

Hallazgos clínicos y de laboratorio en obstrucción intestinal quirúrgica en adultos

Alvaro Josué Sontay-Santa-María^{1*}<https://orcid.org/0009-0004-1225-0653>**Hugo Orlando San-José-Medina²**<https://orcid.org/0009-0009-2137-8188>

RESUMEN

Introducción: La obstrucción intestinal quirúrgica es una causa frecuente de abdomen agudo en los servicios de emergencias, debido a sus múltiples etiologías. Presenta manifestaciones clínicas variables y demora en el diagnóstico. Establecer un diagnóstico es crucial, para decidir entre tratamiento conservador o resolución quirúrgica. **Objetivo:** Identificar los aspectos clínicos y de laboratorio frecuentes en pacientes con obstrucción intestinal quirúrgica. **Métodos:** Se realizó una revisión de expedientes clínicos de pacientes entre 19 a 70 años, ingresados al servicio de emergencia de cirugía general del Hospital Regional de Cobán de Junio 2023 a Marzo 2024. Se utilizó estadística descriptiva y la prueba de Chi-cuadrado para determinar asociaciones significativas. **Resultados:** Del total de pacientes, el 73% fueron diagnosticados con obstrucción intestinal quirúrgica. Los hallazgos clínicos más frecuentes incluyeron dolor abdominal tipo cólico (100%), distensión abdominal (87%), leucocitosis >10,000 (87%), vómitos (74,1%) y tacto rectal sin heces (72,2%). Variables como distensión abdominal, ausencia de ruidos gastrointestinales, hipokalemia y leucocitosis >10,000 mostraron significancia estadística ($p < 0,05$). **Conclusiones:** Las variables clínicas y de laboratorio identificadas son fundamental para el diagnóstico temprano de obstrucción intestinal quirúrgica, en especial en entornos con recursos limitados, donde las herramientas diagnósticas avanzadas no siempre están disponibles.

Palabras clave: Obstrucción intestinal; Diagnóstico Clínico; Intervención Médica Temprana; Laparotomía

Acceso abierto

Recibido: 12/01/2025**Aceptado:** 09/04/2025**Publicado:** 23/05/2025

Correspondencia

* alvarojosue.sontaysantamaria@gmail.com

¹Estudiante de la carrera Médico y Cirujano. Universidad San Carlos de Guatemala. Hospital Regional de Cobán. Guatemala. Correo: alvarojosue.sontaysantamaria@gmail.com

²Doctor en Medicina. Hospital Regional de Cobán. Guatemala. Correo: hugosjmedina@gmail.com



Clinical and laboratory findings in surgical intestinal obstruction in adults

ABSTRACT

Introduction: Surgical intestinal obstruction is a frequent cause of acute abdomen in emergency services due to its multiple etiologies. It presents variable clinical manifestations and delays in diagnosis. Establishing a diagnosis is crucial to deciding between conservative treatment or surgical resolution. **Objective:** To identify the frequent clinical and laboratory aspects in patients with surgical intestinal obstruction. **Methods:** A clinical records review of patients between 19 and 70 years old admitted to the Regional Hospital of Cobán general surgery emergency service from June 2023 to March 2024 was conducted. Descriptive statistics and the Chi-square test were used to determine significant associations. **Results:** Of the total number of patients, 73% were diagnosed with surgical intestinal obstruction. The most frequent clinical findings included cramping abdominal pain (100%), abdominal distension (87%), leukocytosis $>10,000$ (87%), vomiting (74.1%), and digital rectal examination without stool (72.2%). Variables such as abdominal distension, absence of gastrointestinal sounds, hypokalemia, and leukocytosis $>10,000$ were statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusions:** The identified clinical and laboratory variables are essential for the early diagnosis of surgical intestinal obstruction, especially in resource-limited settings where advanced diagnostic tools are not always available.

Keywords: Intestinal obstruction; Clinical Diagnosis; Early Medical Intervention; Laparotomy.

