

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI**



TRABAJO TERMINAL

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE:

CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA

JOCELYN DENISSE CORRALES VALENZUELA

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL:

DR. CESAR ROMERO MEJIA

**“PORCENTAJE DE REMISIÓN DE OCLUSIÓN INTESTINAL POR
ADHERENCIAS CON MANEJO NO QUIRÚRGICO VS MANEJO
QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA”**

Mexicali, Baja California, marzo de 2025



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA
CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACIÓN DE LA FASE
ESCRITA DEL TRABAJO TERMINAL**

Mexicali, B.C., a 10 de diciembre de 2024.

Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del trabajo terminal titulado "Porcentaje de remisión de oclusión intestinal por adherencias con manejo no quirúrgico vs manejo quirúrgico en el Hospital General Tijuana", que para obtener el Diploma de **Especialidad en Cirugía general**, presenta el(la) C. Jocelyn Denisse Corrales Valenzuela una vez concluida la evaluación correspondiente, hemos resuelto aprobar por unanimidad.

Dr. Cesar Romero Mejía
Presidente

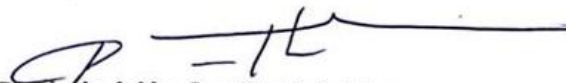
Dr. Omar Alberto Paipilla Monroy
Sinodal

Dr. Luis González González
Sinodal

Dr. Alan Rodríguez Andrade
Sinodal

Dr. Manuel Armando López Corrales
Secretario

Autorización del Trabajo Terminal



Dr. Luis Adán Carrillo Aréchiga

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL TIJUANA



Dr. Francisco Alejandro Gutiérrez Manjarrez

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



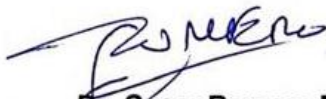
Dr. Luis Gonzalez Gonzalez

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL



Dr. Manuel Armando López Corrales

TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL



Dr. César Romero Mejía

ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN



Jocelyn Denisse Corrales Valenzuela

SUSTENTANTE DEL EXAMEN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL



ENTIDAD: IMSS BIENESTAR BAJA CALIFORNIA
SECCIÓN: HOSPITAL GENERAL TIJUANA.
SUBSECCIÓN: COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



ASUNTO: LIBERACIÓN DE TESIS
Tijuana, Baja California a 02 de diciembre 2024

Dirigido: Dr. Diego Fernando Ovalle Marroquín
Director de la Facultad de Medicina
UABC Mexicali

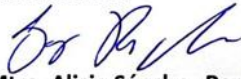
Atención: Dr. Víctor Guadalupe García González
Coordinador de investigación y posgrado
Facultad de Medicina Mexicali, UABC

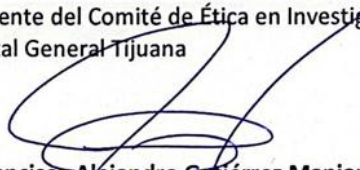
LIBERACIÓN DE TESIS

Por medio de la presente nos permitimos certificar que la tesis del **Dra. Jocelyn Denisse Corrales Valenzuela**, que lleva como título: "Porcentaje de remisión de oclusión intestinal por adherencias con manejo no quirúrgico vs manejo quirúrgico en el Hospital General Tijuana", cumple con los requisitos establecidos y ha sido aprobado por el Comité de Ética en Investigación, con lo que podrá presentar el Examen Final de Especialización en: **Cirugía General**.

De resultar aprobado (a), podrá efectuar el trámite para obtención del Grado de Especialista.

Atentamente:


Mtra. Alicia Sánchez Ramírez
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Hospital General Tijuana


Dr. Francisco Alejandro Gutiérrez Manjarrez
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital General Tijuana



c.p.p. Lic. Angélica Guadalupe Flores Castro, Encargada de despacho del Departamento de Enseñanza e Investigación del ISESALUD

c.p.p. Dra. Laura Fernanda Mendez Luque, Jefa del Departamento de Educación e Investigación, Coordinación Estatal IMSS- Bienestar Baja California

Abreviaturas

IMSS- Instituto Mexicano del Seguro Social

COX- Ciclooxygenasa

mRNA- Ácido Ribonucleico mensajero

TAC- Tomografía Axial Computarizada

Hrs- horas

VMA- Ventilación Mecánica Asistida

Contenido

Abreviaturas.....	ii
Contenido.....	iii-iv
Índice de Tablas.....	v
Índice de Figuras.....	xii
Resumen.....	xviii
1. Introducción	1
2. Marco teórico	3
3. Antecedentes.....	7
4. Planteamiento del problema	9
5. Justificación	9
6. Hipótesis y objetivos.....	10
6.1. hipótesis nula.....	10
6.2. hipótesis alterna	10
6.3. Objetivo general	10
6.4. Objetivos específicos	10
7. Material y Métodos:	12
7.1. Diseño del estudio	12
7.2. Descripción de la población	12
7.3. Cálculo del tamaño de muestra.....	12
7.4. Criterios de selección de la muestra.....	12
7.4.1. Criterios de inclusión	12
7.4.2. Criterios de exclusión	12
7.4.3. Criterios de eliminación.....	13
7.5. Variables.....	13
7.5.1. Variables dependientes	13
7.5.2. Variables independientes	13
7.5.3. Operacionalización de las variables	14
7.6. Análisis estadístico	15
7.7. Aspectos éticos	16
8. Resultados	17

9.	Discusión.....	19
10.	Conclusiones	20
11.	Bibliografía	21

Índice de Tablas

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje del género de los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	F	18	40.9	40.9	40.9
	M	26	59.1	59.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de la edad de los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<= 30	7	15.9	15.9	15.9
	31 - 40	17	38.6	38.6	54.5
	41 - 50	7	15.9	15.9	70.5
	51 - 60	6	13.6	13.6	84.1
	61+	7	15.9	15.9	100.0
	Total	44	100.0	100.0	
Media					44.27
Mediana					38.50
Moda					37
DesVest					16.421

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje sobre la procedencia de los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja California	7	15.9	15.9	15.9
	Chiapas	4	9.1	9.1	25.0
	Chihuahua	1	2.3	2.3	27.3
	Ciudad de	5	11.4	11.4	38.6
	Extranjero	1	2.3	2.3	40.9
	Guerrero	3	6.8	6.8	47.7
	Jalisco	1	2.3	2.3	50.0
	Michoacán	3	6.8	6.8	56.8
	Nayarit	2	4.5	4.5	61.4
	Oaxaca	1	2.3	2.3	63.6
	Querétaro	1	2.3	2.3	65.9
	Sinaloa	8	18.2	18.2	84.1
	Sonora	3	6.8	6.8	90.9
	Tamaulipas	1	2.3	2.3	93.2
	Veracruz	3	6.8	6.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje sobre escolaridad en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	9	20.5	20.5	20.5
	Primaria	9	20.5	20.5	40.9
	Secundaria	17	38.6	38.6	79.5
	Preparatoria	8	18.2	18.2	97.7
	Universidad	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje sobre el estado civil en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	16	36.4	36.4	36.4
	Casado	14	31.8	31.8	68.2
	Unión Libre	6	13.6	13.6	81.8
	Divorciado	4	9.1	9.1	90.9
	Viudo	4	9.1	9.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje sobre el tipo de tratamiento aplicado en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Quirúrgico	36	81.8	81.8	81.8
	No Quirúrgico	8	18.2	18.2	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje sobre el tipo de comorbilidad en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

Comorbilidades			
Patología		Recuento	Porcentaje
Hipertensión	Si	10	22.7%
	No	34	77.3%
	Total	44	100.0%
Diabetes	Si	9	20.5%
	No	35	79.5%
	Total	44	100.0%
Patología Renal	Si	0	0.0%
	No	44	100.0%
	Total	44	100.0%
Obesidad	Si	3	6.8%
	No	41	93.2%
	Total	44	100.0%
Antecedentes Oncológicos	Si	2	4.5%
	No	42	95.5%
	Total	44	100.0%
Antecedentes Neurológicos	Si	0	0.0%
	No	44	100.0%
	Total	44	100.0%

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje sobre los signos y síntomas en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

SIGNOS Y SÍNTOMAS		Recuento	Porcentaje
Emesis	Si	39	88.6%
	No	5	11.4%
	Total	44	100.0%
Distensión Abdominal	Si	44	100.0%
	No	0	0.0%
	Total	44	100.0%
Fiebre	Si	10	22.7%
	No	34	77.3%
	Total	44	100.0%
Taquicardia	Si	16	36.4%
	No	28	63.6%
	Total	44	100.0%
Hipotensión	Si	0	0.0%
	No	44	100.0%
	Total	44	100.0%
Ausencia de deposiciones	Si	44	100.0%
	No	0	0.0%
	Total	44	100.0%

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje sobre el tiempo de inicio de síntomas hasta el momento del tratamiento en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menor a 12 hrs	2	4.5	4.5	4.5
	12 hrs - 24 hrs	9	20.5	20.5	25.0
	Menos de 48 hrs	8	18.2	18.2	43.2
	Mas de 48 hrs	25	56.8	56.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje sobre las manifestaciones clínicas presentadas al momento del abordaje en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

Abordaje médico			
Manifestaciones clínicas		Recuento	Porcentaje
Irritación Peritoneal	Si	0	0.0%
	No	44	100.0%
	Total	44	100.0%
Alteración del peristaltismo	Si	44	100.0%
	No	0	0.0%
	Total	44	100.0%
Leucocitosis	Si	21	47.7%
	No	23	52.3%
	Total	44	100.0%
Nivel Hidroaereo Radiografía Abdominal	Si	25	56.8%
	No	19	43.2%
	Total	44	100.0%
Ausencia de Aire intestinal en Radiografía Abdominal	Si	18	40.9%
	No	26	59.1%
	Total	44	100.0%
Trastorno Hidroelectrolítico	Si	21	47.7%
	No	23	52.3%
	Total	44	100.0%

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje sobre los antecedentes quirúrgicos en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

