

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES ASOCIADOS A LA OCLUSIÓN INTESTINAL EN
PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL CHINCHEROS-APURÍMAC 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORAS:

JANETH CACERES NAJARRO

LUCY QUISPE CURI

CALLAO – 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Lic. Esp. YRENE ZENaida BLAS SANCHO PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 002

Nº de Acta de Sustentación: 038

Fecha de Aprobación de la Tesis: 07/09/2018

Resolución Decanato Nº 1354-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Con amor y cariño a nuestros queridos padres por su esfuerzo constante y su valioso sacrificio que han permitido labrar este camino de superación y quienes con su indesmallable apoyo y comprensión nos ayudaron a vencer todo obstáculo para cumplir con los objetivos de nuestra carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser nuestro creador y fortaleza, cuando más lo necesitamos, por regalarme estos años que hoy reflejan el primer fruto, de muchos que vendrán, y por guiarme en mi camino.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. Quiénes con su sabiduría, sacrificio y comprensión, lograron formar en mí, la persona que hoy en día soy, que sin esperar nada a cambio, han sido pilares en mi camino y así, forman parte de este logro que me abre puertas inimaginables en mi desarrollo profesional.

A mis familiares que de una u otra forma me brindaron un apoyo incondicional para seguir adelante.

A mis maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE TABLAS.....	03
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	04
RESUMEN.....	06
ABSTRACT.....	07
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Identificación del problema.....	08
1.2 Formulación de problemas.....	09
1.3 Objetivos de la investigación (general y específicos).....	09
1.4 Justificación.....	10
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio.....	11
2.2 Bases Teóricas.....	14
2.3 Bases científicas.....	17
2.4 Definición de términos.....	25
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1 Definición de las variables.....	27
3.2 Operacionalización de variables.....	28
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas.....	30
IV. METODOLOGÍA	
4.1 Tipo de investigación.....	31
4.2 Diseño de la investigación.....	31
4.3 Población y muestra.....	33
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
4.5 Procedimientos de recolección de datos.....	34
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	34

V. RESULTADOS.....	35
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados.....	43
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares....	50
VII. CONCLUSIONES	52
VIII. RECOMENDACIONES.....	53
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS.....	57
Matriz de consistencia	
Otros anexos necesarios para respaldo de la investigación	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 5.1 Asociación de la oclusión intestinal con el IMC en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	35
Tabla 5.2 Asociación de la oclusión intestinal con el consumo de fibras en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	36
Tabla 5.3 Asociación de la oclusión intestinal con la actividad física en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	37
Tabla 5.4 Asociación de la oclusión intestinal con consumo de agua en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	38
Tabla 5.5 Asociación de la oclusión intestinal con la zona de residencia en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	39
Tabla 5.6 Asociación de la oclusión intestinal con el grado de instrucción en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	40
Tabla 5.7 Asociación de la oclusión intestinal con el factor económico en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	41
Tabla 5.8 Tipos de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	42

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 5.1 Asociación de la oclusión intestinal con el IMC en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	35
Gráfico 5.2 Asociación de la oclusión intestinal con el consumo de fibras en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	36
Gráfico 5.3 Asociación de la oclusión intestinal con la actividad física en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	37
Gráfico 5.4 Asociación de la oclusión intestinal con consumo de agua en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	38
Gráfico 5.5 Asociación de la oclusión intestinal con la zona de residencia en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	39
Gráfico 5.6 Asociación de la oclusión intestinal con el grado de instrucción en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	40
Gráfico 5.7 Asociación de la oclusión intestinal con el factor económico en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016	41

Gráfico 5.8 Tipos de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016 42

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue: Determinar los factores asociados a la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal la técnica fue la encuesta y el instrumento fue el formulario siendo la muestra de este 120 Historias clínicas. Las conclusiones fueron: Existe asociación directa entre el factor nutricional (consumo de fibras, IMC, consumo de agua al día y actividad física) y oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el Área de Emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016 .Existe asociación directa entre el factor cultural (zona de residencia) y oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del Área de Emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016. Existe asociación directa entre el factor económico y la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del Área de Emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

Por eso es necesario que enfermería Realice actividades para promocionar la importancia de la nutrición (el consumo de fibras, actividad física y consumo de agua) para prevenir la oclusión intestinal. Realizar actividades preventivas promocionales en las zonas urbanas. Fomentar actividades económicas en los adultos mayores.

Palabras claves: oclusion intetinal, factor nutricional, economico y cultural.

ABSTRACT

The objective of the investigation was: To determine the factors associated with intestinal occlusion in patients older than 60 years of the emergency area of the Hospital Chincheros-Apurímac 2016. The study was of quantitative type, descriptive method of cross-section the technique was the survey and the instrument was the form being the sample of this 120 clinical histories. The conclusions were: There is a direct association between the nutritional factor (fiber consumption, BMI, daily water consumption and physical activity) and intestinal occlusion in patients over 60 years of age in the Emergency Area of the Hospital Chincheros-Apurímac 2016. There is a direct association between the cultural factor (area of residence) and intestinal occlusion in patients over 60 years of age in the Emergency Department of the Chincheros-Apurímac Hospital 2016. There is a direct association between the economic factor and intestinal occlusion in patients over 60 years of age in the Emergency Department of the Chincheros-Apurímac Hospital 2016.

That is why it is necessary for nursing to carry out activities to promote the importance of nutrition (fiber consumption, physical activity and water consumption) to prevent intestinal occlusion. Carry out promotional preventive activities in urban areas. Encourage economic activities in older adults.

Keywords: intestinal occlusion, nutritional, economic and cultural factor.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del problema

La obstrucción intestinal (OI) continúa siendo una afección a la que se tiene que enfrentar frecuentemente el cirujano general, constituyendo aproximadamente el 15% de todas las intervenciones quirúrgicas de urgencia. (1)

Según estudio realizado en Hospital Emergencia Pediátricas, donde revisaron 74 historia clínicas de Enero a Julio del año 2014 en Perú; encontró que el grupo etario más afectado por obstrucción intestinal fue entre 6 a 10 años con 22 casos (29.7%). (5)

En nuestro país la obstrucción intestinal producida por el vólvulo de colon sigmoides es una de las emergencias quirúrgicas más frecuentes en los hospitales andinos del Perú. (6)

En el Hospital Regional de Loreto 2009-2012 se encontró La obstrucción intestinal se presentó con mayor frecuencia en el grupo de mayores de 60 años (26%), seguido del grupo de menores de 1 año (25%) y de 31 a 60 años (22%). El mayor número de casos fueron varones 66%. En todos los grupos de edades predominó el sexo masculino. (7)

En el Hospital de Chincheros la Oclusión intestinal es una de las urgencias abdominales agudas más frecuentes y está asociada con una significativa morbilidad y mortalidad especialmente si progresa a la Isquemia Intestinal. En los últimos 5 años no se reporta ningún estudio relacionado a este tema pero si se observa el incremento de casos cada vez más.

Por las referencias señaladas y la experiencia demuestran que los factores asociados a una mayor incidencia aun han sido pocos estudiados y analizados por lo cual se presenta la investigación

titulada “Factores de riesgo asociados a la incidencia de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016”

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016?

1.2.1 Problemas Específicos

- ¿En qué medida el factor nutricional está asociado a la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016?
- ¿En qué medida el factor cultural influye en la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016?
- ¿En qué medida el factor económico influye en la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

Determinar los factores asociados a la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Identificar la relación del factor nutricional con la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

- Identificar la relación del factor cultural con la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.
- Identificar la relación del factor económico con la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

1.4. Justificación

En el presente estudio se ha estudiado los factores asociados al cuadro de oclusión intestinal en el paciente adulto mayor que hasta la fecha han sido poco estudiados y analizados.

Este trabajo estudio tiene relevancia social ya que permitirá conocer datos característicos que ayudaran a disminuir las complicaciones y la mortalidad de esta patología aguda, en este grupo etario y cuya morbilidad genera un gran impacto económico en el sistema de salud.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1- Antecedentes del estudio

A nivel internacional

SUB CAAL, C. Guatemala Presentó este estudio teniendo como **OBJETIVO:** Caracterizar las causas, tratamiento y evolución de obstrucción intestinal en pacientes 1 a 60 años del Hospital de Cobán A. V. **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo, Se solicitaron 232 expedientes clínicos de pacientes 1 a 60 años, de estos 117 cumplieron los criterios para obstrucción intestinal. **Resultados:** Las bridas y adherencias como causa principal de obstrucción intestinal 37 (32%), seguido de íleo adinámico 32 casos (27%), parasitismo intestinal 22 casos (19%), Hernia interna 10 (9%), Las edades más frecuentes es de 1 a 9 años 36 casos (31%), seguido a 40 a 49 años 25 casos (21%). El sexo masculino con 79 casos (68%), en relación al sexo femenino con 38 (32%). 50 (43%) pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa. **Conclusiones:** En este estudio determinamos que las causas de obstrucción intestinal fueron las bridas y adherencias 32%, seguido de íleo adinámico 27%, parasitismo intestinal 19%, con respecto a las edades es significativo 1 a 9 años debido a que estos pacientes están susceptibles adquirir infecciones oportunistas que los exponen a íleo adinámico, y en las edades de 40 a 49 años donde se manifiestan las bridas y adherencias. Con predominio al sexo masculino, debido a que estaban expuestos a intervención quirúrgica temprana por múltiples riesgos de traumatismo abdominal, 73% resolvieron con cirugía, 28% con tratamiento médico. (8)

OJEDA OVIEDO, L. Paraguay Objetivo: Conocer la frecuencia y las causas de la Oclusión Intestinal mecánica, Material y método: Observacional, descriptivo, retrospectivo, corte transverso de pacientes hospitalizados y tratados quirúrgicamente por Oclusión Intestinal mecánica durante el período de enero del 2008 a diciembre del 2010. **Resultados:** La oclusión intestinal tuvo una frecuencia de 2%; el mayor porcentaje en el rango de 50-59 años; entre las causas comunes las bridas y hernias estranguladas ocupan el primer lugar, seguidas por los tumores. **Conclusión:** Los resultados son similares a estudios previos; se resalta que los tumores son la 3º causa en un porcentaje importante. (9)

A nivel nacional

PIZANGO MACEDO, E. Perú. Objetivo: Caracterizar clínica y socio demográficamente a los pacientes adultos con Obstrucción Intestinal atendidos en el hospital Iquitos, enero 2011 a diciembre 2014. **Metodología:** Se planteó un estudio Descriptivo, Retrospectivo de corte transversal utilizando la información de 80 Historias Clínicas del Hospital Iquitos de enero 2011 a diciembre del 2014. Los datos fueron recopilados utilizando una ficha previamente elaborada, el análisis descriptivo de las frecuencias fueron realizadas a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics V21 x86. **Resultados:** De los 80 pacientes que ingresaron al estudio, el mayor número de casos fueron varones 68.7%, seguido de las mujeres 31.3%. El 80% de los pacientes procedieron de una zona urbana ; en mucha menor proporción aparecen la zona urbano marginal con el 15%, seguida de la rural con el 5%, El 48.7% de los casos se presentaron sin instrucción, el 26.3% tuvieron grado de instrucción primaria, el 20% tuvieron grado de instrucción secundaria, el 5% tuvieron grado de instrucción superior. **Conclusiones:** La obstrucción intestinal se

presentó con mayor frecuencia en el grupo de mayores de 56 años (32.5%), seguido de 46 a 55 años (22.5%) y de 14 a 25 años (18.8%), El mayor número de casos fueron varones 68.7%. En todos los grupos de edades predominó el sexo masculino, El 80% de los pacientes procedieron de zona urbana, El 48.7% de los pacientes no alcanzaban aún grado de instrucción ,26.3% de los casos tuvo instrucción primaria, 20% instrucción secundaria y 5% instrucción superior. (10)

ORELLANA PÉREZ, Luis Perú. Objetivo: Caracterizar clínica y socio demográficamente a los pacientes adultos con Obstrucción Intestinal atendidos en el hospital Regional de Loreto, Enero 2011 a diciembre 2014. **Metodología:** El diseño del estudio fue observacional, no experimental, descriptivo, transversal retrospectivo la población estuvo constituida por todos los pacientes que fueron internados en el hospital Regional de Loreto con diagnóstico de Obstrucción Intestinal, Enero 2011 a Diciembre 2014. La técnica de recolección de información que se empleo fue secundaria a través de la revisión de las historias clínicas de hospitalización y las hojas de reporte operatorio, los datos recabados se registraran en una ficha de recolección, fue procesado y analizado mediante el paquete estadístico informático del SPSS 21.

