



**INFORME DEL PROYECTO DE INVESTIGACION
PARA TITULACION DE GRADO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO**

**OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS EN
PACIENTES CON CIRUGÍA ABDOMINAL**

AUTOR(ES)

**CEDEÑO MACIAS NAHOMI JULIETTE
GARCIA VERA NOHELIA MAGDALENA**

TUTOR

DR. MANUEL NAVAS

MANTA - MANABI - ECUADOR

2024

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, **CERTIFICO:**

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **GARCIA VERA NOHELIA MAGDALENA**, legalmente matriculado/a en la carrera de MEDICINA, período académico 2024-2025 (1), cumpliendo el total de 405 horas, cuyo tema del proyecto es "Obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 30 de julio 2024

Lo certifico,



Dr. Manuel Alejandro Navas Ortega
Docente Tutor
Área: Cirugía General

	NOMBRE DEL DOCUMENTO:	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	CERTIFICADO DE TUTOR(A).	
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de ciencias de la salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, **CERTIFICO:**

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante **CEDEÑO MACIAS NAHOMI JULIETTE**, legalmente matriculado/a en la carrera de medicina, período académico 2024-2025(1), cumpliendo el total de 405 horas, cuyo tema del proyecto es "Obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 30 de julio de 2024.

Lo certifico,



Dr. Manuel Alejandro Navas Ortega
Docente Tutor
Área: Cirugía General

Informe final trabajo titulación 2024-1 CEDEÑO MACIAS NAHOMI -GARCIA VERA NOHELIA



Nombre del documento: Informe final trabajo titulación 2024-1
CEDEÑO MACIAS NAHOMI -GARCIA VERA NOHELIA.docx
ID del documento: 7ae09a1a83c24b8d059978e4e0ec727844ec82
Tamaño del documento original: 1,04 MB

Depositante: MANUEL NAVAS ORTEGA
Fecha de depósito: 14/7/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 14/7/2024

Número de palabras: 10.785
Número de caracteres: 74.486

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.upsjb.edu.pe 4 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (94 palabras)
2	www.academia.edu (PDF) Epidemiological Profile of Intestinal Obstructions in Ko... https://www.academia.edu/96664502/Epidemiological_Profile_of_Intestinal_Obstructions_in_Koutiala...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (83 palabras)
3	dspace.unach.edu.ec http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/11343/1/Bonilla Bermeeo, G (2023) Actividad biológica ...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (82 palabras)
4	dx.doi.org Etiología de la oclusión intestinal en pacientes operados en el servicio... http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1819 5 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (60 palabras)
5	repositorio.unica.edu.pe https://repositorio.unica.edu.pe/bitstream/20.500.13028/4317/1/Factores asociados a obstrucción i...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (65 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.scirp.org Small Bowel Obstruction: Epidemiological, Clinical and Therapeuti... https://www.scirp.org/journal/doi.aspx?doi=10.4236/ss.2021.126021	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (40 palabras)
2	dialnet.unirioja.es Criterio clínico y complicaciones quirúrgicas en abdomen agu... https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383997	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (22 palabras)
3	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14957/3/T-UCSG-PRE-MED-962.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (18 palabras)
4	repositori.upf.edu The role of the laparoscopic approach in the surgical manage... https://repositori.upf.edu/handle/10230/42864	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (17 palabras)
5	www.scirp.org Epidemiological Profile of Intestinal Obstructions in Koutiala, Mali... https://www.scirp.org/journal/doi.aspx?doi=10.4236/ss.2020.116015	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (13 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas)

Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

- 1 https://doi
- 2 https://doi
- 3 https://doi
- 4 http://dx.doi

DECLARACION DE AUTORIA

Yo, CEDEÑO MACIAS NAHOMI JULIETTE Y GARCÍA VERA NOHELIA MAGDALENA, autoras del trabajo titulado " OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS EN PACIENTES CON CIRUGÍA ABDOMINAL", declaramos que el contenido de este trabajo es original y de nuestra autoría.

El presente trabajo ha sido elaborado basado en conocimiento, investigación y análisis de la literatura existente sobre el tema. Se ha citado correctamente todas las fuentes y referencias utilizadas en el desarrollo de este estudio, respetando los derechos de autor y la propiedad intelectual de terceros.

No ha sido presentado ni publicado previamente en ninguna otra institución educativa, revista científica o medio de divulgación, y que no ha sido sometido a consideración para su publicación en otro lugar mientras esté siendo evaluado en la presente instancia.

Consciente de las implicaciones éticas y legales de la falsificación de la autoría y el plagio, asumiendo la plena responsabilidad por la veracidad y autenticidad del contenido presentado en este trabajo.



CEDEÑO MACIAS NAHOMI JULIETTE

C.I: 1317176996



GARCÍA VERA NOHELIA MAGDALENA

C.I: 1312156464

DEDICATORIA

Yo, Nahomi Juliette Cedeño Macias, agradezco a Dios por ser mi fuente de fortaleza y entendimiento cada día. Dedicada con mucho amor y cariño a mi familia y amigos, en especial a mis queridos padres, Javier y Lucia, por ser mi pilar fundamental en el transcurso de mi carrera, brindándome apoyo e impulsándome a seguir adelante, sin rendirme ante las adversidades que se presentaban a lo largo de este camino. A mis hermanos, quienes me motivan a superarme y a darles ese ejemplo a seguir siendo la hermana mayor. Dedicada al cielo, a mis abuelos, son mi guía y protección de vida.

Gracias a mi tutor de tesis quien con su enseñanza y paciencia brindó cada una de las herramientas para culminar este proyecto.

Yo, Nohelia Magdalena García Vera, quiero agradecer a Dios por haberme guiado hasta este punto de mi carrera. A mis padres, Sonia y Alvaro, por haberme formado con buenos hábitos y valores, y haber sido perseverantes junto a mí. Con mucho amor para mi querida Malita, al ser mi fuente de inspiración y sabiduría. A mis pequeños hermanos, que sepan que los sueños se trabajan. Dedicada también a los que ya no me acompañan, pero viven en mí. Agradezco a mi tutor por ser guía en la realización de este proyecto.

RESUMEN

El manejo de las complicaciones postoperatorias que causan obstrucción intestinal plantea un desafío importante en la práctica clínica, dada su alta incidencia y naturaleza compleja. Por lo cual, el objetivo de la revisión analizar factores de riesgo en el abdomen obstructivo adherencial, al comparar la prevalencia de lesión intestinal según aspectos demográficos, y complicaciones perioperatorias. La metodología utilizada en este estudio implicó una exploración meticulosa y sistemática de bases de datos científicas acreditadas para identificar investigaciones pertinentes, que luego fueron sometidas a un examen exhaustivo. Los hallazgos indican que existe una mayor incidencia de la afección en hombres y personas mayores, que presentan síntomas distintos como dolor abdominal intenso, vómitos persistentes e hinchazón abdominal. Las técnicas de diagnóstico implican principalmente el uso de ultrasonido y tomografía computarizada, mientras que las opciones de tratamiento van desde medidas conservadoras hasta procedimientos quirúrgicos como la adhesiolisis laparoscópica. Los resultados de este estudio sientan una base sólida para mejorar el manejo clínico al subrayar la importancia de protocolos de diagnóstico precisos y enfoques terapéuticos personalizados, que en última instancia conducen a mejores resultados y una mejor calidad de vida para los pacientes afectados.

Palabras clave: obstrucción intestinal, adherencias postoperatorias, manifestaciones clínicas, tratamiento, revisión sistemática.

ABSTRACT

The management of postoperative complications causing bowel obstruction poses an important challenge in clinical practice, given their high incidence and complex nature. Therefore, the aim of the review is to comprehensively analyze the postoperative acute obstructive abdomen due to postoperative flanges, according to demographic aspects, clinical manifestations, diagnostic methods and treatment. The methodology used in this study involved a meticulous and systematic exploration of accredited scientific databases to identify relevant research, which was then subjected to an exhaustive review. The findings indicate that there is a higher incidence of the condition in men and older people, who present with distinct symptoms such as severe abdominal pain, persistent vomiting and abdominal bloating. Diagnostic techniques mainly involve the use of ultrasound and computed tomography, while treatment options range from conservative measures to surgical procedures such as laparoscopic adhesiolysis. The results of this study lay a solid foundation for improving clinical management by underlining the importance of accurate diagnostic protocols and personalized therapeutic approaches, ultimately leading to better outcomes and improved quality of life for affected patients.

Key words: intestinal obstruction, postoperative adhesions, clinical manifestations, treatment, systematic review.

ABREVIATURAS

AAO: Abdomen Agudo Obstructivo

ASA: American Society of Anesthesiologists (Sociedad Americana de Anestesiólogos)

CoCoPop: Condition, Context e Population (Condición, Contexto y Población)

EPSBO: Early Postoperative Small Bowel Obstruction (Obstrucción del Intestino Delgado en el Postoperatorio Temprano).

OI: Obstrucción Intestinal

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Elementos Preferidos para Informes de Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis)

SBO: Small Bowel Obstruction (Obstrucción del Intestino Delgado).

TC: Tomografías Computarizadas

US: Ultrasonografía (Ecografía).