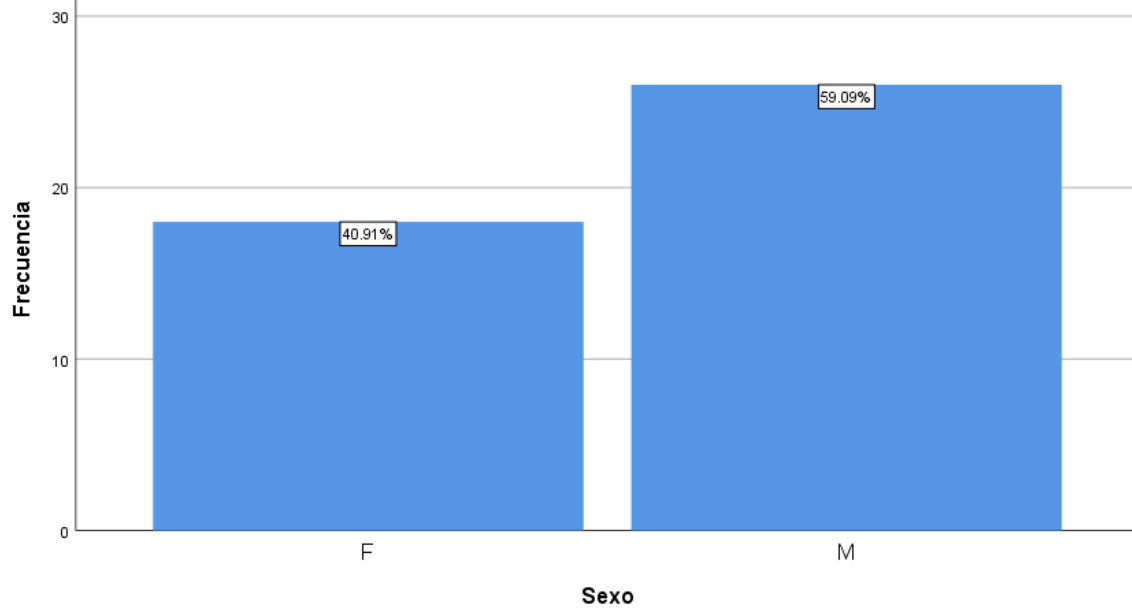
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Apendicetomía	11	25.0	25.0	25.0
	Cesárea	8	18.2	18.2	43.2
	Colostomía	1	2.3	2.3	45.5
	Hernia ventral	2	4.5	4.5	50.0
	Laparotomía exploratoria	21	47.7	47.7	97.7
	OTB	1	2.3	2.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

Tabla 12. Relación sobre el tipo de tratamiento quirúrgico VS no quirúrgico con la presencia de complicaciones en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.

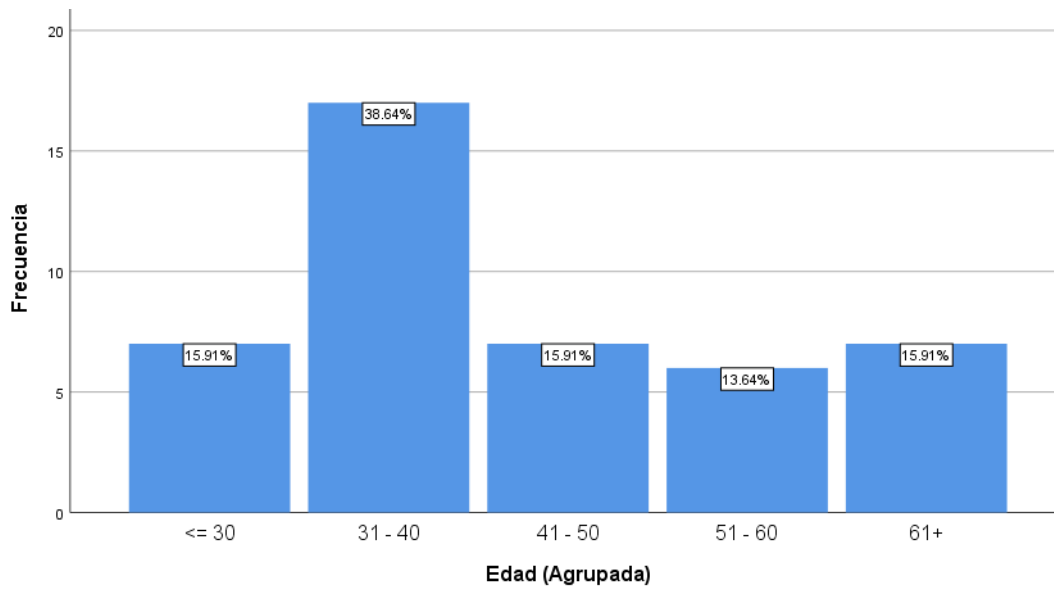
		Tipo de Tratamiento						P
		Quirúrgico		No Quirúrgico		Total		
		Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	
Complicaciones	Si	18	40.9%	0	0.0%	18	40.9%	0.009
	No	18	40.9%	8	18.2%	26	59.1%	
	Total	36	81.8%	8	18.2%	44	100.0%	

Índice de Figuras

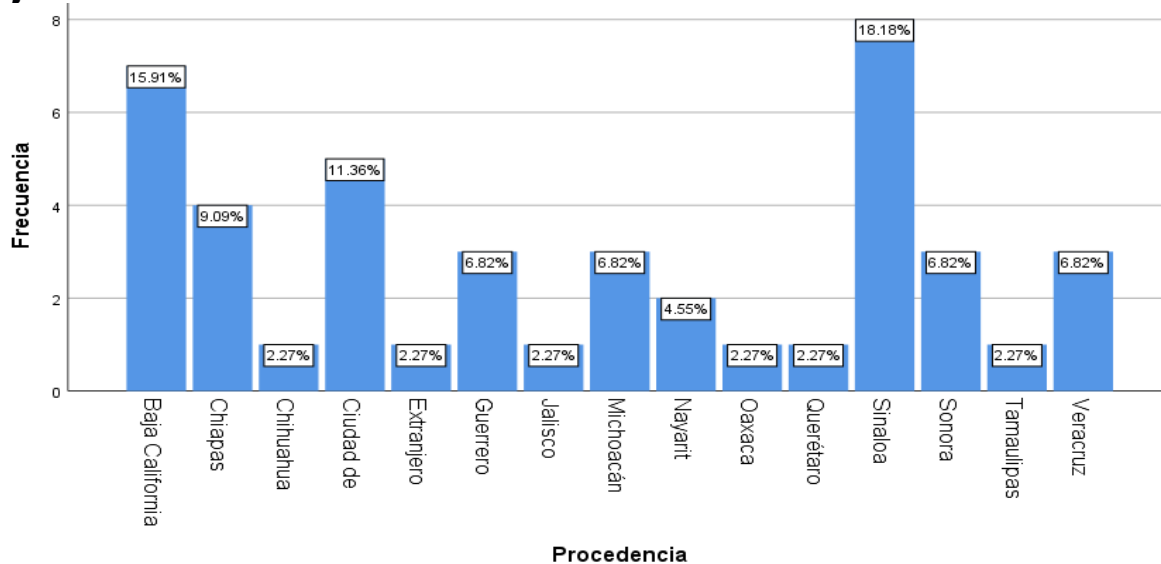
Gráfica 1. Frecuencia y porcentaje del género de los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



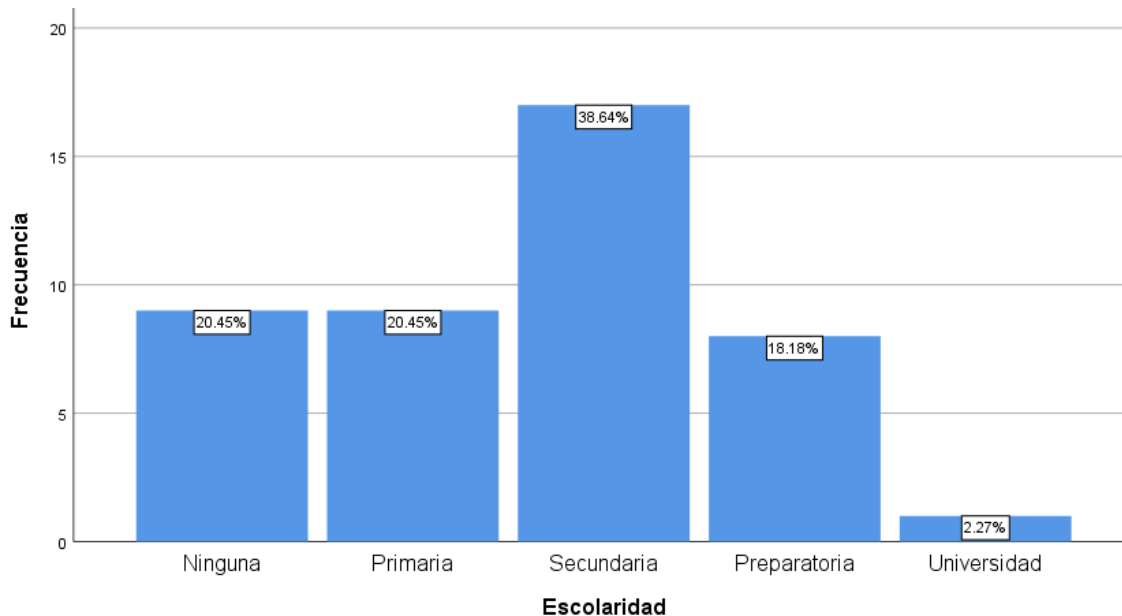
Gráfica 2. Frecuencia y porcentaje de la edad de los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