Resultados: De los 90 pacientes que ingresaron al estudio, el mayor número de casos fueron varones 70%, seguido de las mujeres 30%.

El 78% de los pacientes procedieron de una zona urbana; en mucha menor proporción aparecen la zona urbano marginal con el 17%, seguida de la zona rural con el 5%, El 48.9% de los casos se presentaron sin instrucción, el 26.7% tuvieron grado de instrucción primaria, el 20% tuvieron grado de instrucción secundaria, el 4.4%

tuvieron grado de instrucción superior. **Conclusiones:** El mayor número de casos fueron varones 70%, El 78% de los pacientes procedieron de zona urbana, El 48.9% de los pacientes no alcanzaban aún grado de instrucción ,26.7% de los casos tuvo instrucción primaria, 20% instrucción secundaria y 4.4% instrucción superior. (11)

2.2.- Bases Teóricas

Según **Virginia Henderson**” **“Definición de Enfermería”** (1955) incorporo los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, define la salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas similares a la de Maslow: 7 están relacionados con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).

Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).

Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).

Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas, implica la utilización de un “Plan de cuidado enfermero” por escrito.

Hemos considerado dicha teoría porque es congruente, debido a que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y enfermas a través de los cuidados de enfermería. (12)

Según **Madeleine Leininger** **“Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”**.

Considera que los cuidados son el tema central de la atención de la ciencia y el ejercicio profesional de enfermería. Los cuidados incluyen actividades de asistencia, de apoyo o de facilitación para un individuo o un grupo de individuos con necesidades evidentes o previsibles. Los cuidados sirven para mejorar o perfeccionar la situación o las formas de vida de los individuos (proceso vital).

Los principales supuestos de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de Leininger son: Los cuidados constituyen la esencia de la enfermería y un elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina.

Los cuidados son esenciales para el bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, y también para afrontar la discapacidades o la muerte.

Toda cultura humana (local, popular o indígena) cuenta con prácticas y conocimientos asistenciales genéricos, normalmente con una dimensión profesional, que varía con respecto a las otras culturas

Los valores, las creencias y prácticas culturales están influidos y con frecuencia, integrado en la visión del mundo, el lenguaje y el contexto religioso (espiritual, de parentesco (social), político (o legal), educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular.

Los cuidados de enfermería beneficiosos, saludables y que cubren las necesidades culturales contribuyen al bienestar de las personas, las familias, los grupos y las comunidades de una cultura.

Una asistencia de enfermería beneficiosa o coherente desde el punto de vista cultural solo puede producirse cuando la persona, el grupo, la familia, la comunidad o los valores, expresiones y

modelos de cuidados culturales son conocidos y utilizados de manera adecuada por el profesional de enfermería.

En todas las culturas del mundo existen diferencias y semejanzas culturales entre el profesional que presta la asistencia y el receptor de la misma o usuario (genérico).

Los usuarios que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión y preocupaciones éticas o morales. (13)

Afirmaciones Teóricas

Leininger elaboró varias formulaciones predictivas basadas en su teoría de los cuidados culturales en enfermería transcultural, estas formulaciones están basadas en investigaciones, indagaciones, estudios de trabajos antropológicos y de enfermería que parten de investigaciones cualitativas. La más importante de ellas es la que plantea que la salud o el bienestar puede predecirse a partir de las dimensiones epistemológicas u ontológicas de los cuidados culturales.

Son numerosas sus predicciones solamente se mencionarán las más importantes.

Los cuidados de enfermería que se basan en las prácticas asistenciales específicas de la cultura de los usuarios se traducen en signos positivos de satisfacción y bienestar.

En el estudio y la aplicación de los cuidados, convicciones, creencias, valores y prácticas culturales se detectan signos de salud y bienestar en los pacientes.

Hemos considerado esta teoría de enfermería transcultural ya que servirá para remodelar y transformar la enfermería hacia el futuro

ya que a través de ella se puede comprender las diferencias culturales que se dan respecto a la asistencia, salud y enfermedad. Esta teoría podría ser la solución para los grandes problemas de salud y cuidados que se prestan en la actualidad.

2.3. Base Científica

Oclusión intestinal:

Se produce cuando hay una interrupción patológica del tránsito normal de los productos de la digestión a través del intestino delgado en dirección al ano, la cual puede ser de causa mecánica o no mecánica. (14)

Causas de obstrucción intestinal

Los pacientes con 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. Entonces la obstrucción mecánica del intestino delgado es menos común y se debe en un 90% de los casos a adherencias intraabdominales, hernias y cáncer.

La causa más frecuente de Obstrucción intestinal, en pacientes previamente intervenidos, son las bridas (60%) y los 40% están distribuidos entre Hernias, íleo biliar o causa inflamatoria (enteritis, enfermedad inflamatoria.) y neoplasias. (15)

Las causas de síndrome de obstrucción intestinal se clasifican en mecánicas y funcionales o no mecánica; las mecánicas pueden ser: Extrínsecas, intrínsecas e Intraluminales. (Cuadro 1) (16)

Clasificación de las causas de obstrucción intestinal.

Mecánicas

1. Extrínsecas

Adherencias (Congénitas o Adquiridas)

Hernias (internas o externas)

Mala rotación

Vólvulo

Masas extra intestinales (carcinomatosis, abscesos, lesiones inflamatorias)

2. Intrínsecas (Intramurales)

Congénitas (atresia, estenosis, ano imperforado, duplicaciones, quistes, membranas).

Adquiridas (neoplásicas, inflamatorias, infecciosas, traumáticas, fibrosis), posanastomóticas, isquémicas, intususcepción, endometriosis, enteropatía por radiación.

Intraluminales Cálculos biliares, parásitos, cuerpos extraños, bezoares, meconio.

Funcionales Íleon adinámico o paralítico.

Íleon espástico

(16)

Fisiopatología de obstrucción intestinal de cualquier causa etiológica

La distensión abdominal se debe a la acumulación intestinal del líquido y gas. Y cuando la actividad intestinal aumenta en un esfuerzo para vencer la obstrucción, lo que explica el dolor tipo cólico y la diarrea. La secreción diaria en el tubo digestivo es de 5 a 6 litros además de líquidos y solutos, además también saliva, secreciones gástricas, bilis y jugo pancreático.

El 80% del líquido producido en el tracto gastrointestinal alto se reabsorbe antes de alcanzar el colon; al existir una obstrucción

intestinal se altera esta función. Durante las primeras 24 horas de instalarse esta patología ocurre una disminución en el flujo hídrico desde la luz intestinal hacia la sangre, posteriormente hay un aumento en la secreción intestinal. Un 80% del gas intestinal está formado por aire deglutido, compuesto por nitrógeno no absorbible. El dióxido de carbono que se produce por la neutralización del bicarbonato normalmente se reabsorbe rápidamente.

En la obstrucción hay aumento de las bacterias intestinales aeróbicas y anaeróbicas, las cuales incrementan la producción de metano e hidrógeno. Y con la acumulación constante de gas y líquido hay distensión y aumenta las presiones intraluminal e intramural. Si la presión intramural es bastante alta, se deteriora la irrigación microvascular del intestino, alteración metabólica con pérdida de electrolitos (Sodio, Cloro, Hidrogeno y potasio), que conlleva una deshidratación con hipocloremia, hipopotasemia y alcalosis metabólica, que termina en isquemia intestinal y después necrosis, lo que es una obstrucción intestinal estrangulante. (17)

Presentación clínica

Los síntomas de obstrucción del intestino delgado son: Dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos y estreñimiento. (18)

El vómito es un síntoma más prominente es las obstrucciones proximales que en las distales. El carácter del vómito es importante, ya que con crecimiento bacteriano excesivo, el vómito es más fecaloide. (17)

La expulsión continua de flatos y/o heces más de 6 a 12 horas después del inicio de los síntomas es características de la obstrucción parcial. Los signos de obstrucción del intestino delgado incluyen distensión abdominal. Es notoria la distensión abdominal

en el íleon distal por obstrucción. Y está ausente en la parte proximal del intestino delgado.

Al principio los ruidos intestinales son hiperactivos, pero en etapas avanzadas de la obstrucción se escucha ruidos mínimos. (19)

Obstrucción intestinal por bridas y adherencias

Las adherencias abdominales se desarrollan después de la cirugía abdominal como parte de un proceso normal de curación que ocurre después de haberse dañado el peritoneo o pueden ser definidas como bandas fibrosas anormales entre órganos o tejidos o ambos en la cavidad abdominal que normalmente están separados.

Las adherencias pueden ser congénitas o adquiridas; no obstante, la mayoría son adquiridas como resultado de una cirugía abdomino-pelviana. Se pueden formar como resultado de condiciones inflamatorias, infección intraperitoneal o trauma abdominal. Porque el 79% de casos por cicatrización postoperatoria. (20)

Obstrucción intestinal por hernias

Hernia: Es la protrusión de un órgano a través de la cavidad de la pared abdominal que la contiene. Hernia se deriva de una palabra griega que significa vástago.

Aunque la hernia interna representa menos 5.8% de Obstrucción Intestinal.

La segunda causa más frecuente de obstrucción intestinal son las hernias externas que representan el 20-25%, ya sean inguinales, crurales, umbilicales o laparotomías. (21)

Vólvulo

El vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico. La localización, por orden de frecuencia es: un 80% en sigma, un 15% en ciego y un 5% en colon transverso.