INDICE DEL CONTENIDO

CERTIFICADO DE TUTOR (PAT-04-F-004).....	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICADO ANTIPLAGIO URKUND	3
DECLARACION DE AUTORIA	5
DEDICATORIA	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
ABREVIATURAS	9
INDICE DEL CONTENIDO	10
INDICE DE TABLAS	12
Título del Proyecto	13
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS EN PACIENTES CON CIRUGÍA ABDOMINAL	13
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.....	13
1.1. Planteamiento del Problema	13
1.2. JUSTIFICACION	14
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	16
1.3.1. Objetivo General.....	16
1.3.2. Objetivos Específicos	16
CAPITULO 2: FUNDAMENTACION TEORICA	17
2.1. Antecedentes	17
2.2. Bases teóricas	19
CAPITULO 3: METODOLOGIA.....	23
3.1. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	23
3.2. UNIVERSO DE ESTUDIO Y MUESTRA	23
3.3. ASPECTOS ÉTICOS	24

3.4. PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS	25
CAPITULO 4 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	26
4.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS .	26
4.1.1. Resultados del Objetivo Específico 1: Caracterizar la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias según edad y sexo	26
4.1.2. Resultados del Objetivo Específico 2: Determinar las manifestaciones clínicas de obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias	29
4.1.3. Resultados del Objetivo Específico 3: Identificar los métodos diagnósticos de obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal presentados por la literatura científica.	31
4.1.4. Resultados del Objetivo Específico 4: Describir los tratamientos utilizados en la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias....	34
CAPITULO 5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	37
CAPITULO 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
6.1. Conclusiones	42
6.2. Recomendaciones	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Obstrucción intestinal postoperatorias según edad y sexo	26
Tabla 2 Conjunto de manifestaciones clínicas de obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias	29
Tabla 3 Métodos diagnósticos de obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal	32
Tabla 4 Conjunto de tratamientos utilizados en la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias	34

Título del Proyecto

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ADHERENCIAS EN PACIENTES CON CIRUGÍA ABDOMINAL

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Cuando hay una interrupción en el movimiento del contenido intestinal, se produce una afección conocida como síndrome de abdomen agudo obstructivo (AAO). A lo largo del tracto gastrointestinal puede manifestar una interrupción, ya sea en cualquier lugar de este y los síntomas que experimenten los pacientes dependerán del sitio donde se presente la obstrucción (Idrobo et al., 2020). En los casos en que la obstrucción no es total ni continua, se denomina pseudoobstrucción intestinal (García et al., 2020).

La obstrucción intestinal puede manifestarse parcial o completa, con o sin estrangulamiento de los intestinos (Idrobo et al., 2020). Es fundamental reconocer y tratar rápidamente las obstrucciones con estrangulamiento, ya que se consideran emergencias quirúrgicas. De lo contrario, se puede comprometer el flujo sanguíneo a los intestinos, lo que provocará isquemia intestinal y un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Entre las distintas series se ha observado que los pacientes con abdomen obstructivo adherencial suponen el 20% de los ingresos, presentando un 40% de ellos obstrucciones acompañadas de estrangulamiento (Garibay et al., 2019).

La causa principal de OI son las adherencias postoperatorias resultantes de cirugías abdominales previas, que representan entre el 60 y el 80% de los casos (Sakari et al., 2020). La incidencia del síndrome de AAO ha aumentado en paralelo con el creciente número de laparotomías en los países en desarrollo. Sin embargo, actualmente es imposible predecir cuándo se formarán o qué pacientes se verán afectados (Coronel et al., 2022). Además, no existen criterios objetivos para determinar qué pacientes responderán al tratamiento conservador (Idrobo et al., 2020).

Ahora bien, predecir el comportamiento clínico de la OI causada por adherencias postoperatorias es una tarea desafiante que genera incertidumbre en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Según Mora y Daly, (2020) las implicaciones de este problema siguen sin respuesta, ya que no existe consenso sobre cómo diagnosticar y tratar la OI resultante de adherencias posoperatorias. Esta falta de acuerdo se debe a la importante variabilidad clínica observada incluso entre pacientes que se han sometido a procedimientos quirúrgicos similares.

Es preciso establecer que en esta revisión además de analizar los resultados de diferentes estudios presentados en la literatura científica para abordar la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias en la historia clínica de un paciente, fue crucial recopilar los datos de una paciente con historia de cirugías abdominales previas y presencia de enfermedad inflamatoria intestinal. Sus síntomas principales son: dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas y vómitos y ausencia de movimientos intestinales. Además, es relevante acotar que se cuenta con acceso a la su historia clínica, análisis de laboratorio, el tratamiento recibiendo.

Por último, en base a los fundamentos descritos con anterioridad, la pregunta de investigación se enfoca en lo siguiente: ¿Cuáles son los métodos más efectivos para diagnosticar, prevenir y tratar la obstrucción intestinal causada por adherencias posoperatorias, es decir en pacientes que han sido sometidos previamente a cirugías abdominales, con el fin de mejorar el manejo clínico y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas con esta complicación posoperatoria común?

1.2. JUSTIFICACION

La obstrucción intestinal causada por adherencias en personas sometidas a cirugía abdominal es un tema de gran importancia en el campo médico, que requiere atención inmediata y la implementación de una estrategia eficiente. La razón detrás de esta urgencia surge de la aparición generalizada de esta complicación común después de la cirugía, que afecta a un número sustancial de pacientes en todo el mundo y afecta significativamente su bienestar general y su calidad de vida.

Se tiene, por lo tanto, un particular interés en desarrollar este tema debido a su importancia clínica y la falta de acuerdo sobre el método óptimo para diagnosticar, prevenir y tratar la obstrucción intestinal postoperatoria inducida por adherencias.

En términos de teoría y práctica, esta investigación tiene la capacidad de producir sugerencias clínicas confiables y fundamentadas que puedan mejorar el manejo de las obstrucciones intestinales causadas por adherencias postoperatorias en personas sometidas a cirugía abdominal. A través de la identificación de estrategias óptimas y áreas de ambigüedad en el tratamiento de la obstrucción por adherencias postoperatorias, este estudio tiene la finalidad de cerrar un vacío de información crítica en la literatura médica y establecer una base firme para una mayor exploración en este campo particular de investigación.

El valor único y la naturaleza innovadora de este estudio se pueden atribuir a su metodología integral y meticulosa al examinar el cuerpo de literatura actual y consolidar los hallazgos existentes sobre este tema. Por otro lado, los resultados de esta investigación tendrán un impacto positivo directo tanto en la comunidad médica como en los pacientes, ofreciendo conocimientos valiosos y sugerencias prácticas para mejorar la atención y los resultados clínicos de las personas que padecen AAO causada por adherencias.

Además, las posibles implicaciones de este estudio se extienden más allá de la atención individual del paciente, ya que tiene el potencial de aliviar la carga de la enfermedad y reducir los costos de atención médica asociados con el manejo de esta complicación posoperatoria.

Es preciso establecer que la ejecución exitosa de este estudio depende de la presencia de recursos institucionales y la cooperación de profesionales de la salud con experiencia especializados en cirugía abdominal y gastroenterología. Además, la accesibilidad a la literatura científica relevante y la disponibilidad de herramientas de investigación adecuadas garantizan la practicidad y la excelencia de esta investigación. En esencia, este esfuerzo de investigación promete reflejar conocimientos valiosos y recomendaciones prácticas que pueden mejorar el tratamiento y los resultados generales de los

pacientes que padecen obstrucción intestinal causada por adherencias postoperatorias.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo General

Analizar factores de riesgo en el abdomen obstructivo intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal, al comparar la prevalencia de lesión intestinal según aspectos demográficos, y complicaciones perioperatorias.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias según edad y sexo.
- Determinar las manifestaciones clínicas de la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias.
- Identificar los métodos diagnósticos de obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal presentados por la literatura científica.
- Describir los tratamientos utilizados en el abdomen obstructivo intestinal por adherencias postoperatorias.

CAPITULO 2: FUNDAMENTACION TEORICA

2.1. Antecedentes

Ruiz et al., (2019) tuvo como objetivo analizar la obstrucción intestinal por adherencia postquirúrgica en gestante. En el estudio se presenta el caso clínico de una gestante en el segundo trimestre, que fue tratada por una isquemia intestinal aguda por un AAO en asa cerrada a causa de una adherencia postquirúrgica. A partir de ese caso, se realiza una revisión sobre la obstrucción intestinal en mujeres embarazadas. Los resultados indican que la OI en asa cerrada generalmente es consecuencia de adherencias postquirúrgicas. Esta condición ocasiona la obstrucción del tubo digestivo en dos puntos, aumentando significativamente el riesgo de presentar un compromiso vascular. Aunque es raro en gestantes, este proceso debe considerarse como diagnóstico diferencial de dolor abdominal. La resonancia magnética nuclear es la prueba de imagen de elección. Los hallazgos radiológicos que apoyan este diagnóstico son el signo del pico, el signo de la “C” y la disposición radial que toma los vasos mesentéricos.

Idrobo et al., (2020) tuvo como objetivo describir los resultados clínicos de pacientes adultos con obstrucción intestinal secundario a adherencias postoperatorias en un hospital de tercer nivel y que recibieron manejo médico no quirúrgico al ingresar. Este estudio observacional de cohorte prospectivo, incluyó a pacientes tratados de manera conservadora por obstrucción intestinal durante el periodo 2012-2013. Los resultados mostraron el 58,9% de los casos correspondían a hombres con una edad promedio de 55,2 años, el 57,1% presentaba comorbilidades especialmente enfermedades cardiovasculares y el 91,1% tenían antecedentes quirúrgicos; siendo la mitad de ellos por procesos inflamatorios. La respuesta al tratamiento conservador fue de 80,4%; del 19,6% que requirió manejo quirúrgico, en el 81,8% de los casos el hallazgo intraoperatorio fue de obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias. Se

concluye que el manejo médico conservador debe ser considerado como el tratamiento inicial de esta entidad por su alta tasa de respuesta.