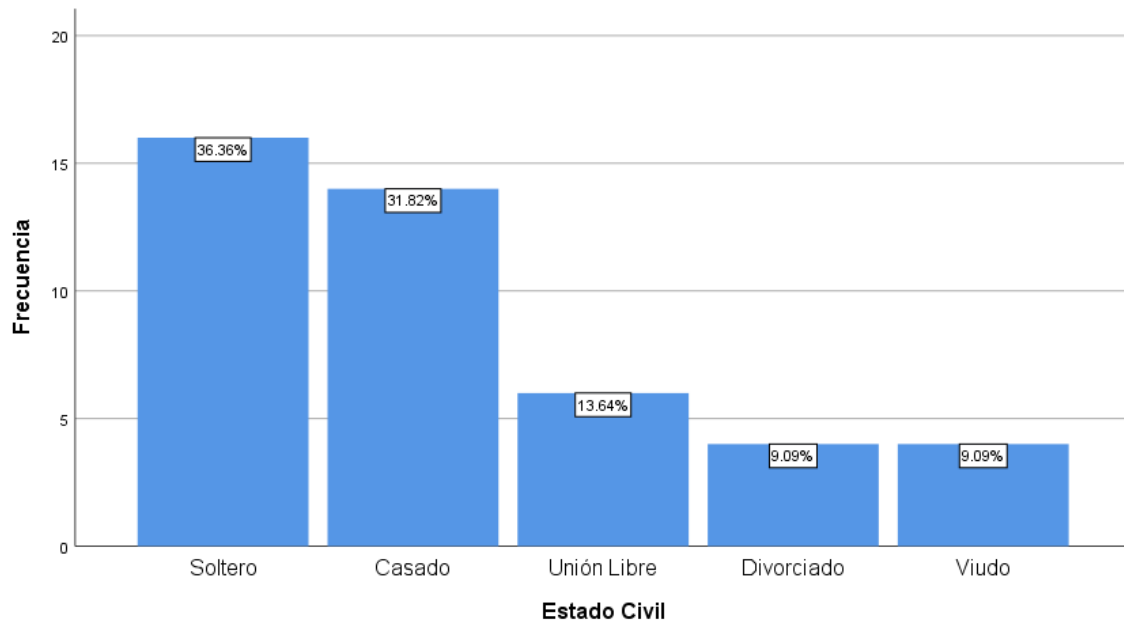
Gráfica 3. Frecuencia y porcentaje sobre la procedencia de los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



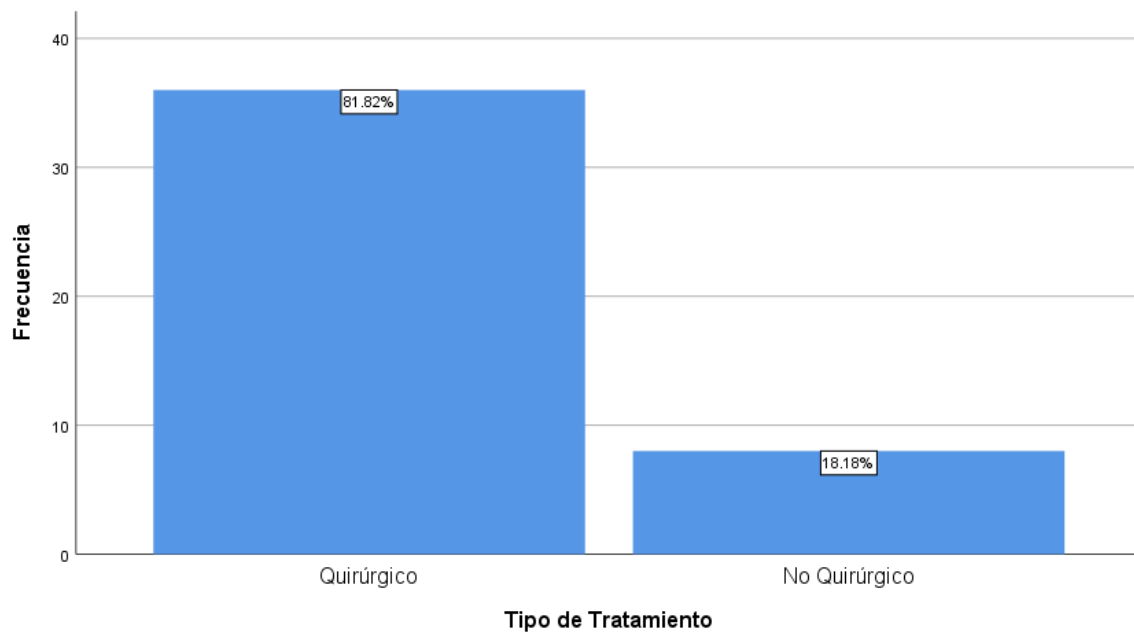
Gráfica 4. Frecuencia y porcentaje sobre escolaridad en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



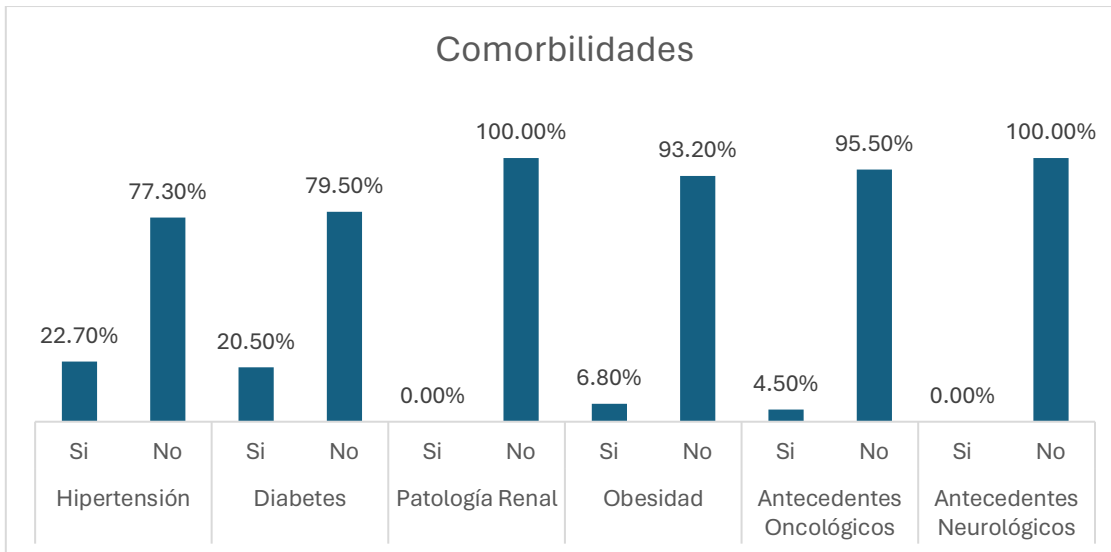
Gráfica 5. Frecuencia y porcentaje sobre el estado civil en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



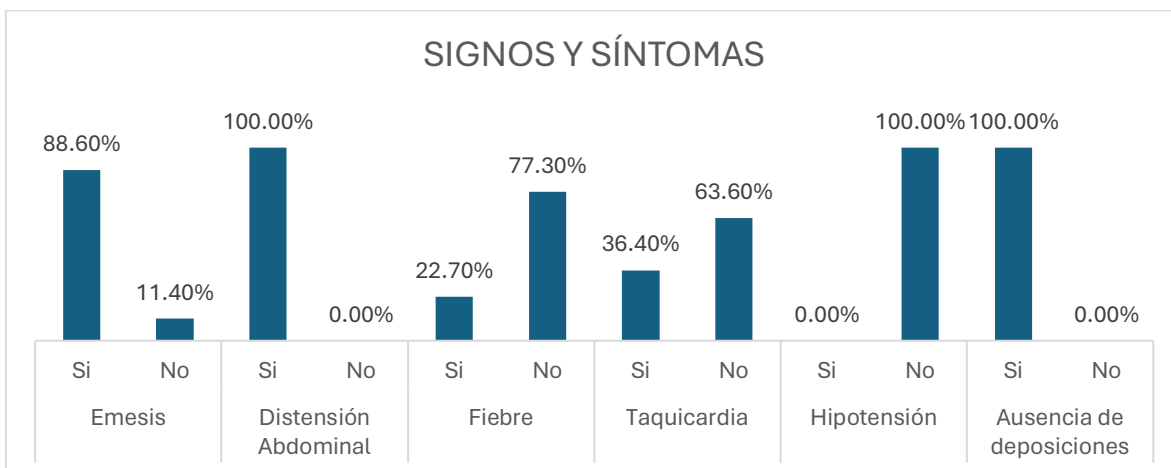
Gráfica 6. Frecuencia y porcentaje sobre el tipo de tratamiento aplicado en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



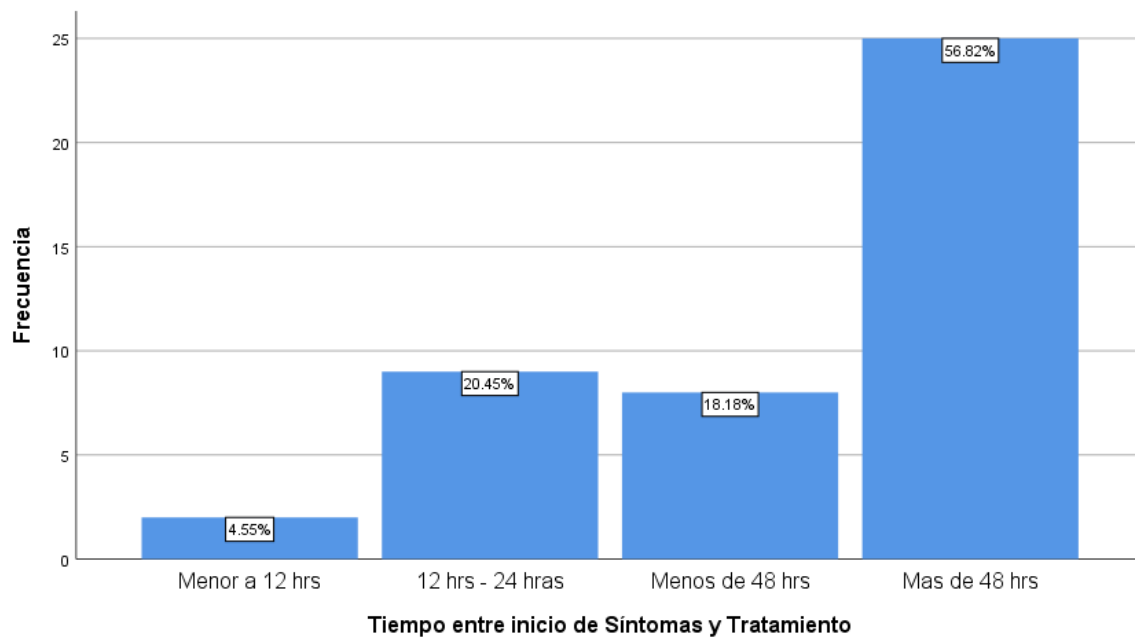
Gráfica 7. Frecuencia y porcentaje sobre el tipo de comorbilidad en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