Constatations cliniques et de laboratoire dans l'occlusion intestinale chirurgicale chez l'adulte

RÉSUMÉ

Introduction: L'occlusion intestinale chirurgicale est une cause fréquente d'abdomen aigu aux urgences, en raison de ses étiologies multiples. Elle présente des manifestations cliniques variables et des retards de diagnostic. L'établissement d'un diagnostic est crucial pour décider entre un traitement conservateur ou une résolution chirurgicale. **Objectif:** Identifier les aspects cliniques et biologiques communs chez les patients présentant une occlusion intestinale chirurgicale. **Méthodes:** Une revue des dossiers cliniques des patients âgés de 19 à 70 ans, admis au service d'urgence de chirurgie générale de l'hôpital régional de Cobán de juin 2023 à mars 2024, a été réalisée. Des statistiques descriptives et le test du Chi carré ont été utilisés pour déterminer les associations significatives. **Résultats:** Sur le nombre total de patients, 73 % ont reçu un diagnostic d'occlusion intestinale chirurgicale. Les signes cliniques les plus fréquents comprenaient des crampes abdominales (100 %), une distension abdominale (87 %), une leucocytose $> 10\,000$ (87 %), des vomissements (74,1 %) et un toucher rectal sans selles (72,2 %). Des variables telles que la distension abdominale, l'absence de bruits gastro-intestinaux, l'hypokaliémie et la leucocytose $> 10\,000$ ont montré une signification statistique ($p < 0,05$). **Conclusions:** Les variables cliniques et de laboratoire identifiées sont essentielles pour le diagnostic précoce de l'occlusion intestinale chirurgicale, en particulier dans les contextes à ressources limitées où les outils de diagnostic avancés ne sont pas toujours disponibles.

Mots clés: Occlusion intestinale; Diagnostic clinique; Intervention médicale précoce; Laparotomie.

Achados clínicos e laboratoriais em obstrução intestinal cirúrgica em adultos

RESUMO

Introdução: A obstrução intestinal cirúrgica é uma causa frequente de abdômen agudo nos serviços de emergência, devido às suas múltiplas etiologias. Apresenta manifestações clínicas variáveis e demora no diagnóstico. Estabelecer um diagnóstico é crucial para decidir entre tratamento conservador ou resolução cirúrgica. **Objetivo:** Identificar os aspectos clínicos e laboratoriais frequentes em pacientes com obstrução intestinal cirúrgica. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de prontuários clínicos de pacientes entre 19 e 70 anos, internados no serviço de emergência de cirurgia geral do Hospital Regional de Cobán de Junho de 2023 a Março de 2024. Utilizou-se estatística descritiva e o teste do qui-quadrado para determinar associações significativas. **Resultados:** Do total de pacientes, 73% foram diagnosticados com obstrução intestinal cirúrgica. Os achados clínicos mais frequentes incluíram dor abdominal tipo cólico (100%), distensão abdominal (87%), leucocitose >10.000 (87%), vômitos (74,1%) e toque retal sem fezes (72,2%). Variáveis como distensão abdominal, ausência de ruídos gastrointestinais, hipocalemia e leucocitose >10.000 mostraram significância estatística ($p<0,05$). **Conclusões:** As variáveis clínicas e laboratoriais identificadas são fundamentais para o diagnóstico precoce de obstrução intestinal cirúrgica, especialmente em ambientes com recursos limitados, onde ferramentas diagnósticas avançadas nem sempre estão disponíveis.

Palavras-chave: Obstrução intestinal; Diagnóstico Clínico; Intervenção Médica Precoce; Laparotomia

Citar como:

Sontay-Santa-María AJ, San-José-Medina HO. Hallazgos clínicos y de laboratorio en obstrucción intestinal quirúrgica en adultos. Rev. Cienc. Med. Vida. 2025;3:e045.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal quirúrgica es una causa común de abdomen agudo en servicios de emergencia hospitalaria, atribuible a sus múltiples etiologías.⁽¹⁾ Esta condición presenta manifestaciones clínicas variables y difusas, lo que frecuentemente genera demoras en el diagnóstico y, en consecuencia, incrementa el riesgo de complicaciones.^(2,3) El diagnóstico temprano es esencial para determinar el curso del tratamiento, ya sea conservador o quirúrgico, y esta decisión suele recaer en el criterio del cirujano tratante.^(1,3-5)

