



TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN REALIZADO

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA ESCUELA DE MEDICINA**

**“COMPLICACIONES EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
DEBIDO A OBESIDAD EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT
PONTON EN EL PERIODO DE MAYO DEL 2016 ABRIL DEL 2017”**

AUTOR: CHÉVEZ GONZÁLEZ EDUARD DAVID

TUTOR: DR. DANIEL MEDINA FLORES

GUAYAQUIL MAYO DEL 2017



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**“COMPLICACIONES EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
DEBIDO A OBESIDAD EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS”**

**ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL
GILBERT PONTON EN EL PERIODO DE MAYO DEL 2016 ABRIL DEL 2017.**

**TRABAJO DE TESIS DE TITULACION PRESENTADO COMO
REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO DE MEDICO GENERAL**

AUTOR:

CHÉVEZ GONZÁLEZ EDUARD DAVID

TUTOR:

DR. DANIEL MEDINA FLORES

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO

2016 – 2017



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de titulación para optar el título de **MÉDICO** de la facultad de ciencias médicas.

CERTIFICO QUE: He dirigido y revisado el trabajo de titulación de grado presentado por el Sr. **CHÉVEZ GONZÁLEZ EDUARD DAVID** con número de C.I **0926982554**

Cuyo tema de trabajo de titulación es:

**“COMPLICACIONES EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA
DEBIDO A OBESIDAD EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS
INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL
GILBERT PONTON EN EL PERIODO DE MAYO DEL 2016 ABRIL DEL
2017”.**

Revisada y corregida que fue el trabajo de titulación, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

TUTOR

DR. DANIEL MEDINA FLORES



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
CERTIFICADO DE APROBACIÓN

Esta tesis cuya autoría corresponde a **CHÉVEZ GONZÁLEZ EDUARD DAVID** ha sido aprobada, luego de la defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el título de MÉDICO.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"COMPLICACIONES EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA DEBIDO A OBESIDAD EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON EN EL PERIODO DE MAYO DEL 2016 ABRIL DEL 2017	
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Chávez González Eduard David	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dr. Daniel Medina Flores	
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil	
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas	
CARRERA:	Carrera de Medicina	
TITULO OBTENIDO:	Médico General	
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS:
ÁREAS TEMÁTICAS:	Área de Salud	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Complicaciones, heridas, cicatrización, apendicetomía, quirúrgica, obesidad.	

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

Introducción: La infección de herida operatoria es una complicación más común en los pacientes apendicectomizados, y en especial los de apendicitis aguda perforada. La apendicitis aguda es causada por la inflamación del apéndice vermicular, entre sus complicaciones se encuentra la infección de herida operatoria, el absceso residual, colecciones intraabdominales, obstrucción intestinal entre otras. La presencia de complicaciones del sitio operatorio es muy variable y dependerá de procedimiento quirúrgico y de la presencia de factores de riesgo, como la obesidad que constituye uno de los principales factores que predisponen a este problema. Objetivo: Determinar cuáles son las complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas debido a obesidad en pacientes apendicectomizados atendidos en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo del 2016 a Abril del 2017. Instrumentos: Las técnica que se utilizó es de observación directa, la evaluación de historias clínicas de cada paciente y como instrumento de trabajo se utilizó un formulario, los datos fueron procesados y analizados mediante Microsoft Word, Excel y el programa SPSS. Resultados: Como resultados se escogió

una muestra de 100 pacientes que presentaron complicaciones de cicatrización de heridas de apendicetomía asociada a la obesidad, donde el grupo etario de mayor prevalencia del problema fue de 30 a 40 años, de sexo femenino, de procedencia rural, de raza mestiza, y que manifestaron una serie de complicaciones asociadas al problema. Conclusión: Podemos decir que si no se controla a tiempo el desarrollo de estas complicaciones incluyendo la obesidad como factor principal, podrá disminuir la morbilidad asociada al problema en este grupo de pacientes en estudio.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES: Chévez González Eduard David	Teléfono: 0993041888	E-mail: davidcito9289@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:		
	Teléfono:	
	E-mail:	

DEDICATORIA

A Dios por guiarme por el buen camino darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas

A mis padres quienes son mi fuente de inspiración; que siempre me apoyaron incondicionalmente en la parte moral y económica, me enseñaron responsabilidad, deseos de superación.

.

Chévez González Eduard David

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que me dio la fuerza y fe para lograr mis sueños a mis padres que estuvieron en los momentos difíciles en los cuales necesitaba de su aliento por creer en mí y en mis sueños a mi familia que me empujaron anímicamente a seguir con mi carrera y realizar lo que tanto anhelaba.

Chévez González Eduard David

RESUMEN

Introducción: La infección de herida operatoria es una complicación más común en los pacientes apendicectomizados, y en especial los de apendicitis aguda perforada. La apendicitis aguda es causada por la inflamación del apéndice vermicular, entre sus complicaciones se encuentra la infección de herida operatoria, el absceso residual, colecciones intraabdominales, obstrucción intestinal entre otras. La presencia de complicaciones del sitio operatorio es muy variable y dependerá de procedimiento quirúrgico y de la presencia de factores de riesgo, como la obesidad que constituye uno de los principales factores que predisponen a este problema. **Objetivo:** Determinar cuáles son las complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas debido a obesidad en pacientes apendicectomizados atendidos en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo del 2016 a Abril del 2017. **Instrumentos:** Las técnica que se utilizó es de observación directa, la evaluación de historias clínicas de cada paciente y como instrumento de trabajo se utilizó un formulario, los datos fueron procesados y analizados mediante Microsoft Word, Excel y el programa SPSS. **Resultados:** Como resultados se escogió una muestra de 100 pacientes que presentaron complicaciones de cicatrización de heridas de apendicetomía asociada a la obesidad, donde el grupo etario de mayor prevalencia del problema fue de 30 a 40 años, de sexo femenino, de procedencia rural, de raza mestiza, y que manifestaron una serie de complicaciones asociadas al problema. **Conclusión:** Podemos decir que si no se controla a tiempo el desarrollo de estas complicaciones incluyendo la obesidad como factor principal, podrá disminuir la morbilidad asociada al problema en este grupo de pacientes en estudio.

Palabras claves: Complicaciones, heridas, cicatrización, apendicetomía, quirúrgica, obesidad.

ABSTRACT

Introduction: .Operative wound infection is a more common complication in appendectomized patients, especially acute perforated appendicitis. Acute appendicitis is caused by inflammation of the vermicular appendix, among its complications is wound infection, residual abscess, intra-abdominal collections, intestinal obstruction, among others. The presence of complications of the operative site is very variable and will depend on the surgical procedure and the presence of risk factors, such as obesity, which constitutes one of the main factors that predispose to this problem. **Objective:** To determine the complications in the healing of Surgical wounds due to obesity in appendectomy patients attended at the Abel Gilbert Pontón Specialty Hospital during the period from May 2016 to April 2017. **Instruments:** The techniques used were direct observation, evaluation of each patient's medical histories And as a working tool was used a form, the data were processed and analyzed using Microsoft Word, Excel and SPSS program. **Results:** A sample of 100 patients with complications of appendectomy wounds associated with obesity was selected, where the age group with the highest prevalence of the problem was 30 to 40 years old, female, from rural origin, from Mixed race, and who manifested a series of complications associated with the problem. **Conclusion:** We can say that if the development of these complications, including obesity as the main factor, is not controlled in time, it can decrease the morbidity associated with the problem in this group of patients under study.

Key words: Complications, wounds, healing, appendectomy, surgical, obesity.

INDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	I
CERTIFICADO DEL TUTOR	III
CERTIFICADO DE APROBACIÓN.....	IV
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA	V
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	5
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	6
DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	7
CAPITULO II.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.1.2 GENERALIDADES DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS.....	10
2.1.3 ETIOLOGIA DE LA HERIDA QUIRÚGICA	11
2.1.4 PROCESO DE CICATRIZACIÓN	12
2.1.5 APENDICECTOMIA EN PACIENTES CON OBESIDAD.....	13
2.6 BASE TEORICA	14
2.6.1 CONCEPTO GENERAL DE LA CICATRIZACIÓN	14
2.6.2 FISIOPATOLOGIA DE LA CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.....	16
2.6.3 LA OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO EN LA COMPLICACIÓN DE LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS.....	17

2.6.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PROBLEMA.....	20
2.6.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	21
2.6.6 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICOS	21
2.6.7 TRATAMIENTO INMEDIATO	23
HIPÓTESIS.....	24
VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	25
VARIABLE INDEPENDIENTE O DE ESTUDIO.....	25
VARIABLES DEPENDIENTES O DE CARACTERIZACIÓN.....	25
VARIABLE INTERVINIENTE.....	25
CAPÍTULO III.....	26
MATERIALES Y MÉTODOS	26
3.5 MUESTRA O POBLACIÓN EN ESTUDIO	27
3.9.2 RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS E INSTITUCIONALES	29
3.10 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	30
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	30
COMPLICACIONES	30
CAPITULO IV.....	31
CUADRO N°1	31
GRAFICO N°1 FRECUENCIA	31
Análisis:	31
CUADRO 2.....	32
TABULACIÓN POR EDAD DE PACIENTES DENTRO DEL RANGO DE ESTUDIO....	32
CUADRO N°3	33
TABULACIÓN POR PROCEDENCIA.....	33
GRÁFICO N° 3 FRECUENCIA POR PROCEDENCIA.....	33
TABLA N°4.....	34
TABULACIÓN POR ETNIA DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO	34
CUADRO N°5	35
TABULACIÓN POR SEXO DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO.....	35
GRÁFICO N° 5 FRECUENCIA POR SEXO	35
TABLA N°6.....	36

TABULACIÓN POR OCUPACIÓN.....	36
TABLA N° 7.....	37
TABULACIÓN POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	37
TABLA N°8.....	38
TABULACIÓN POR ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO.....	38
TABLA N°9.....	40
TABULACIÓN POR CUADRO CLÍNICO.....	40
TABLA N°10.....	42
TABULACIÓN POR COMPLICACIONES PRESENTES EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS ANTES Y DESPUÉS DE UNA APENDICECTOMIA EN PACIENTES OBESOS EN ESTUDIO.....	42
TABLA N° 11.....	44
TABULACIÓN POR HALAZGOS PERIOPERATORIOS.....	44
TABLA N° 12.....	45
TABULACION POR IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS.....	45
TABLA 13.....	47
TABULACION POR METODOS DE DIAGNÓSTICOS.....	47
TABLA N°15.....	48
TABULACION POR CUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO.....	48
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	55
BIBLIOGRAFIA.....	56
ANEXO # 1.....	59
APROBACIÓN DEL TEMA.....	59
ANEXO # 2.....	60
APROBACIÓN DEL ANTEPROYECTO.....	60
ANEXO # 3.....	61
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	61
ANEXO # 4.....	62
FORMULARIO DE ENTREVISTA.....	62
ANEXO # 5.....	68

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	68
PRESUPUESTO	69

INTRODUCCIÓN

El procesos de cicatrización de una herida cumple 4 etapas, la primera es de la inflamación que va desde el primer y cuarto día, donde se presenta una serie de procesos con el fin de mantener resistencia contra la invasión bacteriana. En su gran mayoría las heridas saturadas en la segunda etapa de 24 y 48 horas, el epitelio crece hacia el interior de la herida desarrollando una superficie epitelial que intenta cubrir el defecto tisular y que permanece impermeable al agua. Entre el cuarto y quinto día se inicia la tercera etapa con la síntesis de proteínas con finalidad cicatricial, con la función del colágeno que tiene su mayor acción en la última fase la proliferativa donde le sigue la etapa de contracción y maduración. (Dra. Myriam Serrano Arenas, 2015).

La infección de herida operatoria es una complicación más común en los pacientes apendicectomizados, y en especial los de apendicitis aguda perforada. La apendicitis aguda es causada por la inflamación del apéndice vermicular, entre sus complicaciones se encuentra la infección de herida operatoria, el absceso residual, colecciones intraabdominales, obstrucción intestinal entre otras. (Drs. CLAUDIO TAPIA1, 2011).

La presencia de complicaciones del sitio operatorio es muy variable y dependerá de procedimiento quirúrgico y de la presencia de factores de riesgo, como la obesidad que constituye uno de los principales factores que predisponen a este problema, y de aquellas que tiene relación al desarrollo de una infección de sitio operatorio. Las complicaciones en la cicatrización de las heridas quirúrgicas constituyen un problema de salud sui no se garantiza un diagnóstico oportuno y un adecuado tratamiento de los pacientes apendicectomizados que presentan obesidad. (ARRAZÁBAL, 2013)

El problema de las complicaciones que pueden presentarse en los pacientes que ha sometido a intervención quirúrgica. Estas posibles complicaciones están referidas a: dehiscencia de la herida, dolor de la herida, acumulación de suero, hemorragia, senos de las líneas de sutura, infección de la herida, cicatrices hipertróficas, queloides, eventraciones.

Hemorragia de Herida Operatoria: Ocurre más frecuentemente en pacientes hipertensos o con defectos de coagulación. El hematoma de las heridas es casi siempre resultado de hemorragia controlable por medios quirúrgicos. Una vez detectado, se debe reabrir la herida, identificar el o los vasos sangrantes y ligarlos. Otras veces es consecuencia de una hemostasia no muy prolija, antes de cerrar definitivamente la herida.

Acumulación de suero: Es frecuente en heridas que tienen un gran espacio muerto como las de las mastectomías o la de los pacientes obesos. Se las trata mediante la aspiración, o si es voluminosa, mediante una herida por transfixión en el punto más declive aplicando luego un dren con un apósito de compresión. La evacuación debe hacerse lo más precozmente, ya que con frecuencia son asiento de infección.