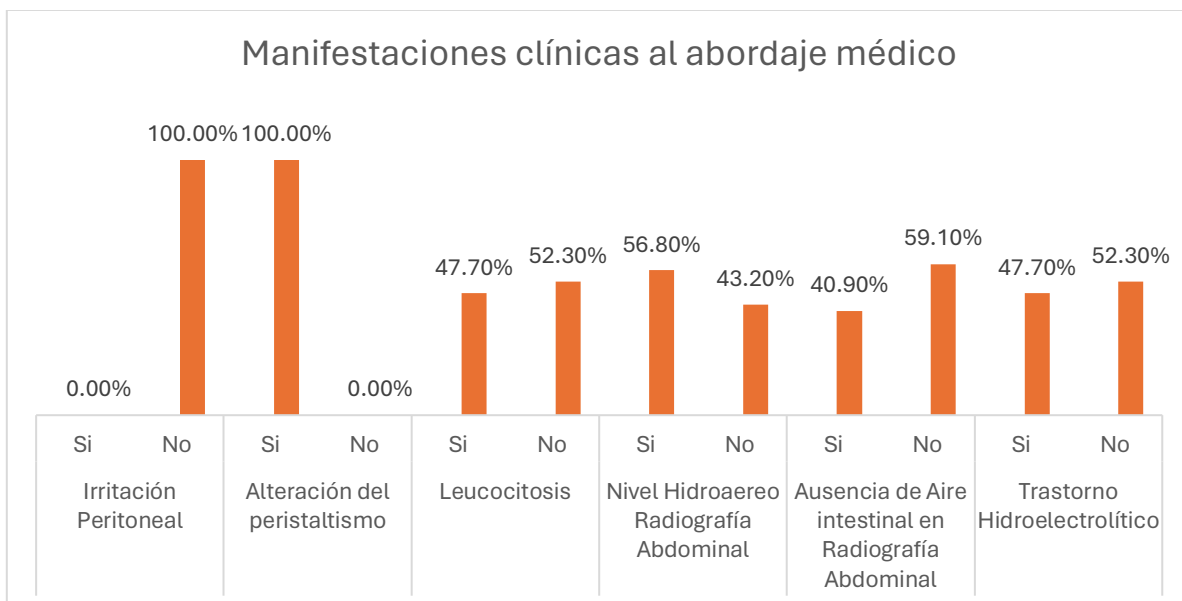
Gráfica 8. Frecuencia y porcentaje sobre los signos y síntomas en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



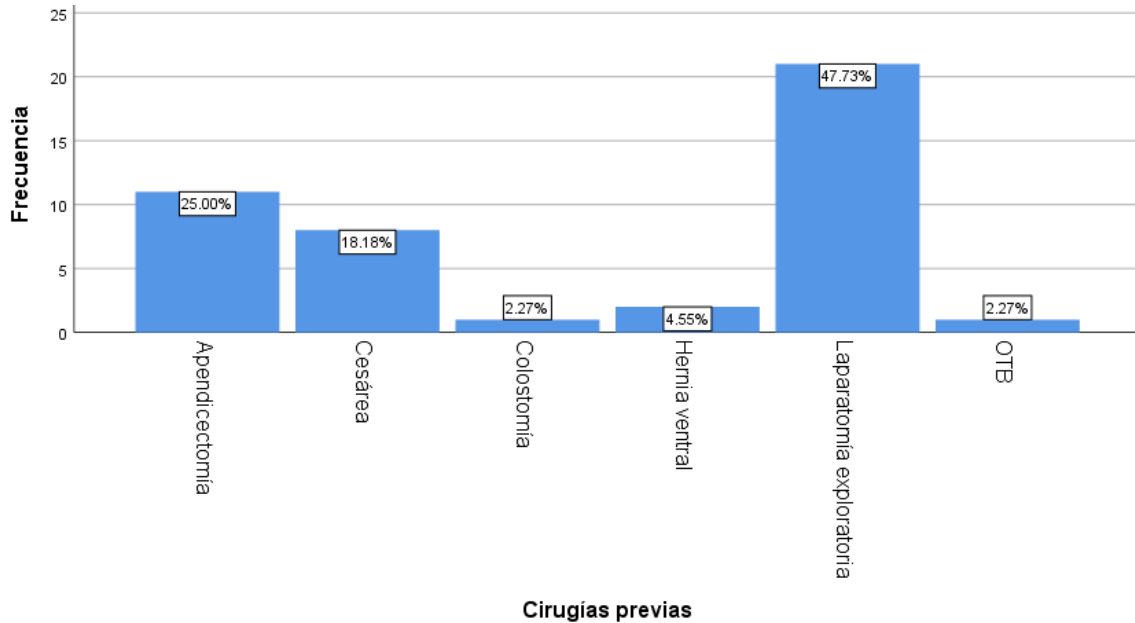
Gráfica 9. Frecuencia y porcentaje sobre el tiempo de inicio de síntomas hasta el momento del tratamiento en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



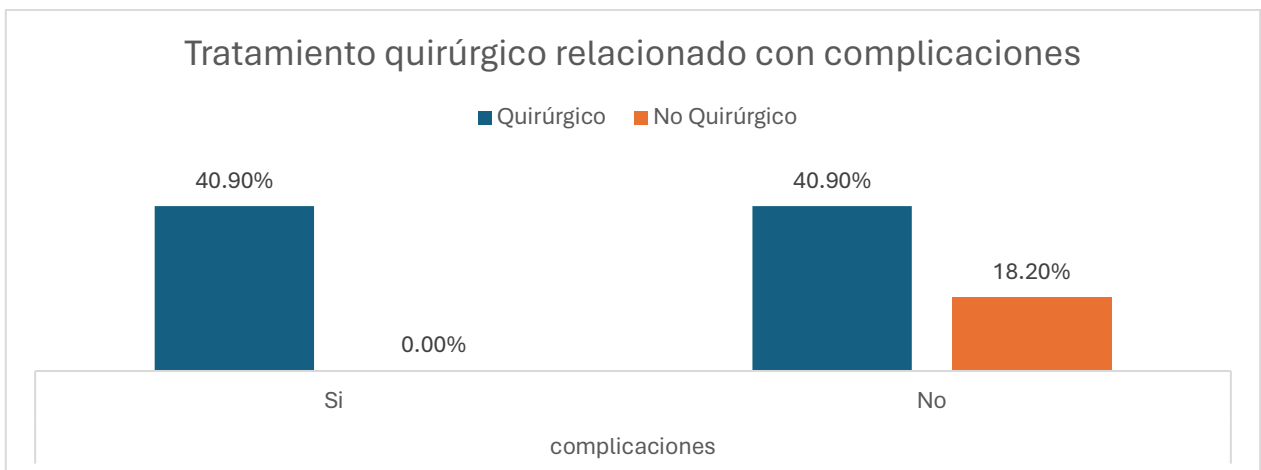
Gráfica 10. Frecuencia y porcentaje sobre las manifestaciones clínicas presentadas al momento del abordaje en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



Gráfica 11. Frecuencia y porcentaje sobre los antecedentes quirúrgicos en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



Gráfica 12. Relación sobre el tipo de tratamiento quirúrgico VS no quirúrgico con la presencia de complicaciones en los pacientes con oclusión intestinal por síndrome de adherencias en el Hospital General de Tijuana.



Resumen

Título: Porcentaje de remisión de oclusión intestinal por adherencias con manejo no quirúrgico vs manejo quirúrgico en el Hospital General Tijuana

Autores: Jocelyn Denisse Corrales Valenzuela.

Introducción: La oclusión intestinal es una de las causas de urgencia quirúrgica más común en el mundo. Su etiología principal es el síndrome adherencial siendo el intestino delgado el más afectado en el 60% de los casos. Los pacientes que presentan obstrucción intestinal representan el 20% de todas las urgencias quirúrgicas y su mortalidad varía de un 5% en los casos de obstrucción simple, a más de 30% cuando se asocia con estrangulación de asa y daño intestinal.

Material y métodos: Se trata de un estudio longitudinal, retrospectivo, observacional, descriptivo.

Resultados: El género masculino se presentó en un 59.1%. La media de edad fue de 44.27 años. El 81.8% se resolvió de manera quirúrgica mientras que el 18.2% fue tratamiento no quirúrgico. La principal comorbilidad fue la presencia de hipertensión arterial en un 22.7%. Los principales signos y síntomas presentes al momento del diagnóstico fue la distensión abdominal y la ausencia de deposiciones en un 100% cada uno. El tiempo de inicio de tratamiento desde el momento del diagnóstico fue el de mayor a 48 horas en un 56.8%. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes al momento de la intervención quirúrgica se observó que el 100% presentó ausencia de peristaltismo. El antecedente quirúrgico más frecuente fue la laparotomía exploratoria en un 47.7%.

Conclusiones: Los pacientes con oclusión intestinal por síndrome adherencial que acuden al Hospital General Tijuana tienen un porcentaje de remisión mayor con tratamiento quirúrgico que con el tratamiento no quirúrgico por lo cual se acepta nuestra hipótesis nula.

Palabras clave: Adherencias, quirúrgico, conservador, manejo.

1. Introducción

La oclusión intestinal es una de las causas de urgencia quirúrgica más común en el mundo. Su etiología principal es el síndrome adherencial siendo el intestino delgado el más afectado en el 60% de los casos, dentro de las causas más importantes del síndrome adherencial encontramos hernias, neoplasias y enfermedad de Crohn, entre otras. Aproximadamente el 20 al 30% de los casos de oclusión intestinal por síndrome adherencial requiere de tratamiento quirúrgico (Ten Broek, et al. 2018).

En México, existe reporte de un estudio retrospectivo de obstrucción intestinal alta de los centros hospitalarios como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS y el Hospital General de México, realizado a 5 años (1995-2000), con una incidencia de adherencias postoperatorios del 58, 51 y 23%, respectivamente, del total de caso revisados (De la Garza, 2001).

Los pacientes que presentan obstrucción intestinal representan el 20% de todas las urgencias quirúrgicas y su mortalidad varía de un 5% en los casos de obstrucción simple, a más de 30% cuando se asocia con estrangulación de asa y daño intestinal (Bolívar, Cortes, Fierro, et al. 2020. p. 37) (Nordin, Freedman. 2016) (Loftus, Moore, VanZant, et al. 2016).