Los vólvulos del colon son responsables del 5% de todos los casos de obstrucción intestinal en adulto, y 10-15% de todas las obstrucciones del intestino grueso. El sitio más común es colon sigmoides 90%, ciego 9%, colon transverso 1%.

El vólvulo cecal es más común en mujeres con una edad media de 50-60 años, con historia de episodios anteriores y una clínica de obstrucción de intestino delgado y dolor abdominal.

En la etiopatogenia se han implicado diversas causas: anatómicas (meso largo y redundante), alimentarias (dieta rica en residuos), patológicas (estreñimiento crónico, abuso de laxantes, enfermedades psiquiátricas y del sistema nervioso central en el 40% de los casos: distrofias, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, accidentes cerebrovasculares, etc.), el sexo (más común en mujeres) y la edad (mayor de 70 años).

Entre los Síntomas y Signos aparecen el dolor abdominal, distensión abdominal y ausencia de emisión de heces. (22)

Íleo biliar

Es causa de obstrucción intestinal, en la población general, entre el 1 y el 3% de los casos. Sin embargo, en el paciente mayor de 65 años asciende hasta en el 25% de los casos y se produce con una proporción entre mujeres y hombres de 4:1. Aunque el 100% de los pacientes presentan colecistitis crónica en el momento del diagnóstico, sólo la mitad han tenido cólicos biliares.

La mayoría de estos pacientes presenta dolor abdominal intermitente, vómitos y distensión abdominal compatibles con

oclusión intestinal parcial, como los síntomas que presentaba nuestro enfermo. No obstante, tras la impactación del cálculo o cálculos, sobrevienen los síntomas de oclusión intestinal completa. En el paciente mayor los síntomas iniciales de íleo biliar son inespecíficos, por lo que no se sospecha y el diagnóstico preoperatorio se difiere, con un mayor deterioro del paciente ya de por sí muy debilitado. (23)

Factor nutricional

El estado nutricional es el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. Estos factores pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos.

Son tres las causas básicas de los problemas nutricionales (desnutrición proteico - energética, carencias de micronutrientes y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación).

- Alimentos: disponibilidad, acceso y consumo de alimentos inocuos y de buena calidad;
- Salud (utilización biológica): estado personal de salud, estilo de vida y utilización de los servicios de salud;
- Cuidados: capacidad de la familia y de la comunidad para cuidar de las personas vulnerables o dedicar tiempo, atención, ayuda y conocimientos prácticos para cubrir las necesidades de estas personas.

Salud y nutrición

Que los alimentos sean suficientemente variados, de calidad e higiénicos, permite a cada miembro de la familia beneficiarse desde

el punto de vista nutricional y contar con un adecuado estado de salud. En este proceso influyen el control de los ingresos, las limitaciones de tiempo, los hábitos alimentarios y los conocimientos nutricionales.

Cuidados y nutrición

Consiste en la dedicación, en el hogar y en la comunidad, atención y ayuda para cubrir las necesidades físicas, mentales y sociales de los grupos nutricionalmente vulnerables como en particular la población mayor de 60 años dándose en ellos un aumento lento de la colesterinemia de 110 mg a 280 mg/100ml, disminución de la médula ósea y aumento de la grasa en los huesos largos, pérdida de peso del bazo, descenso del metabolismo basal y del consumo calórico, disminución regular de la secreción ácida gástrica, instauración de degeneraciones grasosas entre otras

Estos cuidados redundan en el uso óptimo de los recursos humanos, económicos y sociales. A pesar de que la misma persona o sus familiares y su educación son el factor principal de los cuidados, se hace necesario el apoyo de toda la familia al ser ésta la unidad social económica de mayor responsabilidad para el bienestar nutricional; esto hace imprescindible considerar las funciones, conocimientos, limitaciones de tiempo, ingresos y recursos y motivaciones de los miembros del hogar y de la familia.

(24)

Dieta baja en fibra

Sólo incluye alimentos que contienen una pequeña cantidad de fibra (25)

Una dieta baja en fibra contiene menos de 20 gramos de fibra dietética por día. La terapia de nutrición baja en fibra reduce la frecuencia y el volumen de las heces y aminora la irritación al tracto

gastrointestinal para ayudarlo/la a sanar. Sin embargo, debiera sólo ser utilizada por un corto período. El uso prolongado de ésta puede causar estreñimiento (26)

Una Fibra no dietética no ayudara fundamentalmente a un buen funcionamiento intestinal (27)(Figura N°1); Clasificación De Fibra Dietética

Los factores culturales

Los factores culturales no son dimensiones, ni elementos, son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y en los estudios de las comunidades.

En la literatura se comprende como factores aquellos aspectos o condiciones que están presentes e influyen en la acción de los hombres en el contexto de su actividad., como factores culturales puede entonces comprenderse como el conjunto de condiciones o aspectos culturales presentes en el proceso de desarrollo cultural de los individuos, grupos, colectivos, comunidades, naciones, países, que influyen positiva o negativamente en el desarrollo cultural (28)

Factor económico

Son los que se relacionan con actividades que los hombres desarrollan no aisladamente, sino como miembros de grupos humanos, lo cual nos permite caracterizarlos como sociales. Son aquellos que los mismos hombres despliegan en sus esfuerzos para procurar ser medios de satisfacción que no pueden obtener de manera gratuita.

Pero cuando el hombre toma conciencia de sus necesidades y de cómo satisfacerlas, está en presencia de un acto económico. (29)

2.4 Definición de términos

Oclusión intestinal:

Se produce cuando hay una interrupción patológica del tránsito normal de los productos de la digestión a través del intestino delgado en dirección al ano, la cual puede ser de causa mecánica o no mecánica. (14)

Factor nutricional

El estado nutricional es el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. Estos factores pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos. (24)

Factor económico

Son los que se relacionan con actividades que los hombres desarrollan no aisladamente, sino como miembros de grupos humanos, lo cual nos permite caracterizarlos como sociales. Son aquellos que los mismos hombres despliegan en sus esfuerzos para procurar ser medios de satisfacción que no pueden obtener de manera gratuita. Pero cuando el hombre toma conciencia de sus necesidades y de cómo satisfacerlas, está en presencia de un acto económico. (29)

Factores culturales

Los factores culturales no son dimensiones, ni elementos, son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad,

costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados que no se pueden soslayar en los estudios de las comunidades. (28)

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1.- Definición de Variables de investigación

3.1.1.- Variable independiente: Factores asociados

Un **factor asociado** es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor.

3.1.2.- Variable dependiente: Oclusión intestinal

La oclusión intestinal (también denominada íleo) es un bloqueo total del camino intestinal habitual tanto en el intestino delgado como en el intestino grueso. Por lo contrario, el llamado subíleo es una oclusión intestinal parcial.

3.2.- Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALAS DE MEDICIÓN	VALOR FINAL
Factores asociados	Un factor asociado es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor.	Nutricional	Número de pacientes con deficiente consumo de fibras en la dieta	Nominal	Si Consume fibras en la dieta. (0) No consume (1)
			IMC	Nominal	Delgadez: menor de 18.5(0) Normal: 18.5-24.9(1) Sobrepeso: 25 (2) Pre- obesidad: 25-29.9(3) Obesidad: superior a 30(4)
			Número de pacientes que no realizan actividad física	Nominal	Realizan actividad física(0) No realizan actividad física(1)
			Número de pacientes que consumen dos litros de agua al día	Nominal	Consumen 2 litros de agua al día(0) No consumen 2 litros de agua al día(1)

		Cultural	Grado de instrucción	Nominal	Analfabeto (0) Primaria (1) Secundaria (2) Superior (3)
			Zona de residencia	Nominal	Rural (0) Urbano (1)
		Económica	Número de pacientes con sueldo mínimo	Nominal	No trabaja (0) Menos de 750 (1) Mayor de 750 (2)

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL
Oclusión intestinal	La oclusión intestinal (también denominada íleo) es un bloqueo total del camino intestinal habitual tanto en el intestino delgado como en el intestino grueso. Por lo contrario, el llamado subíleo es una oclusión intestinal parcial.	Causas de oclusión intestinal	Número de pacientes con vólvulo sigmoideo Número de pacientes con adherencias Número de pacientes con íleo adinámico	Nominal	Pacientes con vólvulo sigmoideo (0) Pacientes con adherencias (1) Pacientes con íleo adinámico (2)

3.3 Hipótesis general y específica

3.3.1 Hipótesis general:

Los factores están asociados significativamente con la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016?

3.3.2 Hipótesis específico

- El factor nutricional está asociado significativamente con oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.
- El factor cultural está asociado significativamente con la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.
- El factor económico está asociado significativamente con la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1.- Tipo de investigación

El estudio fu **cuantitativo** por qué se basó en los números para investigar, analizar y comprobar información y datos; aplicativo por qué se utilizó los conocimientos en la práctica, para aplicarlos, en provecho de la sociedad.

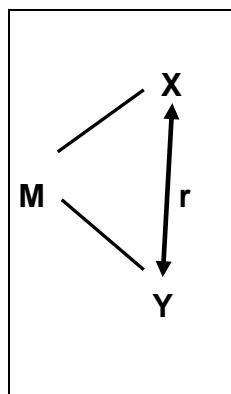
Descriptivo porque tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población.

Correlacional porque se relacionó las variables; retrospectivo por qué se analizó en el presente, pero con datos del pasado. Su inicio fue posterior a los hechos estudiados

De **corte transversal** porque solo se lo realizó una vez y en un tiempo determinado por lo que los datos se obtuvieron en un solo momento.

4.2.- Diseño de la investigación

El Diseño del proyecto de investigación fue no experimental porque el estudio se basó en la observación y no se manipuló las variables y es de corte transversal por qué los datos se tomaron en un solo momento, cuyo esquema fue el siguiente:



Donde:

M= Tamaño de muestra.

X = Factores de riesgo

Y = Incidencia de Obstrucción Intestinal

r = Relación entre factores de riesgo y la incidencia de obstrucción intestinal.

4.3.- Población y muestra

4.3.1.- Población:

175 pacientes mayores de 60 años en cuyas historias clínicas estén el diagnóstico de obstrucción intestinal, que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Chincheros en el año 2016.

4.3.2.- Muestra:

120 pacientes mayores de 60 años en cuyas historias clínicas estén el diagnóstico de obstrucción intestinal, que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Chincheros en el año 2016.

Formula:

$$n \cong \frac{(Z^2 \alpha^2) P Q N}{\epsilon^2 (E-1) + Z^2 P Q} = 120$$

$$n \cong \frac{(1.96)^2 0.5 * 0.5 * 30}{0.05^2 (E-1) + Z^2 0.5 * 0.5} = 120$$

Donde:

α = nivel de confianza

P= Probabilidad de que el evento ocurra

Q= Probabilidad de que el evento no ocurra

ϵ = Error máximo permitido

N= tamaño de muestra.

$Z^2 \alpha/2$ =Margen de confiabilidad.

4.3.3.- Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 60 años en cuyas historias clínicas consten el diagnóstico de obstrucción intestinal, que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital de Chincheros en el año 2016.