Dehiscencia de la Herida: La frecuencia de esta complicación varía mucho en función de cirujano, paciente y tipo de operación. En una herida abdominal, la dehiscencia total produce evisceración y la dehiscencia parcial profunda conduce a la eventración.

En la mayoría de casos de dehiscencia, se encuentra que los puntos han desgarrado el tejido. Posiblemente el error más frecuente que condiciona una dehiscencia sea el tensionar demasiado los puntos que van a estrangular los bordes suturados comprometiendo la circulación en esta zona, asimismo los puntos flojos o mal anudados, demasiados puntos, toma de muy poco tejido o material de sutura inapropiado, son otras causas de dehiscencia. (Drs. Luis Del Aguila Hoyos, 2011)

El propósito de este trabajo de investigación es el estudio de las complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgica debido a la obesidad en pacientes apendicectomizados atendidos en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo del 2016 a Abril del 2017, mediante un estudio de las historias clínicas que permitan ver la evaluación de los pacientes que presentan complicaciones de cicatrización de sus heridas quirúrgicas de apendicetomía y sus formas de manifestaciones clínicas, mediante un estudio observacional, el cual se evaluará la obesidad como factor de riesgo predisponente, este trabajo cumplirá el objetivo de informar acerca de esta complicación común en heridas quirúrgicas.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Tema

“Complicaciones en la cicatrización de herida quirúrgica debido a obesidad en pacientes apendicetomizados ingresados en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo de mayo del 2016 abril del 2017.”

1.2 Contextualización Macro

Las complicaciones de las heridas quirúrgicas son más frecuentes en los pacientes obesos en comparación con aquellos que no presentan trastorno porque presentan mayor tejido adiposo, tiempo quirúrgico más prolongado y alteración del equilibrio homeostático. Por otro lado, la obesidad mórbida en ciertas cirugías constituye factor de riesgo independiente para infecciones. (Falagas M, 2015).

Las complicaciones que se manifiestan después de someterse a una operación o cirugía de apendicetomía, se puede presentar por la presencia de múltiples factores en esencial en personas obesas, estas complicaciones afectan a pacientes adolescentes y adultos jóvenes, la proporción de hombre y mujer es de cerca de 3,2 0 3,1 igualándose a la edad, se considera que existe una incidencia más en el sexo masculino de 1,33 por cada 1000 habitantes masculino y de 0,99 por cada 1000 habitante femenino a nivel mundial.

Se presenta también en EEUU con un 5% y el 15% de la población. El 8,7% corresponde al sexo masculino y el 6,7% corresponde al sexo femenino. En América Latina se reporta que aproximadamente 7% de la población sufrirá de estas complicaciones de cicatrización de las heridas quirúrgica debido a la obesidad. (Calle, 2010).

1.3 Contextualización Meso

Estudios publicados en Latinoamérica reportan que del 16,3% al 20% de los pacientes desarrollan alguna complicación postquirúrgica, entre las que destacan las relacionadas con la herida quirúrgica, 9,3% (Seroma 4%; hematoma 3,7%, e infección, 1,5%). variando de acuerdo al estado evolutivo del apéndice, otras complicaciones descritas son la evisceración, el absceso residual, obstrucción intestinal, íleo prolongado. y las complicaciones intraabdominales, a menos del 1%, debido a la presencia de factores como la edad, diabetes, enfermedad cardiovascular y la obesidad con mayor incidencia del sexo masculino. La obesidad retarda el proceso de cicatrización por la presencia de bacterias, celulitis, micosis por el IMC. (Calle, 2010)

1.4 Contextualización Micro

En Ecuador la prevalencia de complicaciones postapendicectomía fue del 21,9%. Las complicaciones fue más frecuente en las mujeres con 53,3%, en el grupo e 16 a 30 años 45,8%, residentes de la zona urbana con 77,4% y con alto índice de masa corporal con 62,8% en el país.

La herida quirúrgica el sitio de complicación en el 94,1% de estas, las complicaciones intraabdominal fueron 5,9%. (Calle, 2010)

En el presente investigación está enfocado al estudio de las complicaciones en la cicatrización de herida quirúrgica debido a obesidad en pacientes apendicectomizados atendidos en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo del 2016 a Abril del 2017, por lo cual se les brindará la información oportuna y exacta sobre este tipo de complicaciones muy común en personas con obesidad mórbida, mediante un estudio analítico observacional, de corte trasversal, cuyo objetivo sirva para disminuir la incidencia de morbilidad y mortalidad asociada a las complicaciones de cicatrización de heridas de apendicetomía.

JUSTIFICACIÓN

Este estudio es de interés porque proporcionará información sobre los tipos las complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas, debido a la obesidad en pacientes apendicectomizados atendidos en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo del 2016 a Abril del 2017, mediante la valoración de historiales médicos suministrado por el Hospital, que permita ver la evaluación en el proceso de cicatrización de la herida quirúrgica y las formas de manifestaciones clínicas que presento el paciente, y que nos proporcione información sobre el tema.

Investigar en el ámbito hospitalario o en el centro de referencia como el Hospital Guayaquil, tiene importancia científica y social pues las complicaciones de la cicatrización de heridas quirúrgicas por la presencia de factores de riesgo como obesidad, ya que aumenta el riesgo después de la cirugía, el sobrepeso ejerce tensión sobre los puntos de sutura o la presencia de bacterias u hongos que provocan infección que retardan este proceso de cicatrización que agrava la condición de los pacientes. Reconocer la magnitud del problema y la investigación para ejercer un diagnóstico oportuno y un tratamiento inmediato al paciente.

El propósito de este anteproyecto es ofrecer información sobre las complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas según su forma de manifestarse, los factores de riesgo, complicaciones, sintomatología, diagnóstico y tratamiento inmediato que se les brinda a los pacientes con problema de obesidad. La relevancia social de esta investigación radica en el análisis retrospectivo y analítico del problema, y disminuir en gran manera la morbilidad y mortalidad de este problema.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las complicaciones en la cicatrización de las heridas quirúrgicas en pacientes apendicectomizados?
- ¿Cómo influye la obesidad como factor de riesgo en la complicación de cicatrización de heridas quirúrgicas?
- Identificas los principales signos y síntomas de la presencia de complicación en la cicatrización la herida quirúrgica?

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: De la Salud Publica

Área: Cirugía

Naturaleza: Descriptiva y observacional

Aspecto: Complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas

Tema de Investigación: Las complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas, debido a la obesidad en pacientes apendicectomizados

Lugar: Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Periodo: De Mayo del 2016 a Abril del 2017.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Establecer cuáles son las complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas debido a la obesidad en pacientes apendicectomizados atendidos en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo del 2016 a Abril del 2017.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar cuáles son las complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas debido a obesidad en pacientes apendicectomizados atendidos en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo del 2016 a Abril del 2017, a través de la información de historias clínicas que permitan disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a la problemática a nivel local.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar cuáles son las complicaciones en la cicatrización de las heridas quirúrgicas en pacientes apendicectomizados
- Establecer a la obesidad como factor de riesgo en la complicación de cicatrización de heridas quirúrgicas.
- Identificar los principales signos y síntomas de la presencia de complicación en la cicatrización de herida quirúrgica
- Ejercer un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado a los pacientes apendicectomizados que presentan este tipo de complicación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Las infecciones de heridas incluyen las que ocurren arriba de la fascia infección superficial de la herida y las que se presentan debajo de la misma, o una infección profunda de la herida. Algunos autores proponen términos más exclusivos de infección del campo o del sitio quirúrgico expuestos potencialmente a bacterias. Estos términos abarcarían infecciones superficiales y profundas de heridas y las que no ocurren en proximidad directa con la incisión quirúrgica.

Los conocimientos actuales de la cadena epidemiológica de las infecciones y principalmente de sus mecanismos de transmisión, nos indican la necesidad de implantar en todo ámbito asistencial, prácticas de asepsia y antisepsia imprescindibles para el control y la prevención de las infecciones.

A mediados del siglo XIX, la sepsis posoperativa era responsable de la muerte de la mitad de los pacientes sometidos a una cirugía menor. El reporte más común de los cirujanos era que la operación había sido exitosa pero el paciente había muerto.

En 1839, Justin Von Lienig, sostuvo que la sepsis era una especie de combustión causada por la exposición de los tejidos húmedos al oxígeno y por esta razón se consideraba que la mejor forma de prevenirla era evitando que el aire entrara en la herida. Joseph Lister había observado esas heridas infectadas y consideraba que la sepsis de las heridas era más bien una especie de descomposición.

En 1865, Louis Pasteur sugirió que la descomposición era causada por microorganismos en el aire que al ponerse en contacto con la materia la fermentaban. Lister acogió esa teoría y reconoció que sus ideas acerca de la sepsis eran totalmente compatibles con estos microorganismos. Por esta razón los microorganismos debían ser destruidos antes de que entraran a la herida. Los agentes pioneros de los antisépticos generalmente no

fueron aceptados en las publicaciones de Pasteur, sino hasta 1863, cuando se reconoció el origen microbial de la putrefacción.

Smmelweis, en 1847, introdujo la práctica del lavado de las manos con compuestos clorinados Joseph Lister, años después, amplió el uso a soluciones fenólicas, tanto para el lavado de las manos como para el lavado de la piel del paciente, de la ropa y del instrumental usado. Una solución al 2,5% fue usada para vendaje de heridas a doble concentración para esterilizar instrumentos. Estos conceptos basados inicialmente en la observación y posteriormente en los conceptos microbiológicos, lograron un impacto importante en la prevención de las infecciones intrahospitalarias y abrió el camino para el gran avance en la cirugía.

John Pringle parece ser el primero en usar el término antiséptico en 1750 para describir sustancia que previenen la putrefacción.

La idea fue eventualmente aplicada para el tratamiento de las heridas supuradas. Alrededor de 1870, el uso de los antisépticos todavía era empírico, no habiendo mayor desarrollo. Muchos antisépticos tradicionales se han continuado usando en forma más refinada, los fenoles se han modificado y se han hecho más aceptables para el uso general.

La acriflavina, introducida en 1913, fue el primer miembro de antisépticos básicos, estuvo muchos años en uso, pero fue desplazada en las tres últimas décadas por los antisépticos catiónicos incoloros.

A pesar del amplio uso en la actualidad de los antimicrobianos, no se ha eliminado el uso de los antisépticos y desinfectantes, al contrario se ha perfeccionado las fórmulas de aquellas sustancias químicas como el yodo y otros más recientes como la clorhexidina. (ARRAZÁBAL, 2013)

2.1.2 GENERALIDADES DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS.

Sin la capacidad de cicatrización no se podría sobrevivir a los traumatismos o a las intervenciones quirúrgicas. Desde la antigüedad se ha intentado contribuir para que realice una correcta cicatrización de las heridas.

Es la separación de la continuidad normal del tejido. Puede ser causada por traumatismos o por la intervención del cirujano.

Clasificación:

De acuerdo a la contaminación microbial la herida se las clasifica en:

Heridas limpias: Son el 75% de todas las heridas que se realizan en cirugías de tipo electivo, sin tendencia a infectarse, por lo que se utiliza el cierre primario para su reparación, manteniendo la técnica aséptica y sin invadir la cavidad orofaríngea o los tractos respiratorio, digestivo o genitourinario.

Heridas limpias contaminadas: En estas heridas existe contacto con la flora habitual normal de los tractos.

Heridas contaminadas: Existe abundante salida de líquidos infectados procedente de los tractos, o no se ha podido conservar la técnica aséptica.

Heridas sucias. Son heridas muy contaminadas o infectadas por traumatismos, cirugías o lesiones previas.

Factores adversos: En buenas condiciones generales de salud, toda herida debe cicatrizar. Existen factores que en ocasiones modifican o dificultan este proceso.

Estado nutricional: Puede alterarse el proceso de cicatrización y particularmente la actividad celular y la síntesis colágena en las deficiencias de proteínas, carbohidratos, zinc y vitaminas A,B y C.

Edad: Es un factor que prolonga el tiempo de cicatrización, porque el metabolismo es más lento, la circulación es deficitaria, los músculos y la piel pierden tonicidad y elasticidad.

Peso: El tejido adiposo, que es abundante en el excesivo peso, es el más vulnerable de todos los tejidos al trauma y a la infección, por su restringido aporte sanguíneo.

Deshidratación: En la deshidratación aminora la oxigenación sanguínea, lo que entorpece el metabolismo celular y la excreción hormonal.

Aporte sanguíneo inadecuado: La deficiente circulación tomará más lento el proceso cicatrizal.

Respuesta inmunológica: Las inmunodeficiencias permiten el asiento de infecciones así como la respuesta inmunológica aumentada en forma de reacción alérgica en materia de sutura interfiriendo con la normal cicatrización.

Enfermedades crónicas; Los trastornos endocrinológicos como la diabetes y las neoplasias que lentifican la cicatrización y la herida es más vulnerable a las infecciones.

La cicatrización de la herida puede retardarse con el uso de corticosteroides, inmunosupresores, quimioterapia, radioterapia y el uso de determinadas hormonas.

Generalidades de la cicatrización.

A diferencia de los organismos inferiores en la escala filogenética que cicatrizan por regeneración, en el hombre la cicatrización se lleva a cabo mediante una sucesión organizada y compleja de procesos celulares y bioquímicos: Inflamación, Epitelización, Granulación y Fibroplasia. (Cucalón, 2014)

2.1.3 ETIOLOGIA DE LA HERIDA QUIRÚGICA

Es toda solución de continuidad en la cubierta cutánea, en la que con frecuencia se produce una simultánea o diferida pérdida de sustancias, por la acción de diversos agentes causantes y que pueden extenderse a los tejidos y órganos subyacentes.

