



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TÍTULO:

ENFOQUE DE LA CIRUGÍA ABDOMINAL EN PACIENTES VIH
POSITIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL II IESS “DR. TEODORO
MALDONADO CARBO”

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TITULO
DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

POSTGRADISTA:

MD. IGNACIO DANIEL JARAMILLO ESPINEL

TUTOR:

DR. RAFAEL COELLO CUNTÓ

AÑO

2013

GUAYAQUIL – ECUADOR



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURO SOCIAL
 UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA DE GRADUADOS
 DIRECCIÓN TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
 Guayaquil - Ecuador

Guayaquil, 09 de Enero del 2013

OfEG#211-Antep

12202-1241 0018 E.D. R.C.O.

*Borrador final
 Aprobado
 12-08-2013*

Doctor:
 SIXTO BUENILLO A. ALDAZ
 20 de agosto del 2012

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GRADUADOS DE LA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Médico
 Ignacio Daniel Jaramillo Espinel
 RESIDENTE ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL
 HOSPITAL REGIONAL II IESS DR.T.M.C.
 Ciudad

Certifico haber revisado y aprobado la tesis con el tema: "ENFOQUE DE LA CIRUGIA ABDOMINAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN LA REGIONAL II IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO 2005-2010"

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado: DR. IGNACIO JARAMILLO ESPINEL, para optar por el título en la Especialidad en CIRUGIA GENERAL

Particular: "ENFOQUE DE LA CIRUGIA ABDOMINAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL II IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO 2005-2010"

Atentamente,

Tutor: Dr. Rafael Coello Cantó

Ha sido Revisado y aprobado por la Dirección de Escuela de Graduados el día 20 de agosto del 2012, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Borrador final.

Atentamente,

Dr. Sixto Buenillo A. Aldaz, Msc.
 DIRECTOR ESCUELA DE GRADUADOS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

21 ENE. 2013

16430

Elaborado por: Lda. Rosa Cecilia O
 Revisado y Aprobado por: Dra. Tania Alvarado Chávez
 Fecha: 09/01/2012

C. archivo

Revisado y Aprobado por: Dr. Sixto Buenillo A. Msc.
 Elaborado por: Lda. Cecilia Sorzano García

[Signature]
 24/8/2012.
 0919116749



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA DE GRADUADOS
 TELEFAX: 042-288086
 Guayaquil - Ecuador

Guayaquil, 19 de Enero del 2013

OIEG#211-Antep
 Borrador final
 Aprobado
 12-01-2013

Doctor:
 SIXTO EDUARDO ALDAS
 20 de agosto del 2012

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GRADUADOS DE LA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD
 GUAYAQUIL

Médico
 Ignacio Daniel Jaramillo Espinel
 RESIDENTE ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL
 HOSPITAL REGIONAL II IESS DR.T.M.C.
 Ciudad

Certifico que he revisado y aprobado la tesis con el tema: "ENFOQUE DE LA
 CIRUGIA ABDOMINAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN EL
 REGIONAL II IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO 2005-2010"

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de
 investigación titulado:

"ENFOQUE DE LA CIRUGIA ABDOMINAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN EL
 HOSPITAL REGIONAL II IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO 2005-2010"

Atentamente
 Tutor: Dr. Rafael Coello Cuntó

Ha sido Revisado y aprobado por la Dirección de Escuela de Graduados el
 día 20 de agosto del 2012, por lo tanto puede continuar con la ejecución del
 Borrador final.

Atentamente,

Dr. Sixto Eduardo Aldas, Msc.
 DIRECTOR ESCUELA DE GRADUADOS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

21 ENE. 2013

16H30

radio

Elaborado por:	Dr. Rosa Cecilia O.	RECUERDOS POR:
Revisado y aprobado por:	Dr. Tania Alvarado Chávez	
Fecha:	08/01/2012	

Revisado y Aprobado por: Dr. Sixto Eduardo A. Msc.
 Elaborado por: Licda. Cecilia Sorzano García

24/8/2012.
 0919116749.



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "DR. TEODORO MALDONADO CARBO
DIRECCION TECNICA DE INVESTIGACION Y DOCENCIA**

Guayaquil, 13 junio del 2013

12202-1241 0727 E.D. R.C.O.

CERTIFICADO

En atención a la solicitud del Md. Ignacio Jaramillo, certifico que el mencionado profesional ha realizado la revisión de los expedientes clínicos en el área de estadística, para la elaboración de su tesis con el tema: **"ENFOQUE DE LA CIRUGIA ABDOMINAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL 2 DEL IESS DR. TEODORO MALDONADO CARBO" 2005 - 2010"**

Atentamente,

**DR. GALO REYES GARCIA
DIRECTOR TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**

C/c: Archivo

Elaborado por	Lic. Rosa castillo Ochoa
Revisado y Aprobado por:	DR. GALO REYES GARCIA
Fecha:	13/06/2013

IV

DEDICATORIA

Los resultados de esta tesis, están dedicados a mi madre, hermana e hijas.

V

AGRADECIMIENTO

DOY GRACIAS A Dios nuestro SER SUPREMO, por guiarme en esta noble profesión, al Doctor Rafael Coello Cuntó, Tutor de mi tesis, a los pacientes que adolecen de VIH y a todas aquellas personas que de alguna manera me brindaron su incondicional apoyo.