La severidad de la enfermedad se basa en el número de cirugías previas, y las técnicas quirúrgicas utilizadas en dichas cirugías. El tratamiento quirúrgico de urgencia es necesario en pacientes con datos sugestivos, por clínica o imagen, de isquemia o sufrimiento intestinal (Tong, 2020).

Las adherencias abdominales son bandas de tejido fibroso intraperitoneal que conecta diferentes tejidos u órganos entre sí. En los sitios donde las adherencias se forman, puede producir plicatura o atrapamiento de asas resultando en oclusión mecánica completa o incompleta. En la oclusión intestinal incompleta el paciente puede canalizar gases e inclusive evacuar líquidos mientras que en la oclusión completa se describe constipación o incapacidad de canalizar gases. El tratamiento

no quirúrgico está encaminado a disminuir la presión intraluminal, reponer el desbalance hidroelectrolítico y evitar la traslocación bacteriana. El tratamiento quirúrgico se requiere cuando el tratamiento no quirúrgico no resolvió el cuadro o cuando hay datos de isquemia intestinal.

2. Marco teórico

Definición y clasificación

Se define a la oclusión intestinal, según la guía de práctica clínica, como la interrupción del tránsito intestinal, que impide expulsar gases y heces por el recto. Siendo el bloqueo de la luz intestinal que se da en su mayoría por factores extrínsecos (adherencias, hernias) y en pocas ocasiones por obstrucción de la luz (Guía de práctica clínica, 2012).

El termino adherencias proviene del latín tardío «adhaerentia» [ad «junto a» + haerē(re) «adherirse» + -ntiam «acción de»] que hace referencia a que es una formación de puentes vascularizados e inervados de tejido conectivo entre órganos, mediados por fibrinas que se acumulan sobre el tejido dañado comportándose como un pegamento para aislar el daño (Grijalva A, 2020).

Sin embargo, según Correa y cols. las adherencias intraperitoneales se definen como cualquiera de las cicatrices congénitas o postraumáticas, entre dos superficies peritoneales contiguas, que en un ambiente normal se encuentran desunidas (Correa et.al. 2015).

Se clasifica de la siguiente manera (Bolívar R, et.al. 2020):

1. Extrínsecas: 60% por adherencias congénitas o adquiridas, mientras que un 40% se debe a hernias, mal rotación, vólvulos, masas extraintestinales.
2. Intrínsecas: congénitas (atresia, estenosis, ano imperforado, duplicaciones, quistes, membranas) y adquiridas (neoplasia, infecciones, traumas y fibrosis).
3. Intraluminales: cálculos biliares, parásitos, cuerpos extraños, bezoares, meconio.
4. Funcionales: íleo adinámico o paralítico, íleo espástico.

Prevención

Se ha valorado que posterior a la realización de intervenciones quirúrgicas donde se presenten manipulación de vísceras o en órganos femeninos, el manejo con

antiinflamatorios no esteroideos inhibe la COX-1 y COX-2 y con ello se impide la síntesis de prostaglandinas y de tromboxanos. Dentro de este grupo se ha observado que los inhibidores selectivos de la COX-2 (nimesulida, celecoxib y parecoxib) presentan una reducción en la formación de adherencias intestinales. La heparina inhibe la activación de los factores de coagulación IX, X, XI y XII, previniendo la formación de fibrina (Gumán G, 2019).

Fisiopatología

La lesión al mesotelio peritoneal provoca la activación de la cascada de inflamación llevando a una infiltración de células inflamatorias y depósitos de colágeno. Los fibroblastos se infiltran a lesiones en donde forman puentes de adherencias firmes. En situaciones normales, los factores fibrinolíticos como el plasminógeno tisular degradarían la fibrina en pequeños fragmentos, sin embargo, cuando sucede un desbalance en este proceso, se forma la fibrina y los puentes de adherencias (Tong, L, et.al. 2020).

Se ha demostrado que la presencia de los fibroblastos que condicionan las adherencias tienen un fenotipo diferente de aquellos comunes que se encuentran en el tejido peritoneal, dicha transformación se ha relacionado con hipoxia tisular. Estos fibroblastos mutados, presentan un aumento en la expresión de mRNA de colágeno tipo I, fibronectina, metaloproteinasa-1, inhibidores de tejido de metaloproteinasa, factor de crecimiento tisular beta 1, COX-2 e interleucina 10, actuando en distintos momentos al momento de iniciar el proceso de las adherencias (Valdivia G, et.al. 2020). Todo este trabajo de las citocinas que fueron producto de los macrófagos reclutan células mesoteliales formando pequeñas islas en las láminas celulares permitiendo una rápida y uniforme re-epitelización, independientemente del tamaño del área lesionada, completándose en un adulto alrededor de 5 a 7 días. A modo de conclusión los 2 eventos fundamentales para la formación de adherencias son la coaptación de las dos superficies mesoteliales dañadas y el desbalance entre los depósitos de fibrina y su disolución (Elizondo J, et.al. 2004).

Inicialmente, la distensión abdominal causa un aumento en la peristalsis proximal y una inhibición de la peristalsis distal como un intento por aumentar la presión intraluminal y vencer la oclusión. Sin embargo, la fatiga del musculo liso ocurre y la peristalsis disminuye hasta ser nula. La dilatación de asas ocurre cuando el gas y los líquidos dentro de las asas se coleccionan, la traslocación bacteriana empieza a suceder por un estado de estasis (Enríquez D, 2007).

La pérdida de electrolitos y líquidos se da por un secuestro de líquidos en el tercer espacio (intraluminal) lo que provoca deshidratación, desequilibrio electrolítico y choque hipovolémico. El vómito y la disminución de la ingesta oral de líquidos aumenta el déficit hidroelectrolítico. A la medida que va aumentando la distensión de asas, se inicia la compresión de capilares venosos y linfáticos provocando edema y posteriormente isquemia que termina en perforación. El metabolismo anaeróbico y la isquemia celular producen ácido láctico y liberación de potasio resultando en una acidosis e hipercalcemia (Wesseels L, 2019).

Diagnóstico

Según los datos epidemiológicos, por arriba del 75% de los pacientes que presentan adherencias sintomáticas, presentan antecedente de intervención quirúrgica, el resto de pacientes presentan procesos inflamatorios pélvicos o abdominales. Al momento de presentar síntomas por adherencias sin antecedente quirúrgico suele expresarse como obstrucción intestinal, dolor crónico y en caso de pacientes femeninos como infertilidad (Salamanca, 2021).

Dentro de los principales síntomas y signos, dependerá, de la localización y de la causa de la obstrucción, así como el tiempo de evolución. La presentación clínica habitual en cuadro agudo inicia con dolor abdominal de tipo cólico, vómitos, distensión abdominal, alteración de la motilidad intestinal, ausencia de gases y deposiciones (Darnell A, 2008).

Como apoyo diagnóstico complementario, se utiliza inicialmente la radiografía de abdomen simple en posición de pie o de decúbito frontal, lateral u horizontal, así mismo

el ultrasonido Doppler con gran valor en trombosis mesentérica; TAC de abdomen simple o con contraste (Quevedo, 2007).

Tratamiento

Ante la elección del tratamiento y cuando iniciarlo, posterior al diagnóstico de obstrucción secundario a adherencias, debido a que el tratamiento quirúrgico causa nuevas adherencias y el tratamiento no quirúrgico no soluciona la razón principal de la obstrucción. Para el tratamiento de la obstrucción intestinal se debe tener en cuenta varios factores, principalmente la duración de los síntomas y los signos clínicos que presente el paciente, así como la alteración metabólica, el riesgo quirúrgico, el riesgo de estrangulación y su consecuente urgencia quirúrgica (Bolívar R, 2020).

Dentro del abordaje conservador, inicialmente lo ideal es dejar al paciente en ayuno y darle soporte intravenoso con líquidos, además de la descrompresión intestinal con sonda nasogástrica, la mayoría de ellos responderán adecuadamente al tratamiento conservador. Uno de los tratamientos más destacados ha sido la administración de contrastes hidrosolubles (Mora L, 2013).

Además de las medidas iniciales o de soporte en el íleo funcional se deberá iniciar con antibioticoterapia empírica con cefalosporinas con actividad anaeróbica, betalactámicos y quinolonas. Ante la presencia de íleo paralítico y obstrucción por bridas el tratamiento previo debería ser suficiente, sin embargo ante presencia de infección grave se deberá iniciar carbapenémicos, clindamicina o metronidazol con aminoglucósidos o con cefalosporinas de tercera generación o con flouroquinolonas. Se mantiene en observación durante máximo 72 horas, en caso de no mejorar, persistir o empeorar con aumento de leucocitos o aumento del gasto por la sonda nasogástrica, estará indicada la cirugía urgente (Bassy I, SN).

El gastrografín es una sustancia con efecto osmótico, con una osmolaridad de 1.200 mosm/L. Suele presentar un efecto terapéutico en la obstrucción del intestino al reducir

el edema de la pared intestinal y aumentar la tensión intraluminal mejorando la contractilidad contráctil del músculo liso generando un peristaltismo efectivo para superar la obstrucción, misma acción que se ha visto, se puede lograr con el uso de bario a baja concentración (Calleja E, 2015).

Al abordar el tratamiento quirúrgico, se indica cuando hay presencia de oclusión mecánica sin respuesta al tratamiento médico y cuando hay presencia de oclusión por estrangulación, se realiza laparotomía exploratoria, ante la manifestación clínica por distensión abdominal, vómitos, y ausencia de tránsito intestinal o empeoramiento a pesar del tratamiento médico conservador (Ministerio de salud pública, 2018).

3. Antecedentes

Brito y colaboradores, realizaron una búsqueda sistemática de la literatura, donde describen que las adherencias abdominales son la principal causa de obstrucción intestinal presentando una prevalencia del 65 al 75% de los casos. Se estima un riesgo del 1 al 10 % de obstrucción intestinal posterior a una apendicectomía, del 6,4 % después de una colecistectomía abierta, del 10-25 % después de una cirugía intestinal y de hasta un 25 % posterior a una proctocolectomía restaurativa (Brito I, 2022).

Según Rodríguez González y colaboradores, uno de cada 10 pacientes desarrolla al menos un episodio de obstrucción intestinal dentro de los próximos 3 años posteriores a la colectomía, mientras que las re-operaciones para la obstrucción intestinal por adherencias ocurre entre el 4.2 y 12.6% de los pacientes posterior a la cirugía así como el 12% de los pacientes que fueron tratados de manera conservadora en el plazo de 1 año, lo cual puede subir hasta el 205 en un lapso de 5 años, mientras que el riesgo de recurrencia es ligeramente menor después del tratamiento quirúrgico: 8% después de 1 año y 16% después de 5 años (Rodríguez, 2017).