Agentes perforantes: Producen heridas punzantes: Espinas, agujas, clavos, etc.

Agentes cortantes: En general son de estructura metálica provistos de un borde cortante: Cuchillo, bisturí, vidrio, la hoja de papel, e hilo, pueden producir cortes.

Agentes Perforo-cortantes: Son instrumentos metálicos, en los que un extremo está conformado por una lámina alargada y la otra termina en punta, el puñal, el sable, el cuchillo., etc.

Agentes Contundentes: Es causante tiene una superficie roma, como el martillo, que produce generalmente un traumatismo de tipo cerrado. Si el golpe es muy violento se producirá una herida de tipo contusa, El golpe de un martillo.

Proyectiles de Armas de fuego: Producen heridas cuyas características dependen de la cuantía de energía cinética del agente traumático del proyectil, de su forma, peso y de las acciones destructivas que pueda desarrollar en el interior de los tejidos. Existe una variedad de agentes, mecánico, como balas de revolver, de fusil, perdigones de caza, fragmentos de granadas, etc. (Victoria Valer Tito, 2011)

2.1.4 PROCESO DE CICATRIZACIÓN

El proceso de cicatrización activado a partir del daño producido se describe, por lo general, con una sucesión de eventos independiente. En esencia se puede entender como un conjunto de cuatro fases solapadas e interconectadas y dependientes de la activación y de la acción celular que estimula el crecimiento reparación y remodelación del tejido, lo que permite el restablecimiento de las características físicas, mecánicas y eléctricas que favorecen las condiciones normales del tejido. Por lo cual se describirá las cuatro fases del proceso de cicatrización:

Fase de coagulación: Esta fase se inicia inmediatamente después de presentarse la lesión y se altera la integridad del tejido, tiene una duración de hasta 15 minutos. Su objetivo principal es evitar la pérdida de fluido sanguíneo mediante el cese de la hemorragia y la formación del coagulo, protegiendo así el sistema vascular y la función de los órganos vitales. El coagulo formado tiene funciones específicas tanto de

activación celular de mediación y andamiaje para las células que promueven la fase de inflamación y regeneración del tejido.

Fase de inflamación: Esta fase tiene su inicio hasta el minuto 16 y presenta una duración de hasta 6 días, se presenta como respuesta protectora e intenta destruir o aislar aquellos agentes que presenten peligro para el tejido., ya que sin dicha remoción de las células afectadas no se dará inicio a la formación de nuevo tejido mediante la activación de queratinocitos y fibroblastos.

Fase de proliferación. Es la tercera etapa dentro del proceso de cicatrización, derivada del proceso de inflamación y precursora de la fase de maduración de 15 a 20 días. El objetivo de esta fase es generar una barrera protectora, con el fin de aumentar los procesos regenerativos y evitar el ingreso de agentes nocivos, se caracteriza por la activación e dos grandes procesos, angiogénesis y migración de fibroblastos, los cuales facilitan la formación de una matriz extracelular provisional, que proporciona un andamiaje para la migración celular y la síntesis de una matriz extracelular madura.

Fase de maduración: Esta fase se caracteriza por la formación, organización y resistencia que obtiene el tejido al formar cicatriz lo cual se obtiene de la contracción de la herida generada por los miofibroblastos y la organización de los paquetes de colágenos, esta se inicia simultáneamente con la síntesis de la matriz extracelular en la fase de proliferación y puede durar entre uno o dos años, dependiendo la extensión y característica de la lesión. Como se puede entender, cuando este proceso, normalmente articulado, se ve interrumpido por alguna causa interna o externa, se produce una falla en la cicatrización, lo cual genera un proceso de no cicatrización que caracteriza a las heridas crónicas. (MSc, 2013)

2.1.5 APENDICECTOMIA EN PACIENTES CON OBESIDAD

La apendicetomía laparoscópica, ha demostrado que resulta en una recuperación más rápida, menor dolor y pocas complicaciones postoperatorias, comparada con la apendicetomía abierta. Los resultados de una reciente revisión sistemática y meta-análisis de ensayos controlados y randomizados, comparando la AA con la AL,

identificaron una reducción de la infección de herida quirúrgica, y un aumento de tres veces mayor de los abscesos intraabdominales con la AL. La duración del tiempo en cirugía y los costos operatorios son también significativamente más altos. Debido a que la ventaja global de la apendicetomía laparoscópica sobre la apendicetomía abierta fue pequeña, las recomendaciones surgidas de la revisión sistemática, sugiere el uso rutinario de la AL en casos especiales, tales como mujeres jóvenes o pacientes obesos, aunque esas características de los pacientes no fueron específicamente analizadas en el reporte.

El uso de la apendicetomía laparoscópica específicamente para pacientes obesos, tienen un posible beneficio en términos de evitar una incisión grande, la seriedad y duración del dolor postoperatorio y los días de hospitalización. La evidencia actual para apoyar o refutar la apendicetomía laparoscópica para los pacientes obesos, es limitada en cuanto al diseño y calidad de estudio, composición de la muestra y consistencia en la medición de los resultados. Sin embargo, existe evidencia que indica un beneficio de la AL sobre la AA entre los pacientes obesos. Un estudio retrospectivo reveló la relación que existe relación entre el índice de masa corporal y los resultados quirúrgicos, de las cuales se encontró mayor riesgo y complicaciones postoperatorias dentro de 30 días, en los pacientes obesos sometidos a la apendicetomía abierta por apendicitis no perforada, pero ese estudio no se evaluó las variables del sistema de salud, tales como la duración de la estadía hospitalaria, fracasos en la cirugía, presencia de infecciones, complicaciones de cicatrización puntos abiertos, sufrir dolor, por lo que se requiere una hospitalización más prolongada. (Dres. Tan-Tam C, 2012)

2.6 BASE TEORICA

2.6.1 CONCEPTO GENERAL DE LA CICATRIZACIÓN

La cicatrización es el proceso normal que se presenta en los seres humanos para regenerar el tejido epidérmico y dérmico. Cuando un individuo presenta una herida o

ruptura de un tejido intencional o accidental, una serie de eventos bioquímicos complejos se presenta para reparar el tejido dañado. Estos eventos se superponen entre sí temporalmente.

En los últimos años han existido grandes avances en el entendimiento del proceso de cicatrización, los tipos celulares que contribuyen al orden en el cual aparecen en la herida. No obstante, más pasos deben ser descubiertos para que podamos prevenir las cicatrices hipertróficas, los Queloides, y la que deja toda herida.

Existen tres categorías de cicatrización de heridas, el cierre primario, cierre secundario, y el cierre terciario.

Cierre primario: Es aquel en el cual una herida es cerrada dentro de horas de su producción. Es la manera ideal de tratar una herida, sin embargo, hay algunos factores que contraindican este cierre primario. Básicamente, la posibilidad importante de que la herida se infecte. La infección depende de varios factores entre los que se cuentan el huésped, la concentración bacteriana, la virulencia del germen infectante, etc.

Las condiciones normales con relación al huésped, es decir, una persona saludable, sin comorbilidades, el que se genere infección o no, estará ligado a la concentración bacteriana. Se ha estipulado que existe un umbral en el cual la concentración de bacterias en la herida, supera la capacidad del huésped de controlarla. Este umbral ha sido propuesto en 10^6 bacterias x gramo de tejido. Si la concentración supera este umbral, entonces la infección es un hecho seguro.

La concentración bacteriana es directamente proporcional al tiempo, es decir, a mayor tiempo de haberse presentado la herida, mayor concentración bacteriana por multiplicación lógica de bacteria. Así, a mayor tiempo de haber sido herido el paciente, menor tiempo de cerrar la herida. Si la herida tiene más de 6 horas de haberse producido, entonces no se recomienda cerrar primariamente la herida y tendrá que presentarse la cicatrización o por segunda intención o por cierre primario diferido. Esto, debido a que es casi seguro que la herida se infectara y terminará formándose un absceso o presencia de pus.

Existen condiciones especiales en las que por la elevada concentración bacteriana, no se recomienda realizar cierre primario completo aunque no haya transcurrido las 6 horas sugeridas, si sería el caso de algún tipo de mordedura, en estos casos, si solo se considera necesario puede cerrarse la herida con puntos muy separados que permitan que la herida drene entre los puntos.

Cierre por segunda intención: La cicatrización secundaria no incluye cierre formal de la herida, la herida cierra espontáneamente por contracción y revitalización. Estas heridas tardarán más en cicatrizar y la cicatriz será de mayor tamaño y por tanto menos estética. Típicamente, son las heridas con alta probabilidad de infección o en las que hay una infección establecida.

Cierre terciario: También conocido como cierre primario diferido, incluye desbridamiento inicial de la herida y curaciones por un periodo extendido en una herida que se deja abierta y luego al tiempo cierre formal generalmente con suturas, u otro mecanismo.

Incluye las heridas infectadas que no pudieron ser cerradas inicialmente y que cuando se ha controlado completamente el proceso infeccioso, se cierran intencionalmente. Es posible que este cierre requiera la resección de un poco del tejido de granulación para permitir el afrontamiento de los bordes y posterior cierre con hilos de sutura. (Fuentes, 2011)

2.6.2 FISIOPATOLOGIA DE LA CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

La cicatrización cutánea corresponde a la compleja interacción entre muchos tipos de células y la matriz extracelular.

Se divide en tres fases: Inflamatoria, proliferativa y de remodelado.

Fase inflamatoria: Se caracteriza por el aflujo de células sanguíneas y la liberación de sus citoquinas y mediadores. La agravio provoca la sección de los vasos sanguíneos con extravasación de glóbulos rojos y otros constituyentes del espacio intravascular.

Las plaquetas son importantes en este primer momento y dan lugar a procesos de activación, adhesión y agregación.

Al entrar en contacto con la trombina generada localmente y con las fibras de colágeno expuesto, las plaquetas son activadas y liberan mediadores.

Como resultado tiene lugar la agregación de las plaquetas y la formación del tapón plaquetario, al mismo tiempo las células endoteliales producen citoquinas que inhiben esta agregación, para limitarla así al sitio de la herida.

Las plaquetas son muy importantes por segregar factor de crecimiento. Uno de ellos, el factor de crecimiento derivado de plaquetas, que ejerce una acción mitogénica y quimiotáctica sobre los fibroblastos.

La coagulación, como respuesta a la pérdida de plasma y elementos sanguíneos por el daño vascular, es producida por dos importantes cascadas, las vías intrínseca y extrínseca. Ambas vías llevan a la formación de trombina, enzima que convierte al fibrinógeno en fibrina, provocando la coagulación.

El coagulo de fibrina obtenido por vía extrínseca e intrínseca, no solo produce hemostasia, sino que con la fibronectina produce una matriz provisoria para la migración de monocitos fibroblastos y células epiteliales. (Bender, 2015)

2.6.3 LA OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO EN LA COMPLICACIÓN DE LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS.

Los pacientes con obesidad tienen más probabilidad de padecer ciertas enfermedades y afecciones de salud que aumentan los riesgos de cirugía y de cicatrización en las heridas después de una cirugía.

Existen evidencias identificando a la obesidad como un factor de riesgo. Frecuentemente la obesidad se asocia a problemas circulatorios, mayor tiempo quirúrgico, problemas de cicatrización de la herida, mayores dificultades técnicas durante la operación o a un aumento del área de exposición de la herida quirúrgica. Todos estos factores incrementan el riesgo de que las personas obesas sufran infecciones de la herida quirúrgicas

Complicaciones durante la cirugía

Anestesia: Es más difícil administrar anestesia a un paciente con obesidad, las complicaciones pueden ser debido a la figura corporal y la anatomía del paciente o afecciones de salud que afectan la respiración.

Tiempos quirúrgicos: Existen retos técnicos asociados con realizar una cirugía en un paciente con obesidad, por lo que el tiempo quirúrgico a menudo es más largo. En general entre más tiempo este en cirugía mayor son el riesgo de tener complicaciones.

Complicaciones después de la cirugía

En comparación con un paciente de peso normal, un paciente con obesidad tiene más probabilidades de presentar las siguientes complicaciones después de la cirugía;

- Infección
- Mala cicatrización de la herida
- Dificultad para respirar
- Formación de Coágulos sanguíneos
- Embolismo pulmonar. (Rodriguez, 2016)

Infección de la herida Operatoria: Esta complicación frecuentemente se manifiesta en pacientes con índice de masa corporal, se presenta severidad de la inflamación debido a la presencia de gérmenes, bacterias y hongos presentes en el huésped.

Hematoma: Acumulación de sangre y los coágulos en las heridas, constituye una de las complicaciones más frecuentes en pacientes obesos.

Seroma: Acumulación en la herida de cualquier líquido que no sea pus ni sangre, retardan la cicatrización y aumenta el riesgo de infección en la herida.

Dehiscencia de heridas: Rotura parcial o total de cualquier capa de la herida quirúrgica.

Abscesos intraabdominales: Suelen deberse a contaminación de la cavidad con microorganismos que escapan del apéndice gangrenoso o perforado.

Hemorragia: Dolor abdominal súbito y shock hipotérmico en cualquier momento de las primeras 72 horas de la apendicetomía puede significar filtración a partir del muñón o el deslizamiento de una ligadura arterial con la frecuencia la hemorragia es gradual y se origina de un vaso del mesoapéndice o de una adherencia seccionada.

El tiempo quirúrgico: Es un factor asociado pues, existe una relación directa entre la duración de la operación y el índice o proporción de infecciones y complicaciones quirúrgica, por ejemplo el índice de infecciones de heridas limpias aproximadamente se duplica con cada hora de operación.