4.3.4.- Criterios de exclusión:

Pacientes mayores de 60 años con historias clínicas incompletas o ilegibles al momento que se tome los datos.

Pacientes mayores de 60 años con historias clínicas que no se encontraran en el archivo al momento de la recolección de datos.

4.4.- Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

La técnica que se utilizó en este estudio fue la **revisión documentaria** porque se revisó las historias clínicas de pacientes mayores de 60 años diagnosticados con oclusión intestinal que fueron atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Chincheros en el año 2016.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se aplicó fue el formulario de recolección de datos tipo cuestionario porque nos permitió recoger información sobre los pacientes con obstrucción intestinal.

4.5.- Procedimiento de recolección de datos

Autorización: Se presentó oficios a las autoridades correspondientes del Hospital Chincheros, para dar a conocer nuestro trabajo de investigación y solicitar la respectiva

autorización para el uso de las historias clínicas. se realizó la capacitación necesaria, mediante revisión bibliográfica y consulta a expertos para un manejo de las historias clínicas y los formularios, con el fin de realizar un reconocimiento adecuado de los datos necesarios para la investigación. Todos los datos fueron recolectados por los investigadores y serán supervisados por un experto. Fue validado por 8 expertos cuyo valor de la **Prueba Binomial** es del 80%.

4.6.- Procesamiento estadístico y análisis de datos

El análisis estadístico de los datos se manejó mediante SPSS. Para determinar la asociación se utilizó: Chi cuadrado, con su intervalo de confianza al 95%, considerándose así estadísticamente significativos los resultados con un valor de $p < 0.05$.

CAPÍTULO V

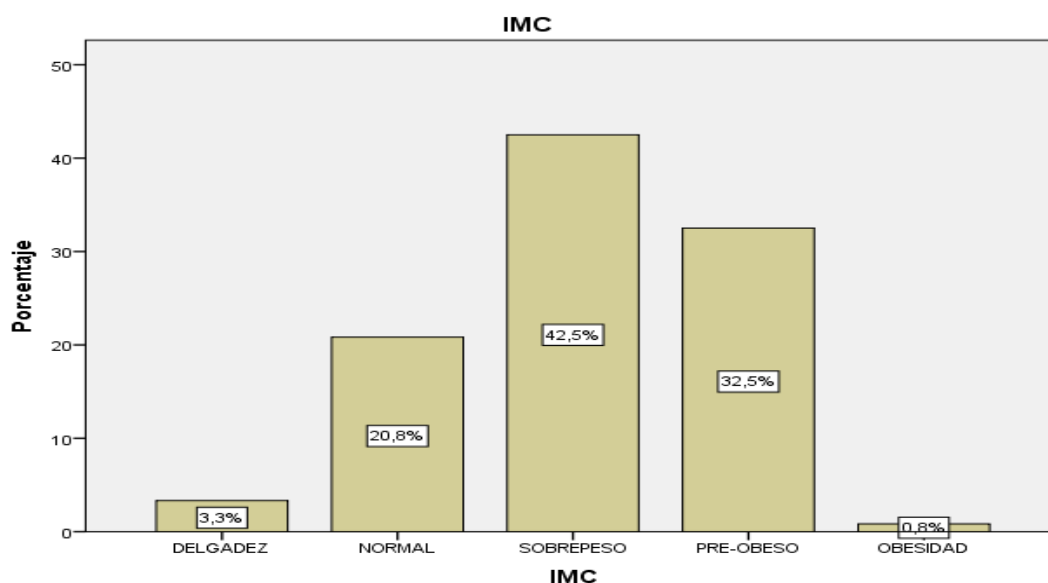
RESULTADOS

Tabla 5.1 Asociación de la oclusión intestinal con el IMC en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016

		IMC			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DELGADEZ	4	3,3	3,3	3,3
	NORMAL	25	20,8	20,8	24,2
	SOBREPESO	51	42,5	42,5	66,7
	PRE-OBESO	39	32,5	32,5	99,2
	OBESIDAD	1	,8	,8	100,0
Total		120	100,0	100,0	

Fuente: Formulario tomado a los pacientes con oclusión intestinal mayores de 60 años de edad en el área de emergencias del Hospital chicheros-Apurímac 2016.

GRAFICO N° 5.1



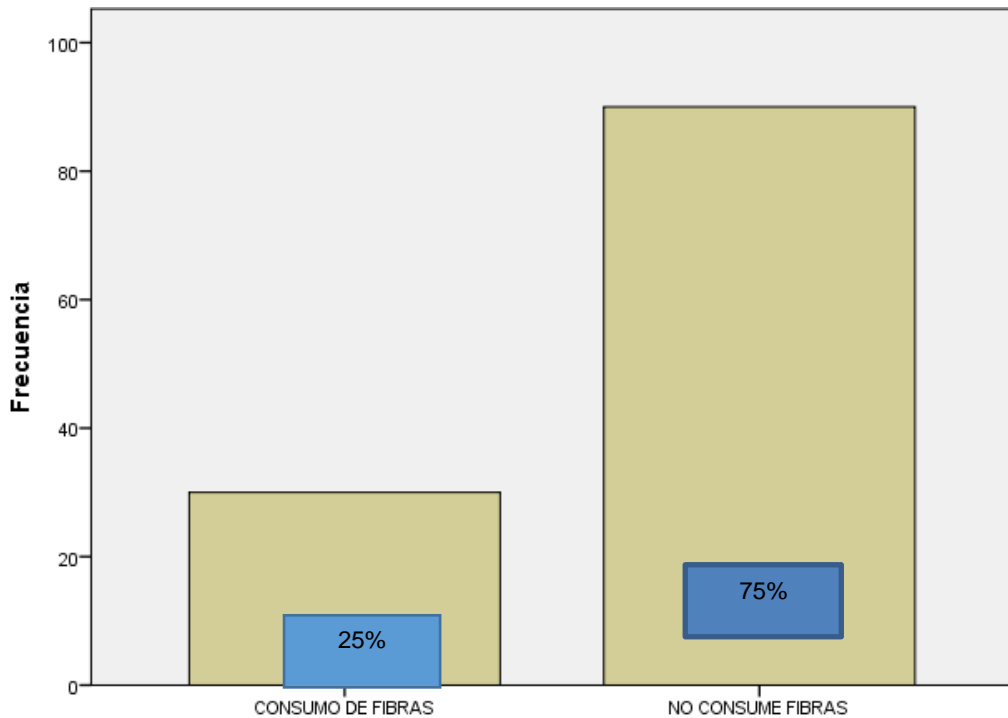
Del 100% de los pacientes encuestados el 42.5% (92) tenía sobrepeso, el 32,5 era pre- obeso, el 20.8 % tenía un peso normal, el 3.3% tenía delgadez y el 0.8% tenía obesidad.

TABLA 5.2 Asociación de la oclusión intestinal con el consumo de fibras en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016

		CONSUMO DE FIBRAS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CONSUMO DE FIBRAS	30	25,0	25,0	25,0
	NO CONSUME FIBRAS	90	75,0	75,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Formulario tomado a los pacientes con Oclusión Intestinal mayores de 60 años del el área de emergencias del Hospital Chicheros-Apurímac 2016.

GRAFICO N° 5.2
CONSUMO DE FIBRAS



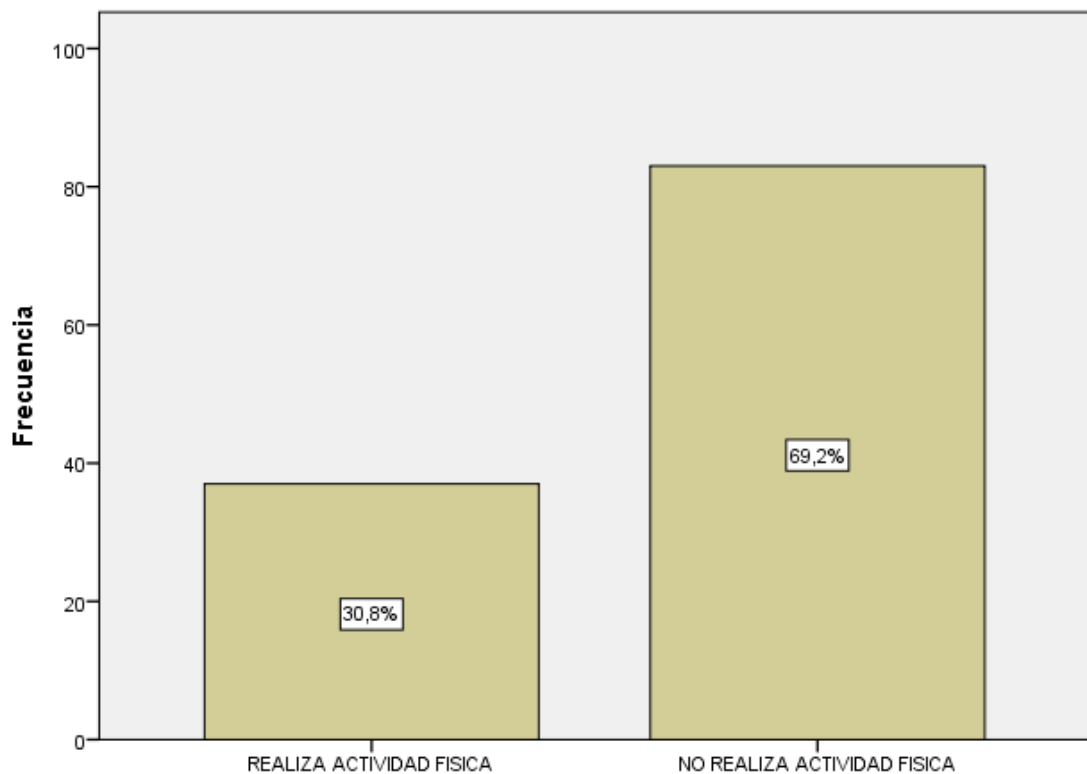
Del 100% de los pacientes encuestados el 75% (90) manifiesta no consumir fibras en su dieta y el 25% (30) manifiesta consumir fibras en su dieta.