RESUMEN

A raíz de la pandemia de VIH en el mundo surgió el concepto de precauciones universales, las que han modificado en gran medida la forma de enfrentar el contacto con sangre y secreciones, debiendo constituirse en una forma habitual y no excepcional de enfrentar a pacientes quirúrgicos, manejo de muestras de líquidos corporales, curaciones y todo tipo de procedimientos invasivos. En este contexto esta investigación tuvo como propósito determinar los resultados quirúrgicos de los pacientes VIH positivos intervenidos por cirugía Abdominal, se determinó: el perfil epidemiológico de los pacientes, las principales complicaciones, factores de riesgo de morbilidad mortalidad y estableció las consideraciones psicológicas de los cirujanos al intervenir quirúrgicamente a estos, trabajo que se realizó en el área de cirugía del Hospital Regional 2 IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, el universo incluye a los pacientes intervenidos por cirugía abdominal, mediante un estudio de tipo descriptivo analítico, con diseño no experimental, longitudinal, retrospectivo durante el periodo 2005 –

2010. Los resultados definieron un perfil clínico de pacientes entre 31 – 40 años (34%), 77% de sexo masculino, 71% área urbana, 43% obreros y con ingresos inferiores a \$300,00 (89%). El 48% de los pacientes se encontraba entre 4 y 6 años de haberse detectado VIH y el 34% diagnóstico de SIDA. El diagnóstico más frecuente fue apendicitis y hernia (34% y 30% respectivamente). La tasa de morbilidad fue del 34%, donde la complicación más frecuente fueron abscesos (58,3%) y dehiscencia (16,7%). El 47% de los médicos entrevistados siempre piden un examen de VIH en sangre antes de las cirugías, y el 57,9% siguen el protocolo haciendo firmar el consentimiento informado. El 81,6% de los médicos tienen temor de infectarse al saber que el paciente es VIH positivo. Se concluye que la condición de ser VIH no representan un riesgo asociado de complicaciones en cirugías abdominales en esta población lo que favorece la recuperación postoperatoria.

Palabras clave: VIH, Cirugía Abdominal, Complicaciones

ABSTRAC

Following the HIV pandemic in the world did the concept of universal precautions, which have greatly changed the shape to face contact with blood and secretions, and must become a normal way and not face exceptional surgical patients, sample handling, and healing all kinds of invasive procedures. This investigation was to determine the surgical outcomes of HIV patients operated on for abdominal surgery, to achieve this we determined the epidemiological profile of patients, major complications were reported to determine risk factors for mortality and morbidity established psychological considerations of surgeons to perform surgery to, work performed in the area of surgery 2 IESS Regional Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo ", the universe includes patients operated on for abdominal surgery, using a descriptive analytic study, with a non-experimental, longitudinal, retrospective during the period from 2005 to 2010. The results defined a clinical profile of patients aged 31-40 years (34%), 77%

male, 71% urban, 43% and workers earning less than \$ 300.00 (89%). 48% of the patients were between 4 and 6 years of having been detected and 34% HIV AIDS diagnosis. The most frequent diagnosis was appendicitis and hernia (34% and 30% respectively). The morbidity rate was 34%, where the most frequent complication was abscess (58.3%) and dehiscence (16.7%). 47% of the physicians surveyed always ask an HIV test in blood before surgery, and 57.9% following the protocol by signing the informed consent. The 81.6% of doctors are afraid of being infected to know that the patient is HIV positive. We conclude that HIV status be no risk of complications associated with abdominal surgery in this population which favors postoperative recovery.

Keywords: HIV, Abdominal Surgery, Complications

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	2
ABSTRAC	8
ÍNDICE GENERAL.....	9
ÍNDICE DE CUADROS.....	11
ÍNDICE DE GRÁFICOS	13
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I.....	17
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	18
1.3 JUSTIFICACIÓN	19

CAPÍTULO II	20
2. OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
2.3 HIPÓTESIS.....	21
2.4 VARIABLES: LISTADO.....	21
2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	21
2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	22
2.4.3 VARIABLES INTERVINIENTES.....	22
2.4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	22
CAPÍTULO III.....	24
2. MARCO TEÓRICO.....	24
CAPÍTULO IV.....	46
3. MATERIALES Y MÉTODOS	46
3.1 MATERIALES	46
3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	47
3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
3.1.3 RECURSOS UTILIZADOS	47
3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA	47
3.2 MÉTODOS	49
3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	49
3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	49
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
4.1 RESULTADOS.....	49
4.2 DISCUSIÓN	50
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	88
5.1 CONCLUSIONES	88
5.2 RECOMENDACIONES.....	89
6. BIBLIOGRAFÍA	91

ÍNDICE DE CUADROS

No.	Cuadro	Pág.
1	Edad de los pacientes de la muestra	45
2	Sexo de los pacientes de la muestra	46
3	Procedencia de los pacientes de la muestra	47
4	Condiciones socioeconómicas- Trabajo Actual de los pacientes de la muestra	48
5	Condiciones socio –económicas - Ingresos promedio de los pacientes de la muestra	49
6	Diagnóstico de ingreso a la sala de cirugía	50
7	Edad de los pacientes de la muestra	51
8	Tipo de cirugía realizada a los pacientes de la muestra	52
9	Complicaciones de la cirugía realizada a los pacientes	53
10	Tipo de complicaciones presentadas	54
11	Complicaciones postoperatorias - Infecciones	55
12	Relación entre la edad y las complicaciones	56
13	Relación entre el sexo y las complicaciones	57
14	Relación entre el tiempo de VIH positivo según las complicaciones	58