En los pacientes obesos de cualquier edad, debido al exceso de grasa a nivel de la herida se dificulta un buen cierre por planos y en adición, la grasa no tiene buen suministro de sangre, lo que hace más vulnerable a estos tejidos ante un trauma o una infección

En años recientes se ha observado la estrecha relación entre el estado nutricional o pacientes obesos como factor de riesgo asociado a la complicación en cicatrización de heridas quirúrgicas. (Calle, 2010)

2.6.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PROBLEMA

Otros factores que retardan el proceso de cicatrización de las heridas quirúrgicas son:

Factores de acción local:

- Infección
- Cuerpos extraños
- Hematomas
- Movilización
- Tensión de la herida por la sutura
- Edema
- Vascularización
- Curaciones repetidas: La repetición de las curaciones a pequeños intervalos puede perjudicar la cicatrización por la remoción de los elementos celulares por la propia gasa.

Factores de acción general

- Enfermedades crónicas
- Edad
- Alergias
- Infecciones
- Diabetes

Complicaciones

Alteraciones de la cicatrización: Formación de Queloides, hipertrofia, plastomas y ulceración de la cicatriz. (Victoria Valer Tito, 2011)

2.6.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS

En las complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas se presenta una serie de signos y síntomas diferentes en función del tipo y la etiología de las heridas, se manifiestan las siguientes:

- Dolor
- Eritema
- Calor local
- Tumefacción
- Cambio de color del lecho de la herida
- Secreción purulenta
- Fiebre en la herida quirúrgica, eventualmente de 5 a 7 días después de la cirugía
- Retraso en la cicatrización por la presencia de una infección
- Abscesos
- Mal olor
- Edema alrededor de la herida
- Induración
- Formación de bolsas
- Formación de puentes
- Tejido de granulación sangrante
- Exudado purulento. (Harding, 2013)

2.6.6 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICOS

Infección superficial de la incisión La infección afecta únicamente a la piel o a los tejidos subcutáneos a la incisión y presenta al menos uno de los siguientes criterios:

- Secreción purulenta con o sin confirmación microbiológica.
- Aislamiento de microorganismos en cultivo de líquido o tejido de la herida obtenido bajo asepsia.

- Al menos uno de los signos o síntomas siguientes: dolor, tumefacción local, eritema, o calor y cuando deliberadamente se retiran puntos de la sutura, aunque el cultivo sea negativo.
- Diagnóstico de infección superficial de la herida quirúrgica según criterio clínico del cirujano.

No se consideran como infección de la incisión superficial

- Inflamación mínima de los puntos de sutura.
- Infección de la circuncisión, por considerarse como procedimientos solamente.
- Herida infectada.

Infección profunda de la incisión La infección afecta a tejidos profundos de la incisión (como fascia y músculo) y además presenta al menos uno de los siguientes:

- Drenaje purulento de la incisión profunda
- Dehiscencia espontánea de la sutura o retirada de los puntos de la sutura por criterio clínico ante la presencia de signos inflamatorios, como temperatura mayor a 38 °C, dolor o hipersensibilidad localizada, aunque el cultivo sea negativo.
- Presencia de absceso u otra evidencia de infección profunda en un examen radiológico, histopatológico o en el contexto de una reintervención.
- Diagnóstico de infección profunda de la herida quirúrgica según criterio clínico del cirujano.

Infección de espacio: La infección afecta cualquier parte anatómica (órgano o cavidad) del campo quirúrgico (excluyendo la incisión) que haya sido manipulada o abierta durante la cirugía y al menos uno de los siguientes:

- Secreción purulenta a través de un drenaje colocado dentro de espacio.

- Aislamiento de patógenos en un cultivo obtenido de forma aséptica de una cavidad.
- Presencia de un absceso o evidencia de infección que afecte la cavidad detectado en un examen radiológico, histopatológico o en el contexto de una reintervención.
- Diagnóstico de infección quirúrgica de la cavidad según criterio clínico del cirujano. (Quesada, 2014)

2.6.7 TRATAMIENTO INMEDIATO

Los antibióticos se utilizan para tratar la mayoría de las infecciones de heridas. En ocasiones también puede necesitar cirugía para tratar las complicaciones.

Antibióticos

Pueden suministrarse antibióticos para tratar la infección en la herida quirúrgica o las complicaciones de cicatrización de herida, el tiempo de administración varía de una semana a dos dependiendo del grado de la complicación, puede suministrarse antibiótico vía intravenosa y luego pastillas, seguir el tratamiento hasta finalizar aun si el paciente muestra mejorías antes.

La presencia de pus de la herida se puede examinar para diagnosticar el tipo de tratamiento que el paciente requiere.

Tratamiento quirúrgico invasivo

En ocasiones, el médico especialista necesitara hacer un procedimiento de limpieza de la herida si se muestran complicaciones severas, se puede llevar a cabo dentro de un cuarto de quirófano:

- Abrirán la herida retirando las grapas o los puntos de sutura.
- Harán exámenes a la piel o tejido en la herida para averiguar si hay infección y qué tipo de antibiótico funcionaria mejor.
- Desbridarán la herida removiendo el tejido muerto o infectado dentro de esta

- Enjuagaran la herida con agua con sal o solución salina.
- Limpiarán el saco de pus o absceso en caso de que se haya formado.
- Rellenarán la herida sé si trata de un orificio, con tiras de apósito remojado en solución salina y un vendaje.

Cuidado de la herida

Puede ser necesario limpiar y cambiar el apósito de su herida quirúrgica regularmente.

Se le instruirá al paciente para que realice el procedimiento de limpieza dentro de casa:

- Retirá el vendaje y los apósitos viejos, puede ducharse para mojar la herida lo que permitirá que el vendaje sea más fácil de retirar
- Limpiara la herida
- Colocará un nuevo vendaje con cinta
- El apósito y la pieza de espuma se cambiara cada 2 o 3 días.

Puede tardar días o semanas que la herida este limpia y cicatrice con éxito, libre de infección y fiablemente sane.

Si la herida no cierra por sí misma, debido a presencia de los factores como infección, obesidad o diabetes, es posible que se requiera una cirugía de injerto de piel o de colgajo de musculo para cerrar la herida. Si es necesario un colgajo de musculo el medico tomara piel de músculos y nalga, hombro o parte superior del tórax, para colocarla en la herida. (DrTango, 2014)

HIPÓTESIS

Si ejercemos un estudio adecuado de las complicaciones de cicatrización de heridas quirúrgicas en pacientes apendicetomizados, y un control inmediato de los factores que predisponen a la presencia de las complicaciones como la obesidad, disminuirémos la morbilidad y mortalidad asociada a este problema a nivel local.

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE O DE ESTUDIO

Cicatrización de heridas quirúrgicas

VARIABLES DEPENDIENTES O DE CARACTERIZACIÓN

Factores de riesgo

- Obesidad

Complicaciones

- Infección
- Seroma
- Hematoma
- Dehiscencia
- Hemorragia

VARIABLE INTERVINIENTE

Frecuencia por:

- Edad del paciente
- Sexo del paciente
- Raza del paciente
- Estado civil
- Procedencia
- Nivel de instrucción
- Tipo de cirugía -Apendicetomía
- Manifestación clínica

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 METODOLOGIA

El presente estudio de investigación tiene un enfoque cualitativo de diseño no experimental, de corte transversal y prospectivo con la utilización del método de observación analítica, para una amplia información sobre el tema, cuyo objetivo es proveer información sobre las complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas debido a la obesidad en pacientes apendicectomizados

3.2 TIPO DE ESTUDIO

3.2 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL

Se trata de un estudio observacional, descriptivo – trasversal, que busco estudiar las complicaciones de cicatrización de heridas quirúrgicas en pacientes sometidos a una apendicetomía ingresados en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2016 la 2017., además se demostró la coexistencia de diversos factores de riesgo, manifestaciones clínicas, características demográficas del paciente investigados en este estudio.

Analítico: Se busca el estudio de las complicaciones de cicatrización de heridas después de una cirugía de apendicetomía en la población de estudio ingresados en el hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo del 2016 al 2017

Descriptivo: Se describirá todo al respecto sobre este tema en estudio.

Trasversal: Este estudio también estudiara la relación entre obesidad y la complicación en la cicatrización de las heridas postquirúrgicas en la población en estudio determinada.

3.3 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO (NACIONAL, ZONAL, PROVINCIAL, CANTONAL Y LOCAL)

El estudio se realiza en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, el mismo que provee atención a las personas de escasos recursos económicos y presta sus servicios médicos inmediato a la población en general.

Nacional: Ecuador

Zonal: Costa

Provincial: Guayas

Cantonal: Guayaquil

Local: Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Dirección: En la 29 y Galápagos

3.4 UNIVERSO

El universo corresponde a los pacientes que presentan complicación en la cicatrización de heridas quirúrgica de apendicetomía atendidos en el Hospital Dr. Abel. Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo del 2016 a Abril del 2017.

3.5 MUESTRA O POBLACIÓN EN ESTUDIO

Muestra corresponde a los 100 pacientes que manifiestan complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas de apendicetomía debido a su obesidad, que fueron ingresados en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo de 2016 a Abril del 2017. Que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos

3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes apendicectomizados que presentaron complicaciones en cicatrización de herida
- ✓ Pacientes con dentro del rango de edad establecido
- ✓ Pacientes obesos que presento estas complicaciones
- ✓ Pacientes con historial médico completo atendidos en esta institución

3.7 CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Pacientes que han sido sometidos a una apendicetomía pero no presentaron ninguna complicación
- ✓ Pacientes que no consta dentro del rango de edad de estudio
- ✓ Paciente con historial médico incompleto atendidos en otra institución

3.8 VIABILIDAD

Este trabajo de investigación es un estudio viable porque tiene la aprobación del Director del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón y de los representantes de la Universidad de Guayaquil y de las correspondientes autoridades para su ejecución de este trabajo, que permitieron el acceso de la evaluación del estado de los pacientes que presentan este tipo de complicación de cicatrización de herida quirúrgica debido a su obesidad. Es de interés para un grupo de médicos especialista del área de cirugía por ser casos muy frecuentes que en la institución que existan datos estadísticos que demuestren la prevalencia de estas complicaciones por lo que se permitirá estudiar la evolución y las complicaciones en la cicatrización de las heridas de los pacientes obesos que fueron sometidos a una apendicetomía, los factores de riesgo, su diagnóstico, sintomatología y tratamiento que se les brindo. Este trabajo es autofinanciado por el autor

3.9 MATERIALES

3.9.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Previo inicio de estudio se realizó una evaluación de los historiales clínicos de cada paciente que presento esta complicación de herida quirúrgica asociada a la obesidad r ingresados en el Hospital Abel Gilbert Pontón, durante el periodo 2016 al 2017.

Los datos fueron obtenidos de departamento de estadística, procesados en una computadora, de los cuales fueron obtenidos para su respectivo análisis y estudio, los mismos que fueron tabulados en tablas y gráficos para su mejor comprensión y análisis en este estudio.

3.9.2 RECURSOS HUMANOS, FISICOS E INTITUCIONALES

Recursos humanos:

- Interno de Medicina (Recolector de datos)
- Tutor
- Pacientes

Recursos físicos

- Historia clínica, revistas médicas actualizadas, pagina web
- Computador
- Hojas, lápiz, impresora
- Base de datos estadísticos

Recursos institucionales

- Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert pontón
- Universidad Estatal de Guayaquil
- Facultad de Ciencias Medicas

3.10 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
VARIABLE INDEPENDIENTE CICATRIZACIÓN DE HERIDA QUIRÚGICA	La cicatrización es el proceso normal que se presenta en los seres humanos para regenerar el tejido epidérmico y dérmico. Cuando un individuo presenta una herida o ruptura de un tejido intencional o accidental	Dolor Eritema Calor local Inflamación Cambio de color Secreción purulenta Fiebre Absceso Mal olor Edema Pruebas de diagnósticos Hemocultivo Cultivo Biopsia Examen físico Pruebas de laboratorios	Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Determinar el tipo y el grado de complicación de cicatrización de herida.	Historia clínica
VARIABLE DEPENDIENTE FACTORES RIESGO	Son aquellas manifestaciones que causan o contribuye a la presencia de la complicación	Obesidad Infección Cuerpos extraños Movilización Tensión de la herida por la sutura Vascularización Edad Alergias Diabetes	Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no	Historia clínica
COMPLICACIONES	Son los resultados o secuelas que se presentan ante la presencia del problema	Infección Hematoma Seroma Sepsis de la herida Dehiscencia Abscesos Hemorragias	Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no Si o no	Historia Clínica
VARIABLE INTERVINIENTE	Son aquellos factores que intervienen pero que no modifican el problema	Edad Sexo Raza Estado civil Tipo de cirugía Obesidad Manifestaciones clínicas	Menor-mayor Hombre-Mujer Blanca-.mest-Negra Casado-Soltero-U. Libre Apendicetomía IMC	Encuesta

CAPITULO IV
ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

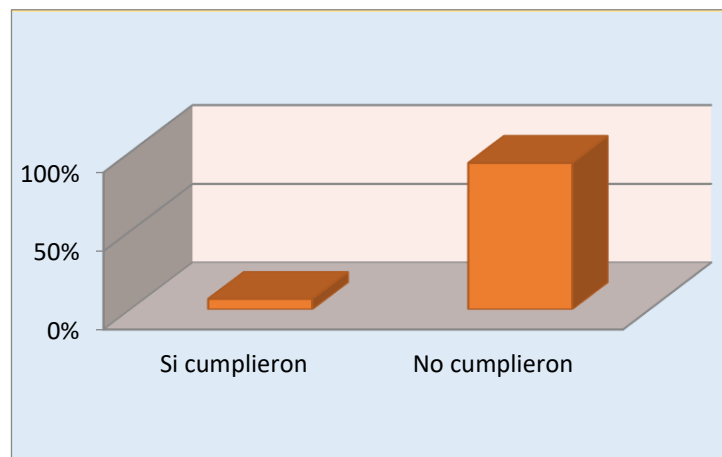
CUADRO N°1
TABULACIÓN POR FRECUENCIA DE PACIENTES
APENDICECTOMIZADOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. ABEL
GILBERT PONTÓN, DURANTE EL PERIODO DE MAYO DEL 2016 A ABRIL
DEL 2017

CRITERIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI CUMPLERON	100	3.7%
NO CUMPLIERON	2.577	96.2%
TOTAL	2.677	100%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRAFICO N°1 FRECUENCIA



Análisis:

Entre los 2.677 pacientes que fueron apendicectomizados ingresados al Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo de 2016 a Abril del 2016, solo el 6,7% que equivale 100 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, mientras que el 93,2% no cumplieron con los criterios para ser estudiados.