TABLA 5.3 Asociación de la oclusión intestinal con la actividad física en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016

		ACTIVIDAD FÍSICA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA	37	30,8	30,8	30,8
	NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA	83	69,2	69,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Formulario tomado a los pacientes con Oclusión Intestinal mayores de 60 años del Área de Emergencias del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

GRAFICO N° 5.3
ACTIVIDAD FÍSICA



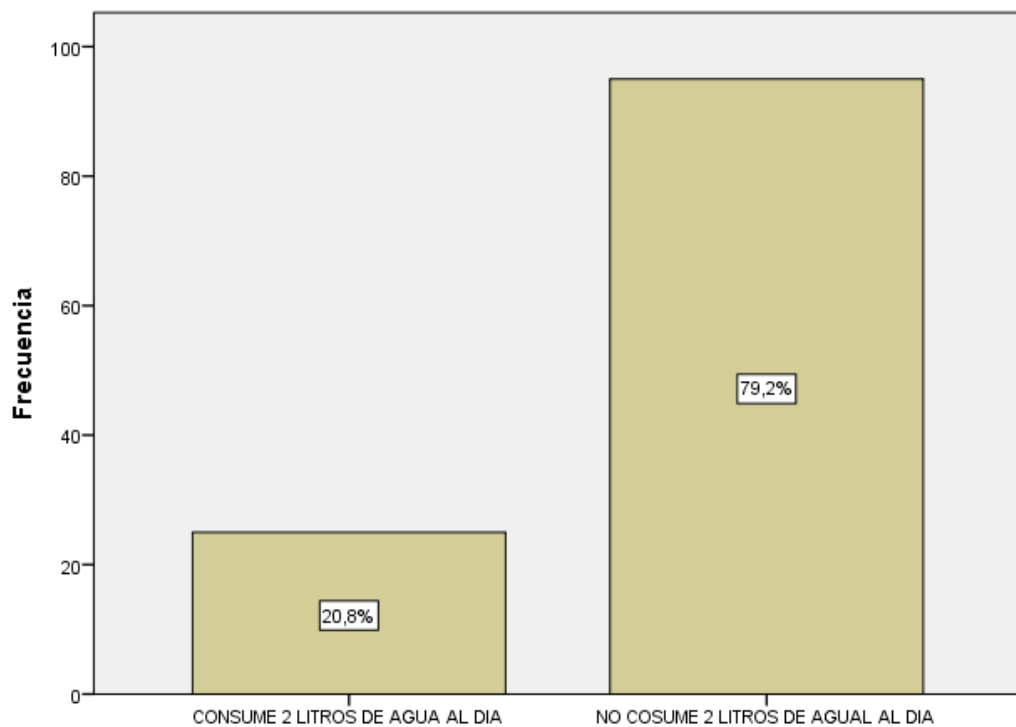
Del 100% de encuestados el 69,2%(83) no realiza actividad física solo el 30,8% (37) realiza actividad física.

TABLA 5.4 Asociación de la oclusión intestinal con consumo de agua en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016

CONSUMO DE AGUA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CONSUME 2 LITROS DE AGUA AL DIA	25	20,8	20,8	20,8
	NO CONSUME 2 LITROS DE AGUA AL DIA	95	79,2	79,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Formulario tomado a los pacientes con Oclusión Intestinal mayores de 60 años del Área de Emergencias del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

GRAFICO N° 5.4
CONSUMO DE AGUA



Del 100% de encuestados el 79,2%(95) no consume dos litros de agua al y solo el 20,8% consume 20.8%(25) de agua al día.

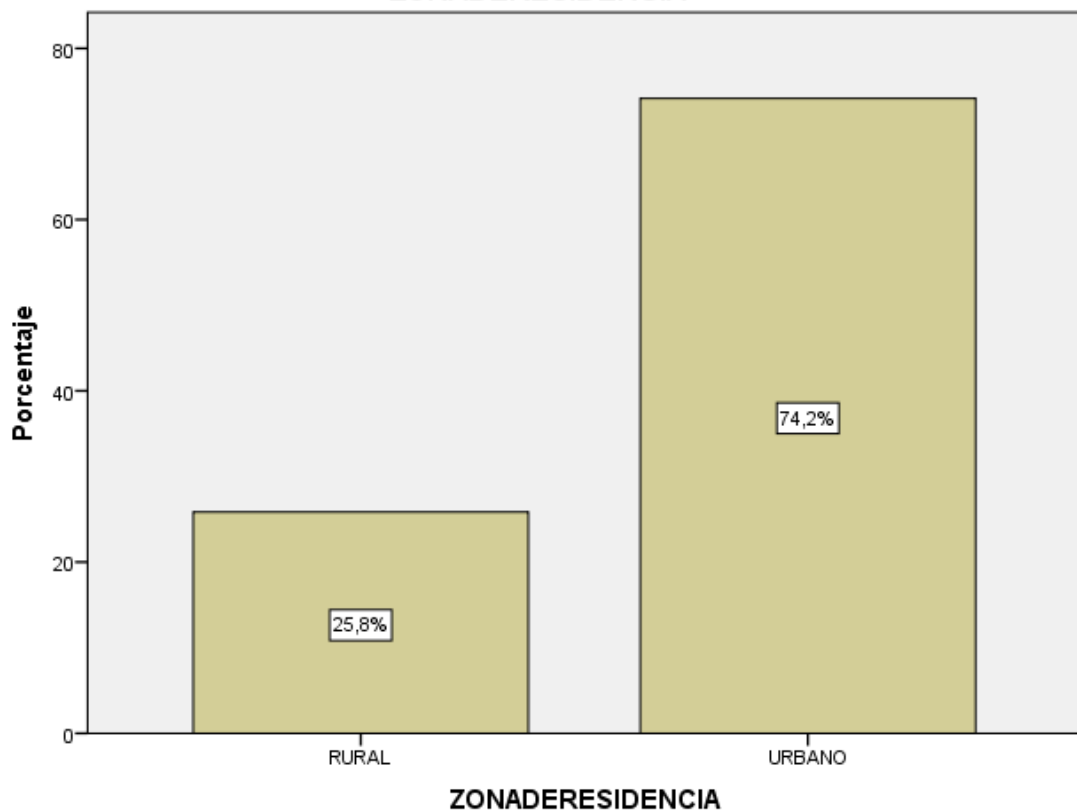
TABLA 5.5 Asociación de la oclusión intestinal con la zona de residencia en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016

		ZONA DE RESIDENCIA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	RURAL	31	25,8	25,8	25,8
	URBANO	89	74,2	74,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Formulario tomado a los pacientes con Oclusión Intestinal mayores de 60 años del Área de Emergencias del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

GRAFICO N° 5.5

ZONADERESIDENCIA



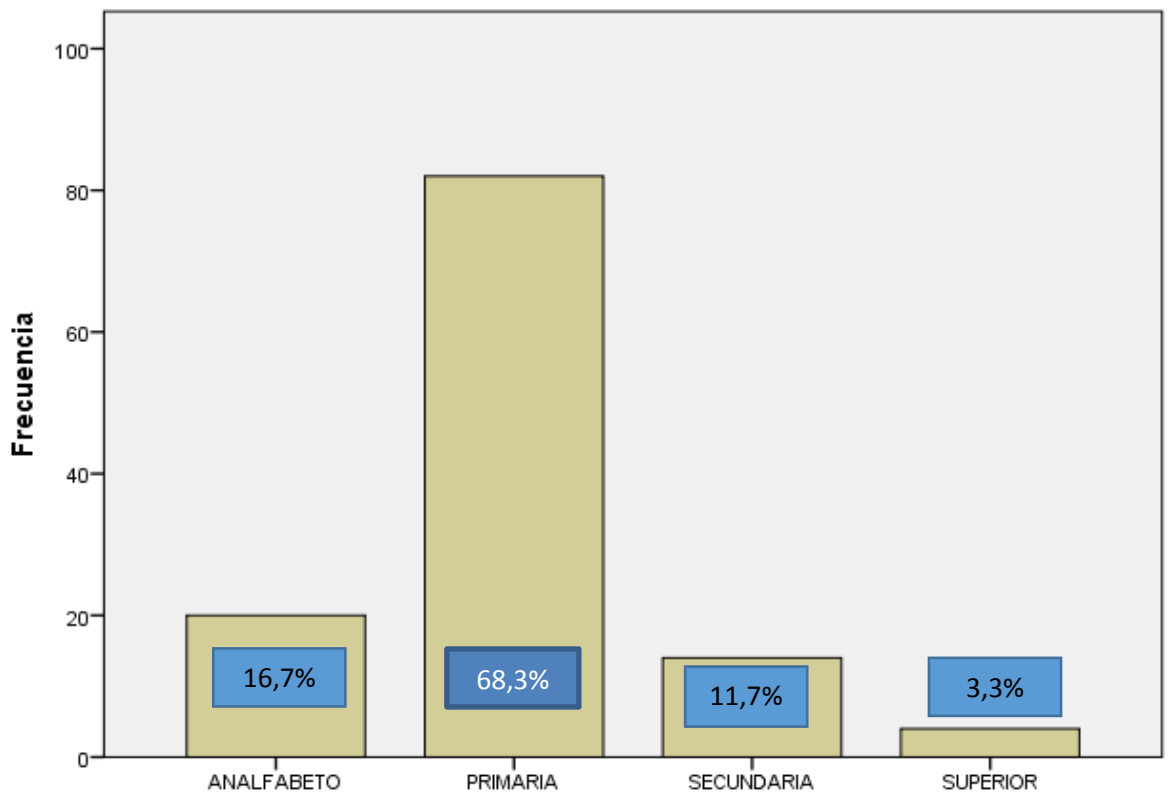
Del 100% de encuestados el 74,2% vivía en zona urbana y el 25,6% vivía en zona rural.

TABLA 5.6 Asociación de la oclusión intestinal con el grado de instrucción en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016

		GRADO DE INSTRUCCIÓN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ANALFABETO	20	16,7	16,7	16,7
	PRIMARIA	82	68,3	68,3	85,0
	SECUNDARIA	14	11,7	11,7	96,7
	SUPERIOR	4	3,3	3,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Formulario tomado a los pacientes con Oclusión Intestinal mayores de 60 años del Área de Emergencias del Hospital Chicheros-Apurímac 2016.

GRAFICO 5.6
GRADO DE INSTRUCCIÓN



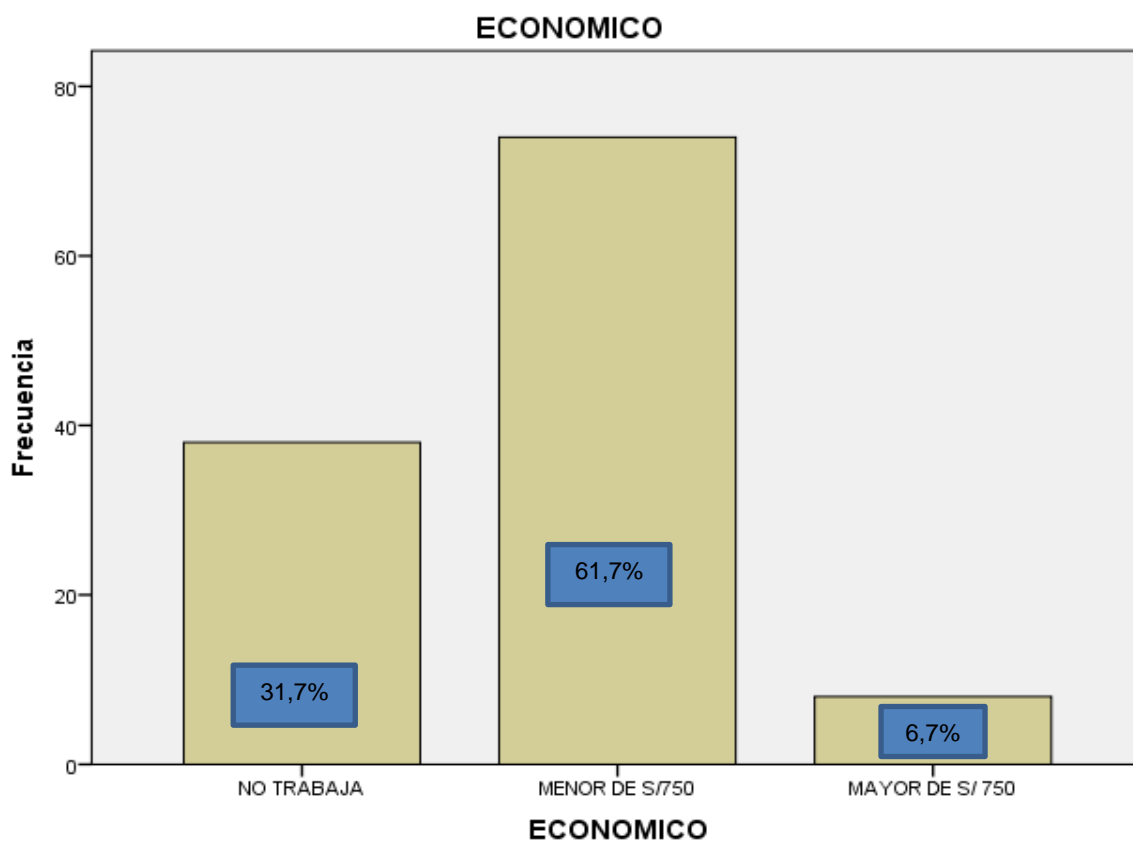
Del 100% de los pacientes encuestados el 68,3% (82) tiene primaria completa, el 16,7% (20) es analfabeto, 11,7% (14) tiene secundaria completa, y solo el 3,3%(4) tiene superior completo.