Si bien las herramientas de imagen diagnósticas son útiles, presentan limitaciones, como baja sensibilidad y especificidad; además del tiempo necesario para su realización, lo que puede retrasar el tratamiento oportuno.⁽⁶⁾ Ante estas limitaciones, resulta imprescindible identificar indicadores clínicos y de laboratorio que permitan orientar el diagnóstico de forma rápida y precisa, en especial en entornos donde los recursos diagnósticos avanzados pueden ser limitados.

Este estudio se planificó con el objetivo de analizar los datos clínicos y de laboratorio más frecuentes en pacientes con obstrucción intestinal quirúrgica según la literatura actual, aportando información práctica para la atención médica en hospitales de segundo nivel. Al identificar estos aspectos, se busca optimizar el manejo de esta patología, y reducir complicaciones asociadas al retraso en el diagnóstico y tratamiento.

MÉTODOS

En el presente estudio analítico cuantitativo se incluyó 74 expedientes de pacientes con dolor abdominal agudo a tipo cólico que cumplieron los criterios de inclusión dentro del periodo especificado. Fueron incluidos aquellos pacientes que ingresaron al servicio de emergencia de cirugía general con dolor abdominal agudo tipo cólico, con edades comprendidas entre 19 y 70 años. Rango de edad con mayor prevalencia de obstrucción intestinal quirúrgica.⁽⁷⁾ Se excluyeron aquellos registros incompletos o ilegibles.

Este estudio fue realizado en un Hospital de Segundo Nivel, Alta Verapaz, Guatemala; aprobado por el Comité de Docencia e Investigación del Área de Salud del Hospital Regional de Cobán. Se cumplió con el principio de la confidencialidad de los datos, los cuales fueron utilizados sólo por los investigadores y con fines investigativos. Los resultados se presentaron de forma colectiva y no individual.

Se estudiaron variables provenientes de los expedientes clínicos de los pacientes, divididas de la siguiente manera: historia clínica (sexo, antecedentes quirúrgicos, antecedente de hernia, edad), síntomas y signos clínicos (dolor abdominal a tipo cólico, distensión abdominal, vómitos, deposiciones), examen físico (hipotensión, taquicardia, ruidos gastrointestinales, tacto rectal) y prueba de laboratorio (PCR, anomalías de potasio sérico, BUN/creatinina elevada, leucocitosis) de cada paciente.

Para algunos análisis, las variables que en su propia naturaleza eran continuas, como edad, PCR, anomalías de potasio sérico y BUN/creatinina, fueron categorizadas en rangos específicos para facilitar la interpretación y comparación de los grupos, mientras que las variables de laboratorio fueron clasificadas como elevadas o no elevadas según valores de referencia establecidos.

Todos los procedimientos y análisis se llevaron a cabo cumpliendo con los principios éticos de confidencialidad y respeto a los derechos de los pacientes, asegurando el cumplimiento estricto de los estándares establecidos por la Declaración de Helsinki.

Mediante IBM SPSS 25 se tabularon los datos, separándose los pacientes en dos grupos: aquellos con diagnóstico de obstrucción intestinal que finalizaron en tratamiento quirúrgico y aquellos con diagnóstico diferente que terminaron en tratamiento médico. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las variables para facilitar la interpretación de los datos. La prueba de Chi-cuadrado se aplicó para evaluar la independencia de las variables, un valor $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo, indicando que la distribución de la variable difiere significativamente entre los grupos.

RESULTADOS

Del total de 74 pacientes registrados, 54 (73%) tuvieron diagnóstico de obstrucción intestinal quirúrgica y 20 con un diagnóstico diferente de obstrucción intestinal. Las variables medidas en las dimensiones de historia clínica, signos y síntomas, examen físico y resultados de laboratorio reportaron lo siguiente.