CUADRO 2

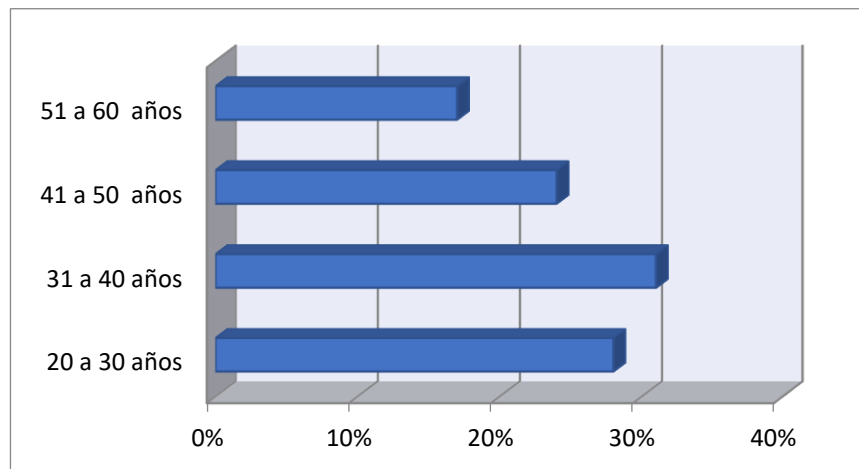
TABULACIÓN POR EDAD DE PACIENTES DENTRO DEL RANGO DE ESTUDIO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 a 30 años	28	28%
31 a 40 años	31	31%
41 a 50 años	24	24%
51 a 60 años	16	17%
TOTAL		100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRÁFICO N° 2 FRECUENCIA POR EDAD



Análisis:: Con respecto a la edad de los pacientes apendicectomizados en estudio, el análisis reveló que existe una prevalencia dentro de los rangos de edad comprendida de 31 a 40 años de edad con el 31%, seguido del rango de edad de 20 a 30 años con el 28%, en tercer lugar lo ocupa los pacientes de 41 a 50 años el 24% y en último lugar lo ocupa el rango de edad de 51 a 60 años con el 17% de la población en estudio, esto análisis revelan que la edad es uno de los factores de riesgo que influye en el desarrollo del problema.

CUADRO N°3

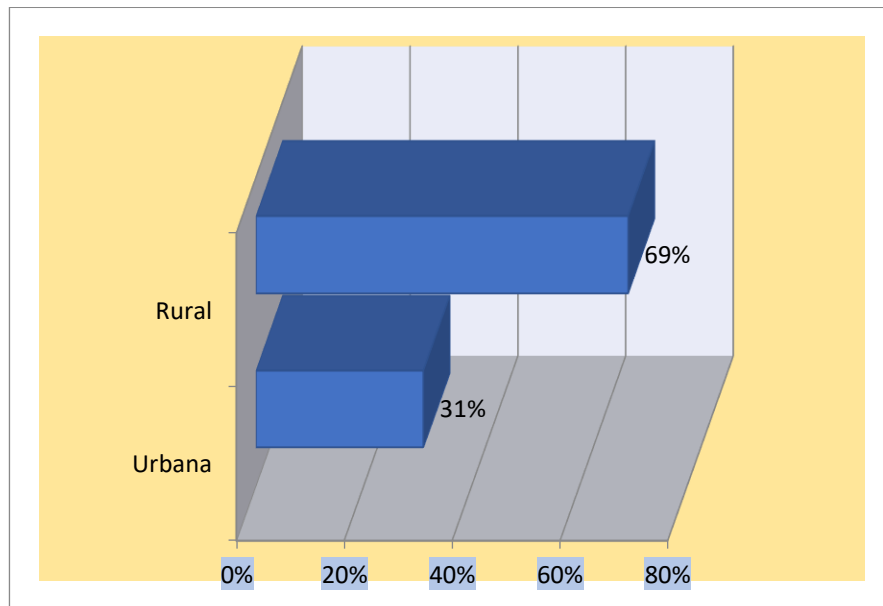
TABULACIÓN POR PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	31	31%
RURAL	69	69%
TOTAL		100%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRÁFICO N° 3 FRECUENCIA POR PROCEDENCIA



Análisis: Este estudio reveló que la mayor prevalencia del lugar de procedencia de los pacientes en estudios procedentes del área rural con un 69%, mientras que los pacientes en estudio del área urbana es del 31%. Esos resultados representan que la procedencia es uno de los factores de riesgo que influye en cuanto a la presencia del problema, debido a factores de riesgo presentes en el medio.

TABLA N°4

TABULACIÓN POR ETNIA DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO

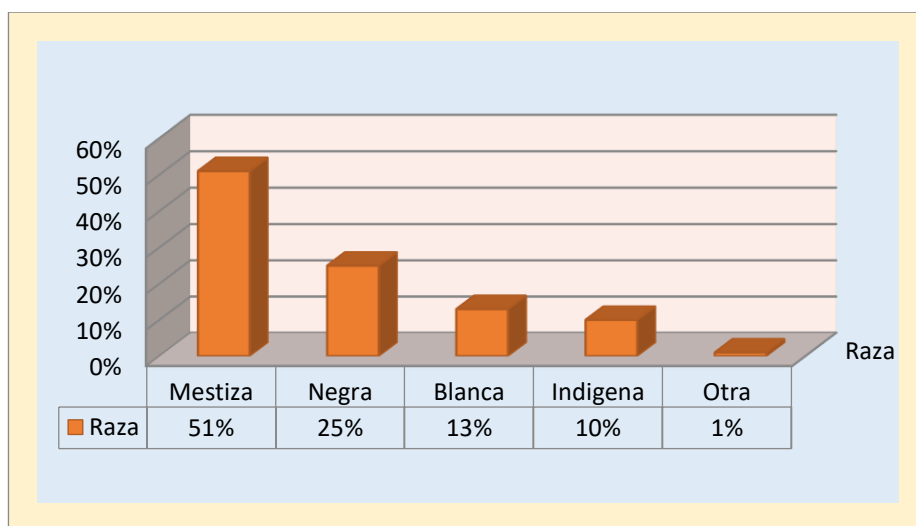
ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mestiza	51	51%
Negra	24	24%
Blanca	13	13%
Indígena	10	10%
Otra	1	1%
TOTAL		100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRAFICO N°4

PREVALENCIA POR ETNIA



Análisis: El estudio reveló en cuanto a los pacientes apendicectomizados en estudio que el mayor porcentaje se centra en cuanto a la raza es mestiza con el 51%, raza negra 25%, la raza blanca ocupa el tercer lugar con un 13%, mientras que indígena (10%) y otra raza 1% ocupa los últimos lugares, todo indica que la raza mestiza puede jugar un papel fundamental en la presencia de factores.

CUADRO N°5

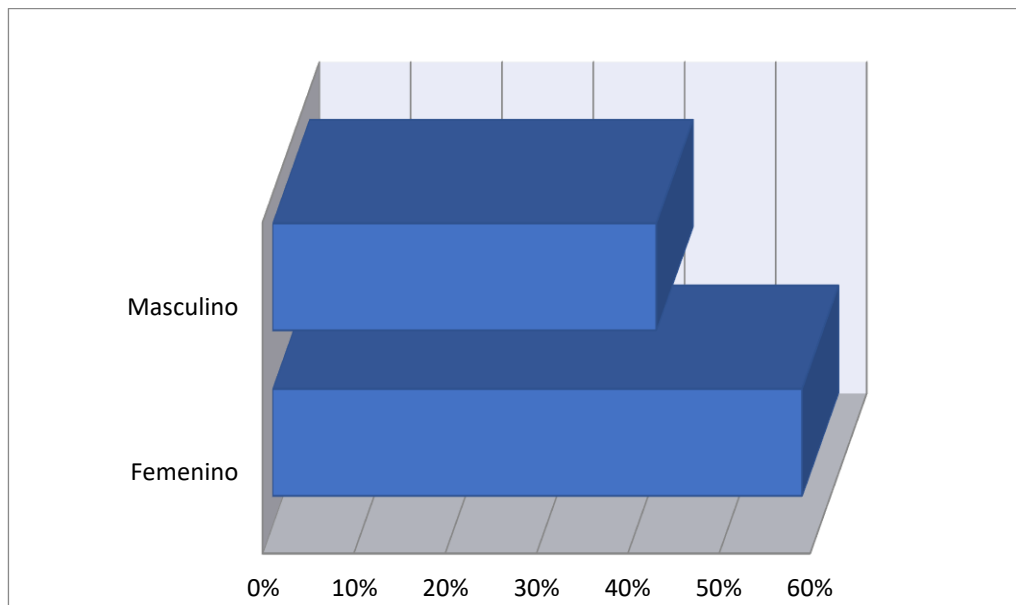
TABULACIÓN POR SEXO DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	58	58%
MASCULINO	42	42%
TOTAL		100%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRÁFICO N° 5 FRECUENCIA POR SEXO



Análisis:

Este estudio reveló que la mayor prevalencia del sexo en los pacientes en estudios existe una mayor prevalencia en el sexo femenino con un 58%, de los casos, mientras que el sexo masculino con el 42%. Con pocas diferencias de porcentaje. Esos resultados muestran que las mujeres son más propensas a presentar complicaciones por obesidad, debido a factores como el sedentarismo, o la mala alimentación, así como la antisepsia, que contribuye al desarrollo del problema.

TABLA N°6

TABULACIÓN POR OCUPACIÓN

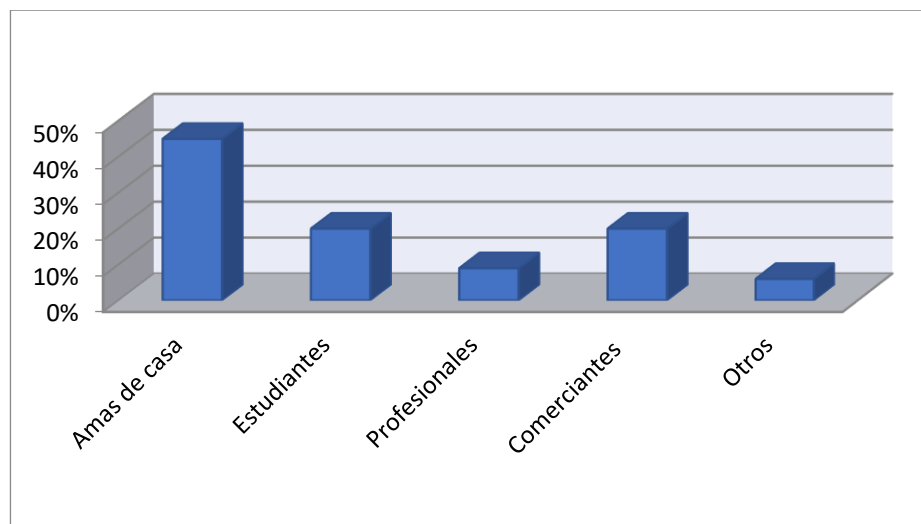
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	45	45%
Estudiantes	20	20%
Profesionales	8	9%
Comerciantes	20	20%
Otros	6	6%
TOTAL		100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRAFICO N°4

PREVALENCIA POR OCUPACIÓN



Análisis:

El estudio reveló en cuanto a la ocupación de los pacientes apendicectomizados, este estudio demuestra que la ocupación influye como factor riesgo está centrada en las asistente del hogar con el 45%, debido al estilo de vida que llevan que las hace

propensas al desarrollo de obesidad y por el cual al momento de la cirugía pueden presentar una serie de infecciones post quirúrgicas, seguido de los que realizan alguna actividad de ventas (comerciantes), pública o privada con el 20%, el tercer lugar lo ocupa los estudiantes con el 20%, los profesionales con el 9% y otros con el 6%, según los datos reportados en los pacientes de estudio durante dicho periodo.

