 7 horas	Rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Neumonia, Dehiscencia, Ileo paralitico



53	> 5 días	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 días	> 12 horas	Isquemia, dilatacion de asas, liquido libre, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Atelectasia, Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, Dehiscencia, Fístula enterocutanea, Ileo paralitico
54	> 5 días	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 días	> 12 horas	Necrosis, Perforacion, Peritonitis, dilatacion de asas	Liberacion de bridas y adherencias, ileostomia	3 a 4 horas	Si	Sepsis, Trastomo hidroelectrolitico, Muerte
55	> 5 días	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 días	> 12 horas	Rotacion del volvulo, dilatacion de asas	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico
56	48 a 72 horas	No	Insuficiencia renal	Volvulo intestinal	> 10 días	> 12 horas	Isquemia, necrosis, liquido libre, rotacion del volvulo	Sigmoidectomia, Colostomia	3 a 4 horas	Si	Atelectasia, Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio
57	> 5 días	No	Ninguna	Tuberculosis enteropertoneal	> 10 días	> 12 horas	Peritonitis, dilatacion de asas	Liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Sepsis, trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio, ileo paralitico, fistula enterocutanea, neumon Infeccion de sito operatorio, il paralitico
58	24 a 48 horas	Si	Obesidad	Hemias	7 a 10 días	> 12 horas	Isquemia, necrosis, liquido libre	ileostomia, hemiorrafia	1 a 2 horas	Si	Infeccion de sito operatorio, il paralitico
59	> 5 días	Si	Discapacidad visual	Volvulo intestinal	3 a 7 días	> 12 horas	Rotacion del volvulo, Liquido libre	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Ileo paralitico
60	72 horas a 5 días	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 días	> 12 horas	Necrosis, rotacion del volvulo	Sigmoidectomia, Colostomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, il paralitico
61	72 horas a 5 días	Si	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 días	> 12 horas	Perforacion, peritonitis, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	No	Atelectasia, sepsis, trastomo hidroelectrolitico, dehiscencia, infeccion de sito operatorio
62	24 a 48 horas	Si	Ninguna	Hemias	> 10 días	> 12 horas	Perforacion, peritonitis, liquido libre	Reseccion + anastomosis, hemiorrafia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio
63	> 5 días	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 días	8 a 12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	Liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Dehiscencia, Fístula enterocutanea
64	48 a 72 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 días	2 a 4 horas	Dilatacion de asas, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Sepsis, trastomo hidroelectrolitico, dehiscencia, fistula enterocuta
65	> 5 días	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 días	> 12 horas	Isquemia, Necrosis, Perforacion, Peritonitis	Liberacion de bridas y adherencias, ileostomia, Colostomia	3 a 4 horas	Si	Sepsis, trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio, fistula enterocutanea, muerte
66	< 24 horas	Si	Insuficiencia renal	Bridas y adherencias	7 a 10 días	> 12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	Reseccion + anastomosis, liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	Si	Infeccion de sito operatorio
67	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 días	> 12 horas	Isquemia, necrosis, liquido libre, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, fistula enterocutanea, dehiscencia, evisceracion
68	24 a 48 horas	No	Hipertension arterial	Hemias	3 a 7 días	8 a 12 horas	Dilatacion de asas	Hemiorrafia	1 a 2 horas	No	Ninguna
69	24 a 48 horas	Si	Hipertension arterial, Diabetes mellitus	Hemias	> 10 días	> 12 horas	Dilatacion de asas delgadas, Isquemia	Liberacion de bridas y adherencias, Hemioclasia, omentectomia parcial	3 a 4 horas	No	Infeccion de sito operatorio
70	48 a 72 horas	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 días	> 12 horas	Isquemia, necrosis, dilatacion de asas	Reseccion + anastomosis, liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, fistula enterocutanea, dehiscencia, evisceracion
71	> 5 días	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 días	> 12 horas	Necrosis, Perforacion, Peritonitis, dilatacion de asas	Liberacion de bridas y adherencias, ileostomia	> 4 horas	Si	Neumonia, sepsis, Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio, fistula enterocutanea, muerte
72	< 24 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 días	8 a 12 horas	Rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, il paralitico
73	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	3 a 7 días	5 a 7 horas	Isquemia, peritonitis, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Ninguna
74	48 a 72 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 días	8 a 12 horas	Isquemia, dilatacion de asas, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico
75	> 5 días	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 días	> 12 horas	Isquemia, peritonitis, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, hipoalbuminemia
76	> 5 días	Si	Neoplasias	Tumor	> 10 días	> 12 horas	Isquemia, dilatacion de asas, liquido libre	Colostomia	1 a 2 horas	No	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio
77	> 5 días	Si	Neoplasias	Tumor	> 10 días	> 12 horas	Isquemia, Necrosis, Perforacion, Peritonitis	Reseccion + anastomosis, ileostomia	3 a 4 horas	Si	Sepsis, trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio, Neumonia, Dehiscencia, Muerte
78	48 a 72 horas	Si	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 días	> 12 horas	Rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico
79	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 días	> 12 horas	Isquemia, necrosis, peritonitis, rotacion del volvulo	Sigmoidectomia, Colostomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, hipoalbuminemia
80	24 a 48 horas	No	Parkinson	Volvulo intestinal	3 a 7 días	> 12 horas	Rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Ileo paralitico
81	72 horas a 5 días	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	7 a 10 días	8 a 12 horas	Isquemia, necrosis, dilatacion de asas, liquido libre	Liberacion de bridas y adherencias, ileostomia	3 a 4 horas	No	Trastomo hidroelectrolitico
82	> 5 días	No	Neoplasias	Tumor	> 10 días	> 12 horas	Isquemia, necrosis, peritonitis	Reseccion + anastomosis	> 4 horas	No	Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, il paralitico
83	> 5 días	No	Ninguna	Hemias	3 a 7 días	> 12 horas	Isquemia, dilatacion de asas	Hemioclasia, omentectomia parcial	1 a 2 horas	No	Ninguna
84	24 a 48 horas	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	3 a 7 días	> 12 horas	Isquemia, dilatacion de asas, liquido libre	Liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	Si	Ninguna
85	72 horas a 5 días	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 días	5 a 7 horas	Isquemia, peritonitis, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Infeccion de sito operatorio
86	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	3 a 7 días	2 a 4 horas	Rotacion del volvulo, liquido libre	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Ninguna
87	> 5 días	No	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 días	> 12 horas	Necrosis, peritonitis	Liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Sepsis, Trastomo hidroelectrolitico
88	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	3 a 7 días	5 a 7 horas	Isquemia, necrosis, perforacion, peritonitis, rotacion del volvulo	Sigmoidectomia, Colostomia	3 a 4 horas	Si	Ninguna
89	> 5 días	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 días	> 12 horas	Peritonitis, dilatacion de asas	Liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Neumonia, trastomo hidroelectrolitico, ileo paralitico
90	48 a 72 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 días	5 a 7 horas	Isquemia, necrosis, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico
91	< 24 horas	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 días	> 12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	Liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio, il paralitico
92	48 a 72 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 días	> 12 horas	Isquemia, necrosis, perforacion, peritonitis, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio
93	> 5 días	Si	Ninguna	Hemias	3 a 7 días	8 a 12 horas	Liberacion de bridas y adherencias, hemioclasia	Liberacion de bridas y adherencias, hemiorrafia	3 a 4 horas	Si	Ninguna
94	> 5 días	No	Hipertension arterial	Volvulo intestinal	> 10 días	> 12 horas	Isquemia, necrosis, peritonitis, rotacion del volvulo	Sigmoidectomia, Colostomia	1 a 2 horas	No	Sepsis, Trastomo hidroelectrolitico
95	24 a 48 horas	Si	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 días	> 12 horas	Isquemia, necrosis, peritonitis, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio
96	24 a 48 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 días	5 a 7 horas	Liquido libre, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Ileo paralitico
97	> 5 días	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 días	8 a 12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre, rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Sepsis, Trastomo hidroelectrolitico
98	> 5 días	Si	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 días	8 a 12 horas	Rotacion del volvulo	Reseccion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico



99	24 a 48 horas	Si	Ninguna	Volvulo intestinal	3 a 7 dias	> 12 horas	Rotacion del volvulo	Resecion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Ninguna
100	>5 dias	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	3 a 7 dias	>12 horas	Peritonis, dilatacion de asas	Liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Ninguna
101	>5 dias	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	>10 dias	>12 horas	Isquemia, Necrosis, Perforacion, Peritonis	Liberacion de bridas y adherencias, ileostomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio, ileo paralitico
102	24 a 48 horas	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 dias	> 12 horas	Isquemia, Necrosis, Perforacion, Peritonis	Liberacion de bridas y adherencias, ileostomia	3 a 4 horas	No	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio, ileo paralitico
103	48 a 72 horas	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	8 a 12 horas	Liquido libre, rotacion del volvulo	Resecion + anastomosis, Sigmoidectomia	1 a 2 horas	Si	Ileo paralitico
104	48 a 72 horas	No	Ninguna	Intusucepcion	7 a 10 dias	8 a 12 horas	Liquido libre, necrosis, isquemia	Resecion + anastomosis	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico
105	24 a 48 horas	Si	Ninguna	Bridas y adherencias	7 a 10 dias	> 12 horas	Isquemia, dilatacion de asas, liquido libre	Liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	Si	Neumonia, ileo paralitico
106	> 5 dias	Si	Insuficiencia renal	Bridas y adherencias	> 10 dias	> 12 horas	Isquemia, Necrosis, Perforacion, Peritonis	Liberacion de bridas y adherencias, omentectomia parcial	> 4 horas	Si	Sepsis, Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, Dehiscencia, Fistula enterocutanea
107	> 5 dias	No	Ninguna	Volvulo intestinal	> 10 dias	8 a 12 horas	Isquemia, Necrosis, Perforacion, Peritonis	Resecion + anastomosis, Sigmoidectomia, omentectomia parcial	> 4 horas	Si	Neumonia, Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, Dehiscencia
108	48 a 72 horas	No	Diabetes mellitus	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	> 12 horas	Necrosis, peritonis, rotacion del volvulo	Sigmoidectomia, Colostomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio
109	> 5 dias	Si	Hipertension arterial, Diabetes mellitus	Bridas y adherencias	> 10 dias	> 12 horas	Isquemia, Dilatacion de asas	Resecion + anastomosis, liberacion de bridas y adherencias	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, Ileo paralitico, evisceracion, fistula enterocutanea
110	> 5 dias	Si	Hipertension arterial, Diabetes mellitus	Bridas y adherencias	> 10 dias	> 12 horas	Dilatacion de asas, Peritonis	liberacion de bridas y adherencias, ileostomia	1 a 2 horas	Si	Neumonia, Sepsis, Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, Dehiscencia
111	> 5 dias	No	Ninguna	Bridas y adherencias	> 10 dias	> 12 horas	Isquemia, necrosis, perforacion, peritonis, dilatacion de asas	Resecion + anatomosis, Liberacion de bridas y adherencias	1 a 2 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico, infeccion de sito operatorio, ileo paralitico
112	> 5 dias	No	Neoplasias	Tumor	> 10 dias	> 12 horas	Dilatacion de asas, liquido libre	ileostomia	3 a 4 horas	No	Neumonia, Trastomo hidroelectrolitico, Infeccion de sito operatorio, Dehiscencia, Evisceracion
113	> 5 dias	No	Ninguna	Volvulo intestinal	7 a 10 dias	> 12 horas	Isquemia, rotacion del volvulo	Resecion + anastomosis, Sigmoidectomia	3 a 4 horas	Si	Trastomo hidroelectrolitico