Coronado et al., (2022) presentó en su estudio el objetivo de examinar la obstrucción intestinal completa por adherencias postoperatorias. El estudio fue de tipo observacional y analítico, En sus resultados se demuestra que 20% de casos de obstrucción intestinal causados por hernia, 1% del total por hernia interna. Adherencias abdominales causadas en 93% por casos postoperatorios, el 95% de casos de bridas y adherencias se localizan en intestino delgado. Dolor tipo crisis coincide como sintomatología del caso. Con clínica compatible, radiografía simple de abdomen y TAC simple (Gold Standard).

Campano et al., (2020) en su artículo pretendió estudiar el caso de un paciente con obstrucción intestinal y hernia interna tras bypass gástrico laparoscópico. La metodología fue de tipo descriptiva y observacional. Sus resultados destacan que el síndrome obstrucción intestinal postoperatoria en la cirugía bariátrica es una complicación tardía con diversas causas como adherencias, vólvulos, estenosis o hernias internas. En laparotomía su incidencia varía entre el 1.3%-5% siendo las bridas la causa más frecuente, mientras que en laparoscopia la hernia interna (HI) es la etiología predominante. El estudio concluye que, ante la presencia de un dolor abdominal recurrente, es esencial un diagnóstico y tratamiento temprano para reducir la morbilidad en aquellos pacientes afectados. Además, el cierre sistemático de los defectos mesentéricos es primordial para prevenir el desarrollo de la HI.

Hadded et al., (2021) en su artículo, presentaron el caso de una mujer de 21 años que ingresó con síntomas de obstrucción intestinal. Se realizó laparotomía y los hallazgos mostraron una banda congénita que se extendía desde la pared antimesentérica del íleon hasta la cúpula vesical. La ligadura de la banda se realizó sin problemas después de la operación. Sus resultados dieron a conocer que las adherencias congénitas presentan una situación infrecuente. Estas bandas suelen ser difíciles de clasificar y definir. Suelen observarse en la infancia. Por lo tanto, esta situación representa un problema quirúrgico inusual en el diagnóstico clínico de pacientes ancianos inesperados. Se concluye que las adherencias postoperatorias son una causa infrecuente de

obstrucción, que presenta un diagnóstico desafiante. La laparotomía exploratoria o la laparoscopia son obligatorias.

Sajid et al., (2022) tuvo como objetivo explicar el AAO postoperatoria, se describen sus características clínicas únicas y se ofrece un enfoque diagnóstico y restaurador equilibrado. El aturo analizó los resultados de diferentes casos de estudio aplicando un enfoque analítico y descriptivo. Sus resultados destacan que las barreras intestinales postoperatorias pueden incluso aumentar el riesgo de enfermedad y mortalidad del paciente tras la cirugía abdominal, según estudios anteriores. La obstrucción intestinal postoperatoria puede clasificarse según el tiempo transcurrido desde la cirugía inicial. Está claro que la obstrucción más precoz tras la cirugía se produce en los primeros 30 días. Si un paciente es incapaz de comer, expulsar gases o vaciar el intestino en los cinco días siguientes a una laparotomía, se dice que tiene un íleo persistente o EPSBO. El obstáculo es el diagnóstico más probable si el paciente ha expulsado previamente flatos o heces y sigue haciéndolo.

2.2. Bases teóricas

Obstrucción intestinal postoperatorio

La obstrucción mecánica, también conocida como AAO, se refiere a la parada total o parcial del movimiento del contenido intestinal. El área de estrechamiento puede resultar en una obstrucción parcial o completa, y la primera permite el paso de una cantidad limitada de contenido intestinal. Los pacientes con obstrucción completa enfrentan pocas posibilidades de resolución espontánea y una alta probabilidad de desarrollar estrangulación intestinal. Por otro lado, aquellos con obstrucción parcial pueden ser manejados eficazmente mediante tratamiento médico y observación, ya que el riesgo de compromiso vascular en el asa intestinal es menor. Por lo tanto, el desafío clave en el manejo de estos pacientes radica en determinar quién está en riesgo de estrangulación del asa intestinal, para poder recomendar rápidamente una intervención quirúrgica. (Portugal , 2019)

Tipos

Hay dos tipos de obstrucción intestinal: obstrucción simple y de asa cerrada. En la obstrucción simple, la obstrucción se limita a un solo lugar y el

suministro de sangre al área afectada permanece intacto. Por otro lado, la obstrucción de asa cerrada ocurre cuando un asa del intestino se retuerce sobre sí misma, causando obstrucción en dos puntos adyacentes. Este tipo de obstrucción puede comprometer o no el flujo sanguíneo al área afectada. Las obstrucciones de asa cerrada son causadas con mayor frecuencia por hernias de la pared abdominal que quedan atrapadas, mientras que el vólvulo es una causa menos frecuente. Debido al mayor riesgo de estrangulamiento y compromiso del suministro de sangre, se recomienda un enfoque más agresivo para las obstrucciones de circuito cerrado. (Blázquez y otros, 2021)

Causas

El abdomen obstructivo intestinal puede atribuirse a una variedad de causas, que pueden clasificarse como extra lumbinales, intrínsecas o intraluminales. Entre estas causas, las adherencias abdominales son las principales culpables, representan del 60 % al 70 % de los casos y, a menudo, se desarrollan poco después de la cirugía. Las hernias externas o el desplazamiento de órganos internos y los tumores intestinales también son causas comunes. En el colon, el carcinoma es la principal causa de obstrucción, seguido del vólvulo sigmoideo, la diverticulitis y el fecaloma. (González y otros, 2020)

Signos y síntomas

Las principales indicaciones de obstrucción intestinal abarcan dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal e incapacidad para evacuar heces y gases. En los casos en que la obstrucción afecta la parte superior del intestino, la distensión es mínima y el vómito comienza tempranamente. Por el contrario, cuando se produce una obstrucción en la parte inferior del intestino delgado, hay una distensión abdominal más pronunciada, acompañada de un dolor cólico intenso y ausencia de flatos mucho antes de que comience el vómito. La obstrucción en el intestino grueso suele ir precedida de cambios en la consistencia de las heces, y el grado de distensión abdominal puede aumentar gradualmente en casos de tumores de colon o manifestarse abruptamente en casos de vólvulo. (Corral y otros, 2023).

Diagnóstico

El proceso de diagnóstico de esta afección se basa en recopilar información sobre el historial médico del paciente y realizar un examen físico exhaustivo, que incluye un tacto rectal. Para confirmar la sospecha clínica, se recomienda solicitar una radiografía simple tanto en posición supina como de pie. Este tipo de imágenes puede revelar la presencia de líquido en múltiples áreas de las vías respiratorias, distensión en el intestino delgado y ausencia de gas en el colon. Para una evaluación adicional, las tomografías computarizadas (TC) pueden proporcionar detalles adicionales sobre la gravedad de la obstrucción y su causa subyacente. Las TC también son útiles para descartar patologías no adhesivas y evaluar signos de estrangulamiento. Tienen una alta sensibilidad y especificidad de más del 90% y un valor predictivo negativo de casi el 100%. Ciertos signos en las TC, como la presencia de líquido libre, edema mesentérico, el signo de las heces del intestino delgado y devascularización, pueden indicar estrangulación. Sin embargo, es importante señalar que las TC no deben realizarse de forma rutinaria a menos que la anamnesis, el examen físico y la radiografía simple no proporcionen un diagnóstico definitivo. (Acedo y otros, 2020)

El medio de contraste soluble en agua, conocido como Gastrografin, tiene un doble propósito tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Descarta eficazmente la obstrucción completa y puede administrarse por vía oral o mediante sonda nasogástrica, en una cantidad de 50-150 ml, ya sea al ingreso o después de un tratamiento conservador fallido en un plazo de 48 horas. Cuando el contraste es visible en el colon dentro de las 24 horas posteriores a la administración, indica un pronóstico positivo para la resolución de la obstrucción. Este método se considera seguro y reduce significativamente la necesidad de intervención quirúrgica, además de acortar el tiempo de resolución y estancia hospitalaria.

Manejo

Se encuentran disponibles enfoques tanto conservadores como quirúrgicos para el tratamiento de la obstrucción intestinal. El enfoque conservador implica la reanimación utilizando líquidos intravenosos isotónicos, monitorizando la producción de orina con un catéter urinario, aliviando la presión

intestinal con una sonda nasogástrica, administrando analgésicos y amplia-antibióticos de espectro para prevenir la translocación bacteriana. En casos de obstrucción parcial del intestino delgado sin signos de estrangulación, peritonitis o vómitos persistentes, se puede realizar un tratamiento conservador durante hasta 72 horas, ya que es poco probable que se produzca estrangulación. Si el tratamiento conservador no resuelve la obstrucción después de 72 horas, se recomienda la intervención quirúrgica. (Rodríguez y otros, 2021)

Cuando hay indicios de estrangulamiento o irritación peritoneal, se hace necesaria la intervención quirúrgica. Esto es especialmente cierto cuando los tratamientos conservadores han demostrado ser ineficaces. El tratamiento quirúrgico implica realizar una laparotomía para abordar la causa subyacente de la obstrucción y restaurar la función intestinal normal. Para los casos en los que las adherencias bloquean completamente los intestinos, se recomienda un abordaje laparoscópico, dirigido específicamente al cuadrante superior izquierdo o al flanco izquierdo, es importante identificar y liberar estas obstrucciones.