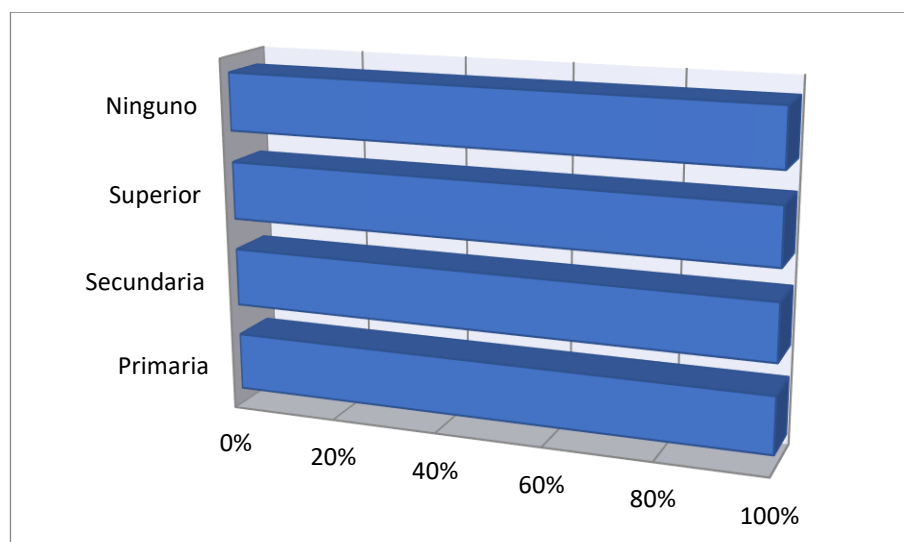
TABLA N° 7

TABULACIÓN POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Nivel de instrucción	Frecuencia	PORCENTAJE
Primaria	20	20%
Secundaria	56	56%
Superior	11	11%
Ninguno	13	13%
TOTAL		100%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRÁFICO N° 7 NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Análisis: Este estudio reveló que por niveles de instrucción que presentaron este grupo de pacientes en estudio que desarrollaron complicaciones de la apendicetomía, tienen un nivel de instrucción secundario con 56% de los casos, mostró mayor prevalencia, seguida de quienes alcanzaron culminar la primaria con 20%, en tercer lugar lo ocupó los pacientes no tenía ningún grado de instrucción con el 13% de los casos, los que los hacen más vulnerables a padecer de complicaciones en la cicatrización o infecciones postquirúrgicas u obesidad por carecer de conocimientos sobre este tema, mientras que los que si alcanzaron recibir una educación superior son un pequeño grupo del 11% de los casos registrados

TABLA N°8

TABULACIÓN POR ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO

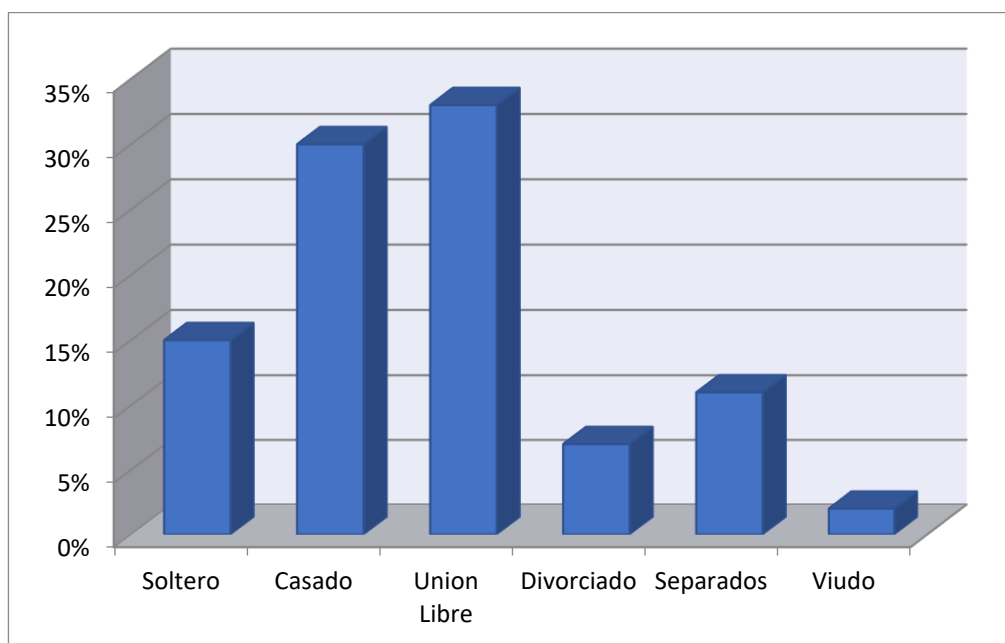
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	15%	15%
Casado	30	30%
Unión Libre	33	33%
Divorciado	7	7%
Separados	11	11%
Viudo	2	2%
TOTAL		100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRÁFICO N° 8

PREVALENCIA POR ESTADO CIVIL



Análisis:

Este trabajo revela que del grupo de 100 pacientes en estudio apendicectomizados se mostró una mayor prevalencia por el estado civil de unión libre con el 33% de todos los casos, seguido por casados con el 30%, en tercer lugar corresponde a los solteros (as) con el 15%, los separados con el 11%, otros divorciados con el 7%, y por último los viudos 2% de los casos registrados. Dependiendo de este factor por lo que se muestra el problema en estudio en estos pacientes.

TABLA N°9**TABULACIÓN POR CUADRO CLÍNICO**

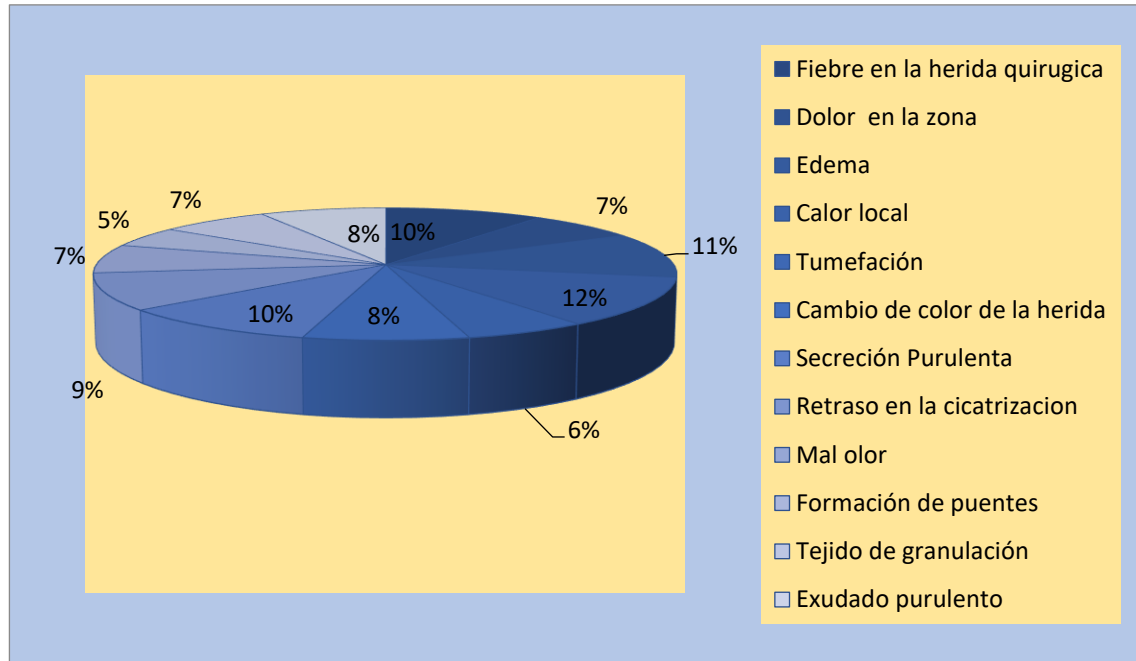
SIGNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertermia en sitio de incisión	9	10%
Dolor en la zona	7	7%
Edema	11	11%
Calor local	12	12%
Tumefacción	6	6%
Cambio de color de la herida	8	8%
Secreción Purulenta	9	10%
Retraso en la cicatrización	9	9%
Mal olor	7	7%
Formación de puentes	5	5%
Tejido de granulación sangrante	7	7%
Exudado purulento	7	8%
TOTAL		100%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRÁFICO N°9

FRECUENCIA POR CUADROS CLINICOS PRESENTES EN LOS PACIENTES EN ESTUDIO



Análisis:

Según el análisis revela que entre las manifestaciones clínicas más comunes que se presentan en cada paciente en estudio se halló calor local (12%), presencia de edema (11%), secreción purulenta (10%), fiebre en la herida quirúrgica (10%), retraso en la cicatrización (9%), por la presencia de infecciones, seguido de exudado purulento (8%) cambios de color en la herida (8%), dolor la zona (7%), mal olor (7%), tejido de granulación sangrienta (7%), tumefacción (6%) formación de puentes en la herida (5%), entre todos estos son los principales signos y síntomas que se presentan debido a una complicaciones de cicatrización de heridas quirúrgicas después de una apendicetomía realizada en pacientes obesos , dentro del rango de estudio.

TABLA N°10

**TABULACIÓN POR COMPLICACIONES PRESENTES EN LA
CICATRIZACIÓN DE HERIDAS ANTES Y DESPUÉS DE UNA
APENDICECTOMIA EN PACIENTES OBESOS EN ESTUDIO**

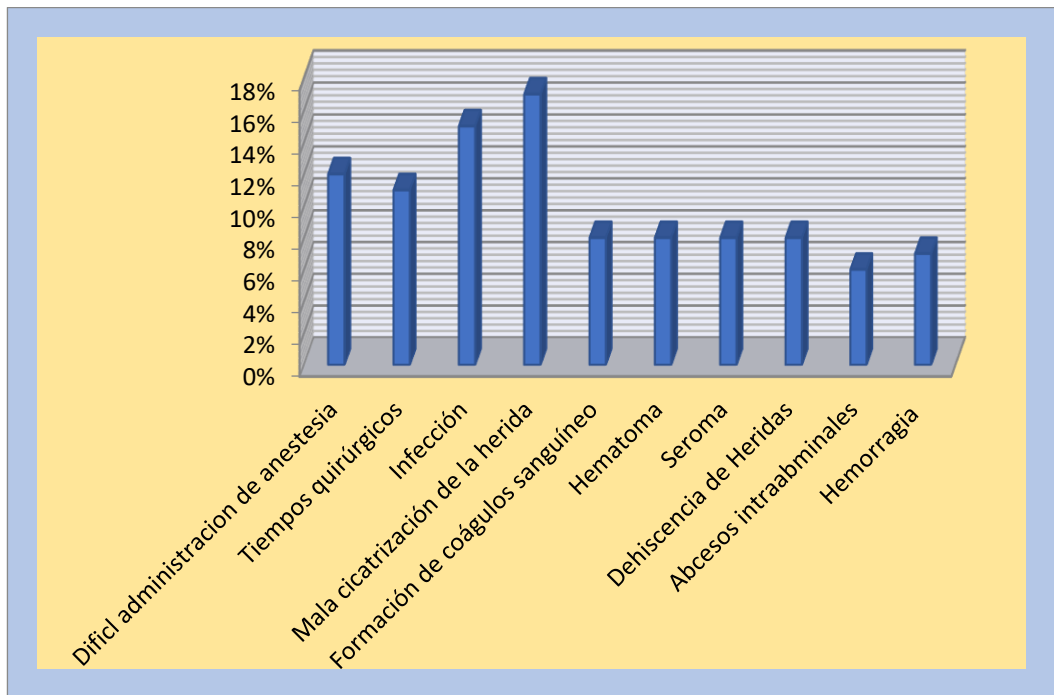
COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Difícil administración de anestesia	12	12%
Tiempos quirúrgicos	11	11%
Infección	15	15%
Mala cicatrización de la herida	17	17%
Formación de coágulos sanguíneos	8	8%
Hematoma	8	8%
Seroma	8	8%
Dehiscencia de heridas	8	8%
Abscesos intraabdominales	6	6%
Hemorragia	7	7%
TOTAL		100%

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRAFICO N°10

PREVALENCIA POR COMPLICACION



Análisis:

Este estudio reveló que entre las complicaciones que desarrollaron este grupo de pacientes obesos en estudio antes y después de la cirugía de apendicetomía, encontramos por orden de prevalencia esta la mala cicatrización de la herida con el 17%, seguido de la infección en la herida con el 15%, también tenemos la difícil administración de medicamentos (12%), el tiempo de la cirugía o quirúrgico con el 11%, mientras que de igual prevalencia se reportó la formación coágulos sanguíneos (8%), Hematoma (8%), Seroma (8%), Dehiscencia de heridas (8%), también se reportó la presencia de hemorragias con el 7% y por último se reportó abscesos intraabdominales con el 6%, encontrándose la definición de cada complicación dentro del marco teórico.

TABLA N° 11

TABULACIÓN POR HALAZGOS PERIOPERATORIOS

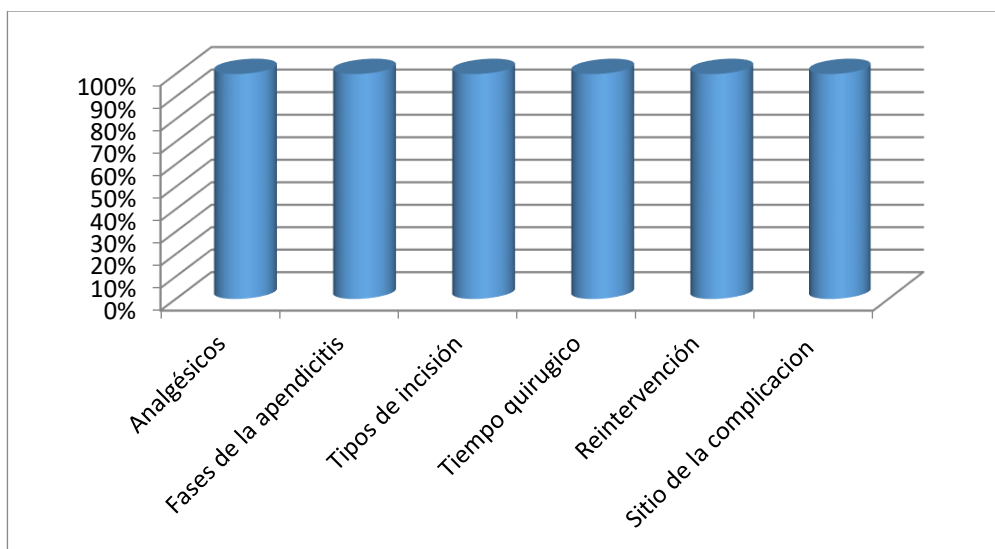
CARACTERISTICAS CLINICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analgésicos preoperatorios	18	18%
Fases de la apendicitis	21	21%
Tipos de incisión	12	12%
Tiempo quirúrgico	15	15%
Reintervención	12	12%
Sitio de la complicación	22	22%
TOTAL	97	100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRAFICO N°11

FRECUENCIA POR HALLASGOS CLÍNICOS



Análisis:

Los analgésicos preoperatorios fueron administrados al 18% de los casos. Del 22% de los pacientes apendicectomizados, fueron intervenidos en fase catarral y fase flemonosa. Las fases gangrenosa y perforada. Por tipo de incisión 12%. La incisión más utilizada fue la de Rocky Davis. La incisión media infra umbilical.