Ricci y colaboradores refieren que la principal causa etiológica de las adherencias post quirúrgicas que representan el 80%, presentando una mayor prevalencia en los

pacientes masculino en un 68.3%, el 72.1% eran menores de 50 años y que del 65-75% presentaron comorbilidades, con una prevalencia de 79.7% con antecedente de cirugía previa, iniciando con sintomatología clínica con el 49.4% del 2 al tercer día de evolución (Ricci, 2017).

En México, Garibay y colaboradores refiere que del 20% de los ingresos por obstrucción intestinal, 40% de estos presentan estrangulación. La etiología en las diferentes series de SOI incluye tumores malignos (5-20%), hernia interna (2-10%) enfermedad inflamatoria intestinal (5-7%), vólvulos intestinales (3%), radiación (1%) y misceláneas (2- 11%), también menciona que las adherencias postoperatorias después de cirugía abdominal tienen una prevalencia en las diferentes publicaciones de la literatura mundial del 67 al 97%. Las adherencias abdominales que pueden iniciar su formación a las pocas horas del postoperatorio representan la causa más común de obstrucción intestinal (Garibay, 2017).

Guzmán G y colaboradores, refiere que se ha observado que los pacientes que presentan diagnóstico de adherencias tienden a presentar reintervenciones quirúrgicas, dolor abdominal crónico, obstrucción intestinal e infertilidad en las mujeres tomando en cuenta que el 93% de los pacientes que han tenido una o más cirugías desarrollan adherencias abdominales postoperatorias, mientras que hasta el 15-20% de la infertilidad femenina se produce como resultado de estas (Guzmán G, 2019).

Alrededor del 7% de los pacientes presentarán un cuadro de oclusión intestinal tras su primera cirugía abdominal y se estima que al menos el 25% lo harán en el primer año. Aunque la mayoría responderán al manejo conservador, el retraso en la cirugía de aquellos que finalmente no respondan aumenta la morbimortalidad y los días de estancia hospitalaria. Se ha reportado una menor mortalidad, así como una menor tasa de recurrencia de cuadros oclusivos, en los pacientes tratados quirúrgicamente en comparación con los manejados con tratamiento conservador (Toto J, 2021).

4. Planteamiento del problema

Estudios previos han estimado que el 75% de los pacientes son manejados de manera no quirúrgica exitosamente en su primera admisión por oclusión intestinal. Aunque ambos tratamientos pueden ser efectivos, el paradigma es que ambos pueden tener recurrencias por las adherencias que ya están formadas o por las nuevas adherencias que se forman en una segunda intervención.

En muchos estudios se ha mencionado como el tratamiento de elección el uso de manejo no quirúrgico. En un estudio realizado en el 2020, se encontró que los pacientes que requirieron manejo quirúrgico tuvieron disminución del riesgo de recurrencia comparado con aquellos que se manejaron de manera no quirúrgica. Se encontró que a mayor tiempo de recurrencia en los sujetos manejados quirúrgicamente comparada con los manejados no quirúrgicamente sugieren que la adherenciólisis es más efectiva que la descompresión y el manejo no quirúrgico. Aumentar la cantidad de recurrencias de esta enfermedad causan un impacto en la calidad de vida del paciente (Medvecz, et al. 2020).

Por lo cual nos realizamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el porcentaje de remisión de oclusión intestinal por adherencias con manejo quirúrgico VS manejo conservador en el Hospital General de Tijuana?

5. Justificación

Como se ha observado anteriormente, según la epidemiología nos demuestra que la oclusión intestinal es uno de los motivos de urgencias más frecuentes, ya sea completa o parcial, constituyendo hasta en un 20-35% de total de ingresos a urgencias. Esta elevada incidencia hace que realizar una adecuada anamnesis, así como la identificación oportuna de datos de urgencia quirúrgica para así lograr discriminar a aquellos pacientes que no ameriten de ello, ya que como se ha conocido anteriormente de los pacientes que cursan con un diagnóstico de oclusión intestinal en su mayoría son oclusiones incompletas, las cuales se pueden resolver con tratamiento médico no quirúrgico. Es por

eso, que es importante este reconocimiento y reforzamiento en el área de cirugía general, ya que de acuerdo con la población y recursos presentes en Tijuana se considera un hospital de segundo nivel con pocos recursos médicos, donde en la mayoría de los casos los pacientes acuden de manera tardía con una evolución desfavorable.

Este estudio pretende conocer qué tratamiento tiene mayor remisión en la población de nuestro hospital, así poder proceder de manera oportuna a un tratamiento rápido y eficaz, y como conocer si tenemos la misma incidencia que la bibliografía actual.

6. Hipótesis y objetivos

6.1 hipótesis nula

Los pacientes con oclusión intestinal por síndrome adherencial que acuden al Hospital General Tijuana tienen un porcentaje de remisión mayor con tratamiento quirúrgico que con el tratamiento no quirúrgico.

6.2 hipótesis alterna

Los pacientes con oclusión intestinal por síndrome adherencial que acuden al Hospital General Tijuana tienen un porcentaje de remisión menor con tratamiento quirúrgico que con el tratamiento no quirúrgico.

6.3 Objetivo general

Conocer el porcentaje de remisión de oclusión intestinal por adherencias con manejo quirúrgico VS manejo no quirúrgico en el Hospital General de Tijuana.

6.4 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes (sexo, edad, procedencia, escolaridad, estrato social).
2. Conocer la cantidad de pacientes que se ingresan a cirugía para resolución de oclusión intestinal.
3. Establecer la cantidad de pacientes que presentaron diagnóstico de oclusión intestinal y se egresó sin tratamiento quirúrgico.

4. Observar los principales síntomas con los cuales debutan los pacientes (emesis, distensión abdominal, fiebre, taquicardia, hipotensión, ausencia de deposiciones).
5. Establecer los principales signos clínicos presentados al momento del abordaje medico (irritación peritoneal, alteración del peristaltismo, leucocitosis, nivel hidroaéreo, en la radiografía abdominal, ausencia de aire intestinal en la radiografía intestinal, trastorno hidroelectrolítico).
6. Valorar el tiempo entre el inicio de los síntomas y cuando acudió a la consulta (menor a 12 hrs, de 12 a 24 hrs, 48 hrs, mayor a 48 hrs)
7. Conocer los antecedentes sobre comorbilidades de los pacientes (hipertensión, diabetes, patología renal, patología cardiaca, obesidad, antecedente oncológico, antecedente neurológico).
8. Demostrar los tipos de procedimientos quirúrgicos previos (cirugía por procesos inflamatorios, oncológicos, por traumatismos, vasculares, cesáreas, prostatectomías, anexos, hysterectomías).
9. Identificar el tiempo entre la intervención quirúrgica y el diagnóstico de oclusión (en una semana, en un mes, en un año, dentro de 1 a 5 años, de 6 a 10 años, mayor a 10 años).

7 Material y Métodos:

7.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio longitudinal, retrospectivo, observacional, descriptivo.

7.2 Descripción de la población

Pacientes del Hospital General Tijuana que acuden a urgencias por oclusión intestinal con antecedente de cirugía abdominal previa desde 1 enero 2023 al 1 enero 2024 que fueron ingresados al servicio de cirugía por oclusión intestinal. Se dividirán en dos grupos, el grupo A que tuvo manejo no quirúrgico inicial y el grupo B que fue valorado y requirió un abordaje quirúrgico. El manejo no quirúrgico se realiza a base de antibióticos, ayuno vía oral, reposición hidroelectrolítica y descompresión con manejo con sonda nasogástrica. Se definió como remisión aquellos casos que iniciaron con evacuaciones o canalización de gases posterior a manejo así como tolerancia a la vía oral y remisión del dolor abdominal dentro de las 72 horas de tratamiento conservador, si no remitió, al cuanto tiempo se decidió manejo quirúrgico. Se valorará el tiempo de remisión del cuadro de oclusión intestinal, complicaciones y la estancia intrahospitalaria en ambos grupos.

7.3 Cálculo del tamaño de muestra

Es un muestreo por conveniencia, por lo que no se necesita un número de muestra.

7.4 Criterios de selección de la muestra

7.4.1 Criterios de inclusión

1. Pacientes de sexo indistinto
2. Mayores de 18 años y sin máximo de edad
3. Que cursen con diagnóstico de oclusión intestinal de cualquier grado.

7.4.2 Criterios de exclusión

1. Pacientes con edad menor a 18 años
2. Pacientes que se soliciten alta voluntaria
3. Pacientes que se encuentran con VMA

7.4.3 Criterios de eliminación

1. Pacientes que a su ingreso requieran intervención quirúrgica de urgencia
2. Pacientes que se egresen voluntariamente posterior a manejo conservador remitido.
3. Pacientes que durante su estancia hospitalaria fallecieron sin relación a la oclusión intestinal.

7.5 Variables

7.5.1 Variables dependientes

1. Oclusión intestinal

7.5.2 Variables independientes

1. Sexo, edad, procedencia, escolaridad, estrato social.
2. Emesis, distensión abdominal, fiebre, taquicardia, hipotensión, ausencia de deposiciones.
3. Irritación peritoneal, alteración del peristaltismo, leucocitosis, nivel hidroaéreo, ausencia de aire intestinal, trastorno hidroelectrolítico.
4. Evolución de sintomatología.
5. Comorbilidades.
6. Antecedente quirúrgico.
7. Tipo de intervención quirúrgica.