TABLA 5.7 Asociación de la oclusión intestinal con el factor económico en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016

		FACTOR ECONÓMICO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO TRABAJA	38	31,7	31,7	31,7
	MENOR DE S/750	74	61,7	61,7	93,3
	MAYOR DE S/ 750	8	6,7	6,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Formulario tomado a los pacientes con Oclusión Intestinal mayores de 60 años del Área de Emergencias del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

GRAFICA 5.7



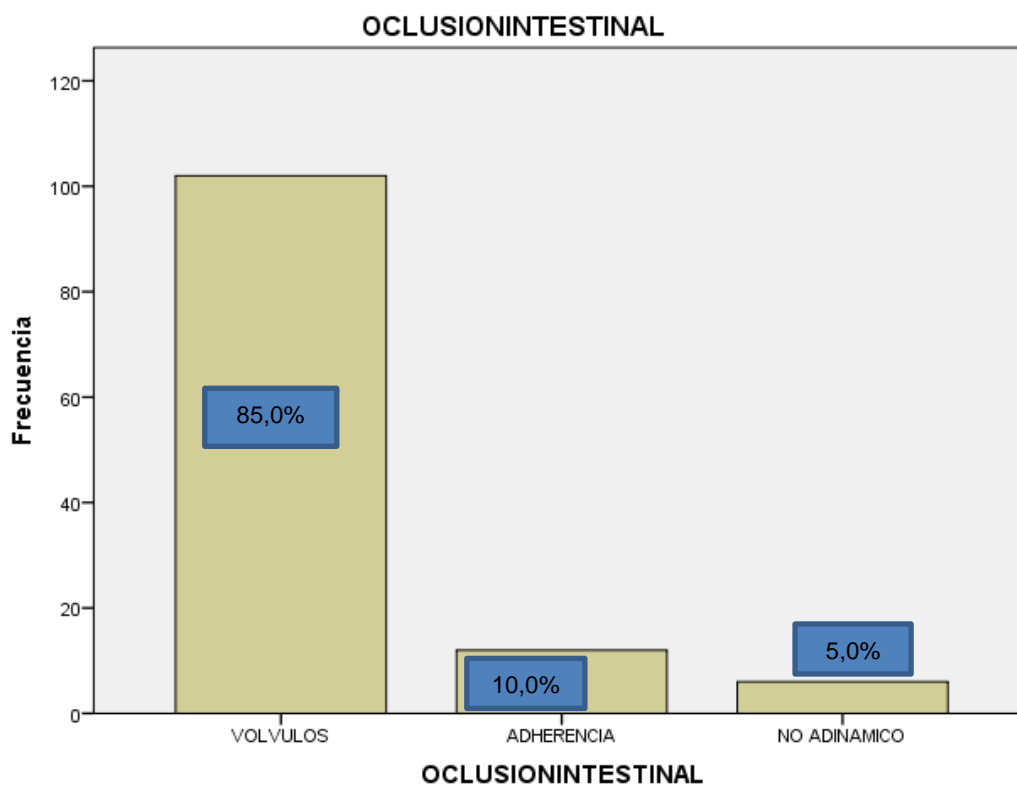
Del 100% de los pacientes encuestados el 61,7% (74) el 31,7%(38) no trabaja y el 6,7%(8) percibe un sueldo mayor a S/750.

TABLA 5.8 Tipos de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016

OCCLUSIÓN INTESTINAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	VÓLVULOS	102	85,0	85,0	85,0
	ADHERENCIA	12	10,0	10,0	95,0
	NO ADINÁMICO	6	5,0	5,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Formulario tomado a los pacientes con oclusión intestinal mayores de 60 años del Área de Emergencias del Hospital Chicheros-Apurímac 2016.

GRAFICA 5.8



Del 100% de los pacientes encuestados del 85% (102) su oclusión intestinal se debió a vólvulos; del 10%(12) se debió a adherencias, y el 5%(6) se debió a no adinámico.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados

6.1.1 OCLUSIÓN INTESTINAL*CONSUMO DE FIBRAS

Recuento

		NUTRICIONAL		Total
		CONSUMO DE FIBRAS	NO CONSUME FIBRAS	
OCCLUSIÓN	VÓLVULOS	30	72	102
INTESTINAL	ADHERENCIA	0	12	12
	NO ADINÁMICO	0	6	6
Total		30	90	120

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,059 ^a	2	,029
Razón de verosimilitud	11,378	2	,003
Asociación lineal por lineal	6,103	1	,013
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	120		

Conclusión: Existe asociación directa entre la oclusión intestinal y el consumo de fibras en pacientes mayores de 60 años del Área de Emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016., **presentándose un p valor 0.029.**

6.1.2 OCLUSIÓN INTESTINAL*IMC

Recuento

	IMC					Total
	DELGADEZ	NORMAL	SOBREPESO	PRE-OBESO	OBESIDAD	
OCLUSIÓN VÓLVULOS	4	23	37	37	1	102
INTESTINAL ADHERENCIA	0	1	11	0	0	12
NO ADINÁMICO	0	1	3	2	0	6
Total	4	25	51	39	1	120

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	14,160 ^a	8	,078
Razón de verosimilitud	17,383	8	,026
Asociación lineal por lineal	,016	1	,898
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	120		

a. 11 casillas (73,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,05.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que

Conclusión: Existe asociación directa entre la oclusión intestinal y el IMC en pacientes mayores de 60 años del Área de Emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016., **presentándose un p valor 0.078.**

6.1.3 OCLUSIÓN INTESTINAL*ACTIVIDAD FÍSICA

Recuento

		ACTIVIDAD FÍSICA		Total
		REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA	NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA	
OCLUSIÓN INTESTINAL	VÓLVULOS	31	71	102
	ADHERENCIA	6	6	12
	NO ADINÁMICO	0	6	6
Total		37	83	120

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,751 ^a	2	,093
Razón de verosimilitud	6,340	2	,042
Asociación lineal por lineal	,292	1	,589
N de casos válidos	120		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.85.

Conclusión: Existe asociación directa entre la oclusión intestinal y la actividad física en pacientes mayores de 60 años del Área de Emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016., **presentándose un p valor 0.093.**

6.1.4 OCLUSIÓN INTESTINAL*CONSUMO DE AGUA

Recuento

		CONSUMO DE AGUA		Total
		CONSUME 2 LITROS DE AGUA AL DIA	NO CONSUME 2 LITROS DE AGUA AL DIA	
OCLUSIÓN INTESTINAL	VÓLVULOS	18	84	102
	ADHERENCIA	4	8	12
	NO ADINÁMICO	3	3	6
Total		25	95	120

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,859 ^a	2	,088
Razón de verosimilitud	4,160	2	,125
Asociación lineal por lineal	4,818	1	,028
N de casos válidos	120		

a. 3 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.25.

Conclusión: Existe asociación directa entre la oclusión intestinal y el consumo de agua en pacientes mayores de 60 años del Área de Emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016., **presentándose un p valor 0.088.**

6.1. 5 OCLUSIÓN INTESTINAL*ECONÓMICO tabulación cruzada

Recuento

	ECONÓMICO			Total
	NO TRABAJA	MENOR DE S/750	MAYOR DE S/750	
OCCLUSIÓN INTESTINAL VÓLVULOS	26	68	8	102
ADHERENCIA	8	4	0	12
NO ADINÁMICO	4	2	0	6
Total	38	74	8	120

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12,360 ^a	4	,015
Razón de verosimilitud	12,405	4	,015
Asociación lineal por lineal	9,907	1	,002
N de casos válidos	120		

a. 5 casillas (55.6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .40.

Conclusión: existe asociación directa entre el factor económico y la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del hospital chincheros-Apurímac 2016. **Presentándose un p valor 0.015.**

6.1.6 OCLUSIÓN INTESTINAL*grado de instrucción tabulación cruzada

Recuento

		Grado de instrucción				Total
		ANALFABETO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
OCCLUSIÓN	VÓLVULOS	14	70	14	4	102
INTESTINAL	ADHERENCIA	4	8	0	0	12
	NO ADINÁMICO	2	4	0	0	6
Total		20	82	14	4	120

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,714 ^a	6	,348
Razón de verosimilitud	8,741	6	,189
Asociación lineal por lineal	5,386	1	,020
N de casos válidos	120		

a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Conclusión: No existe asociación directa entre el grado de instrucción y la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del hospital chincheros-Apurímac 2016. **Presentándose un p valor 0.348.**

6.1.7 OCLUSIÓN INTESTINAL*ZONA DE RESIDENCIA

Recuento

		ZONA DE RESIDENCIA		Total
		RURAL	URBANO	
OCLUSIÓN INTESTINAL	VÓLVULOS	30	72	102
	ADHERENCIA	0	12	12
	NO ADINÁMICO	1	5	6
Total		31	89	120

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,125 ^a	2	,077
Razón de verosimilitud	8,124	2	,017
Asociación lineal por lineal	2,926	1	,087
Prueba de McNemar- Bowker	.	.	. ^b
N de casos válidos	120		

Conclusión: existe asociación directa entre el lugar de residencia y la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del hospital chincheros-Apurímac 2016. **Presentándose un p valor 0.077.**