Historia Clínica

Respecto al sexo, los hombres representaron un 58,1% y las mujeres un 41,9% del total de pacientes. Entre los pacientes con obstrucción intestinal, el 57,4% eran hombres y el 42,6% mujeres. En ambos sexos, la proporción de pacientes con obstrucción intestinal fue similar, representando aproximadamente el 73% dentro de

cada grupo. Los pacientes sin obstrucción intestinal correspondieron al 27% del total. Ver tabla 1.

En cuanto a antecedentes quirúrgicos, el 74,3% de los pacientes no tenían antecedentes de cirugía; mientras que el 25,7% si los tenían. Entre los pacientes con obstrucción intestinal el 79,6% no tenían antecedentes de cirugía, en comparación con el 20,4% que sí los tenían. La proporción de obstrucción intestinal fue mayor en pacientes sin antecedentes quirúrgicos (78,2%) en comparación con aquellos con antecedentes (57,9%). Ver tabla 1.

En relación a los antecedentes de hernia, el 73% de los pacientes no los tenían mientras que el 27% si los presentaba. Entre los pacientes con obstrucción intestinal, el 64,8% no tenían antecedentes de hernia, mientras que el 35,2% si los presentaba. La proporción de obstrucción

intestinal fue mayor en pacientes sin antecedentes de hernia (76,1%) en comparación con aquellos que sí los tenían (67,9%). Ver tabla 1.

El grupo de 19 a 30 años concentró la mayor cantidad de pacientes, con un 40,5% del total, de los cuales 40,7% tienen obstrucción intestinal. Le siguió el grupo de 31 a 40 años, que representó el 21,6% del total, con un 24,6% de pacientes con obstrucción intestinal dentro de este grupo. A partir de los 41 años, la proporción de pacientes disminuyó de manera progresiva en los grupos de mayor edad. El grupo de 41 a 50 años fue el predominante con un 14,9%, y entre ellos un 10,8% de pacientes con obstrucción intestinal. La mayor proporción de pacientes se observó en el rango de edad entre 19 a 30 años representada por un 40,5% del total. Ver tabla 1.

Tabla 1. Variables de Historia Clínica según la presencia de obstrucción intestinal.

Variable	Tratamiento Quirúrgico (n=54)	No quirúrgico (n=20)	p
Sexo			0,841
Masculino	31(57.4%)	12 (60%)	
Femenino	23 (42.6%)	8 (40%)	
Antecedente Quirúrgicos			0,086
Si	11 (20.4%)	8 (40%)	
No	43 (79.6%)	12 (60%)	
Antecedente de Hernia			0,439
Si	19 (35.2%)	9 (45%)	
No	35 (64.8%)	11 (55%)	
Edad			0,841
19 a 30 años	22 (40.7%)	8 (40%)	
31 a 40 años	13 (24.1%)	3 (15%)	
41 a 50 años	8 (14.8%)	3 (15%)	
51 a 60 años	6 (11.1%)	4 (20%)	
61 a 70 años	5 (10%)	2 (10%)	

Signos y Síntomas

El 62,2% de los pacientes no presentaban deposiciones, mientras que el 37,8% sí. Entre los pacientes con obstrucción intestinal, el 68,5% no tenían deposiciones y 31,5% sí. La proporción de obstrucción intestinal fue significativamente mayor en quienes no tenían deposiciones (80,4%) en comparación con quienes sí las presentaban (60,7%). Ver tabla 2.

El dolor abdominal tipo cólico, usado como criterio de inclusión, estuvo presente en el 100% de los pacientes, sin diferencias entre los grupos.

En cuanto al vómito, el 66,2% de los pacientes los presentaban, mientras que el 33,8% no. Entre los

pacientes con obstrucción intestinal, el 74,1% tenían vómitos, en contraste con el 25,9% que no los presentaban. La obstrucción intestinal fue más frecuente en los pacientes con vómitos (81,6%) que en aquellos sin vómitos (56%). Ver tabla 2.