**ANEXO 3: INSTRUMENTO**

Nº Ficha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS CLINICAS	
TIEMPO DE ENFERMEDAD	ANTECEDENTES QUIRUGICOS
- < 24 horas ( )	- Si ( )
- 24 a 48 horas ( )	- No ( )
- 48 a 72 horas ( )	
- 72 horas a 5 días ( )	
- > 5 días ( )	
COMORBILIDAD	
- Ninguna ( )	
- Hipertensión arterial ( )	
- Diabetes Mellitus ( )	
- Insuficiencia renal ( )	
- Cardiopatías ( )	
- Neoplasias ( )	
- Obesidad ( )	
- Otros..... ( )	
CAUSA DE LA OBSTRUCCIÓN	TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN
- Vólvulo intestinal ( )	- < 3 días ( )
- Bridas y adherencias ( )	- 3 a 7 días ( )
- Hernias ( )	- 7 a 10 días ( )
- Tumores ( )	- > 10 días ( )
- Bezoar ( )	
- Otros ..... ( )	

CARACTERISTICAS QUIRURGICAS	
TIEMPO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL INICIO DE LA OPERACIÓN	HALLAZGOS OPERATORIOS
- < 2 horas ( )	- Isquemia ( )
- 2 a 4 horas ( )	- Necrosis ( )
- 5 a 7 horas ( )	- Perforación ( )
- 8 a 12 horas ( )	- Peritonitis ( )
- > 12 horas ( )	- Dilatación de asas ( )
	- Líquido libre ( )
	- Rotación del vólvulo ( )



TÉCNICA QUIRÚRGICA	
- Resección + anastomosis	( )
- Liberación de bridas y adherencias	( )
- Colostomía	( )
- Ileostomía	( )
- Yeyunostomía	( )
- Sigmoidectomía	( )
- Herniorrafía	( )
- Hernioplastia	( )
TIEMPO OPERATORIO	USO DE DREN
- 1 a 2 horas ( )	- Si ( )
- 3 a 4 horas ( )	- No ( )
- > 4 horas ( )	

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	
- Ninguna	( )
- Atelectasia	( )
- Neumonía	( )
- Sepsis	( )
- Trastorno hidroelectrolítico	( )
- Infección de sitio operatorio	( )
- Dehiscencia	( )
- Íleo paralítico	( )
- Eventración	( )
- Evisceración	( )
- Fistula entero cutánea	( )
- Otros .....	( )



ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

NOMBRE DEL REVISOR... *Dr. Henry Rolf Zela Campos*

ESPECIALIDAD... *Cirugía General*

CMP... *48482* FECHA DE REVISIÓN... *10-07-24*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	<i>1</i>
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	<i>1</i>
La estructura del instrumento es el adecuado	<i>1</i>
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	<i>1</i>
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	<i>1</i>
Los ítems son claros y entendibles	<i>1</i>
El número de ítems es adecuado para su aplicación	<i>1</i>
*se deben eliminar algunos ítems	
<b>TOTAL</b>	<i>7</i>

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)

*Dr. HENRY ROLF ZELA CAMPOS*  
 MEDICO CIRUJANO  
 ESP CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA  
 ESP MEDICINA LEGAL  
 CMP 48482 RNE 48575 RNE 38082



JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

NOMBRE DEL REVISOR... *Dr. Rolando Percy Zela Campos*

ESPECIALIDAD... *Cirugía General*

CMP... *33620* FECHA DE REVISIÓN... *10-07-24*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	1
La estructura del instrumento es el adecuado	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
*se deben eliminar algunos ítems	
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)

*[Signature]*  
 Rolando Percy Zela Campos  
 MÉDICO CIRUJANO  
 ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL Y  
 LAPAROSCOPIA  
 CMP 33620 RNE 25155



JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

NOMBRE DEL REVISOR *Dr. Felix Eduardo Poma Cachicatari*

ESPECIALIDAD *Cirugía General*

CMP *63003* FECHA DE REVISION *10-07-24*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	1
La estructura del instrumento es el adecuado	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
*se deben eliminar algunos ítems	
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)

FELIX EDUARDO POMA CACHICATARI  
CIRUJANO GENERAL  
CMP. 63003 RNE 36541



**ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO**

*"Año Del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas batallas de Junín y Ayacucho"*

**SOLICITO:** AUTORIZACION PARA DESARROLLAR MI PROYECTO DE INVESTIGACION EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

DR: JOSE MAMANI VILCA

DIRECTOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA

15077



Yo **KATERIN SHIOMARA SANCA HUANCAPAZA** Bachiller en Medicina Humana de la "Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, identificada con DNI N° **75580744**, con domicilio en Jr. Lampa N° 820 Barrio Santa Cruz, ante Ud. Me presento y expongo lo siguiente:

Que con el motivo de realizar el Proyecto de Tesis cuyo Título es **"CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023"** -. Recorro a su respetable despacho solicitando se me brinde autorización para realizar el Proyecto de Investigación.

Por lo expuesto

Ruego a usted acceder a mi solicitud

Juliaca 11 de Julio del 2024

**KATERIN SHIOMARA SANCA HUANCAPAZA**

**DNI N°: 75580744**

**N° CEL: 920996937**



"Año del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia y de la  
Commemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 15 de Julio de 2024

**CARTA No 013 -2024 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR.**

**Señora:**

**ING. ECO. QUISPE OBLITAS, MARTINA**  
**JEFA DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - HCMM-RED-S-**  
**SAN ROMÁN-PUNO**

**PRESENTE.-**

**ASUNTO** : PRESENTA A BACHILLER EN MEDICINA HUMANA  
PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

**SOLICITANTE:** Srta. **SANCA HUANCAPAZA, KATERIN SHIOMARA**

**REGISTRO N° 15077 - 2024**

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente y presentarle de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca, Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de Ciencias de la Salud, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado: **"CARACTERÍSTICAS DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ASOCIADAS A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023 "** ; quien recabará datos y solicito le brinden las facilidades correspondientes.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINIÓN FAVORABLE**, para la recolección de datos dentro de la Institución a partir de la fecha ; al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la Biblioteca del Hospital.

Atentamente

  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO  
*Miriam Paredes Machicado*  
Dra. **Miriam Paredes Machicado**  
JEFATURA UADI CAPACITACIÓN  
MÉDICO OFTALMOLOGA  
C.M.P. 36597 - R.N.E. 30355

MPM/vyf  
C.c. Interesada  
Cc. Archivo

MINISTERIO DE SALUD  
RED SALUD SAN ROMÁN - HCMM  
19 JUL 2024  
Firma: *[Firma]* Cargo: (1)  
UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 13-12-2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Katerin Shiomara Sanca Huancapaza

Dirección: Jirón Lampa n° 818

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 75580744

Teléfono: 920 996937 email: Kat. shiomara@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional o Mención: Medicina Humana

Título o Grado Académico a optar: Médico Cirujano

Asesor: Mgtr. Santiago Cristóbal Quispe Pari

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: Características de la Obstrucción Intestinal Asociadas a las Complicaciones Postoperatorias en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): Obstrucción Intestinal, Complicaciones, Características.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup>?

1

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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

13-12-2024

Fecha