6.2 Contratación de resultados con otros estudios similares

El 74,2% pacientes con oclusión intestinal vivía en zona urbana y el 25,6% vivía en zona rural. Asimismo, el 68,3% (82) tiene primaria completa, el 16,7% (20) es analfabeto, 11,7% (14) tiene secundaria completa, y solo el 3,3%(4) tiene superior completo. Los resultados encontrados se parecen a los hallados de **PIZANGO MACEDO, E.** que, en un estudio Descriptivo, Retrospectivo revisando 80 Historias Clínicas del Hospital Iquitos de enero 2011 a diciembre del 2014 encontró que el 80% de los pacientes procedieron de zona urbana, El 48.7% de los pacientes no alcanzaban aún grado de instrucción ,26.3% de los casos tuvo instrucción primaria, 20% instrucción secundaria y 5% instrucción superior. (10). También el estudio de **ORELLANA PÉREZ, LUIS** en pacientes adultos con Obstrucción Intestinal atendidos en el hospital Iquitos encontró El mayor número de casos fueron varones 70%, El 78% de los pacientes procedieron de zona urbana, El 48.9% de los pacientes no alcanzaban aún grado de instrucción ,26.7% de los casos tuvo instrucción primaria, 20% instrucción secundaria y 4.4% instrucción superior. (10)

La oclusión intestinal se observó que se relaciona directamente con el consumo de fibra, ya que el consumo de fibra juega un papel en todas las funciones del sistema digestivo desde la masticación hasta la evacuación de las heces. Las fibras solubles, como consecuencia de su viscosidad, enlentecen el vaciamiento gástrico y aumentan su

distensión prolongando la sensación de saciedad. La fibra ayudaría a disminuir la presión intraluminal del colon, evitando la formación sacular a través de la pared intestinal. La fibra insoluble más útil en la enfermedad diverticular parece ser la proveniente de frutas y verduras y en menor grado la procedente de los cereales integrales. Por tanto, el factor nutricional que resulta pueden dar lugar a una ingestión insuficiente o excesiva de nutrientes, o impedir la utilización óptima de los alimentos ingeridos en pacientes con oclusión intestinal. (24)

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- a)** Existe asociación directa entre el factor nutricional (consumo de fibras, IMC, consumo de agua al día y actividad física) y oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el Área de Emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

- b)** Existe asociación directa entre el factor cultural (zona de residencia) y oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del Área de Emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

- c)** Existe asociación directa entre el factor económico y la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del Área de Emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- a) Realizar actividades para promocionar la importancia de la nutrición (el consumo de fibras, actividad física y consumo de agua) para prevenir la oclusión intestinal.

- b) Realizar actividades preventivas promocionales en las zonas urbanas.

- c) Fomentar actividades económicas en los adultos mayores.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Jackson P RM. Evaluación y manejo de la obstrucción intestinal en el hospital Georgetown Washington-EE.UU. 2011.
2. Nájera Garduño H. Obstrucción intestinal Chicago; Jul 2011.
3. Leyva Carralero CA. Morbilidad y Mortalidad por Obstrucción Intestinal Mecánica en los CDI Cruz Villegas y María Genoveva Guerrero Ramos en el Distrito Metropolitano de Caracas. Sept. 2007 – Sept. 2010.
4. Dr. Leyva Carralero CA.
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3051/1/Morbilidad-y-Mortalidad-por-ObstruccionIntestinal-Mecanica.html>.
[Online].; Publicado: 28/02/2011 [cited 2017 Mayo 08].
5. Yrma TP. “Características Radiológicas De La Obstrucción Intestinal Mediante El Estudio De Radiografía Simple De Abdomen En Niños Que Acuden Al Hospital De Emergencias Pediátricas De Enero A Julio Del 2014”.
6. Edmundo CD. Vólvulo de colon sigmoides. Año2011. Hospital nacional del sur. 2011.
7. Melissa TR. Obstrucción intestinal en el Hospital Regional de Loreto en los periodos enero 2009 a diciembre 2012. 2013
8. CAAL CRS. “Causas, tratamiento y evolución de Obstrucción Intestinal en Pacientes de 1 a 60 años ingresados al área de emergencia de Cirugía del Hospital de Cobán. 2013.
9. Oviedo O. “Oclusión Intestinal: Frecuencia y causas en un en un Servicio de Cirugía de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica desde enero del 2008 a diciembre del 2010”Paraguay. 2010.
10. Macedo Eap. Características Clínicas Y Sociodemográficas De La Obstrucción Intestinal En Pacientes Adultos Atendidos En El Hospital Iquitos. 2014.

11. Perez. Características Clínicas Y Sociodemográficas De La Obstrucción Intestinal En Pacientes Adultos Atendidos En El Hospital Regional De Loreto. ,Region Loreto Iquitos - Perú 2017.
12. HENDERSON V. "DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA". 1955.
13. LEININGER M. "TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD DE LOS CUIDADOS CULTURALES. 1950.
14. Cancer. CIINd. <http://www.cancer.gov>. [Online].; 2013 [cited 2014 Mayo 12. [cited 2017 Mayo 26.
15. Lòpez C MA. Manual de Protocolos y Actuaciòn en Urgencias. Tercera ed. España: Edicomplet-Grupo SANED; 2010.
16. Perez E AJFSKD. Gastroenterologìa. Primera ed. ed. Mexico: McGRAW-HILL, Interamericana; 2012.
17. Brunicardi FC ADBTDDHJMJeaS. Principios de Cirugia. Novena ed. ed. Mexico D. F.: McGRAW- HILL INTERAMERICANA EDOTORES, S. A. de C. V.; ; 2011.
18. RS. V. Cirugia de Abdomen. Primera ed. ed. Habana-Cuba: ECIMED; 2010.
19. Moya MS PPMM. Tratado de Medicina de Urgencia. Primera ed. ed. España: Océano-Ergon; 2011.
20. MA. DAJAP. Obstruccion del Intestino Delgado por Adherencias.: IntraMed. ; 2010 Enero.
21. Fretes IR MGJMLAM. Oclusión intestinal por vòlvulode ciego.. Revista Cirugia Paraguay: Unidad de Coloproctologia, Hospital Central de I.P.S. 2012 Noviembre.
22. Drs. Rivoira G BMPMNDGVDMea. Íleo biliar en paciente colecistectomizado. Caso clínico. Revista Chilena de Cirugia. 2010 Junio.
23. OMS. Rev. salud pública vol.12 no.3 Bogotá May/June 2010.
24. Genoveva GRm. (Morbilidad y Mortalidad por Obstrucción Intestinal Mecánica en los CDI Cruz Villegas y en el Distrito Metropolitano de

Caracas. Sept. 2007 – Sept. 2010.) Municipio Libertador del Distrito Metropolitano de Caracas, en la Re. 2010.

25. Cukier DM. “Estudio Multicéntrico de incidencia, etiología y manejo de obstrucción intestinal en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, Hospital Rafael Hernández y Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero. 2007.
26. OMS..http://www.who.int/topics/risk_factors/es/. 2017.
27. OMS. https://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo. [Online]. [cited 2017 MAYO 26]
28. Tena DMG. Redacción Onmeda Revisión médica. 26 de Enero de 2011

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA
TITULO: FACTORES ASOCIADOS A LA OCLUSIÓN INTESTINAL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DEL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CHINCHEROS-APURÍMAC 2016

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los factores asociados a la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del hospital chincheros-Apurímac 2016?	Determinar los factores asociados a la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.	HIPÓTESIS GENERAL: Los factores asociados directamente a la incidencia de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016?	VARIABLE INDEPENDIENTE FACTORES ASOCIADOS: Un factor de asociado es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor.	Nutricional	Número de pacientes con deficiente consumo de fibras en la dieta	consume fibras en la dieta (0) -No consume fibra en la dieta (1)	TIPO DE ESTUDIO Será un estudio descriptivo correlacional. DISEÑO DEL ESTUDIO No experimental de corte transversal. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS El instrumento que se aplicará será el formulario de recolección de datos tipo cuestionario porque nos permitirá recoger información sobre los pacientes con obstrucción intestinal. PLAN DE RECOLECCIÓN DE PROCESAMIENTO DE DATOS AUTORIZACIÓN: Se presentarán oficios a las autoridades correspondientes del Hospital de Chincheros, para dar a conocer nuestro trabajo de investigación y solicitar la respectiva
					IMC	Delgadez: menor de 18.5(0) Normal: 18.5-24.9(1) Sobrepeso: 25 (2) Pre-obesidad: 25-29.9(3) Obesidad: superior a 30(4)	
					Número de pacientes que no realizan actividad física	Realizan actividad física(0) No realizan actividad física(1)	
					Número de pacientes que consumen dos litros de agua al día	Consumen 2 litros de agua al día(0) No consumen 2 litros de agua al día(1)	
				Cultural	Grado de instrucción	Primaria(0) Secundaria(1) Superior(2)	

					Zona de residencia	Rural(0) Urbano(1)	autorización para el uso de las historias clínicas.
¿En qué medida el factor nutricional es asociado a la incidencia de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016?	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la asociación del factor nutricional con la incidencia de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016. 	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> El factor nutricional está asociado directamente a la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del hospital chincheros-Apurímac 2016. 			Económica	-No trabaja (0) -Menos de 750 (1) -Mayor de 750(2)	<p>CAPACITACIÓN: Previo a la recolección de la información se realizará la capacitación necesaria, mediante revisión bibliográfica y consulta a expertos para un manejo de las historias clínicas y los formularios, con el fin de realizar un reconocimiento adecuado de los datos necesarios para la investigación.</p>
¿En qué medida el factor cultural influye en la incidencia de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016?	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la asociación del factor cultural en la incidencia de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016. 	<ul style="list-style-type: none"> El factor cultural está asociado directamente con la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del hospital chincheros-Apurímac 2016. El factor económico está asociado a la oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años del área de emergencia del hospital chincheros-Apurímac 2016. 	<p>VARIABLE DEPENDIENTE OCLUSIÓN INTESTINAL: La oclusión intestinal (también denominada íleo) es un bloqueo total del camino intestinal habitual tanto en el intestino delgado como en el intestino grueso. Por lo contrario, el llamado subíleo es una oclusión intestinal parcial.</p>	Causas de oclusión intestinal	Número de pacientes con vólvulo sigmoideo Número de pacientes con adherencias Número de pacientes con íleo adinámico	-Pacientes con vólvulo sigmoideo (0) -Pacientes con adherencias (1) -Pacientes con íleo adinámico (2)	<p>SUPERVISIÓN: Todos los datos serán recolectados por los investigadores y serán supervisados.</p> <p>PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS El análisis estadístico de los datos se manejará mediante SPSS. Para determinar la asociación se utilizará: Chi cuadrado, con su intervalo de confianza al 95%, considerándose así estadísticamente significativos los resultados con un valor de p <0.05.</p>
¿En qué medida el factor económico influye en la incidencia de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016?	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la asociación del factor económico 						

	en la incidencia de oclusión intestinal en pacientes mayores de 60 años de edad en el área de emergencia del Hospital Chincheros-Apurímac 2016.						
--	---	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2: FORMULARIO

FORMULARIO PARA DETERMINAR LOS FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE OCLUSIÓN INTESTINAL EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL CHINCHEROS-APURÍMAC 2016.