Morbilidad y la mortalidad

En investigaciones anteriores se han identificado factores de riesgo que se han relacionado con la morbilidad y la mortalidad. Estos factores incluyen retraso en el tratamiento, edad avanzada, puntuación ASA alta, shock séptico, obesidad, comorbilidades, obstrucción maligna, resección intestinal y la ubicación específica de la obstrucción. La tasa de mortalidad durante el período perioperatorio por obstrucción del intestino delgado sin estrangulamiento generalmente es inferior al 5%, y la mayoría de los casos ocurren en pacientes de edad avanzada con enfermedades concurrentes importantes. Sin embargo, cuando hay estrangulamiento, las tasas de mortalidad asociadas con el procedimiento quirúrgico oscilan entre el 8% y el 25%. (Vargas , 2021)

CAPITULO 3: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio tiene un tipo de investigación descriptiva, bibliográfica, teórica, con enfoque en una revisión sistemática, buscando evidencia sobre la obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal, evaluando los métodos y datos de anamnesis, diagnóstico y las opciones de tratamiento disponibles, mediante investigación histórica permitiendo adquirir conocimientos de otros estudios para formular hipótesis, reúne y analiza pruebas importantes sobre la evolución de complicaciones y comorbilidades. La revisión sistemática fue guiada por las recomendaciones de la declaración PRISMA.

La obtención del universo y la población de estudio para la investigación en curso se llevó a cabo mediante la implementación de las estrategias de búsqueda y los criterios de inclusión y exclusión descritos y establecidos anteriormente.

- **Bases de datos:** MEDLINE (PubMed), EMBASE, Scielo, Pubmed, Redalyc y Cochrane Library.
- **Registros de ensayos clínicos:** ClinicalTrials.gov.
- **Otros recursos:** Google Scholar y listas de referencias de artículos relevantes.

Las estrategias de búsqueda incluyeron combinaciones de términos MeSH y palabras clave tales como "intestinal obstruction", "adhesive bands", "post-surgical adhesions", "diagnosis", "treatment", y "management". Se utilizaron filtros para limitar los estudios a humanos y los idiomas inglés y español. Por ejemplo, en PubMed la estrategia de búsqueda podría ser: ("intestinal obstruction"[MeSH Terms] AND "adhesive bands"[All Fields]) AND ("2019/01/01"[PDAT]: "2024/04/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang]).

3.2. UNIVERSO DE ESTUDIO Y MUESTRA

En base a las normativas CoCoPop utilizados para las revisiones sistemáticas, para ello se exponen los criterios de inclusión y exclusión que fundamentaron la elegibilidad de los documentos seleccionados para la investigación:

Los criterios de inclusión que se utilizaron en la investigación, son aquellos que cumplieron con los requisitos:

- Estudios publicados en los últimos 5 años.
- Artículos en inglés y español.
- Estudios que reporten datos sobre obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal.
- Estudios que incluyan datos originales, como ensayos controlados, cohortes, casos y controles, y estudios transversales.
- Artículos con acceso completo disponible.

Dentro de los criterios de exclusión están:

- Artículos fuera del rango de tiempo establecido.
- Estudios en poblaciones pediátricas.
- Artículos de opinión, editoriales y cartas al editor sin datos originales.
- Estudios con datos no específicos sobre obstrucciones por adherencias postoperatorias.
- Publicaciones que no estén disponibles en texto completo.

En cuanto a la síntesis de los artículos que cumplieron los criterios, se fueron implementando y acoplando según la investigación lo requiera.

3.3.ASPECTOS ÉTICOS

Los datos utilizados en este trabajo de investigación se obtuvieron de publicaciones médicas contemporáneas, lo que garantiza el cumplimiento de las pautas bioéticas globales y al mismo tiempo salvaguarda la confidencialidad de los pacientes. La información obtenida servirá para objetivos académicos y científicos, sujeta a la supervisión y aprobación del Departamento de Docencia e Investigación de la carrera de medicina de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. El objetivo final es obtener un título académico libre de posibles conflictos de intereses.

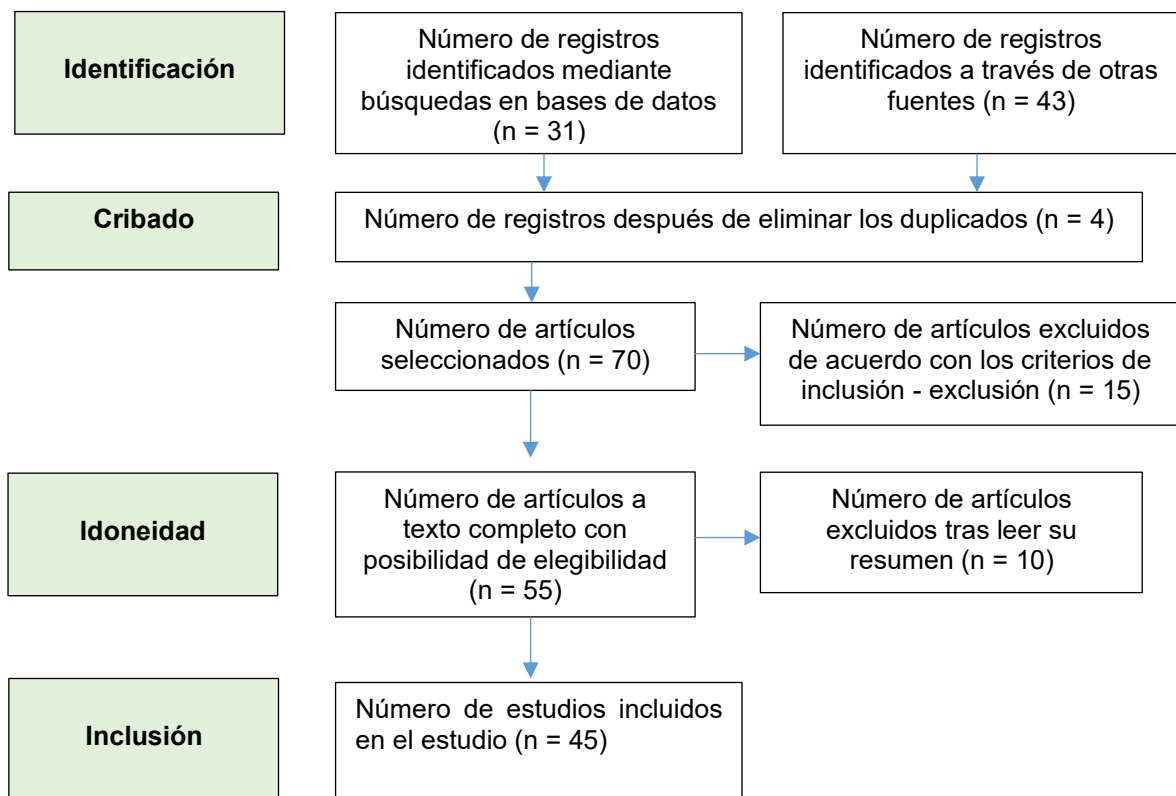
3.4. PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Durante la búsqueda se recopilamos un total de 52 estudios de 10 bases de datos diferentes. Específicamente, se recolectaron 10 estudios de Redalyc, 12 de Embase, 5 artículos de Scielo, 6 de MEDLINE, 5 de Cochrane Library, 10 de PubMed, 4 de ClinicalTrials.gov. Inicialmente fueron # duplicados los que fueron eliminados, quedando los documentos restantes. Luego, estos documentos se evaluaron según los criterios de inclusión y exclusión, lo que resultó en la eliminación de 7 estudios no elegibles.

En la Figura 1, se indica el proceso que se realizó para la selección de los artículos investigados:

Figura 1

Proceso de selección de los artículos para la revisión sistemática. Flujograma según la metodología PRISMA.



Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO 4 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Una complicación frecuente que puede ocurrir después de cirugías abdominales y que perjudica gravemente la calidad de vida de los pacientes y al mismo tiempo crea una situación clínica complicada para el personal médico es la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias. El estudio aborda diferentes ángulos de esta patología, estructurados en cuatro objetivos principales hacia una comprensión completa y profunda del problema.

4.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS

4.1.1. Resultados del Objetivo Específico 1: Caracterizar la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias según edad y sexo

Mediante el análisis de diferentes estudios se obtuvieron resultados de acuerdo a la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias según edad y sexo:

Tabla 1

obstrucción intestinal postoperatorias según edad y sexo

Autor	Año	Título	Metodología	Resultados
Idrovo y Pérez	(2022)	OI secundaria a adherencia en cirugía abdominal	Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.	Los hallazgos revelaron que la obstrucción intestinal relacionada con adherencias ocupaba el segundo lugar, representando el 17% de los casos. La población masculina constituyó el 62,3% de los pacientes, mientras que las mujeres el 37,7%. El grupo de edad más afectado fue el de personas entre 15 y 30 años.
Alonzo J	(2023)	Factores asociados a OI por bridas y adherencias en pacientes	Observacional, retrospectivo, transversal.	Se observó una ocurrencia significativa de obstrucción intestinal por

		mayores de 40 años del Hospital Santa María del Socorro 2021		adherencias en individuos de 60 años (35,90%) y de 61 años o más (64,10%). El sexo masculino (69,23%) presentó mayor prevalencia que el femenino (30,77%). Además, se encontró una ocurrencia predominante de AAO por adherencias en el sexo masculino (52,77%) y en individuos entre 60 y 64 años (26,98%).
Paredes et al.,	(2021)	Caracterización de pacientes mayores de 60 años con oclusión intestinal atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. León Cuervo Rubio"	Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.	Se encontró predominio del sexo masculino (52,77 %) y del grupo de edades entre 60 y 64 años (26,98%) con AAO por bridas
Pintos et al.,	(2022)	Etiología de la obstrucción intestinal en pacientes operados en el servicio de cirugía general del hospital regional de pilar periodo 2018-2020	Estudio observacional descriptivo, retrospectivo de corte trasverso en pacientes adultos	Al analizar las características sociodemográficas se encontró que la edad promedio de la población era de 59 años, siendo los hombres la mayoría con un 52%.
Coulibaly et al.,	(2020)	Perfil epidemiológico de las obstrucciones intestinales en Koutiala, Malí: alrededor de 65 casos	Estudio prospectivo y descriptivo	Entre el grupo etario de 16 a 59 años se observó que se presentó la mayor frecuencia. En términos de distribución por género, los hombres constituyeron la mayoría, representando el 70,8% (n = 46).