El 75,7% de los pacientes presentaban distensión abdominal, mientras que el 24,3% no. Entre los pacientes con obstrucción intestinal, el 87% tenían distensión abdominal, en comparación con el 13% que no. La proporción de obstrucción intestinal fue considerablemente mayor en quienes tenían distensión abdominal (83,8%) frente a quienes no los presentaban (39,9%). Ver tabla 2.

Tabla 2. Variables de Signos y Síntomas según presencia de obstrucción intestinal.

Variable	Tratamiento	Quirúrgico (n=54)	No quirúrgico (n=20)	p
Ausencia de Deposiciones				0,064
Si		17 (31.5%)	11 (55%)	
No		37 (68.5%)	9 (45%)	
Dolor abdominal tipo cólico				0,000
Si		20 (100%)	54 (100%)	
No				
Vómitos				0,019
Si		40 (74.2%)	9 (45%)	
No		14 (25.9%)	11 (55%)	
Distensión abdominal				0,001
Si		47(87%)	9 (45%)	
No		7 (13%)	11 (55%)	

Examen Físico

El 60,8% no presentaban ruidos gastrointestinales, el 37,8% mostraron ruidos aumentados y 1,4% tenía ruidos disminuidos. Entre los pacientes con obstrucción intestinales, el 63% no presentaban ruidos gastrointestinales y el 35,2% mostraron ruidos aumentados. Esto sugiere que la ausencia de ruidos gastrointestinales tiene una mayor proporción de obstrucción intestinal en comparación con aquellos con ruidos aumentados. Ver tabla 3.

El 71,6% de los pacientes presentaban taquicardia, mientras que el 28,4% no. Entre los pacientes con obstrucción intestinal, el 66,7% presentaban taquicardia y 33,3% no. Sin embargo, la proporción de obstrucción intestinal fue mayor en

pacientes que no presentaban taquicardia (85,7%), respecto a aquellos con taquicardia (67,9%). Ver tabla 3.

El 85,1% no tenían hipotensión y 14,9% sí. De los pacientes con obstrucción intestinal, 81,5% no presentaron hipotensión y 18,5% sí. La proporción de obstrucción intestinal fue mayor en los presentaron hipotensión (90,9%), en contraste con los que no (69,8%). Ver tabla 3.

El 59,5% no presentaban heces al tacto rectal, mientras que el 40,5% sí. Entre los pacientes con obstrucción intestinal, el 72,2% no presentaban heces y 27,8% sí. La proporción de obstrucción intestinal fue considerablemente mayor en quienes no presentaban heces (88,6%) que en aquellos que si (50%). Ver tabla 3.

Tabla 3. Variables de examen físico según presencia de obstrucción intestinal.

Variable	Tratamiento	Quirúrgico (n=54)	No quirúrgico (n=20)	p
Ruidos Gastrointestinales				0,000
Aumentados		19 (35.2%)	9 (45%)	
Sin ruidos		34 (63%)	11 (55%)	
Disminuidos		1 (1.9%)	0	
Tacto Rectal				0,008
Con heces		15 (27.8%)	15 (75%)	
Sin heces		39 (72.2%)	5 (15%)	
Taquicardia				0,120
Si		36 (66.7%)	17 (85%)	
No		18 (33.3%)	3 (15%)	
Hipotensión				0,147
Si		10 (18.5%)	1 (5%)	
No		44 (81.5%)	19 (95%)	

Laboratorios

El 64,9% de los pacientes tenían niveles elevados de PCR, mientras que el 35,1% no los presentaban. De los pacientes con obstrucción intestinal 63%

tenían PCR elevado en comparación con el 37% de los que no. La proporción de obstrucción intestinal es mayor en pacientes que no tenían PCR elevado

(76,9%) que en aquellos que sí (70,8%). Ver tabla 4.

El 59,5% de los pacientes presentaban BUN/creatinina elevada, mientras que el 40,5% no. Entre los pacientes con obstrucción intestinal, el 53,7% tenían BUN/creatinina elevada, en contraste con el 46,3% que no. La proporción de obstrucción intestinal fue mayor en pacientes que no tenían BUN/creatinina elevada (83,3%) que en aquellos que sí la tenían (65,9%). Ver tabla 4.