Todos los datos recogidos en este cuestionario se manejarán con absoluta confidencialidad.

FECHA:...../...../.....

HISTORIA

CLÍNICA.....

FORMULARIO N°.....

I.- CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

1.- SEXO: a)- FEMENINO

b)- MASCULINO

2.- EDAD:

II.- FACTORES DE RIESGO

1.- ¿CONSUME FRUTAS Y VERDURAS EN SU ALIMENTACIÓN?

SI NO

2.- IMC:.....

3.- REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA SI NO

4.- ¿CONSUME 2 LITROS DE AGUA AL DIA? SI NO

5.- ¿CUAL ES EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL PACIENTE?

a) ANALFABETO

b) PRIMARIA COMPLETA

c) SECUNDARIA COMPLETA

d) SUPERIOR COMPLETO

6.- ZONA DE RESIDENCIA:

- a) Rural
- b) Urbano

7.- ¿CUAL ES EL INGRESO ECONÓMICO PROMEDIO MENSUAL?

- a) NO TRABAJA
- b) MENOS DE S/ 750 SOLES MENSUAL
- c) MAS S/ 750 SOLES MENSUAL

8.- ¿CUÁL ES LA CAUSA MAS FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN DEL INTESTINO DELGADO?

- a) PACIENTES CON VÓLVULO SIGMOIDEO
- b) PACIENTES CON BRIDAS Y ADHERENCIAS
- c) PACIENTES CON ÍLEO ADINÁMICO

TOMADO DE BETY BELÉN MONTES FERNÁNDEZ Y ALEXANDRA ABELINA LEMA MOROCHO (2014); MODIFICADO POR LAS AUTORAS DE LA PRESENTE TESIS: CACERES NAJARRO JANETH, QUISPE CURI LUCY Y FERNANDEZ GARCIA EVA LUZ (2017)

ANEXO N° 03 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

OPINAN DE JUEZ EXPERTO

Estimado(a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicitar dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una aspa (x) SI o NO en cada criterio según su opinión

CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:

.....

.....

.....

Nombres y Apellidos: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Años de experiencia: _____

Firma del Juez experto

ANEXO N° 05 BASE DE DATOS

N° DE FORMULARIO	SEXO	IMC	CONSUMO DE FIBRAS	ACTIVIDAD FÍSICA	CONSUMO DE 2 LITROS DE AGUA AL DIA	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ZONA DE RESIDENCIA	ECONÓMICO	OCLUSIÓN INTESTINAL
1	0	1	0	1	1	1	1	1	0
2	1	3	1	1	1	0	1	1	0
3	1	1	0	0	1	0	1	0	0
4	0	3	0	1	1	2	0	1	0
5	0	3	0	0	1	2	1	2	0
6	0	1	0	1	1	2	1	1	0
7	0	0	1	1	1	1	0	0	0
8	1	1	0	0	1	1	0	0	0
9	0	2	1	1	1	1	1	1	0
10	1	2	1	0	0	0	1	1	0
11	0	0	0	1	0	1	0	1	0
12	0	3	1	1	0	0	1	1	2
13	1	1	0	1	0	1	1	1	0
14	1	3	1	0	0	0	0	0	0
15	0	3	1	1	1	3	0	1	0
16	0	1	0	1	0	3	1	2	0
17	1	3	1	0	0	2	1	1	0
18	1	2	1	1	1	0	1	0	1
19	0	3	0	0	1	2	1	1	0
20	0	3	1	0	1	1	1	1	0
21	0	2	1	1	1	0	1	0	1
22	1	0	0	0	1	1	1	1	0
23	1	1	0	1	1	0	0	0	0
24	0	3	0	0	1	1	1	1	0
25	0	3	1	1	1	1	0	1	0
26	1	3	1	1	0	0	0	0	0
27	1	2	1	0	0	1	1	0	0
28	0	3	1	0	0	1	1	1	0
29	0	2	1	1	0	1	1	0	0
30	0	2	1	1	0	1	1	0	0
31	0	3	1	1	0	1	1	0	0
32	0	2	1	0	0	1	1	0	1
33	0	3	1	1	1	1	1	0	0
34	0	3	1	1	1	1	1	2	0
35	0	2	1	0	1	1	1	0	1
36	0	3	1	1	0	1	1	0	2

37	0	3	1	0	0	1	1	0	0
38	0	3	1	1	1	1	1	1	0
39	0	1	1	1	0	1	1	0	2
40	0	3	1	1	0	1	1	1	0
41	0	3	1	1	1	1	1	1	0
42	0	2	1	0	1	1	1	1	1
43	0	3	1	1	1	1	1	0	0
44	0	3	0	1	0	1	0	1	0
45	0	4	1	1	0	1	1	1	0
46	0	2	1	1	1	1	1	1	1
47	0	3	1	0	1	0	1	2	0
48	0	3	1	1	1	1	1	1	0
49	0	3	1	0	1	1	1	1	0
50	0	1	1	1	1	2	0	1	0
51	0	3	1	1	1	1	1	1	0
52	0	3	1	1	1	2	1	1	0
53	0	3	1	1	1	1	1	1	0
54	0	3	0	1	1	1	0	1	0
55	0	3	1	1	1	1	1	1	0
56	0	3	1	1	1	1	1	1	0
57	0	3	1	1	1	1	0	1	0
58	1	3	1	1	1	1	1	1	0
59	1	3	1	1	1	1	1	1	0
60	0	3	1	1	1	1	1	1	0
61	0	3	0	1	1	1	0	1	0
62	1	3	1	1	1	0	0	1	0
63	1	1	0	1	1	0	1	0	0
64	0	0	0	1	1	2	1	1	0
65	0	3	0	0	1	2	1	2	0
66	0	2	0	1	1	2	1	1	0
67	0	2	1	1	1	1	1	0	0
68	1	2	0	1	1	1	1	0	0
69	0	1	1	1	1	1	1	1	0
70	1	1	1	1	1	0	0	1	0
71	0	1	0	1	1	1	0	1	0
72	0	2	1	1	1	0	0	1	2
73	1	1	0	0	1	1	0	1	0
74	1	2	1	0	1	0	0	0	0
75	0	1	1	1	1	3	0	1	0
76	0	2	0	1	1	3	0	2	0
77	1	1	1	1	1	2	1	1	0
78	1	2	1	1	0	0	1	0	1
79	0	2	0	1	0	2	1	1	0

80	0	2	1	1	0	1	1	1	0
81	0	2	1	1	0	0	1	0	1
82	1	2	0	0	1	1	1	1	0
83	1	2	0	1	1	0	1	0	0
84	0	1	0	1	1	1	0	1	0
85	0	2	1	0	1	1	0	1	0
86	1	1	1	0	1	0	0	0	0
87	1	2	1	1	1	1	0	0	0
88	0	2	1	1	1	1	0	1	0
89	0	2	1	1	1	1	1	0	0
90	0	2	1	1	1	1	1	0	0
91	0	2	1	1	1	1	1	0	0
92	0	1	1	1	1	1	1	0	1
93	0	2	1	1	1	1	1	0	0
94	0	2	1	1	1	1	1	2	0
95	0	2	1	0	1	1	1	0	1
96	0	2	1	1	1	1	1	0	2
97	0	2	1	1	1	1	1	0	0
98	0	2	1	0	1	1	1	1	0
99	0	2	1	1	1	1	1	0	2
100	0	2	1	0	1	1	1	1	0
101	0	2	1	1	1	1	1	1	0
102	0	2	1	0	1	1	1	1	1
103	0	2	1	1	1	1	1	0	0
104	0	1	0	1	1	1	1	1	0
105	0	2	1	0	1	1	1	1	0
106	0	2	1	0	0	1	1	1	1
107	0	2	1	1	1	0	1	2	0
108	0	2	1	1	1	1	1	1	0
109	0	1	1	1	1	1	0	1	0
110	0	1	1	0	1	2	0	1	0
111	0	2	1	0	1	1	1	1	0
112	0	2	1	0	1	2	1	1	0
113	0	1	1	1	1	1	1	1	0
114	0	1	0	1	1	1	1	1	0
115	0	2	1	1	1	1	1	1	0
116	0	2	1	0	1	1	1	1	0
117	0	2	1	0	1	1	0	1	0
118	1	2	1	0	1	1	0	1	0
119	1	1	1	1	1	1	1	1	0
120	0	2	1	0	1	1	1	1	0

ANEXO N° 06 PRESENTACIÓN DE EVIDENCIAS (FOTOS)

	SEXO	IMC	CONSUMOD EFIBRAS	GRADODEINSTRUCCION	ZONADERESIDENCIA	ECONOMI...	OCLUSIONINTESTINAL	CONSUMOD EAGUA	ACTIVIDADFISICA	var	var	var	var	var	var	var
1	0	1	0	1	1	1	0	1	1							
2	1	3	1	0	1	1	0	1	1							
3	1	1	0	0	1	0	0	1	0							
4	0	3	0	2	0	1	0	1	1							
5	0	3	0	2	1	2	0	1	0							
6	0	1	0	2	1	1	0	1	1							
7	0	0	1	1	0	0	0	1	1							
8	1	1	0	1	0	0	0	1	0							
9	0	2	1	1	1	1	0	1	1							
10	1	2	1	0	1	1	0	0	0							
11	0	0	0	1	0	1	0	0	1							
12	0	3	1	0	1	1	2	0	1							
13	1	1	0	1	1	1	0	0	1							
14	1	3	1	0	0	0	0	0	0							
15	0	3	1	3	0	1	0	1	1							
16	0	1	0	3	1	2	0	0	1							
17	1	3	1	2	1	1	0	0	0							
18	1	2	1	0	1	0	1	1	1							
19	0	3	0	2	1	1	0	1	0							
20	0	3	1	1	1	1	0	1	0							
21	0	2	1	0	1	0	1	1	1							
22	1	0	0	1	1	1	0	1	0							

EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO POR LOS JUECES

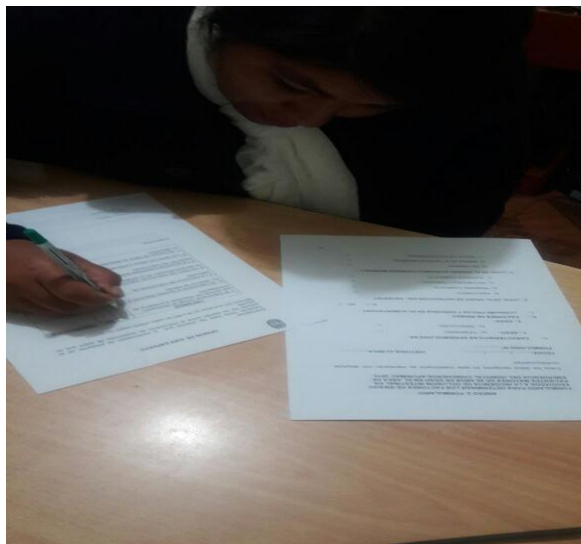


JUEZ N°01

JUEZ 2



JUEZ 3



ELLENANDO LOS FORMULARIOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