7.5.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
EDAD	Cuantitativa	Continua	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de un ser vivo.	Número de años
SEXO	Cualitativa	Dicotómica	Características biológicas y fisiológicas que distinguen a los hombres de las mujeres.	1-Masculino. 2-Femenino.
Procedencia	Cualitativa	Categoría	Origen del cual proviene de una persona.	1. Urbana 2. Rural
Escolaridad	Cualitativa	Categoría	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento.	1. Nula 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Universitario 6. Post grado
Estrato socioeconómico	Cualitativa	Categoría	Descripción de la situación de una persona según su educación, ingresos y el tipo de trabajo que tiene.	1. Bajo 2. Medio 3. Alto
Síntomas	Cualitativa	Categoría	Manifestación subjetiva de una enfermedad o padecimiento por el cual cursa una personas.	1. Emesis 2. Distensión abdominal 3. Fiebre 4. Taquicardia 5. Hipotensión 6. Ausencia de deposiciones
Signos	Cualitativa	Categoría	Alteración que se identifica durante un examen físico o prueba diagnóstica con imágenes o laboratoriales de que una personas tenga una afección o enfermedad.	1. Irritación peritoneal 2. Alteración del peristaltismo 3. Leucocitosis 4. Nivel hidroaéreo 5. Ausencia de aire en rayos x 6. Trastorno hidroelectrolítico
Antecedentes personales patológicos	Cualitativa	Categoría	Enfermedades que presentó o presenta una personas.	1. Hipertensión 2. Obesidad 3. Diabetes 4. Patología renal 5. Patología cardiaca

				6. Antecedente oncológico 7. Antecedente neurológico.
Cirugía previa	Cualitativa	Dicotómica	Antecedente de haber requerido intervención quirúrgica.	1. Si 2. No
Tipo de procedimiento quirúrgico	Cualitativa	Dicotómica	Operación instrumental, total o parcial de lesiones causadas por enfermedad o accidentes con fines diagnósticos o terapéuticos.	1. Cirugía por procesos inflamatorios. 2. Cirugía oncológica 3. Por traumatismo 4. Cirugía vascular 5. Cesárea 6. Histerectomía 7. Cirugía de anexos 8. Prostatectomía
Cantidad de intervenciones quirúrgicas	Cuantitativa	Continua	Número de intervenciones quirúrgicas.	Numero de intervenciones

7.6 Análisis estadístico

Posterior a recopilar los datos, se realizará la estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias para cualitativas. Las pruebas no paramétricas utilizando la prueba estadística de dos colas para determinar si hay una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo A y el grupo B, el procesamiento de datos se realizará con el programa estadístico SPSS versión 27.

7.7 Aspectos éticos

La investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud en esta materia de investigación para la salud. título segundo, capítulo I, artículo 13, 14 fracción I; VI; y VII, artículo 16, 17 fracción II y artículo 21 (Secretaría de Salud, 1987). Dado el tipo de estudio a realizar se enfatizó en la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos, por lo que, basada en esta premisa, nos apoyamos en el siguiente artículo y en el punto de la Declaración de Helsinki: Artículo 4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Artículo 20. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Artículo 21. Fracción I, II. VI, VII, VIII y IX. Se le dio una explicación clara y precisa al participante acerca del propósito de la investigación, procedimientos que se realizaron y la garantía de que recibiría respuestas adecuadas a cualquier pregunta o duda sobre el estudio. El participante tuvo la libertad de retirarse en cualquier momento, sin que esto le perjudique. El participante contó con la seguridad de no ser identificado y de que se mantuvo la confidencialidad de la información que proporcionó. La información recabada se resguarda en un sitio que garantiza el anonimato de los participantes, clasificada por cada uno de los instrumentos utilizados en archiveros pertinentes (La información se conservará por un máximo de 5 años en poder del investigador principal y será destruida después del término de este período). Los datos obtenidos no serán utilizados para investigaciones diferentes a la planteada en el objetivo. Clasificar la documentación relacionada con los protocolos de investigación y con las actividades, de acuerdo con la normatividad aplicable. Fechar, numerar y archivar toda la información.

Acceso a los archivos recibidos y elaborados, sólo permitida a personal autorizado.

8 Resultados

Dentro del estudio “Porcentaje de remisión de oclusión intestinal por adherencias con manejo no quirúrgico vs manejo quirúrgico en el Hospital General Tijuana” se observaron los siguientes resultados:

Con respecto al género se observó que de los 44 pacientes el 40.9% fue del género femenino (N=18), mientras que el género masculino corresponde al 59.1% (N=26) (Tabla 1 y Gráfica 1). Respecto con la edad se presentó una media de 44.27 años, una mediana de 38.50 años y una moda de 37 años (DesVest 16.421) (Tabla 2 y Gráfica 2). Respecto a la procedencia de los pacientes el 18.2% corresponde a Sinaloa (N=8), el 15.9% corresponde a Baja California (N=7), el 11.4% de la Ciudad de México (N=5) y el 9.1% corresponde al estado de Chiapas (N=4) (Tabla 3 y Gráfica 3). Al valorar la escolaridad de los pacientes con adherencias se observó que el 38.6% presentó una escolaridad máxima de secundaria (N=17), mientras que fue igual al grado de ninguna y primaria en un 20.5% (N=9) para cada grado, en el grado de preparatoria fue del 18.2% (N=8) (Tabla 4 y Gráfica 4). En relación con el estado civil el 36.4% se encontró soltero (N=16), mientras que el 31.8% se encontró casado (N=14), en una unión libre el 13.6% (N=6) (Tabla 5 y Gráfica 5).

Al valorar el tipo de tratamiento aplicado en los pacientes con adherencias se observó que el 81.8% se resolvió de manera quirúrgica (N=36), mientras que el 18.2% fue un tratamiento no quirúrgico (N=8) (Tabla 6 y Gráfica 6). Dentro de las principales comorbilidades presentes en los pacientes con adherencias se observó que el antecedente de hipertensión arterial sistémica fue el más frecuente en la población en un 22.7% (N=10), seguido de diabetes mellitus en un 20.5% (N=9), con presencia de obesidad en un 6.8% (N=3), se observó que el 4.5% (N=2) presentó antecedentes oncológicos (Tabla 7 y Gráfica 7).

Se observaron los principales signos y síntomas donde prevaleció la presencia de distensión abdominal en el 100% de los pacientes (N=44), emesis en el 88.6% (N=39), fiebre en un 22.7% (N=10), presencia de taquicardia en un 36.4% (N=16), ningún

paciente presentó hipotensión al momento del diagnóstico, y el 100% de los pacientes presentaron ausencia de deposiciones (N=44) (Tabla 8 y Gráfica 8). Se valoró el tiempo de inicio de los síntomas hasta el momento en el que se realizó el tratamiento donde se observó que en un lapso menor a 12 horas se realizó el tratamiento al 4.5% de los pacientes (N=2), de 12 a 24 horas de su ingreso de intervino al 20.5% (N=9), en un lapso menor de 48 horas el 18.2% (N=8) y con un periodo mayor de 48 horas se intervino al 56.8% (N=25) (Tabla 9 y Gráfica 9).

Al valorar las manifestaciones clínicas al momento de la intervención se observó que 100% presentó alteración en el peristaltismo (N=44), leucocitosis en un 47.7% (N=21), la presencia de nivel hidroaéreo al momento de la radiografía abdominal en un 56.8% (N=25), se presenció ausencia de aire intestinal en radiografía de abdomen en un 40.9% (N=18), y por último algún trastorno hidroelectrolítico se observó en un 47.7% (N=21) (Tabla 10 y Gráfica 10).

Se observaron los antecedentes quirúrgicos, donde el 47.7% se sometió a laparotomía exploratoria (N=21), apendicectomía en un 25% (N=11), antecedente de cesárea en un 18.2% (N=8), plastía de hernia ventral en un 4.5% (N=2), colostomía y oclusión tubárica bilateral correspondieron al 2.3% (N=1) (Tabla 11 y Gráfica 11).

Se valoró el tratamiento quirúrgico con el no quirúrgico en relación a si presentaron o no complicaciones donde se obtuvo una $p = 0.009$ lo cual es estadísticamente significativa (Tabla 12 y Gráfica 12).

9 Discusión

Idrobo A y colaboradores, en el año 2020 realizaron un estudio observacional tipo cohorte, prospectivo, de los pacientes atendidos con tratamiento conservador durante el período 2012-2013 por obstrucción intestinal. Se recogió información sociodemográfica y clínica de los pacientes, así como seguimiento hasta el alta hospitalaria. Para el análisis se empleó estadística descriptiva y se analizó con SPSS V.15, donde su objetivo fue describir las características clínicas de los pacientes en edad adulta que presentaron obstrucción intestinal por adherencias y valorar los tipos de manejo quirúrgico y conservador, dentro de los resultados se observó que el 58.9% fueron pacientes masculinos con una media de 55 años, al igual que en nuestro estudio fue más frecuente las comorbilidades cardiovasculares como la hipertensión y el 91.1% presentó antecedente quirúrgico, sin embargo a diferencia que nuestro estudio los principales signos y síntomas fueron la emesis aunque coincidimos con la presencia de distensión abdominal dentro de los principales, de los cuales se difirió en el tratamiento ya que al 80.4% se le otorgó tratamiento conservador sin mención de complicación mientras que solo al 19.6% se le otorgó manejo quirúrgico. De todos los casos se presentó como complicación 1 paciente finado mientras que, en nuestro estudio, no hubo mención de complicaciones (Idrobo A, 2020).

En 2024, Razo y colaboradores, realizaron un estudio observacional, analítico, comparativo, transversal, retrospectivo, retrolectivo, homodémico y unicéntrico en 71 pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal. Donde se observó que el 33.8% tuvo una resolución con manejo médico y el 66.2% requirió de manejo quirúrgico, que similar a nuestro estudio fue mayor el número de pacientes que requirió someterse a dicho tratamiento (Razo C, et.al. 2023).

10 Conclusiones

Dentro del estudio “Porcentaje de remisión de oclusión intestinal por adherencias con manejo no quirúrgico vs manejo quirúrgico en el Hospital General Tijuana” se obtuvieron las siguientes conclusiones: El género más frecuente fue el masculino en un 59.1%. La media de edad fue de 44. 27 años. La población que más recibió atención médica fue la proveniente de Sinaloa en un 18.2%. La escolaridad más frecuente fue de el grado de primaria en un 38.6%. El 36.4% se encontró soltero. El 81.8% se resolvió de manera quirúrgica mientras que el 18.2% fue tratamiento farmacológico. La principal comorbilidad fue la presencia de hipertensión arterial en un 22.7%. Los principales signos y síntomas presentes al momento del diagnóstico fue la distensión abdominal y la ausencia de deposiciones en un 100% cada uno. El tiempo de inicio de tratamiento desde el momento del diagnóstico fue el de mayor a 48 horas en un 56.8%. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes al momento de la intervención quirúrgica se observó que el 100% presentó ausencia de peristaltismo. El antecedente quirúrgico más frecuente fue la laparotomía exploratoria en un 47.7%.