Traoré et al.,	(2021)	Small Bowel Obstruction: Epidemiological, Clinical and Therapeutic Aspects in the General Surgery Department of Hôpital Sominé DOLO de Mopti	Estudio observacional prospectivo y retrospectivo durante dos años desde 2016-2018	La distribución por edades osciló entre 6 meses y 90 años, con una edad media de 37 años. La mayoría de las personas eran hombres, lo que resultó en una proporción de sexos de 1,8.
Engbang et al.,	(2021)	Perfil epidemiológico y tratamiento de las oclusiones intestinales de origen canceroso en tres hospitales de la ciudad de Douala	Estudio analítico transversal con recopilación de datos retrospectivos durante un período de 10 años	Las personas más afectadas fueron las de 60 años y más, con una edad media de $52,9 \pm 17,8$ años. El AAO causada por bridas fue más prevalente entre los hombres.
Koné et al.,	(2022)	Fiabilidad de las imágenes médicas en la evaluación preterapéutica del AAO aguda en el Centro Hospitalario Universitario Du Poi nt "G"	Estudio prospectivo, descriptivo y analítico de 96 pacientes.	Las edades de los pacientes oscilaron entre 11 y 86 años, con una edad promedio de 36 años. La mayoría del 64,6% eran hombres, mientras que el 35,4% eran mujeres, lo que resulta en una proporción de sexos de 1,82.

Fuente: Elaborada por autora en base a diferentes resultados de estudios mencionados en la tabla citada.

Resultado de tabla 1.

Los hallazgos revelan que la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias afecta mayormente a la población masculina y depende significativamente de la edad. En general, los hombres constituyen una mayoría sustancial de los casos con porcentajes que varían del 52,77% al 70,8%; También se observan altas incidencias entre los adultos jóvenes (de 15 a 30 años) y de la tercera edad (de 60 años o más). Este patrón indica que podría haber una predisposición por género y edad al desarrollo de adherencias postoperatorias que culminan en AAO.

4.1.2. Resultados del Objetivo Específico 2: Determinar las manifestaciones clínicas de obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias

Diferentes investigaciones han establecido las manifestaciones más frecuentes del abdomen agudo obstructivo intestinal por adherencias postoperatorias, resultados que se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2

Conjunto de manifestaciones clínicas de obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias

Autor	Año	Título	Metodología	Resultados
Fernández Dania	(2021)	Descripción de las manifestaciones clínicas y las principales etiologías del abdomen obstructivo	Estudio descriptivo	Durante el examen, el paciente mostró una combinación de síntomas que incluían dolor abdominal, vómitos y ausencia de deposiciones o expulsión de gases.
Lema et al.,	(2021)	Abdomen agudo obstructivo por hernia diafrágica crónica postraumática	Se describe el caso clínico de un paciente de 37 años de edad, quien acudió al Servicio de Emergencias del Hospital General Docente de Riobamba, en la República de Ecuador, porque desde hacía 17 horas había comenzado con dolor abdominal de tipo cólico.	El individuo presentaba síntomas como fiebre leve, temperatura axilar de 37,5°C, frecuencia cardíaca de 101 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto. Además, había un notable agrandamiento del pecho y un abdomen protuberante.
Caínzos et al.,	(2020)	Abdomen agudo quirúrgico	Revisión detallada y estructurada de la literatura para proporcionar una visión comprensiva del abdomen agudo quirúrgico.	Comúnmente se experimentan síntomas como dolor abdominal, diversos grados de dificultad para respirar, malestar en el pecho de leve a moderado y presencia de

				sangre en la orina.
Gebrie et al.,	(2019)	Resultado del tratamiento y factores asociados del abdomen agudo no traumático tratado quirúrgicamente en el Hospital Attat, Zona Gurage, Etiopía	Estudio transversal prospectivo hospitalario en casos de abdomen agudo no traumático tratados quirúrgicamente admitidos en la sala quirúrgica del hospital católico Attat desde enero de 2017 hasta septiembre de 2018.	Los principales síntomas observados en los pacientes fueron dolor abdominal (100%), vómitos (80,1%), estreñimiento (48,3%) y distensión abdominal (53%), mientras que los signos clínicos más encontrados fueron dolor a la palpación abdominal (90,8%), distensión (40,4%) y estado de alerta.
Dragos et al.,	(2021)	Acute surgical abdomen during the COVID-19 pandemic: Clinical and therapeutic challenges	Estudio retrospectivo de las hospitalizaciones de emergencia con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.	Durante la pandemia de COVID-19, aproximadamente el 8,6% de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico presentaron afectación pulmonar, lo que representa 6 de cada 70 casos.
Braga et al.,	(2019)	Obstrucción abdominal aguda: ¿stent de colon o cirugía de emergencia? Una revisión basada en evidencia	diseñada para proporcionar evidencia actual de la indicación, técnica, resultados, beneficios y riesgos de estos tratamientos en la MCO aguda a través del análisis de estudios publicados previamente y guías actuales.	Los efectos secundarios comúnmente observados pueden incluir dolor abdominal, vómitos, sangrado, perforación del colon y falta de descompresión adecuada del colon.
Jiwesh & Rakesh	(2019)	Epidemiología del dolor abdominal agudo: un estudio	Estudio transversal institucional de enero a junio de 2018, entre	El dolor abdominal, tanto quirúrgico como no quirúrgico, se produjo en tasas

		transversal en un hospital de atención terciaria del este de la India	pacientes ingresados con dolor abdominal en el IQ City Medical College y el Hospital Narayna, Durgapur, Bengala Occidental, India.	del 6,0% y 8,2% respectivamente. Las indicaciones predominantes de esta afección fueron identificadas como dolor abdominal y sensibilidad abdominal, en ese orden.
Simone et al.,	(2020)	Encuesta sobre manejo operativo en abdomen agudo bariátrico (OBA): complicaciones a largo plazo de la cirugía bariátrica y el punto de vista del cirujano de emergencia	Se envió una encuesta web internacional a 197 cirujanos de urgencias con el objetivo de recopilar datos sobre la experiencia de los cirujanos de urgencias en el tratamiento de pacientes ingresados en el servicio de urgencias por dolor abdominal agudo después de una cirugía bariátrica.	De un total de 117 casos, la mayoría de las quejas estuvieron relacionadas con dolor abdominal generalizado (65%; 76/117), seguido de cerca por vómitos (52%; 61/117) y dolor abdominal localizado (40,2%; 47/117).

Fuente: Elaborada por autora en base a diferentes resultados de estudios mencionados en la tabla citada.

Resultado de tabla 2.

La presentación de obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal muestra conformidad en muchos estudios y los signos notables consisten en dolor en el abdomen más vómitos y ausencia de deposiciones o gases. También hay fiebre leve junto con distensión abdominal a menudo con molestias en el pecho y disnea en ocasiones. Estas observaciones subrayan la importancia de una evaluación clínica exhaustiva, que puede llevarnos a su detección temprana y a una intervención adecuada.

4.1.3. Resultados del Objetivo Específico 3: Identificar los métodos diagnósticos de la obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal presentados por la literatura científica.

Este documento revisa los métodos diagnósticos del abdomen agudo obstructivo por bridas postoperatorias, según lo presentado en la literatura científica, destacando las técnicas y enfoques más efectivos para la detección y evaluación de esta condición:

Tabla 3

Métodos diagnósticos de obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal

Autor	Año	Título	Metodología	Resultados
Caraiani, et al.,	(2020)	Indicaciones para la obtención de imágenes abdominales: ¿Cuándo y qué elegir?	Estudio de tipo descriptivo-analítico. Se revisaron un total de 200 casos de estudio	La técnica de imagen más utilizada en casos de urgencias abdominales es la ecografía. Este método versátil puede diagnosticar eficazmente el dolor tanto agudo como crónico.
Tamburrini et al.,	(2019)	Precisión diagnóstica de la ecografía en el diagnóstico de la obstrucción del intestino delgado	Estudio analítico donde se incluyeron pacientes estables con diagnóstico ultrasonográfico de SBO que se sometieron a TC abdominal inmediatamente después de la US y antes de recibir descompresión intestinal.	En 24 de 25 pacientes, el diagnóstico ecográfico de obstrucción del intestino delgado se confirmó mediante tomografía computarizada.
Pintado	(2021)	Diagnóstico de abdomen agudo obstructivo con radiología convencional	Metodología descriptiva cualitativa de análisis de casos	La serie radiológica abdominal clásica, incluida la radiografía de tórax estándar en bipedestación, juega un papel crucial y necesario en el diagnóstico radiológico para

				identificar la presencia de un abdomen obstructivo agudo.
Quezada et al.,	(2024)	Síndrome obstructivo intestinal alto, diagnóstico y tratamiento clínico-quirúrgico	Se aplicó un estudio observacional en pacientes diagnosticados con AAO alta, examinando los métodos de diagnóstico	Para determinar el tratamiento más adecuado para cada caso, ya sea médico o quirúrgico, el proceso diagnóstico abarca una serie de procedimientos que incluyen la historia clínica, el examen físico, pruebas de laboratorio y estudios de imagen.
Muñoz et al.,	(2020)	Abdomen agudo en un adolescente con poliposis juvenil. A propósito de un caso	Se presentó el caso de un adolescente de 16 años de edad con antecedentes personales de pólipos y de una cirugía para resección de intestino por cuadro de abdomen obstructivo en dos ocasiones (a los 5 y 11 años de edad)	Al realizar una ecografía abdominal se evidencia que existen asas intestinales distendidas que contienen líquido, presentando disminución del peristaltismo, así como presencia de líquido libre en la cavidad, íleo y adherencias peritoneales.
Bonilla	(2023)	Abdomen agudo obstructivo, causas y tratamiento	El estudio se llevó a cabo mediante un enfoque cualitativo. La población de estudio comprendió todos los estudios e investigaciones desarrollados en los últimos 5 años y publicados en bases de datos	Si bien los datos analíticos suelen ofrecer información limitada para un diagnóstico concluyente, desempeñan un papel crucial a la hora de determinar el tratamiento adecuado y realizar un diagnóstico diferencial

			científicas confiables.	exhaustivo. Precisamente por eso los profesionales sanitarios solicitan pruebas exhaustivas de hemograma, electrolitos y función renal.
--	--	--	-------------------------	---

Fuente: Elaborada por autora en base a diferentes resultados de estudios mencionados en la tabla citada.