15	Tiempo de evolución postquirúrgica	59
16	Tiempo de cicatrización de la herida quirúrgica	60
17	Mortalidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente	61
18	Diagnóstico de SIDA en los pacientes de la muestra	62
19	Años de detección de VIH de los pacientes de la muestra	63
20	Enfermedades asociadas – Hipertensión arterial	64
21	Enfermedades asociadas – Diabetes Mellitus tipo 2	65
22	Años de experiencia como especialista	66
23	Condición del informante	67
24	Tipo de médico residente	68
25	Condición laboral de los informantes	69
26	El médico ha sufrido algún accidente con agujas o fluidos en pacientes VIH positivos	70
27	Conocimiento sobre el porcentaje de probabilidad de infectarse con VIH por un accidente con aguja contaminada con sangre de pacientes VIH positivo	71
28	El médico ha sufrido algún accidente con agujas durante un procedimiento quirúrgico con pacientes sin conocer si son VIH positivos o negativos	72
29	Luego de este accidente ¿continuó utilizando la misma aguja en el procedimiento?	73
30	El médico conoce a quien acudir en caso de accidente con agujas o fluidos	74
31	El médico conoce las medidas que debe tomar en caso de accidente con agujas	75
32	El médico siempre solicita el examen de VIH en sangre a los pacientes antes de la cirugía	76
33	El médico, al solicitar el examen, hace firmar consentimiento informado a los pacientes	77
34	El médico siente temor de infectarse al operar pacientes VIH positivos	78
35	El médico ha suspendido algún procedimiento quirúrgico a pacientes con VIH positivo	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

No.	Gráfico	Pág.
1	Edad de los pacientes de la muestra	45
2	Sexo de los pacientes de la muestra	46
3	Procedencia de los pacientes de la muestra	47
4	Condiciones socioeconómicas- Trabajo Actual de los pacientes de la muestra	48
5	Condiciones socio –económicas - Ingresos promedio de los pacientes de la muestra	49
6	Diagnóstico de ingreso a la sala de cirugía	50
7	Edad de los pacientes de la muestra	51
8	Tipo de cirugía realizada a los pacientes de la muestra	52
9	Complicaciones de la cirugía realizada a los pacientes	53
10	Tipo de complicaciones presentadas	54
11	Complicaciones postoperatorias - Infecciones	55
12	Relación entre la edad y las complicaciones	56

13	Relación entre el sexo y las complicaciones	57
14	Relación entre el tiempo de VIH positivo según las complicaciones	58
15	Tiempo de evolución postquirúrgica	59
16	Tiempo de cicatrización de la herida quirúrgica	60
17	Mortalidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente	61
18	Diagnóstico de SIDA en los pacientes de la muestra	62
19	Años de detección de VIH de los pacientes de la muestra	63
20	Enfermedades asociadas – Hipertensión arterial	64
21	Enfermedades asociadas – Diabetes Mellitus tipo 2	65
22	Años de experiencia como especialista	66
23	Condición del informante	67
24	Tipo de médico residente	68
25	Condición laboral de los informantes	69
26	El médico ha sufrido algún accidente con agujas o fluidos en pacientes VIH positivos	70
27	Conocimiento sobre el porcentaje de probabilidad de infectarse con VIH por un accidente con aguja contaminada con sangre de pacientes VIH positivo	71
28	El médico ha sufrido algún accidente con agujas durante un procedimiento quirúrgico con pacientes sin conocer si son VIH positivos o negativos	72
29	Luego de este accidente ¿continuó utilizando la misma aguja en el procedimiento?	73
30	El médico conoce a quien acudir en caso de accidente con agujas o fluidos	74
31	El médico conoce las medidas que debe tomar en caso de accidente con agujas	75
32	El médico siempre solicita el examen de VIH en sangre a los pacientes antes de la cirugía	76
33	El médico, al solicitar el examen, hace firmar consentimiento informado a los pacientes	77
34	El médico siente temor de infectarse al operar pacientes VIH positivos	78
35	El médico ha suspendido algún procedimiento quirúrgico a pacientes con VIH positivo	79

INTRODUCCIÓN

La infección por Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH), su epidemiología, tratamiento y pronóstico han variado enormemente en el transcurso de los últimos 25 años. Con esta pandemia ha sucedido algo no visto antes en la historia de la medicina. La actual generación médica ha sido testigo de la descripción de la enfermedad, el hallazgo de su agente etiológico y epidemiología, la manera de diagnosticarla y tratarla.

Esta rápida evolución también se correlaciona con el manejo quirúrgico de diversas situaciones. Esto ha provocado que existan dos factores claramente visibles en relación a estos pacientes, la primera en relación a la los riesgos que

sufre el pacientes por su condición y la otra las implicaciones psicológicas de los cirujanos por el riesgo de infección.

Existe una preocupación latente con respecto a las complicaciones que puede presentar el paciente VIH positivo, aunque se han obtenido buenos resultados quirúrgicos, la información disponible hasta el momento es limitada, ya que no hay series amplias ni datos comparativos respecto a un grupo control.