El 15% de las intervenciones se realizó en un tiempo quirúrgico entre 31 a 60 min, el en menos de 30 minutos y en más de una hora.

El 12% de los pacientes necesitaron ser reintervenidos por complicaciones intraabdominales.

La herida quirúrgica fue el sitio de complicación en el 21% de estas complicaciones intraabdominales

TABLA N° 12**TABULACION POR IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS**

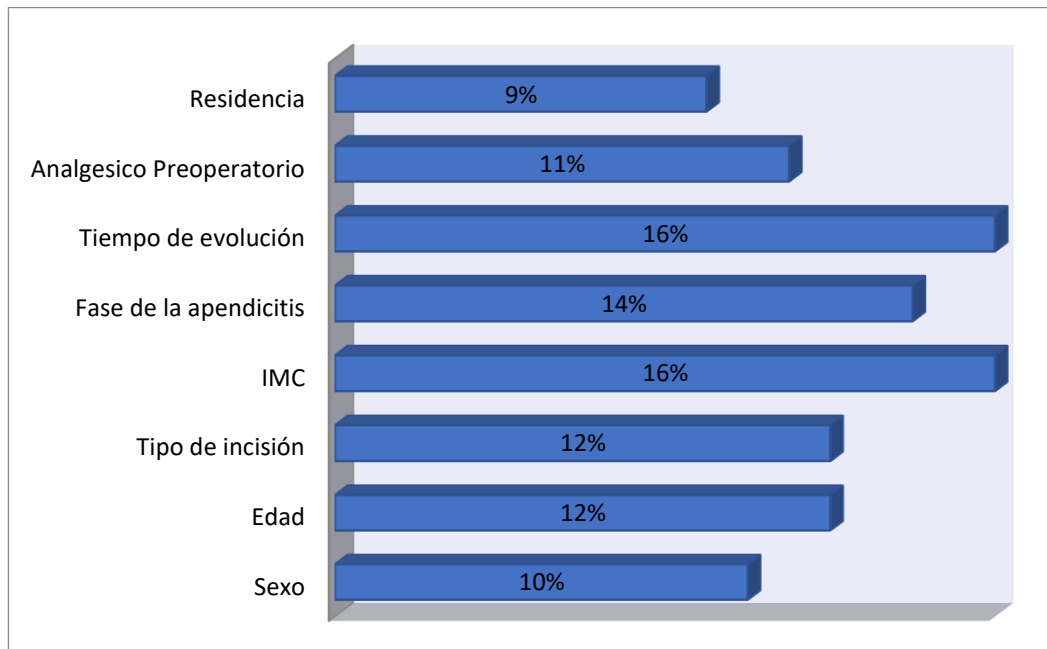
F. RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo	9	10%
Edad	12	12%
Tipo de incisión	12	12%
IMC	15	16%
Fase de la apendicitis	14	14%
Tiempo de evolución	16	16%
Analgésico preoperatorio	11	11%
Residencia	9	9%
TOTAL		100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRÁFICO N°10

FRECUENCIA POR FACTORES ASOCIADOS



Análisis.

Por cálculo de la razón de prevalencia con un nivel de factores asociados significativamente a las complicaciones postapendicectomía fueron: la edad < 60 años 12%, la incisión media infraumbilical 12%, el tiempo quirúrgico mayor de 60 minutos 16%, el tiempo de evolución > 48 h y las fases gangrenosa 14% y perforada del curso de la apendicitis, IMC con el 16 % de los casos, debido a que la obesidad es el principal factor de riesgo, para la presencia del problema, sexo 10%, analgésico preoperatorio con el 11%

TABLA 13

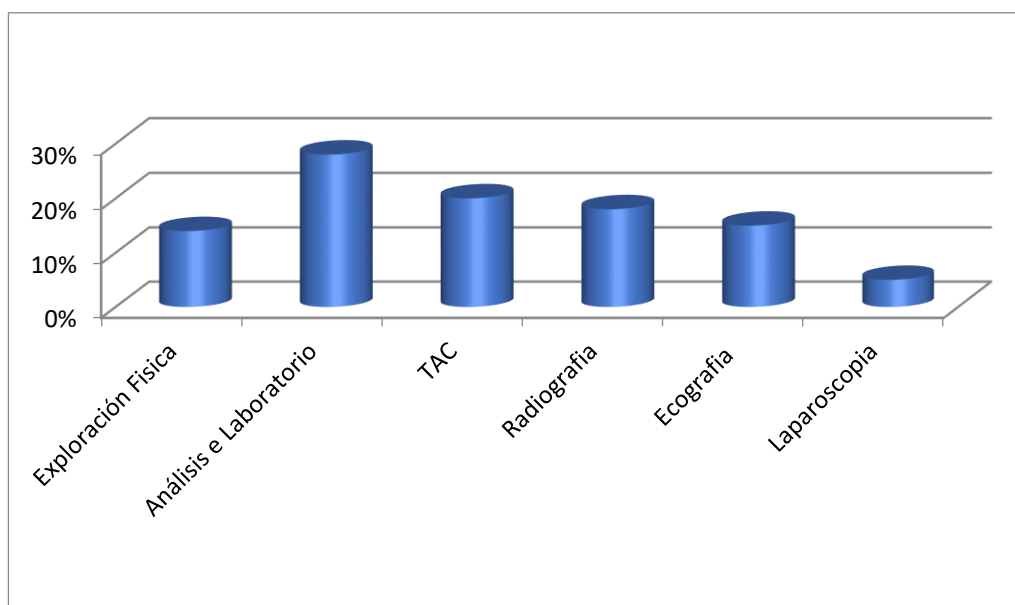
TABULACION POR METODOS DE DIAGNÓSTICOS

METODOS DE DIAGNOSTICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Exploración física	14	14%
Análisis de Laboratorio	28	28%
TAC	20	20%
Radiología	18	18%
Ecografía	15	15%
Laparoscopia	5	5%
TOTAL		100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón
Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRAFICO N° 14

METODOS DE DIAGNOSTICOS



Análisis: En cuanto a los métodos de diagnósticos utilizados para la detección de las complicaciones se encontró con un 28% de efectividad los análisis de laboratorio, seguido de TAC con el 20%, radiografías con el 18%, ecografías 15%, exploración física con el 14% y la laparoscopia con el 5%. De todos los casos registrados..

TABLA N°15

TABULACION POR CUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO

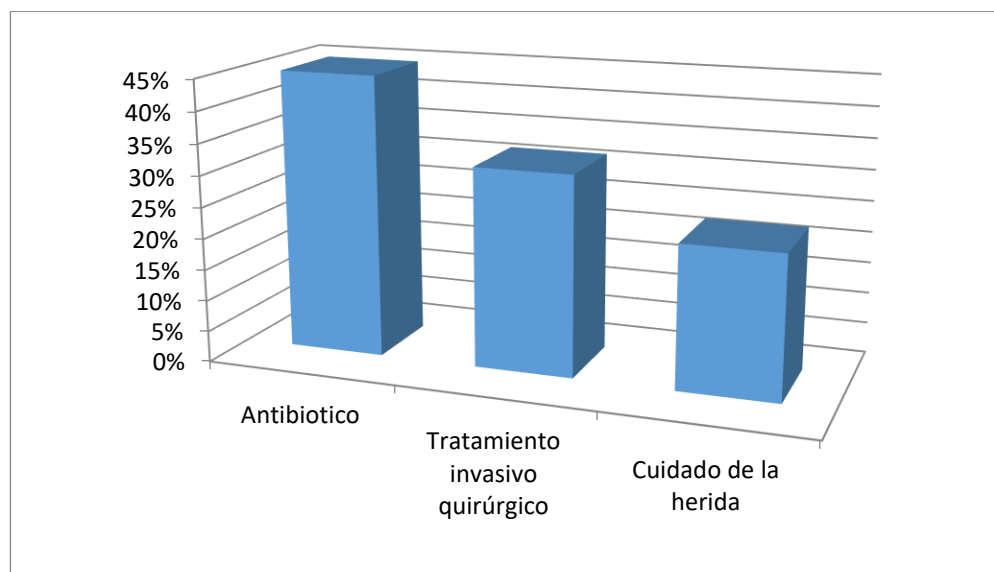
TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antibióticos	45	45%
Tratamiento quirúrgico invasivo	32	32%
Cuidado de la herida	23	23%
TOTAL		100

Fuente: Estadística del Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón

Elaborado por: Chévez González Eduard David

GRAFICO N° 15

CUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO



Análisis:

Este estudio reveló que con respecto al seguimiento del tratamiento que se les brindó a este grupo de pacientes con complicaciones de cicatrización de herida por apendicetomía asociada al a obesidad, se llevó a cabo el tratamiento a base de antibióticos con el 45%, tratamiento invasivo quirúrgico con el 32% y el cuidado de la herida con el 23%. De todos los casos registrados dentro del grupo de estudio.

DISCUSIÓN

Las complicaciones de cicatrización de heridas quirúrgicas por apendicetomías en pacientes con obesidad son casos frecuentes registrados en esta institución, por lo que se procedió a ser un estudio a un grupo de 100 pacientes de las edades de 20 a 60 años, de ambo sexo, que presentaron este tipo de complicación atendidos en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo del 2016 a Abril del 2017.

Entre los 2.677 pacientes que fueron apendicectomizados ingresados al Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de Mayo de 2016 a Abril del 2017, solo el 6,7% que equivale 100 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, mientras que el 93,2% no cumplieron con los criterios para ser estudiados.

Con respecto a la edad de los pacientes apendicectomizados en estudio, el análisis reveló que existe una prevalencia dentro de los rangos de edad comprendida de 31 a 40 años de edad con el 31%, seguido del rango de edad de 20 a 30 años con el 28%, en tercer lugar lo ocupa los pacientes de 41 a 50 años el 24% y en último lugar lo ocupa el rango de edad de 51 a 60 años con el 17% de la población en estudio, esto análisis revelan que la edad es uno de los factores de riesgo que influye en el desarrollo del problema.

Este estudio reveló que la mayor prevalencia del lugar de procedencia de los pacientes en estudios procedentes del área rural con un 69%, mientras que los pacientes en estudio del área urbana es del 31%. Esos resultados representan que la procedencia es uno de los factores de riesgo que influye en cuanto a la presencia del problema, debido a factores de riesgo presentes en el medio.

En cuanto a los pacientes apendicectomizados en estudio que el mayor porcentaje se centra en cuanto a la raza es mestiza con el 51%, raza negra 25%, la raza blanca ocupa el tercer lugar con un 13%, mientras que indígena (10%) y otra raza 1% ocupa los

últimos lugares, todo indica que la raza mestiza puede jugar un papel fundamental en la presencia de factores.

La mayor prevalencia del sexo en los pacientes en estudios existe una mayor prevalencia en el sexo femenino con un 58%, de los casos, mientras que el sexo masculino con el 42%. Con pocas diferencias de porcentaje. Esos resultados muestran que las mujeres son más propensas a presentar complicaciones por obesidad, debido a factores como el sedentarismo, o la mala alimentación, así como la antisepsia, que contribuye al desarrollo del problema.

El estudio reveló en cuanto a la ocupación de los pacientes apendicectomizados, este estudio demuestra que la ocupación influye como factor riesgo está centrada en las asistentes del hogar con el 45%, debido al estilo de vida que llevan que las hace propensas al desarrollo de obesidad y por el cual al momento de la cirugía pueden presentar una serie de infecciones post quirúrgicas, seguido de los que realizan alguna actividad de ventas (comerciantes), pública o privada con el 20%, el tercer lugar lo ocupa los estudiantes con el 20%, los profesionales con el 9% y otros con el 6%, según los datos reportados en los pacientes de estudio durante dicho periodo.

Por niveles de instrucción que presentaron este grupo de pacientes en estudio que desarrollaron complicaciones de la apendicetomía, tienen un nivel de instrucción secundario con 56% de los casos, mostró mayor prevalencia, seguida de quienes alcanzaron culminar la primaria con 20%, en tercer lugar lo ocupó los pacientes no tenía ningún grado de instrucción con el 13% de los casos, los que los hacen más vulnerables a padecer de complicaciones en la cicatrización o infecciones postquirúrgicas u obesidad por carecer de conocimientos sobre este tema, mientras que los que si alcanzaron recibir una educación superior son un pequeño grupo del 11% de los casos registrados

Este trabajo revela que del grupo de 100 pacientes en estudio apendicectomizados se mostró una mayor prevalencia por el estado civil de unión libre con el 33% de todos los casos, seguido por casados con el 30%, en tercer lugar corresponde a los solteros (as) con el 15%, los separados con el 11%, otros divorciados con el 7%, y por último los viudos 2% de los casos registrados. Dependiendo de este factor por lo que se muestra el problema en estudio en estos pacientes.