Resultado de tabla 3.

Cuando se trata de obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal, los métodos de diagnóstico ocupan un lugar central para guiar el curso de acción apropiado. Entre las técnicas de imagen: la ecografía y la tomografía computarizada, destacan como las opciones más fiables. El ultrasonido destaca por su capacidad de detectar rápidamente obstrucciones, lo que luego se confirma mediante tomografías computarizadas en numerosos escenarios. Sin embargo, la radiografía no puede dejarse de lado, ya que también tiene importancia, especialmente en el diagnóstico primario. Cuando estos métodos se emplean sistemáticamente, allanan el camino para una evaluación precisa y rápida que actúa como precursora de decisiones terapéuticas oportunas.

4.1.4. Resultados del Objetivo Específico 4: Describir los tratamientos utilizados en la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias

Este documento se enfoca en describir los diversos tratamientos utilizados para abordar la obstrucción intestinal mecánica causada por adherencias postoperatorias, abarcando desde enfoques conservadores hasta intervenciones quirúrgicas avanzadas, y destacando las mejores prácticas según la evidencia científica disponible:

Tabla 4

Conjunto de tratamientos utilizados en la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias

Autor	Año	Título	Metodología	Resultados
--------------	------------	---------------	--------------------	-------------------

Ortiz et al.,	(2021)	Criterio clínico y complicaciones quirúrgicas en abdomen agudo en paciente pediátrico	Estudio de tipo descriptivo-analítico.	Para abordar los síntomas de un abdomen obstructivo agudo, se adopta un enfoque conservador que implica ajustes en la dieta, corrección hidroelectrolítica y la administración de analgésicos.
Valverde et al.,	(2019)	El papel del abordaje laparoscópico en el tratamiento quirúrgico de la obstrucción aguda adhesiva del intestino delgado	Estudio retrospectivo con datos de una base de datos mantenida prospectivamente de todos los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por obstrucción adhesiva del intestino delgado (ASBO) desde enero de 2007 hasta mayo de 2016.	La utilización de adhesiolisis laparoscópica demostró ventajas significativas, incluida una tasa global de complicaciones reducida (43% en comparación con 67,9%, $p < 0,001$), menor mortalidad ($p = 0,026$), reanudación más temprana de la ingesta oral ($p < 0,001$) y un tiempo más corto. duración de la hospitalización ($p < 0,001$).
Griffiths y Glancy	(2020)	Obstrucción intestinal	Estudio retrospectivo de estudio de caso	En casos seleccionados, la laparoscopia abierta ha surgido como una herramienta valiosa en el tratamiento de la enfermedad abdominal aguda, sirviendo como procedimiento de rutina y como una excelente opción terapéutica y

				diagnóstica adicional.
Sajid et al.,	(2022)	Obstrucción intestinal como complicación posoperatoria, una revisión narrativa	Esta revisión explica la condición EPSBO, describe sus características clínicas únicas y proporciona un enfoque diagnóstico y restaurativo equilibrado.	Cuando se produce necrosis intestinal o daño irreversible, puede ser necesario extirpar el segmento afectado y realizar una anastomosis para abordar la afección.
Santos e Hirano	(2023)	Evaluación experimental del uso de almidón y carboximetilcelulosa en la prevención de adherencias intraperitoneales en la cirugía de hernia con mallas recubiertas	Estudio de tipo experimental, explicativo, narrativo y transversal	El empleo de barreras antiadherentes durante los procedimientos quirúrgicos es un método eficaz para minimizar la aparición de nuevas adherencias.

Fuente: Elaborada por autora en base a diferentes resultados de estudios mencionados en la tabla citada.

Resultado de tabla 4.

Para el manejo de obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias, se encuentra disponible una amplia gama de intervenciones. Los enfoques conservadores implican ajustes en la dieta y corrección del hidroelectrolito; sin embargo, entre los procedimientos quirúrgicos, la laparoscopia emerge como una opción eficaz debido a su capacidad para minimizar las complicaciones y acelerar la recuperación. En escenarios graves, resulta inevitable realizar una resección de los intestinos afectados: además, se pueden aplicar barreras antiadherentes que representan los esfuerzos realizados para prevenir sucesos futuros con este enfoque múltiple para tratar una afección tan complicada.

CAPITULO 5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al examinar la investigación realizada sobre la OI por adherencias en pacientes con cirugía abdominal, podemos obtener una comprensión integral de las características demográficas, factores de riesgo, las presentaciones clínicas, los métodos de diagnóstico y los enfoques de tratamiento.

Generalmente, se encontró que los hombres desarrollan con mayor frecuencia la obstrucción intestinal postoperatorias. Esto se alinea con los hallazgos de los estudios realizados por Idrovo y Pérez (2022) quienes revelaron que la OI por adherencias postoperatorias representó el 17% de los casos, con mayor prevalencia entre los hombres (62,3%) y una distribución por edades más frecuente entre los 15 y los 15 años. y 30 años. Este mismo patrón fue evidente en el estudio realizado por Coulibaly et al., (2020), donde el grupo etario de 16 a 59 años tuvo la mayor frecuencia, presentándose el 70,8% de los casos en hombres. La investigación realizada por Traoré et al., (2021) revelaron que la mayoría de los individuos afectados por OI en pacientes con cirugía abdominal eran hombres, con una proporción de sexos de 1,8 y una mediana de edad de 37 años. Además, Koné et al., (2022) observaron un predominio masculino (64,6%) en pacientes con edades comprendidas entre 11 y 86 años, con una edad promedio de 36 años.

La edad también se consideró un factor de riesgo para la presencia de obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias, Este hallazgo también se ha presentado en varios estudios como el de, Alonzo (2023), en un estudio observacional, retrospectivo y transversal, observó una mayor incidencia de OI por adherencia en individuos de 60 años. Una tendencia similar se observó en otros estudios, como el realizado por Paredes et al., (2021), quienes encontraron

una mayor prevalencia de OI por adherencia postoperatorias en pacientes varones mayores de 60 años, Asimismo, Pintos et al., (2022) informaron una edad promedio de 59 años en la población de su estudio, siendo los hombres nuevamente la mayoría (52%).

Es preciso indicar que los principales indicadores de OI inducida por adherencias posoperatorias son dolor abdominal, vómitos y distensión abdominal, lo que coincide con los resultados presentados por Fernández (2021) quien informó que las manifestaciones más prevalentes incluyeron dolor abdominal, vómitos e incapacidad para evacuar heces o gases. Estos hallazgos clínicos se alinean con los resultados de un estudio realizado por Gebrie et al., (2019) en Etiopía, quienes, a través de un análisis transversal prospectivo hospitalario, identificaron dolor abdominal (100%), vómitos (80,1%), estreñimiento (48,3%) y distensión abdominal (53%) como los principales síntomas asociados a esta afección.

También se encontró que la OI por adherencias posoperatorias puede provocar fiebre elevada y frecuencia cardiaca irregular, lo que coincide con lo presentado por Lemma et al., (2021) quienes en un caso clínico de un paciente con abdomen obstructivo agudo causado por una hernia diafragmática postraumática crónica determinaron varios síntomas, entre ellos fiebre leve, temperatura axilar de 37,5 °C, frecuencia cardíaca de 101 latidos por minuto y frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto. De igual manera Braga et al., (2019) enfatizaron la prevalencia de síntomas como fiebre alta, vómitos, sangrado, perforación y alta frecuencia cardiaca.

Los hallazgos también revelaron la prevalencia de diversos grados de disnea causados por AAO. Caínzos et al., (2020) y Jiwesh & Rakesh (2019) reportaron la prevalencia de dificultad para respirar o la sensación de falta de aire en pacientes con abdomen quirúrgico agudo. Estos estudios reconocen colectivamente el dolor abdominal como el síntoma principal, a menudo acompañado de signos adicionales como vómitos y distensión abdominal. Esto subraya la importancia de estos síntomas en el diagnóstico y tratamiento de casos de abdomen obstructivo agudo resultante de adherencias posoperatorias.