Castillo en España en 2008 concluyó que la cirugía cardiovascular puede llevarse a cabo de manera totalmente segura en pacientes con VIH, y se obtienen prometedores resultados. Se indicó una tasa de supervivencia superior al 80%. (CASTILLO, 2008)

Según Chen en Taiwan 2009, los factores de riesgo vinculados con el aumento de la morbilidad y la mortalidad en tuberculosis abdominal, incluyen cirugía tardía, la presencia de múltiples perforaciones, cierre primario de las perforaciones, fugas en la zona operada tratamiento con esteroides, cirrosis hepática subyacente, mala nutrición y otros estados de inmunosupresión, como la infección por VIH (CHEN, 2009)

Con respecto a las condiciones psicológicas del profesional que realiza la intervención, frente al riesgo de adquirir una infección por VIH, ha creado una gran preocupación, que muchas veces se convierte en temor dentro del equipo de salud, en los hospitales del país, especialmente de los cirujanos, en lo que se refiere a una posible infección por VIH.

Según Alata en Perú 2011 el riesgo de infectarse por este virus en un accidente laboral a través de una aguja que tiene sangre contaminada es estimado en 0.5 - 1%. En un contacto mucoso con sangre contaminada baja a un 0.05%. (ALATA, 2011)

Un estudio realizado por Álava 2012 en Ecuador indica que las personas que viven con VIH/SIDA son sujetas a violaciones de sus derechos, a la dignidad y a

sus garantías individuales, que van desde la falta de información sobre su padecimiento hasta la discriminación y la inaccesibilidad a los servicios de salud integrales. (ÁLAVA, 2012)

El presente estudio se desarrolló en el área de cirugía del Hospital Regional 2 IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, se trata de una investigación tipo descriptiva analítica, con diseño no experimental, longitudinal, retrospectivo, durante los años 2005 – 2010.

Los resultados han permitido identificar el perfil clínico epidemiológico que se encuentran en edades entre 31 – 40 años (34%), sexo masculino 77%, área urbana 71%, obreros (43%) y con ingresos inferiores a \$300,00 (89%). El 34% de los pacientes ingresó por apendicitis aguda y 30%, por hernia, se presentó un 34% de complicaciones donde el 58,3% fueron abscesos.

El 47% de los médicos piden una prueba de VIH antes de la intervención y el 57,9% piden firmar el consentimiento informado. El 81,6% de los médicos sienten temor al intervenir a un paciente VIH positivo, por lo que se recomienda considerar a cada paciente como VIH positivo, lo que disminuirá la presión y aumentará los controles y las prácticas adecuadas.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El VIH/SIDA se ha convertido en una de las crisis de salud más importante de la historia. Desde sus orígenes, más de 25 millones de personas han muerto a causa del SIDA y, sólo en 2010, fallecieron 3 millones (tantos como la población del Uruguay). A pesar de los esfuerzos, la epidemia continúa superando las

estrategias mundiales, en la actualidad, el número de personas que vive con VIH ha alcanzado los 45 millones según reporte de ONUSIDA 2011 ((WHO, 2010)

En Ecuador un promedio de dos mil personas se infectan con VIH cada año. A pesar que el mundo ha luchado contra él por años, todavía no existe plena conciencia del riesgo que significa para toda la población.

Los pacientes que son VIH positivos presentan deterioro de su calidad de vida, además se agregan patologías específicas que se relacionan con etapas habitualmente avanzadas de la infección por VIH, que complican situaciones tales como las cirugías, de las que su repercusión clínica están dadas por la aparición de complicaciones infecciosas o de compromiso tumoral, que se manifiestan por dolor, hemorragia digestiva, signos sugerentes de complicaciones intraabdominales con peritonitis y la presencia de masa abdominal.

Dependiendo del sitio comprometido, se pueden dar también otros, tales como disfagia, diarrea, fiebre, vómitos, ictericia, baja de peso, compromiso del estado general y otros más inespecíficos. A esta problemática se agregan las condiciones psicológicas del cirujano, debido a las tasas de infección paciente – médico en estas intervenciones, que a pesar de existir una incidencia de menos del 0.3%, todavía representa un riesgo.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de los pacientes VIH positivos que ingresan a cirugía abdominal en el Hospital Regional II IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”?

¿Es alta la prevalencia de pacientes VIH positivos que son intervenidos quirúrgicamente?

¿Cuáles son las principales complicaciones de cirugías abdominales en pacientes con VIH positivos?

¿Existen factores de riesgo de morbilidad mortalidad en los pacientes intervenidos quirúrgicamente VIH positivos?

¿Cuáles son las consideraciones éticas de los cirujanos al intervenir quirúrgicamente a pacientes VIH positivos?

¿Existe riesgo de contagio de VIH paciente – médico en intervenciones quirúrgicas abdominales?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Es pertinente la realización de esta revisión porque se trata de establecer datos reales y consistentes sobre el aparente aumento en el riesgo de complicaciones en pacientes VIH +, puesto que esto permitirá establecer un mejor control y un adecuado tratamiento postoperatorio.

Se toma en consideración que los pacientes que son intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Regional II IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” VIH positivo ascienden aproximadamente a 60 pacientes en promedio anual, que son los beneficiarios directos

El problema descrito, además indica la reacción natural del cirujano ante los riesgos de contagio hacen que resulte una cirugía compleja, que podría incurrir en demora de las cirugías programadas, por lo que esta investigación ayuda a resolver esta situación, del mismo modo estos pacientes necesitan una intervención quirúrgica adecuada y sin discriminación, así mismo el médico cirujano y el equipo de salud debe tomar medidas de precaución que disminuya el riesgo de contagio.