El 78,4% de los pacientes presentaban leucocitosis ($>10,000$), mientras que el 21,6% no. Entre los pacientes con obstrucción intestinal, el 87% tenían leucocitosis y el 13% no. La proporción de obstrucción intestinal fue mayor en pacientes con leucocitosis (81%) en comparación con aquellos que la presentaban (43,8%). Ver tabla 4.

El 63,5% de los pacientes tenían hipokalemia, el 24,3% niveles normales de potasio y el 12,2% hiperkalemia. De los pacientes con obstrucción intestinal, el 68,5% presentaban hipokalemia, el

16,7% tenían el potasio normal y el 14,8% hiperkalemia. La proporción es mayor en pacientes con hiperkalemia (88,9%) en comparación con aquellos que obtuvieron hipokalemia (78,7%) y potasio normal (60%). Ver tabla 4.

El análisis mediante la prueba de chi-cuadrado mostró asociaciones significativas entre algunas variables clínicas y de laboratorio con el tipo de tratamiento en pacientes con obstrucción intestinal. Se observaron asociaciones estadísticamente significativas ($p<0.05$; IC95%) en presencia de dolor abdominal a tipo cólico, distensión abdominal, vómitos, ausencia de ruidos gastrointestinales, tacto rectal sin presencia de heces, hipokalemia y leucocitosis $>10,000$. No se observaron asociaciones significativas ($p>0.05$; IC95%) en variables como antecedentes de cirugía, antecedentes de hernia, sexo, ausencia de deposiciones, taquicardia, hipotensión, edad del paciente, PCR elevada y BUN/creatinina elevada. Ver tabla 1,2,3,4.

Tablas 4. Variables de laboratorio según presencia de obstrucción intestinal.

Variable	Tratamiento Quirúrgico (n=54)	No quirúrgico (n=20)	p
PCR($>10\text{mg/L}$)			0,573
No elevado	20 (37%)	6 (30%)	
Elevado	34 (63%)	14 (70%)	
BUN/Creatinina elevada			0,098
No	25 (46.3%)	5 (25%)	
Si	29(53.7%)	15 (75%)	
Anomalías de potasio Sérico			0,034
Hiperkalemia ($>5\text{mEq/L}$)	8 (5%)	1(14.8%)	
Hipokalemia ($<3.5\text{ mEq/L}$)	37 (50%)	10 (68.5%)	
Normal ($3.5\text{-}5\text{ mEq/L}$)	9 (45%)	9 (16.7%)	
Leucocitosis $>10,000$			0,003
Si	47 (87%)	11 (55%)	
No	7 (13%)	9 (45%)	

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación describen hallazgos clínicos y de laboratorio más frecuentes en pacientes con obstrucción intestinal tratada con proceder quirúrgico. Se evaluaron 4 características de la historia clínica, 4 signos y síntomas, 4 del examen físico y 4 parámetros de laboratorio descritas como más prevalentes según la literatura actual sobre esta patología.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado identificó significancia en distensión abdominal, dolor tipo cólico, ausencia de ruidos gastrointestinales, leucocitosis, con un valor estadístico $p<0.05$ (IC95%); datos similares a los reportados por Schulwold en 2023, donde las

características clínicas evaluadas mostraron valores significativos mediante pruebas de Chi-cuadrado y Fisher ($p<0.05$; IC95%)⁽⁶⁾. Eskelinen y colaboradores en el año 2021 también destaca variables similares, evaluadas mediante análisis de regresión logística, con resultados estadísticamente significativos ($p<0.05$; IC95%).⁽³⁾ Schwenter en el 2010 destaca leucocitosis $>10,000$ y dolor abdominal en sus variables analizadas mediante Chi-Cuadrado siendo significativas estadísticamente ($p<0.05$; IC95%)⁽⁷⁾. Bouassida y otros autores en el 2020 identificaron seis factores predictivos independientes en los que destacan leucocitosis $>10,000$ y dolor tipo cólico evaluadas con pruebas

de Chi- cuadrado, el cual resultó estadísticamente significativo ($p < 0.05$; IC95)⁽⁸⁾.