Cuando se trata de técnicas de diagnóstico, la ecografía y TC son los principales métodos que merecen atención. Caraiani et al., (2020) realizaron un estudio analítico descriptivo que implicó un examen exhaustivo de 200 estudios de casos. Del mismo modo, Muñoz et al., (2020) presentaron el caso de un adolescente con antecedentes de poliposis juvenil y abdomen obstruido. Mediante ecografía abdominal descubrieron asas intestinales distendidas y llenas de líquido, peristaltismo reducido, líquido libre en la cavidad, íleo y adherencias peritoneales

Por otro lado, los resultados destacaron la relevancia de la TC en el diagnóstico de OI por adherencia en pacientes con cirugía abdominal. En un análisis exhaustivo realizado por Tamburrini et al., (2019), se examinó la eficacia de la ecografía para detectar la obstrucción del intestino delgado. Los hallazgos revelaron que la TC validó el diagnóstico ecográfico en 24 de 25 pacientes, demostrando un nivel significativo de concordancia entre las dos técnicas y subrayando el papel crucial de la TC como herramienta de confirmación. Asimismo, Pintado (2021) enfatizó la importancia de la radiología tradicional, particularmente la serie radiológica abdominal y la radiografía de tórax estándar, como imprescindibles y obligatorias en el diagnóstico del abdomen agudo obstructivo.

Del mismo modo, se encontró que la evaluación integral ayuda a determinar el curso de tratamiento más apropiado para OI por adherencias posoperatorias, ya sea médico o quirúrgico. Lo que coincide con lo reportado por Quezada et al., (2024) quienes enfatizaron la importancia de adoptar un enfoque diagnóstico exhaustivo que abarque la historia clínica, el examen físico, las pruebas de laboratorio y los estudios de imagen del paciente. Apoyando este aporte Bonilla (2023), enfatizó que, si bien los datos analíticos no siempre ofrecen información diagnóstica concluyente, son esenciales para un tratamiento eficaz y para distinguir entre diferentes diagnósticos. Estos incluyen pruebas de hemograma completo, niveles de electrolitos y función renal. En esencia, los métodos de diagnóstico del abdomen obstructivo agudo resultante de adherencias posoperatorias abarcan una amplia gama de técnicas, que incluyen ecografía, tomografía computarizada, pruebas de laboratorio y radiología

convencional. Este enfoque integral garantiza un diagnóstico preciso y un tratamiento eficaz de esta afección.

Cuando se trata de abordar la afección, existen dos enfoques principales: conservador y quirúrgico. En el marco conservador, Ortíz et al., (2021) llevaron a cabo un estudio analítico descriptivo centrado en pacientes pediátricos y llegaron a la conclusión de que un enfoque inicial eficaz para el manejo del abdomen obstructivo intestinal implica ajustes dietéticos, corrección de desequilibrios hidroelectrolíticos y administración de analgésicos. Esta estrategia conservadora sirve como una primera medida crucial para estabilizar al paciente y evaluar la necesidad de futuras intervenciones.

De igual manera, el abordaje quirúrgico ha resultado ser efectivo para el tratamiento de OI por adherencias posoperatorias. En un estudio retrospectivo realizado por Valverde et al., (2019) sobre el tratamiento de la obstrucción adhesiva del intestino delgado (ASBO), se descubrió que la adhesiolisis laparoscópica ofrece varias ventajas. Este enfoque se asocia con una menor tasa de complicaciones (43%), reducción de la mortalidad, inicio más temprano del tratamiento oral y estancias hospitalarias más cortas. Al minimizar el trauma quirúrgico y promover una recuperación más rápida, la adhesiolisis laparoscópica se ha convertido en una opción preferida en muchos casos. De manera similar, Griffiths y Glancy (2020) realizaron un estudio de caso retrospectivo que destacó la eficacia de la laparoscopia abierta como herramienta terapéutica y de diagnóstico para enfermedades abdominales agudas. Este estudio demostró la utilidad de la visualización directa y la intervención inmediata en casos seleccionados. En una revisión narrativa realizada por Sajid et al., (2022), se centraron en casos más graves de AAO posoperatoria (EPSBO) que requirieron resección del segmento afectado seguida de anastomosis por necrosis intestinal o daño irreversible. Este abordaje se vuelve esencial cuando la viabilidad del intestino está comprometida, ya que asegura la eliminación del tejido no viable y el restablecimiento de la continuidad intestinal.

Una limitación importante de la evidencia examinada es la inconsistencia en los enfoques empleados en los diversos estudios. Ciertos estudios se basan

en análisis retrospectivos y datos obtenidos de registros hospitalarios, lo que puede dar lugar a una selección sesgada y factores de confusión. Además, la disparidad en los criterios de inclusión y los métodos de diagnóstico utilizados puede afectar la capacidad de comparar resultados entre diferentes estudios.

Vale la pena mencionar que los hallazgos enfatizan la importancia de realizar una evaluación clínica exhaustiva en personas que experimentan abdomen obstructivo agudo causado por adherencias posoperatorias. Además, existe una clara necesidad de una estrategia de diagnóstico rápida y precisa. Desde una perspectiva de política sanitaria, los resultados subrayan la necesidad de implementar políticas que garanticen la igualdad de acceso a herramientas de diagnóstico avanzadas, incluidas la ecografía y la tomografía computarizada, especialmente en regiones con recursos limitados donde estas tecnologías pueden no ser fácilmente accesibles.

Para mejorar el conocimiento sobre la OI por adherencia en pacientes con cirugía abdominal, es recomendable realizar estudios prospectivos meticulosamente planificados que establezcan protocolos uniformes de diagnóstico y tratamiento. Estos estudios tienen como objetivo profundizar la comprensión de los factores de riesgo, la fisiopatología y las intervenciones eficaces para esta afección. Además, la exploración de nuevas medidas preventivas, como la implementación de barreras antiadherentes durante los procedimientos quirúrgicos, puede presentar oportunidades prometedoras para disminuir la aparición de esta complicación posoperatoria.

CAPITULO 6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

En conclusión, se puede determinar que existe una clara prevalencia de obstrucción intestinal por adherencias en pacientes con cirugía abdominal en hombres frente a mujeres, por lo que se puede considerar al género como un factor de riesgo. Del mismo modo, la edad juega un papel importante, puesto que, se presentó una mayor prevalencia de esta condición en mayores de 60 años. Estos hallazgos implican que ser hombre y alcanzar una edad avanzada son factores importantes que contribuyen a la probabilidad de desarrollar esta afección después de la cirugía.

En cuanto a las manifestaciones clínicas de OI por adherencias postoperatorias se destaca que el dolor abdominal agudo, los vómitos persistentes, la distensión abdominal y la falta de deposiciones son los principales signos y síntomas de esta condición según los hallazgos de múltiples estudios revisados. Se destaca por lo tanto que los síntomas mencionados al ser reportados de manera consistente, juegan un papel crucial en el diagnóstico inicial. Es esencial que los médicos consideren la posibilidad de OI causada por adherencias postoperatorias cuando estos signos están presentes.

En cuanto a las principales técnicas de diagnóstico para el abdomen obstructivo agudo por adherencias se determinó a la ecografía y la tomografía computarizada (TC). La ecografía es el método inicial de elección debido a su accesibilidad y capacidad para evaluar tanto OI como cualquier complicación relacionada. Luego se emplea la TC para confirmar el diagnóstico y ofrecer más información sobre la ubicación precisa y la gravedad de la obstrucción. Al utilizar

esta combinación de métodos de diagnóstico, se puede lograr una evaluación exhaustiva y precisa del abdomen obstructivo agudo por bridas

Por último, el tratamiento del abdomen obstructivo agudo abarca una variedad de métodos, desde medidas conservadoras como el manejo de hidroelectrolitos y analgesia, hasta intervenciones quirúrgicas más invasivas como la adhesiolisis laparoscópica y la resección intestinal en casos graves. Es preciso indicar que varias de las investigaciones demostraron la eficacia de la adhesiolisis laparoscópica para minimizar las complicaciones y acelerar la recuperación posoperatoria.

6.2. Recomendaciones

La implementación de protocolos de detección precoz de OI derivado adherencias postoperatorias es de suma importancia en los hospitales. Esto es particularmente crucial para los pacientes masculinos y los mayores de 60 años, ya que estos grupos demográficos exhiben una mayor prevalencia de OI tal como se observa en la **Tabla 1**. Se recomienda realizar evaluaciones periódicas y exhaustivas en estas personas para identificar rápidamente cualquier signo o síntoma de AAO.

Del mismo modo, se necesario promover la educación continua de los profesionales de la salud sobre el reconocimiento de los síntomas clave asociados con la obstrucción intestinal por adherencias posoperatoria como dolor abdominal agudo, vómitos persistentes, distensión abdominal y ausencia de deposiciones. Una comprensión integral de estos indicadores permitirá una evaluación clínica exhaustiva y rápida, que conduzca a una detección temprana y una intervención adecuada.

Cuando se trata de casos del diagnóstico de OI causada por adherencias posoperatorias, se recomienda utilizar la ecografía y la tomografía computarizada (TC) como métodos de diagnóstico primarios. La ecografía, al ser de fácil acceso y rápida, debe emplearse como opción inicial. Después de esto, se puede utilizar la TC para validar el diagnóstico y recopilar información específica sobre la ubicación y la gravedad de la obstrucción. Al implementar este enfoque de diagnóstico integral, se puede lograr una evaluación exhaustiva y precisa, lo que conduce a un manejo clínico optimizado de la afección.