A pesar de la importancia de esta problemática, la información con respecto a las complicaciones de los pacientes VIH + intervenidos quirúrgicamente es escasa, son pocos los estudios de caso control que se han encontrado y no se reportan valores para Latinoamérica por lo que esta investigación tiene un alto valor teórico y servirá de base para estudios de cirugías más complicadas.

Al concluir el presente estudio se brindará información actualizada sobre el perfil epidemiológico de estos pacientes, por lo que se puede determinar ciertas características que requieran una investigación más detallada.

CAPÍTULO II

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los resultados quirúrgicos de los pacientes VIH positivos intervenidos por cirugía Abdominal en el Hospital Regional II IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” 2005 - 2010

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes VIH positivos que son intervenidos por Cirugía Abdominal
2. Indicar las principales complicaciones de cirugías abdominales en pacientes con VIH positivos
3. Determinar factores de riesgo de morbilidad mortalidad en los pacientes intervenidos quirúrgicamente VIH positivos
4. Establecer las consideraciones psicológicas de los cirujanos al intervenir quirúrgicamente a pacientes VIH positivos tomando en consideración el riesgo de contagio paciente - medico

2.3 HIPÓTESIS

El porcentaje de pacientes VIH positivo que son intervenidos por cirugía abdominal en el Hospital Regional II IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” superan el 15% de complicaciones, lo que repercute en su recuperación

La mayoría de cirujanos en el Hospital Regional II “Dr Teodoro Maldonado Carbo” siente temor de infectarse al intervenir quirúrgicamente un paciente VIH positivo.

2.4 VARIABLES: LISTADO

2.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- Pacientes VIH positivos

2.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Cirugía abdominal
- Complicaciones quirúrgicas
- Consideraciones éticas médico-paciente

2.4.3 VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Lugar de procedencia
- Condiciones sociales-culturales

2.4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores
• Pacientes VIH positivos	El VIH es un virus que ataca el sistema inmunitario.	Con SIDA Sin SIDA	% de distribución de la muestra con sida % de distribución de la muestra sin sida

• Cirugía abdominal	Intervenciones quirúrgicas realizadas tanto en la pared abdominal como en su contenido.	Tipo de Cirugía	% de distribución de la muestra según las cirugías más frecuentes
• Complicaciones quirúrgicas	Es cualquier alteración respecto al curso previsto en la respuesta local y sistémica del paciente quirúrgico.	Tipo de Complicación	% de distribución de la muestra según las complicaciones más frecuentes
• Edad	Edad cronológica del paciente	Años	% de distribución de la muestra según la edad del paciente
• Sexo	Sexo de pertenencia	Masculino / Femenino	% de distribución de la muestra según el sexo masculino % de distribución de la muestra según el sexo femenino
• Procedencia	Lugar de residencia del paciente	Urbano Rural	% de distribución de la muestra según la procedencia urbana; % de

			distribución de la muestra según la procedencia rural
• Condiciones Socioculturales	Realidad construida por el hombre que puede tener que ver con cómo interactúan las personas entre sí mismas, con el medio ambiente y con otras sociedades	Económicas Sociales Culturales	% de distribución de la muestra estudiada

CAPÍTULO III

2. MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro

progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. (WHO, 2010)

2.2 PREVALENCIA

Existen indicadores epidemiológicos fundamentales en relación al VIH/SIDA que son:

- La incidencia de infecciones describe la velocidad de transmisión del VIH en la población, por lo que es el indicador principal para planificar y evaluar las actividades de prevención.
- La incidencia de casos de SIDA y la mortalidad son útiles para evaluar globalmente las intervenciones contra la epidemia, tanto preventivas (que tendrían un efecto a largo plazo sobre ambos indicadores) como terapéuticas (con un efecto más inmediato).
- Por su parte, la prevalencia de VIH (número de personas vivas con infección, que incluye a aquellos diagnosticados de SIDA) refleja la magnitud de la epidemia en cada momento, y en consecuencia, las necesidades sanitarias y sociales por ella generadas.
- Por último, el número de casos de SIDA vivos (prevalencia de SIDA), al referirse a los pacientes con un estadio avanzado, es un indicador útil para planificar las necesidades de hospitalización, cuidados domiciliarios y apoyo social.

Desde los inicios de la epidemia, los registros de casos de SIDA nos han permitido conocer las características epidemiológicas de la enfermedad, planificar la asistencia a los afectados y evaluar el impacto de los nuevos tratamientos.

No obstante, como método de vigilancia presenta limitaciones para la monitorización "en tiempo real" de la epidemia, derivadas de la subdeclaración de casos, del retraso en la notificación de los mismos, y sobre todo, del prolongado periodo de incubación de la enfermedad (comprendido entre la infección inicial y la aparición de enfermedades oportunistas indicativas de SIDA, que en ausencia de tratamiento se estima en 10-11 años de media), lo que motiva que se monitoricen infecciones adquiridas muchos años atrás.

A medida que se dispuso de los métodos apropiados de diagnóstico de la infección, se recurrió a otras estrategias para aproximarse a la magnitud y las tendencias de la epidemia, como los estudios de seroprevalencia en "poblaciones centinelas", los estudios de incidencia en cohortes seleccionados de pacientes con riesgo de infección y los modelos matemáticos de predicción, entre los que destaca el método de retroproyección.