Por otro lado, aunque los vómitos fueron estadísticamente significativos en este estudio, difieren de lo reportado por Huang en el año 2018, quien analizó síntomas como vómitos, fiebre y frecuencia cardíaca mediante regresión logística univariada, sin hallar significancia estadística ($p > 0.05$; IC95%)⁽⁹⁾. Además, la hipokalemia no fue evaluada en estudios previos, su inclusión en este análisis refuerza la importancia de considerar parámetros asociados con frecuencia con obstrucción intestinal quirúrgica, destacándose la necesidad de un enfoque multidimensional para el manejo de esta patología.

Es relevante mencionar que, variables como antecedente de hernia, cirugía, PCR, edad no fueron estadísticamente significativos en este estudio y coincide con investigaciones^(3,6) donde el tamaño limitado de la población y el enfoque retrospectivo representa limitaciones importantes. Sin embargo, estas variables son relevantes desde el punto de vista clínico, al ofrecer datos accesibles para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Varios son los autores⁽¹⁰⁻¹⁷⁾ que hacen notar, al igual que en este análisis, la importancia del diagnóstico temprano y del tratamiento oportuno de la oclusión intestinal quirúrgica.

CONCLUSIONES

Se observó que, aunque algunas variables como el sexo, antecedentes de hernia, antecedentes quirúrgicos, ausencia de deposiciones, taquicardia, hipotensión, y niveles elevados de BUN/creatinina fueron reportadas con baja frecuencia, no mostraron un valor estadístico significativo en relación con el diagnóstico de esta patología.

Por el contrario, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de obstrucción intestinal quirúrgica y el dolor abdominal a tipo cólico, distensión abdominal, vómitos, ausencia de ruidos gastrointestinales, tacto rectal sin presencia de heces, hipokalemia y leucocitosis, destacándose su importancia en la evaluación clínica.

Estos resultados subrayan la importancia de las características clínicas y los parámetros de laboratorio en la orientación diagnóstica temprana de la obstrucción intestinal, en especial en contextos hospitalarios con recursos limitados, donde las herramientas diagnósticas avanzadas pueden ser inaccesibles o de difícil implementación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Csendes JA, Pereira P, Zamorano M, Arratia I, Gonzalez J, Carriel F. Tratamiento médico o quirúrgico de la obstrucción intestinal alta. *Rev Chil Cir.* 2016;68(3):227-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2014.08.001>
2. Amara Y, Leppaniemi A, Catena F, Ansaloni L, Sugrue M, Fraga GP, et al. Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen: a WSES position paper. *World J Emerg Surg.* 2021;16(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-021-00379-8>
3. Eskelinen M, Meklin J, Syrjänen K, Eskelinen M. A diagnostic score for acute small bowel obstruction. *Anticancer Res.* 2021;41(4):1959-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21873/anticancer.14963>
4. Townsend, Courtney. Et al. Sabiston Tratado de Cirugía. 21 ed. Madrid: Elsevier; 2022.
5. Brunicaudi F.C., Andersen D.K., et al. Schwartz, Principios de Cirugía. 11ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2022
6. Schulwolf S, Brower C, Karam A, Havens J, Shokoohi H, Duggan NM, et al. Clinical features vs CT findings to estimate need for surgery in small bowel obstruction. *JAMA Netw Open.* 2023;6(11):e2341376. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.41376>
7. Schwenter F, Poletti PA, Platon A, Perneger T, Morel P, Gervaz P. Clinicoradiological score for predicting the risk of strangulated small bowel obstruction. *Br J Surg [Internet].* 2010;97(7):1119-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.7037>
8. Bouassida M, Laamiri G, Zribi S, Slama H, Mroua B, Sassi S, et al. Predicting intestinal ischaemia in patients with adhesive small bowel obstruction: A simple score. *World J Surg.* 2020;44(5):1444-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-020-05377-6>
9. Huang X, Fang G, Lin J, Xu K, Shi H, Zhuang L. A prediction model for recognizing strangulated small bowel obstruction. *Gastroenterol Res Pract.* 2018;2018:1-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2018/7164648>
10. Belmontes Castillo Maribel, Pintor Belmontes Julio César. Íleo biliar, una causa infrecuente de oclusión intestinal. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet].* 2015 Feb [citado 2025 Abr 09]; 58(1): 33-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci>