Las manifestaciones clínicas más comunes que se presentan en cada paciente en estudio se halló calor local (12%), presencia de edema (11%), secreción purulenta (10%), fiebre en la herida quirúrgica (10%), retraso en la cicatrización (9%), por la presencia de infecciones, seguido de exudado purulento (8%) cambios de color en la herida (8%), dolor la zona (7%), mal olor (7%), tejido de granulación sangrienta (7%), tumefacción (6%) formación de puentes en la herida (5%), entre todos estos son los principales signos y síntomas que se presentan debido a una complicaciones de cicatrización de heridas quirúrgicas después de una apendicetomía realizada en pacientes obesos , dentro del rango de estudio.

Las complicaciones que desarrollaron este grupo de pacientes obesos en estudio antes y después de la cirugía de apendicetomía, encontramos por orden de prevalencia esta la mala cicatrización de la herida con el 17%, seguido de la infección en la herida con el 15%, también tenemos la difícil administración de medicamentos (12%), el tiempo de la cirugía o quirúrgico con el 11%, mientras que de igual prevalencia se reportó la formación coágulos sanguíneos (8%), Hematoma (8%), Seroma (8%), Dehiscencia de heridas (8%), también se reportó la presencia de hemorragias con el 7% y por último se reportó abscesos intraabsominales con el 6%, encontrándose la definición de cada complicación dentro del marco teórico.

Los analgésicos preoperatorios fueron administrados al 18% de los casos. Del 22% de los pacientes apendicectomizados, fueron intervenidos en fase catarral y fase flemonosa. Las fases gangrenosa y perforada. Por tipo de incisión 12%. La incisión más utilizada fue la de Rocky Davis. La incisión media infra umbilical.

El 15% de las intervenciones se realizó en un tiempo quirúrgico entre 31 a 60 min, el en menos de 30 minutos y en más de una hora.

El 12% de los pacientes necesitaron ser reintervenidos por complicaciones intraabdominales.

La herida quirúrgica fue el sitio de complicación en el 21% de estas complicaciones intraabdominales

Por cálculo de la razón de prevalencia con un nivel de factores asociados significativamente a las complicaciones postapendicectomía fueron: la edad < 60 años 12%, la incisión media infraumbilical 12%, el tiempo quirúrgico mayor de 60 minutos 16%, el tiempo de evolución > 48 h y las fases gangrenosa 14% y perforada del curso de la apendicitis, IMC con el 16 % de los casos, debido a que la obesidad es el principal factor de riesgo, para la presencia del problema, sexo 10%, analgésico preoperatorio con el 11%

En cuanto a los métodos de diagnósticos utilizados para la detección de las complicaciones se encontró con un 28% de efectividad los análisis de laboratorio, seguido de TAC con el 20%, radiografías con el 18%, ecografías 15%, exploración física con el 14% y la laparoscopia con el 5%. De todos los casos registrados..

Con respecto al seguimiento del tratamiento que se les brindó a este grupo de pacientes con complicaciones de cicatrización de herida por apendicetomía asociada al a obesidad, se llevó a cabo el tratamiento a base de antibióticos con el 45%, tratamiento invasivo quirúrgico con el 32% y el cuidado de la herida con el 23%. De todos los casos registrados dentro del grupo de estudio.

CONCLUSIONES

Del Universo de los pacientes que mostraron complicaciones en la cicatrización de sus heridas quirúrgicas después de una apendicetomía atendidos en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón , durante el periodo de 2016 al 2017, se escogió una muestra de 100 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, de una edad límite de 20 a 50 años, de los cuales se reportó mayor frecuencia en el sexo femenino, de unión libre y procedentes de áreas rurales.

Este grupo de pacientes se les fue realizado métodos de diagnóstico para la detección precisa del problema a los cual se procedió a realizar exámenes de laboratorios para detectar las complicaciones por su efectividad a parte de otras pruebas de diagnósticos que sirven para detectar a tiempo la presencia de infecciones asociadas al desarrollo del problema en estos pacientes en estudio.

Las complicaciones que desarrollaron este grupo de pacientes obesos en estudio antes y después de la cirugía de apendicetomía, encontramos por orden de prevalencia esta la mala cicatrización de la herida, seguido de la infección en la herida, la difícil administración de medicamentos, el tiempo de la cirugía o quirúrgico, la formación coágulos sanguíneos, Hematomas, Seroma, Dehiscencia de heridas, hemorragias y abscesos intraabdominales encontrándose la definición de cada complicación dentro del marco teórico.

El tratamiento que se les brindo a este grupo de pacientes en estudio fue una serie de tratamiento a base de antibióticos para combatir la infección dependiendo de su etiología, así como el procedimiento quirúrgico invasivo, y en casos menos frecuente pero no tan complicados el cuidado personal de la herida.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en esta investigación retrospectiva formulamos las siguientes recomendaciones:

- Detectar oportunamente las complicaciones para dar un tratamiento oportuno y evitar morbilidades asociadas
- Hacer conocer a través de nuestros profesionales el programa mediante charlas educativas de prevención y cuidado de las heridas después de una cirugía.
- Asegurar la disponibilidad de todos los métodos de diagnósticos y de tratamiento, así como también, brindar consejería eficiente sobre el uso de los mismos para evitar las infecciones o complicaciones.
- Realizar la práctica médica con mayor criterio profesional y científico en cuanto al peso del paciente y su IMC para evitar el desarrollo de la obesidad asociada al problema.
- Con las recomendaciones impartidas con seguridad mejoraremos la calidad de vida de nuestros pacientes
- En atención al hecho de que las historias clínicas, a la hora de recabar la información para estudios como el presente, no cuentan con la información completa, debe recomendarse cumplir la normativa en el llenado de los formularios.
- La información obtenida de este tipo de investigaciones debe ser puesta a disposición de los servicios de especialidades donde se realizan estos procedimientos con la finalidad de que puedan ser utilizados para orientar adecuadamente los tratamientos.

BIBLIOGRAFIA

- ARRAZÁBAL, M. G. (12 de Marzo de 2013). *cybertesis.urp.edu.pe*. Obtenido de *cybertesis.urp.edu.pe*:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/196/3/alvia_mg.pdf
- Bender, D. A. (2015). *blogs.eco.unc.edu.ar*. Obtenido de *blogs.eco.unc.edu.ar*:
<http://blogs.eco.unc.edu.ar/cirugia/files/2015/10/Heridas-y-Cicatrizaci%C3%B3n.pdf>
- Calle, D. J. (2010). *cdjbv.ucuenca.edu.ec*. Obtenido de *cdjbv.ucuenca.edu.ec*:
<http://cdjbv.ucuenca.edu.ec/ebooks/doi328.pdf>
- Cucalón, D. D. (2014). *www.medicosecuador.com*. Obtenido de *www.medicosecuador.com*:
http://www.medicosecuador.com/librosecng/articuloss/1/la_herida_quirurgica.htm
- Dra. Myriam Serrano Arenas. (Diciembre de 2015). *encolombia.com*. Obtenido de *encolombia.com*: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-133/infecciondelaheridquirurgica/>
- Dres. Tan-Tam C, Y. E. (2012). Beneficios de las apendicectomías laparoscópicas en pacientes obesos. *Revista médica InfraMed*, 609-612.
- Drs. CLAUDIO TAPIA1, R. C. (2011). Detección precoz de infección de herida operatoria en pacientes apendicectomizados. *Rev. Chilena de Cirugía. Vol 58 Scielo*, 181-186.
- Drs. Luis Del Aguila Hoyos, E. V. (2011). Complicaciones Postoperatorias. *Cirugia General*, 11-12.
- DrTango, I. (1 de Septiembre de 2014). *MedlinePlus*. Obtenido de *MedlinePlus*:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007645.htm>

- Falagas M, K. M. (Julio de 2015). *www.bago.com*. Obtenido de *www.bago.com*:
<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/clmedweb576.htm>
- Fuentes, R. (Julio de 2011). *blog.utp.edu.com*. Obtenido de *blog.utp.edu.com*:
<http://blog.utp.edu.co/cirugia/files/2011/07/biologiadelasheridasyelprocesodecicatrizaciondocumento.pdf>
- Harding, P. K. (2013). La infección de las heridas en la práctica clínica Consenso internacional. *Una iniciativa de la World Union of Wound Healing Societies*, 2-3.
- MSc, C. G.-C.-S.-P. (2013). Proceso de Cicatrización de heridas de piel, campos endógenos y su relación con las heridas crónicas. *Rev. Fac. Med. 2013 Vol. 61 No. 4: Scielo* , 441-448.
- Quesada, J. R.-M. (16 de Julio de 2014). *Fisterra.com*. Obtenido de *Fisterra.com*:
<https://www.fisterra.com/guias-clinicas/infecciones-cirugia/#21646>
- Rodriguez, G. (Junio de 2016). *OrthoInfo*. Obtenido de *OrthoInfo*:
<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00762>
- Victoria Valer Tito, F. R. (2011). Heridas y Cicatrización. *Revista médica de cirugía*, 3-4.

ANEXOS



ANEXO # 1

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

APROBACIÓN DEL TEMA



ANEXO # 2

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

APROBACIÓN DEL ANTEPROYECTO



ANEXO # 3

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....doy la autorización al interno de medicinapara la extracción necesaria en la investigación sobre: “COMPLICACIONES EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA DEBIDO A OBESIDAD EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTON EN EL PERIODO DE MAYO DEL 2016 ABRIL DEL 2017”, para que sean utilizadas las muestras exclusivas en este estudio, sin posibilidad de compartir o ceder estas, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto responsable de esta investigación para cualquier otro fin.

Firma del Encuestado

Firma del encuestador



ANEXO # 4

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

FORMULARIO DE ENTREVISTA

Por medio de la presente, intentamos recolectar los datos necesarios para nuestro estudio sobre los pacientes dentro del área de estudio atendidos en el hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, en el periodo de mayo del 2016 a mayo 2017, con la finalidad de realizar este trabajo investigativo de tesis, de tal manera que permitirá reconocer todo sobre el tema de estudio de dicha patología que afecta nuestro medio.

Por ello nos dirigimos a Ud. Con el mayor respeto, para que nos colabore de la manera más sincera, anhelando toda información brindada será privada. .

1) CONTENIDO

NOMBRES COMPLETOS _____

APELLIDOS COMPLETOS _____

FECHA _____

1) EDAD

2) SEXO

a) Masculino

b) Femenino

3) PROCEDENCIA

- 1) Rural
- 2) Urbana

4) ETNIA

- 1) Mestiza
- 2) Negra
- 3) Blanca
- 4) Indígena
- 5) Otra

5) ESTADO CIVIL

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Unión Libre
- Viudo (a)
- Separado (a)
- Divorciado (a)

6) NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Ninguno

7) OCUPACION

- Ama de casa
- Estudiante
- Profesionales
- Comerciantes
- Otros

8) MANIFESTACIONES CLINICA QUE PRESENTÓ

- Fiebre en la herida quirúrgica
- Dolor abdominal
- Edema
- Calo local
- Tumefacción
- Cambio de color en la herida
- Secreción purulenta
- Retraso en la cicatrización

- Mal olor
- Formación de puentes en la herida
- Tejido de granulación sangrante
- Exudado purulento

9. COMPLICACIONES QUE PRESENTÓ

- Difícil administración de anestesia
- Tiempos quirúrgicos
- Infección
- Mala cicatrización de la herida
- Formación de coágulos sanguíneos
- Hematoma
- Seroma
- Dehiscencia de herida
- Abscesos intraabdominales
- Hemorragia

10) FACTORES DE RIESGO PRESENTE

- Sexo
- Edad
- Tipo de incisión

Índice de Masa Corporal	<input type="checkbox"/>
Fase de apendicitis	<input type="checkbox"/>
Tiempo de evolución	<input type="checkbox"/>
Analgésico preoperatorio	<input type="checkbox"/>
Residencia	<input type="checkbox"/>

12) HALLAZGOS PERIOPERATORIOS

Analgésicos preoperatorios	<input type="checkbox"/>
Fases de la apendicitis	<input type="checkbox"/>
Tipos de incisión	<input type="checkbox"/>
Tiempo quirúrgico	<input type="checkbox"/>
Reintervención	<input type="checkbox"/>
Sitio de la complicación	<input type="checkbox"/>

13) METODOS DE DIAGNÓSTICOS

Exploración física	<input type="checkbox"/>
Análisis de laboratorio	<input type="checkbox"/>
TAC	<input type="checkbox"/>
Radiografía	<input type="checkbox"/>

Ecografía

Laparoscopia

14) CUMPLIMIENTO AL TRATAMIENTO

Antibióticos

Tratamiento quirúrgicos invasivo

Cuidado de la herida



ANEXO # 5

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

#	Fechas							
	Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
1	Revisión y ajustes al proyecto de investigación por el tutor. (Diseño de proyecto de investigación)	X						
2	Trabajo de campo: Recopilación de información.	X						
3	Procesamiento de datos		X					
4	Análisis e interpretación de datos		X	X				
5	Elaboración de informe final				X	X		
6	Entrega del informe final (Subdirección)					X		
7	Sustentación					x		



ANEXO # 6

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 CARRERA DE MEDICINA

PRESUPUESTO

Rubros	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Lápiz	3	\$ 0.30	\$0.90
Internet	50 horas	\$ 1.00	\$ 50.00
Borrador	2	\$ 0.25	\$ 0.50
Trasporte	7	\$ 0.25	\$ 3.50
Grapadora	1	\$ 3.00	\$ 3.00
Esfero grafico	4	\$ 0.35	\$ 1.40
Impresiones B/N	400	\$ 0.10	\$ 40.00
Impresiones a color	100	\$ 0.25	\$ 25.00
Caja de grapas	2	\$ 1.00	\$ 2.00
Perforadora	1	\$ 3.00	\$ 3.00
Capetas	3	\$ 0.25	\$ 0.75
Empastado	4	\$ 8.00	\$ 32.00
Alimentación	50	\$ 2.75	\$137.50
Total			\$