Los pacientes con oclusión intestinal por síndrome adherencial que acuden al Hospital General Tijuana tienen un porcentaje de remisión mayor con tratamiento quirúrgico que con el tratamiento no quirúrgico por lo cual se acepta nuestra hipótesis nula.

11 Bibliografía

1. Tratamiento Quirúrgico de Oclusión Intestinal por Adherencias en el Adulto en el Segundo Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud, 2012. Obtenida del sitio web: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-359-12/ER.pdf>
2. Grijalva AE, Reinoso KA, García RM, Ayora CR. (2020). Síndrome adherencial: complicaciones. Saberes del conocimiento. Rev. RECIMUNDO. Vol. 4, no 4. Pp 362-370. DOI: 10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.362-370.
3. Correa JM, Villanueva GC, Medina R, Carrillo R, Díaz A. (2015). Obstrucción intestinal secundaria a formación de adherencias postoperatorias en cirugía abdominal. Revisión de la literatura. ELSEVIER. Vol.83. Núm.4. DOI: [10.1016/j.circir.2015.05.024](https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.05.024). Obtenido del sitioweb: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-obstruccion-intestinal-secundaria-formacion-adherencias-S0009741115000997>.
4. Bolívar MR, Cortes MA, Fierro R, Cázarez MA, Morgan F. (2020). Obstrucción del intestino delgado por adherencias. Revista Medica UAS. Vol. 10, No. 1. DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v10.n1.006>.
5. Tong, J. W. V., Lingam, P., & Shelat, V. G. (2020). Adhesive small bowel obstruction – an update. Acute Medicine & Surgery, 7(1), e587. <https://doi.org/10.1002/ams2.587>
6. Valdivia GG, Tena E & Martínez P. (2020). Adherencias abdominales postoperatorias: Patogénesis y técnicas actuales de prevención. Rev Cirugía y cirujanos. Acute Medicine & Surgery, 7(1), e587. <https://doi.org/10.1002/ams2.587>
7. Elizondo JL, López J, Poblano M, Yáñez J & Pérez R. (2004). Adherencias peritoneales postquirúrgicas: fisiopatología y prevención. Revista Hospital Jua Mex. Vol. 71, Num 1. Obtenido del sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2004/ju041f.pdf>
8. Enríquez SD. (2007). Análisis de la obstrucción intestinal en pacientes mayores de 50 años. Universidad de Granada. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ISBN: 978-84-338-4686-0. Obtenido del sitio Web: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1725/17243750.pdf;jsessionid=CBF3EA13D6919374C0E7E4422E64A4BC?sequence=1>
9. Wessels, L. E., Calvo, R. Y., Dunne, C. E., et al. (2019). Outcomes in adhesive small bowel obstruction from a large statewide database: What to expect after non-operative management. The Journal of Trauma and Acute Care Surgery. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002196>
10. Salamanca B. (2021). Adherencias peritoneales postoperatorias en adultos y su prevención. Rev MPG. Vol. 3 no. 52. Obtenido del sitio web: <https://www.uptodate.com/contents/postoperative-peritoneal-adhesions-in-adults-andtheir-prevention>
11. Darnell A & Martín J. (2008). Tomografía computarizada en el diagnóstico de la obstrucción intestinal. UDIAT. GH Continuada, Vol 7 no. 4. Obtenido del sitio web: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=70000589&r=8>
12. Quevedo Guancho, Lázaro. (2007). Oclusión intestinal: Clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Revista Cubana de Cirugía*, 46(3) Recuperado en 05 de mayo de

- 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000300015&lng=es&tlng=es.
13. Gumán G, Tena E, Martínez P, (2019). Adherencias abdominales postoperatorias: patogénesis y técnicas actuales de prevención. Rev. Cirugía y cirujanos. DOI: 10.24875/CIRU.18000511.
 14. Mora L, Serra X, Llaquet H, Navarro S. (2013). Uso del gastrofin en el manejo del cuadro de oclusión intestinal adherencial. Rev Cirugía española Vol 91 núm, 6. Pp384-388. DOI: [10.1016/j.ciresp.2012.10.011](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.10.011)
 15. Calleja E, Moreno A, García A, Hernández A, Bregante J, Marhuenda C. (2015). Administración de contraste hidrosoluble para el tratamiento de las oclusiones intestinales por adherencias. Rev. Cirugía Ped. Vol 28. Núm. 3. Pp 118-122. Obtenido el sitio web: https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2015_28-3_118-122.pdf
 16. Bassy I & Esteban MJ. (S.N.). Obstrucción intestinal. Tratado de geriatría para residentes. Vol 56. Pp575-579. Obtenido del sitio Web: www.segg.es
 17. Ministerio de Salud Pública. (2018). Protocolo para el manejo quirúrgico de la obstrucción intestinal. Colegio Dominicano de cirujanos. Obtenido del sitio web: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/890/ProtocoloManejoQuirurgicoObstruccionIntestinal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 18. Brito IC & Vega NV. (2022). Obstrucción intestinal por adherencias: un lienzo en blanco en el que el cirujano elige los colores. Rev Colombiana de Cirugía. Vol 38 núm 38. <https://doi.org/10.30944/20117582.2146>
 19. Rodríguez JM, Sanz P & Torregrosa N. (2017). Guías de Bolonia de 2017 sobre el manejo de la obstrucción intestinal por adherencias (Sociedad mundial de las emergencias). Rev. MPG Journal. Vol. 3. Núm. 52. Obtenido del sitio web: revista original: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29946347/>
 20. Ricci CC, Peña CM, Cabrera H. (2017). Obstrucción intestinal por Bidas/adherencias: proporción y evolución del manejo conservador. Rev. Archivos de Medicina. Vol. 13. Núm 3. doi: 10.3823/1356. Obtenido del sitio web: www.archivosdemedicina.com
 21. Garibay F, Navarrete M, Moreno F, Salinas EL, Rodríguez E, Cleva G. (2017). Incidencia de la obstrucción intestinal por adherencias postoperatorias en el Hospital Central Militar. Factores de riesgo asociados. Rev. Sanidad Militar Mexico. Vol 71. Núm. 6. Obtenido del sitio web: a en <http://www.medigraphic.com/sanidadmilitar>
 22. Gumán G, Tena E, Martínez P. (2019). Adherencias andominales postoperatorias: patogenia y técnicas actuales de prevención. Rev. Cirugía y ciruanos. DOI: 10.24875/CIRU.18000511. obtenido del sitio web: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v87n6/2444-054X-cir-87-6-698.pdf>
 23. Toto-Morales, Julián G., Martínez-Munive, Ángel, & Quijano-Orvañanos, Fernando. (2021). Características clínicas y tomográficas asociadas al manejo quirúrgico en pacientes con obstrucción intestinal de origen adherencial. *Cirugía y cirujanos*, 89(5), 588-594. Epub 03 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.24875/ciru.20000716>
 24. Medvecz, Andrew J. MD, MPH^{b,*}; Dennis, Bradley M. MD, FACS^{a,b}; Wang, Li MS^c; Lindsell, Christopher J. PhD^c; Guillamondegui, Oscar D. MD, MPH,

FACS^{a,b}. Impact of Operative Management on Recurrence of Adhesive Small Bowel Obstruction: A Longitudinal Analysis of a Statewide Database. *Journal of the American College of Surgeons* 230(4):p 544-551e1, April 2020. | DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2019.12.006. Obtenido del sitio web: https://journals.lww.com/journalacs/abstract/2020/04000/impact_of_operative_management_on_recurrence_of.36.aspx

25. Idrobo, Anuar Armando, Bastidas, Beatriz Eugenia, Yasno, Lina Marcela, Vargas, Andrés Leonardo, & Merchán-Galvis, Ángela María. (2020). Presentación y desenlace del manejo conservador en obstrucción intestinal por bridas en el Cauca. *Revista colombiana de Gastroenterología*, 35(4), 447-454. Epub July 12, 2021. <https://doi.org/10.22516/25007440.517>
26. Razo-Cuaquentzi, J. (2023). Respuesta al tratamiento médico VS quirúrgico en pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal. Universidad Autónoma de Puebla. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/b486fad0-1810-4a49-81f4-1725cbea8f5b>
- 27.

Anexos

Anexo A. Acta de aprobación del Comité de Ética en Investigación.



GOBIERNO DE
MÉXICO



SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

ENTIDAD: IMSS BIENESTAR BAJA CALIFORNIA
SECCIÓN: HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA.
SUBSECCIÓN: COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
NÚMERO DE OFICIO:

ASUNTO: Dictamen CEI

Tijuana, Baja California a lunes 09 de septiembre 2024

DRA. JOCELYN DENISSE CORRALES VALENZUELA

Investigador principal

Por este conducto informamos a Usted que, posterior a una revisión detallada de la documentación relacionada con el protocolo de investigación "Porcentaje de remisión de oclusión intestinal por adherencias con manejo no quirúrgico vs manejo quirúrgico en el Hospital General Tijuana", el Comité de Ética en Investigación del Hospital General Tijuana -con registro: CONBIOÉTICA-02-CEI-001-20170526-, emitió el siguiente dictamen durante la sesión efectuada el 30 de agosto de 2024.

DICTAMINACIÓN: APROBADO
Código/Número de protocolo: IR/2024-Cx2

En este sentido, se le informa que, los documentos aprobados fueron los siguientes:

1. Protocolo en extenso "Porcentaje de remisión de oclusión intestinal por adherencias con manejo no quirúrgico vs manejo quirúrgico en el Hospital General Tijuana", Versión 1 en español
2. Anexo. Hoja de recolección de datos

Dada la presente aprobación, usted se compromete a notificar oportunamente en caso de realizar modificaciones o enmiendas a los documentos previamente aprobados, así como ante cualquier circunstancia significativa respecto a la seguridad de los sujetos de estudio en cualquier momento de la investigación.

Quedaremos en espera de presentación de informes parcial y/o final.

Mtra. Alicia Sánchez Ramírez
Presidenta del Comité de Ética en Investigación
Hospital General Tijuana



HOSPITAL GENERAL
DE TIJUANA, B.C.

09 SEP 2024

APROBADO
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACION

C.c.p. CEI