- [arttext&pid=S0026-17422015000100033&lng=es.](#)
11. Marchena Rodríguez A, Jiménez Prendes R, Sarmiento Sánchez J. Morbimortality in Patients Undergone an Operation for Intestinal Occlusion in General Surgery Service: Alarming Numbers. Rev. Finlay [Internet]. 2015 Mar [citado 2025 Abr 09]; 5(1): 24-33. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000100004&lng=es.
 12. Arbelo Hernández I, Reyes Pérez AD, Rodríguez Quesada NY. Caracterización de la morbilidad y la mortalidad en pacientes operados por oclusión intestinal mecánica. Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 Mar [citado 2025 Abr 09]; 19(1): 32-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000100007&lng=es.
 13. Domínguez González EJ, Valón Costa O, Joubert Álvarez G. Oclusión intestinal por vólvulo de íleon, a propósito de un caso. Panorama. Cuba y Salud [Internet]. 2017 [citado 9 Abr 2025]; 12 (3). Disponible en: <https://revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/677>
 14. Plua Vargas PL, Escudero Requena AD, Castro Reyes CL, Hernández Almeida ME, Tapia Vaca KL. Invaginación intestinal. Urgencia médico-quirúrgica. Publicación Científica del Vicerrectorado Académico de la Universidad Técnica de Babahoyo [Internet]. 30 de septiembre de 2021 [citado 9 de abril de 2025]; 5(3):60-9. Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/rpa/article/view/2600>
 15. Reyes-Morales JM, Hernández-García LK. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Presentación de un caso clínico [Gallstone ileus: a diagnostic and therapeutic challenge. Presentation of a clinical case]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023 Jan 2; 61(1):106-110. Spanish. PMID: 36542794; PMCID: PMC10395987. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395987/>
 16. Albiza Sotomayor L, Camejo Rodríguez D, Durán Romero M, González Martín A. Malrotación intestinal durante el embarazo: Causa de abdomen agudo oclusivo. Gac Méd Espirit [Internet]. 2022 Abr [citado 2025 Abr 09]; 24(1): 138-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212022000100138&lng=es.
 17. Ceballos-Esparragón J, Velaz-Pardo L, Martín-Camarillo R, Burbano Fernando C, Petrone P. Obstrucción intestinal por vólvulo de ciego en paciente con malrotación intestinal asociado a situs ambiguous. rev. colomb. cir. [Internet]. 2023 Mar [cited 2025 Apr 09]; 38(1): 182-187. Available from: <https://doi.org/10.30944/20117582.1283>.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses entre ellos, ni con la investigación presentada.

Contribuciones de los autores

Conceptualización: Alvaro Josué Sontay-Santa-María, Hugo Orlando San-José-Medina.

Investigación: Alvaro Josué Sontay-Santa-María, Hugo Orlando San-José-Medina.

Curación de datos: Alvaro Josué Sontay-Santa-María, Hugo Orlando San-José-Medina.

Metodología: Alvaro Josué Sontay-Santa-María, Hugo Orlando San-José-Medina.

Visualización: Alvaro Josué Sontay-Santa-María, Hugo Orlando San-José-Medina.

Redacción-borrador original: Alvaro Josué Sontay-Santa-María, Hugo Orlando San-José-Medina.

Redacción-revisión y edición: Alvaro Josué Sontay-Santa-María, Hugo Orlando San-José-Medina.

Financiación

No se requirió financiamiento específico para la investigación.



Este artículo está bajo una licencia **Creative Commons Atribución-No Comercial Compartirigual 4.0**.