Los primeros casos de SIDA se comunicaron hace 25 años, pero en el corto tiempo transcurrido, el número de casos estimados de personas viviendo con VIH/SIDA llega, en diciembre de 2004, a 39,4 millones de personas en el mundo, el punto más alto de la epidemia, de los cuales 2,2 millones son niños. Se estima en 4,9 millones las personas que adquirieron el VIH durante el año 2004, siendo 640.000 menores de 15 años.

La distribución de los casos de VIH/SIDA en el mundo muestra marcadas diferencias regionales. África, que da cuenta sólo del 11% de la población mundial, tiene las dos terceras partes del total de casos de VIH/SIDA del mundo. Sólo en África sub Sahariana, la región más golpeada por la epidemia, 25,4 millones de personas viven con VIH y el 75% de los casos mundiales de VIH en mujeres se cuentan en esta región.

El año 2004, el número de personas viviendo con VIH aumentó en todas las regiones del planeta respecto de los años anteriores. Los incrementos más significativos se registraron en las áreas con un patrón epidemiológico de crecimiento rápido, como Asia oriental, que muestra un aumento de casos del 50% entre 2002 y 2004 y Europa oriental y Asia central, que en total registran un aumento en el número de casos de 40% entre 2002 y 2004.

Pese a que la vía más eficiente de transmisión es la endovenosa, la principal vía de transmisión a nivel mundial es la sexual, con un incremento progresivo de la vía heterosexual, lo que explica que, en la actualidad, el 45% de la población infectada a nivel mundial sean mujeres, 17,6 de los 39,4 millones.

En países de alta prevalencia del Africa sub Sahariana y del Caribe, hasta el 50% de las personas infectadas son mujeres, pero, incluso en los países con patrón epidemiológico de distribución predominantemente homo/bisexual, también se observa una tendencia progresiva a la feminización de la epidemia.

En América Latina la epidemia ha seguido un curso progresivo estable, con un aumento en el número de casos de 1,5 millones el año 2002 a 1,7 millones el año 2004, 190.000 casos nuevos el año 2002 contra 240.000 el año 2004 y un número anual de fallecidos que aumentó de 74.000 a 95.000 entre el 2002 y el 2004. Un tercio de los casos se concentra en Brasil, mientras que las prevalencias superiores al 1% en adultos sólo se observan en Guatemala y Honduras, sin llegar a las tasas del Caribe, que son del 2,3%.

En general, en la región se observa un predominio hombre: mujer de 3:1 y continúa siendo muy importante la transmisión sexual entre hombres, con la significativa excepción del Perú. La transmisión por drogadicción endovenosa es importante en algunos países de la región, como Brasil, Argentina y Uruguay. (WARSAWSKY, 2008; MSPA, 2010)

En general, en la región la epidemia tiende a concentrarse en las zonas urbanas, especialmente en las capitales que, en países como Chile, Argentina y Uruguay, pueden cobijar las dos terceras partes o más del total de casos del país.

Desde el registro de los primeros casos de VIH y Sida en el Ecuador en 1984, la tendencia de la epidemia ha sido hacia el aumento, con un notable incremento de casos en la primera década del presente siglo. (SADI, 2010)

La tendencia al aumento de casos de VIH, que se venía observando desde principios de la década, presentó un incremento marcado en los últimos 2 años, y la tendencia a la estabilización en el número de casos de Sida de los años previos al periodo de este reporte vio también un cambio, con aumento importante de casos en 2008 y 2009. (MSP, 2009.)

Para los años 2008 y 2009 el grupo de personas entre 20 y 44 años continúa siendo el segmento poblacional más afectado, presentando en 2009, 72.5% de casos de VIH y el 78.3% de casos de Sida del total nacional. En 2009, entre la población menor de 15 años, el grupo de 1 a 4 años presenta el mayor número de casos, con el 70.6% de casos de VIH y el 52% de los casos de Sida. Guayas sigue siendo la provincia que presenta la mayor tasa de infección.

2.3 MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

2.3.1 TRANSMISIÓN SEXUAL

La infectividad del VIH es baja, si se compara con el resto de los agentes productores conocidos de ETS.

Afortunadamente la transmisión heterosexual no tiene una enorme eficiencia, y aunque se sabe que ha llegado a producirse tras una o aisladas prácticas de riesgo, las tasas globales de transmisión comunicadas en el seno de las parejas heterosexuales serodiscordantes oscilan habitualmente entre 7-50% (10-25% de las mujeres de los hemofílicos; 10-50% en el caso de los ADVP; 0-28% de las prostitutas no ADVP - en España < 5%, aunque en África se han comunicado cifras de hasta 80% (UNAIDS, 2010)

-). La transmisión es mayor de hombre a mujer - riesgo entre 1 y 8 veces superior - (mayor volumen y concentración de virus en el semen que en el fluido cérvico-vaginal, y mayor tiempo de exposición en el caso de la mujer)

La transmisión homosexual entre varones es mayor, debido a las características de su conducta sexual (mayor número de parejas, prácticas con mayor potencial de lesionar las mucosas)

En cualquier caso, la transmisión está ampliamente condicionada por múltiples factores que se detallan a continuación.

2.3.2 TRANSMISIÓN PARENTERAL

Diversos mecanismos están implicados en la transmisión del VIH por esta vía.