Para el tratamiento de OI por adherencias postoperatorias es recomendable centrarse en implementar medidas conservadoras, incluida la corrección de los desequilibrios hidroelectrolíticos y el manejo eficaz del dolor. En los casos en que la afección sea más grave, se recomienda la adhesiolisis laparoscópica como intervención quirúrgica preferida, debido a que, este enfoque ofrece numerosas ventajas, como reducir la probabilidad de complicaciones y acelerar la recuperación del paciente después de la cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acedo, P., Córdoba, I., Ripa, C., Cabezón, J., & Castilla, A. (2020). Estudio prospectivo de los factores asociados al delirium en el postoperatorio de la cirugía abdominal urgente. *Cirugía Española*, 98(8), 450-455.
- Alonzo, J. (2023). *Factores asociados a OI por bridas y adherencias en pacientes mayores de 40 años del Hospital Santa María del Socorro 2021*. Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.
- Blázquez, M., Sánchez, O., Tabarés, J., Díaz, A., Granda, B., & Colindres, W. (2021). Obstrucción intestinal:¿ Dónde?¿ Por qué? *Seram*, 1(1).
- Bonilla, G. (2023). *Abdomen agudo obstructivo, causas y tratamiento*. Universidad Ncional de Chimborazo.
- Braga, I., Turiani, D., Thompson, C., & Guimarães, E. (2019). Acute abdominal obstruction: Colon stent or emergency surgery? An evidence-based review. *World journal of gastrOI ntestinal endoscopy*, 11(3), 193.
- Campano, I., Alcaide, F., Bagur, C., Giordano, H., & Gil, A. (2020). Intestinal obstruction and internal hernia through laparoscopic gastric bypass. *Annals of Mediterranean Surgery*, 3(1), 13-18.
- Caraiani, C., Petrescu, B., & Dietrich, C. (2020). Indications for abdominal imaging: When and what to choose? *Journal of ultrasonography*, 20(80), 43-54.
- Coronado, J., Bedregal, O., & Arévalo, R. (2022). OI por bridas y adherencias. *CIRUJANO*, 19(1), 66-68.
- Coronel, J., Carvajal, J., & Castro, T. (2022). Prevalencia de OI en pacientes con cáncer de colon: Un estudio transversal de centro único. *Oncología*, 32(3), 300-309.

- Corral, J., Rojo, C., & de la Fuente, R. (2023). Obstrucción intestinal: signos de indicación quirúrgica urgente. *Radiología*, 65, 92-98.
- Coulibaly, M., Traoré, D., Togola, B., Sanogo, S., Bengaly, B., Ouattara, D., Diallo, S., Konaté, M., & ongoi ba, N. (2020). Epidemiological Profile of Intestinal Obstructions in Koutiala, Mali: About 65 Cases. *Surgical Science*, 11(6), 117-121. <https://doi.org/10.4236/ss.2020.116015>
- De Simone, B., Ansaloni, L., Sartelli, M., Kluger, Y., Abu-Zidan, F., Biffi, W., & Catena, F. (2020). The Operative management in Bariatric Acute abdomen (OBA) Survey: long-term complications of bariatric surgery and the emergency surgeon's point of view. *World Journal of Emergency Surgery*, 15, 1-9.
- Dueñas, S., & Escobar, K. (2022). OI secundaria a adherencia en cirugía abdominal. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4), 5702-5727.
- Engbang, P., Essola, B., Fouda, B., Baira, S., & Ngowe, M. (2021). Epidemiological Profile and Management of Intestinal Occlusions of Cancer Origin in Three Hospitals in the City of Douala. *Cancer Science & Research*, 4(1), 1-10.
- Fernández, M., Comesaña, E., R. F., Freire, M., González, P., Martínez, L., & López, F. (2020). Abdomen agudo quirúrgico. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(10), 522-540.
- García, D., Correa, M., León, C., & Puentes, C. (2020). Pseudooi crónica: revisión de la literatura a partir de un caso clínico. *Revista Confluencia*, 2(1), 88-94.
- Garibay, F., Navarrete, M., Moreno, F., Salinas, E., Rodríguez, E., & Cleva, G. (2019). Incidencia de el AAO por adherencias postoperatorias en el Hospital Central Militar. *Rev Sanid Milit Mex*, 71(6).
- Gebrie, T., Handiso, T., & Hagisso, S. (2019). Management outcome and associated factors of surgically treated non traumatic acute abdomen at Attat Hospital, Zone, Ethiopia. *Int J Surg Res Pract*, 6, 99.

- González, E., mastroi anni, G., Vanetta, C., & Goransky, J. (2020). Endometriosis ileal. Causa infrecuente de OI en mujeres en edad fértil. *Revista Medicina*, 80(5), 566.
- González , D. (2021). *Descripción de las manifestaciones clínicas y las principales etiologías del abdomen agudo*. Aniversariocimeq2021.
- Griffiths, S., & Glancy, D. (2020). Intestinal obstruction. *Surgery (Oxford)*, 4(1).
- Hadded, D., Mesbahi, M., Zouaghi, A., Marouani, M., & Chamekhi, C. (2021). Adult small bowel obstruction due to congenital peritoneal belt: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 84. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106016>
- Idrobo, A., Bastidas, B., Yasno, L., Vargas, A., & Merchán, A. (2020). Presentación y desenlace del manejo conservador en OI por bridas en el Cauca. *Revista colombiana de Gastroenterología*, 35(4), 447-454. <https://doi.org/10.22516/25007440.517>
- Idrovo, D., & Pérez, D. (2022). OI secundaria a adherencia en cirugía abdominal. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4), 5702-5727.
- Koné, A., Daou, M., Koné, Y., Traoré, M., Konaté, M., Diarra, O., & Sidibe, S. (2022). Reliability of Medical Imaging in the Pre-Therapeutic Assessment of Acute Intestinal Obstruction at the Centre Hospitalier Universitaire Du POI nt "G". *Open Journal of Medical Imaging*, 12(3), 147-156.
- Kumar, J., & Kumar, R. (2019). Epidemiology of acute abdominal pain: a cross-sectional study in a tertiary care hospital of Eastern India. *International Surgery Journal*, 6(2), 345-348. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20190380>
- Lema , J., Llumitaxi , J., & Yautibug , T. (2021). Abdomen agudo obstructivo por hernia diafragmática crónica postraumática. *Medisan*, 25(1), 160-169.
- Mora, O., & Daly, I. (2020). Intususcepción intestinal en la población pediátrica vs. Población adulta: Revisión de tema. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 4(6).
- Muñoz, R., Ricaurte, M., Martínez, P., Paullán, V., & Rodríguez, G. (2020). Abdomen agudo en un adolescente con poliposis juvenil. A propósito de un caso. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 50(4), 479-487.

- Ortiz, M., Gaibor, A., Delgado, G., & Gaitan, J. (2021). Criterio clínico y complicaciones quirúrgicas en abdomen agudo en paciente pediátrico. *Dominio de las Ciencias*, 7(4), 171.
- Paredes , E., Cruz, Á., & Paredes, E. (2021). Caracterización de pacientes mayores de 60 años con oclusión intestinal atendidos en el hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". *Universidad Médica Pinareña*, 17(2).
- Pintado, F. (2021). Diagnóstico de abdomen agudo obstructivo con radiología convencional. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(2), 294-300.
- Pintos , P., Benítez , M., Suarez , N., Benza , M., & Domínguez , D. (2022). Etiología de la oclusión intestinal en pacientes operados en el servicio de cirugía general del hospital regional de pilar periodo 2018-2020. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 4586-4594. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1819
- Portugal , J. (2019). *Factores asociados a mortalidad post operatoria en cirugía de emergencia por OI en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo 2016 - 2018*. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Quezada, F., Maigua, A., Paz, G., & Cuyachamin, D. (2024). Síndrome obstructivo intestinal alto, diagnóstico y tratamiento clínico-quirúrgico. *Polo del Conocimiento*, 9(3).
- Rodríguez, J., Salamanca, I., Carril, M., & Redondo, J. (2021). OI provocada por un coágulo de sangre en la línea de sutura de una enterotomía. *Annals of Mediterranean Surgery*, 4(1), 25-29.
- Ruiz, A., Laguna , M., Rodriguez, M., Lorente, M., Fernández, C., & Fernández, V. (2019). OI POR BRIDA POSTQUIRÚRGICA EN GESTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(3), 217-224. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000300217>
- Sajid, N., AlAnazi, M., AlAnazi, T., AlKahtani, A., & AlRakhimi, A. (2022). Intestinal Obstruction as a Postoperative Complication, A Narrative Review. *Archives of Pharmacy Practice*, 13(1), 99-103.

- Sakari, T., Christersson, M., & Karlbom, U. (2020). Mechanisms of adhesive small bowel obstruction and outcome of surgery; a population-based study. *BMC surgery*, 20, 1-8.
- Santos, P., & Hirano, E. (2023). Experimental evaluation of the use of starch and carboxymethylcellulose in the prevention of intraperitoneal adhesions in hernia surgery with coated meshes. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 38, e383323.
- Serban, D., Socea, B., Badiu, C., Tudor, C., Balasescu, S., Dumitrescu, D., & Tanasescu, C. (2021). Acute surgical abdomen during the COVID-19 pandemic: Clinical and therapeutic challenges. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(5), 1-7.
- Tamburrini, S., Lugarà, M., Saturnino, P., Iaselli, F., Liguori, C., Carbone, R., & Marano, I. (2019). Diagnostic accuracy of ultrasound in the diagnosis of small bowel obstruction. *Diagnostics*, 9(3), 88.
- Traoré, B., Coulibaly, M., Traoré, D., Guindo, O., Keita, F., Samassekou, N., Traoré, A., Sanogo, S., Mallé, K., Keita, K., Coulibaly, P., Diallo, A., Cissé, D., Samaké, D., & Kanté, L. (2021). Small Bowel Obstruction: Epidemiological, Clinical and Therapeutic Aspects in the General Surgery Department of Hôpital Sominé DOLO de Mopti. *Surgical Science*, 12(6), 196-203. <https://doi.org/10.4236/ss.2021.126021>
- Valverde, E., Poves, I., Membrilla, E., Pons, M., & Grande, L. (2019). The role of the laparoscopic approach in the surgical management of acute adhesive small bowel obstruction. *BMC surgery*, 19, 1-7.
- Vargas, F. (2021). *Factores asociados a mortalidad intraoperatoria en pacientes con OI mecánica*. UPAO.