2.3.2.1. USO DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL

Este hábito es responsable de una muy importante proporción de casos de SIDA en el mundo occidental, de manera directa (compartiendo las jeringuillas de inyección) o indirecta (transmisión sexual a las parejas de los usuarios de drogas). (PARE´S, 2007)

La eficiencia transmisora del acto de compartir los hábitos de la drogadicción intravenosa (básicamente, la reutilización del material de inyección) es mayor que la de las relaciones sexuales y, en el comienzo de la pandemia, en poco tiempo las comunidades de usuarios de drogas por vía parenteral (ADVP) pasaron a tener tasas de infectados muy altas

La marginalidad y sus problemas asociados ha sido siempre un factor claramente relacionado con la transmisión entre los ADVP. Lógicamente, la intensidad de la drogadicción, del intercambio de jeringuillas usadas y del número de compañeros con el que se comparten, es un factor de riesgo para la transmisión

En un estudio italiano, el 22% de los ADVP que negaban haber compartido jeringuillas estaban infectados por el VIH, frente al 67% que sí lo admitían.

A partir de un modelo matemático, se ha estimado que el riesgo global de infección por un episodio de inyección (considerando prevalencia de jeringas contaminadas, probabilidades de compartir y limpiarlas, etc.) sería de 0,0067 (aproximadamente 1 de cada 150), algo superior al riesgo de las punciones

accidentales laborales y hasta 3 veces superior al riesgo de una relación sexual vaginal; el uso sistemático de una jeringuilla contaminada infectaría al 49% tras los primeros 100 episodios.

Y aún sin compartir la aguja, cuando se comparte material para preparar la mezcla a inyectar, el agua de la mezcla o el algodón que la filtra, también se puede transmitir el VIH.

El uso concomitante de cocaína también se ha asociado a una mayor prevalencia de infección, quizás por asociarse a prácticas de inyección más frecuentes y peligrosas. También está demostrado que el uso de drogas incrementa el riesgo de infectarse y de infectar por vía sexual

2.3.2.2. TRANSFUSIONES DE SANGRE

Las transfusiones de sangre, en el caso de estar contaminadas por el VIH, se seguirían de la infección del receptor en más del 60%-95% de los casos. Desde que se aplica la búsqueda sistemática de anticuerpos del VIH en todas las muestras de sangre para trasfudir el riesgo de infección por transfusión se ha convertido en un riesgo teórico residual.

Tan sólo escaparían al control los hipotéticos casos de donantes que no se autoexcluyesen a pesar de sus prácticas de riesgo y que estuviesen en la fase de primoinfección, aún sin anticuerpos detectables en sangre, para evitar este riesgo residual se ha llegado a proponer, sin que aún se haya puesto en marcha, el uso de la antigenemia p24 y, sobre todo, de la viremia plasmática (ARN del VIH), que se hacen detectables antes que los anticuerpos - reduciendo el "período ventana" de una media de 20 días a 6 días -, para analizar todas las donaciones.

2.3.2.3. TRANSFUSIÓN DE DERIVADOS SANGUÍNEOS

Inicialmente provocaron la infección de hasta el 80% de los pacientes con hemofilia A y del 50% de los que tenían hemofilia B. Desde 1984-85 la mejora de los métodos de preparación de estos derivados y la posibilidad de utilizar productos obtenidos por recombinación genética, ha hecho que no se haya

producido ningún nuevo caso de infección entre estos pacientes. (BASOMBRÍO, 2009)

2.3.2.4. TRASPLANTES

Los órganos vascularizados de un paciente infectado obviamente podrían transmitir la infección al receptor, lo que ha ocurrido en al menos 75 casos, sobre todo antes de 1985. De nuevo, el despistaje de la infección por el VIH en el donante es el elemento crítico en la prevención. Se ha sabido que muestras no vascularizadas, liofilizadas o tratadas con alcohol (hueso, córneas, tendones, fascias,...), procedentes de donante infectado, no han transmitido la infección

2.3.2.5. ACCIDENTES DE INOCULACIÓN DE SANGRE CONTAMINADA EN EL MEDIO LABORAL

Aunque suponen, en conjunto, un riesgo de infección muy pequeño (<0,3%), obligan a una alerta permanente. En los EE.UU. de Norteamérica se habían demostrado 56 casos en Junio de 2000 y en España.

Casi siempre, los casos de infección se describen tras accidentes graves, en los que están implicados ciertos factores de riesgo bien conocidos como la inoculación directa de sangre, un pinchazo profundo (que provoca sangrado espontáneo) con una aguja hueca que acaba de ser insertada en un vaso sanguíneo del paciente (RR 16.8)

La presencia de sangre contaminada visible en el instrumento que causa el accidente, una carga viral elevada o un estadio muy avanzado de la enfermedad en el paciente o la ausencia de guantes protectores o de quimioprofilaxis tras el accidente.

Más difícil ha sido definir los factores de riesgo para la transmisión a través de mucosas o piel, dados los pocos casos descritos, pero la exposición a grandes volúmenes de sangre, o por tiempo prolongado, y la presencia de soluciones de

continuidad en la piel o mucosas, parecen ser factores condicionantes (GALLI, 2009)

Los enfermeros/as son los trabajadores con mayor riesgo, muy por encima de los cirujanos, de los que apenas hay casos descritos de contagio confirmado. La posibilidad de que un trabajador sanitario infectado contagie a un paciente se ha considerado despreciable, aunque hay algún caso descrito en cirugía.

En una revisión de 19.036 pacientes tratados por 57 trabajadores sanitarios infectados no se confirmó ningún caso de transmisión. De forma anecdótica en Australia se comunicaron casos de adquisición del VIH en pacientes que habían sido atendidos en el mismo quirófano tras ser utilizado por un individuo infectado por el VIH, pero se descubrió que parte del material no había sido convenientemente esterilizado. (READ, 2007)

Posiblemente este mecanismo haya provocado infecciones nosocomiales por el VIH en países en vía de desarrollo.

2.3.3 TRANSMISIÓN VERTICAL

Su incidencia varía de unas regiones geográficas a otras, situándose entre el 12% y el 30% en el mundo occidental antes de la generalización del tratamiento preventivo, y llegando hasta el 40%-50% en el Tercer Mundo. La transmisión puede producirse durante la gestación (6%), durante el parto sobre todo (18%), y en el postparto a través de la leche materna (4%).

Está demostrada la posibilidad de transmisión en el segundo trimestre de la gestación (hasta un 5% de infecciones)

Entre los factores de riesgo que favorecen la transmisión se han descrito:

- En relación con la madre, la enfermedad avanzada y cargas virales plasmáticas elevadas, el tabaquismo y el uso activo de drogas por vía intravenosa. En un estudio, las tasas de transmisión según la carga viral variaron entre el 0% cuando era < 1000 al 40.6% cuando era > 100.000 copias/ml; (VALDÉS, 2009)
- En relación con los problemas obstétricos, la ruptura de membranas que se prolongue por más de 4 horas, la presencia de corioamnionitis, y el parto vaginal, en contraposición a la cesárea, que ha demostrado un efecto reductor del riesgo en torno al 50%, probablemente por evitar la exposición y la ingestión del feto de secreciones y sangre maternas contaminadas durante el parto vaginal; (PALLARDINO, 2007)
- En relación con el feto o recién nacido, la ingesta de leche materna, que proporcionaría un riesgo adicional de infección de aproximadamente 14% o entre un 10%-30% para períodos prolongados, la prematuridad y la baja edad gestacional. (FARQUHAR, 2010)

Actualmente, con el tratamiento antirretrovírico, la cesárea y la evitación de la lactancia se han conseguido tasas de transmisión tan bajas como del 1,6%

2.4 CIRUGÍA GENERAL

Corresponde a la Cirugía General la competencia en el diagnóstico y tratamiento de las patologías que se resuelven mediante procedimientos quirúrgicos o potencialmente quirúrgicos, tanto electivos como de urgencia de origen benigno, inflamatorio, traumático o neoplásico en los siguientes aparatos, sistemas y áreas anatómicas: aparato digestivo, pared abdominal, sistema endocrino, mama, piel y partes blandas, retroperitoneo y afecciones externas de la cabeza y el cuello.

2.4.1 CIRUGÍA ABDOMINAL Y DIGESTIVA

La cirugía digestiva es una rama de la cirugía general que se ocupa de aquellos pacientes que sufren de una enfermedad del tubo digestivo (órganos dentro del abdomen) y requieren un tratamiento quirúrgico.

El cirujano digestivo se dedica al diagnóstico de las enfermedades del tubo digestivo y por lo tanto incluye auxiliares diagnósticos como la endoscopia, el ultrasonido y los estudios avanzados de imagen y laboratorio. Las enfermedades más frecuentes que maneja esta especialidad son la colelitiasis (cálculos en la vesícula biliar), las hernias y la apendicitis aguda.

2.4.1.1 COLECISTECTOMÍA

La colecistectomía es la extirpación quirúrgica de la vesícula biliar. Este órgano se encuentra cerca del hígado. Almacena la bilis producida por el hígado. La bilis ayuda a la digestión alimentos grasos. La vesícula biliar libera bilis dentro de un sistema de conductos que conducen al intestino delgado.

La versión abierta de esta cirugía se realiza cuando el cirujano no puede realizar una versión menos invasiva llamada cirugía laparoscópica.

Esta cirugía se realiza para extirpar una vesícula biliar enferma o lesionada. La lesión habitualmente es provocada por una infección o inflamación. El daño a menudo se debe a cálculos biliares, que son cristales de bilis que se pueden formar en la vesícula biliar. A veces, estos cálculos se atascan en los conductos por los cuales fluye normalmente la bilis. Este bloqueo de los conductos puede dañar la vesícula biliar y el hígado.

Las complicaciones son poco frecuentes, pero ningún procedimiento está completamente libre de riesgos. Si está planificando someterse a una colecistectomía, el médico revisará una lista de posibles complicaciones, que pueden incluir:

- Cálculos biliares que cayeron accidentalmente dentro de la cavidad abdominal

- Sangrado
- Infección
- Daño a otras estructuras u órganos cercanos
- Reacciones a la anestesia general
- Coágulos sanguíneos

2.4.1.2 CIRUGÍAS DE HERNIAS

Por definición, una hernia es la protrusión de una visera a través de una abertura en la pared de la cavidad que la contiene. Las características importantes de una hernia son el orificio y el saco herniario. El orificio es el defecto en la capa aponeurótica más interna del abdomen y el saco una evaginación de peritoneo. El cuello del saco herniario corresponde al orificio.

La hernia es externa si el saco sale por completo a través de la pared abdominal e interna si se encuentra dentro de la cavidad visceral. La hernia es reducible cuando es posible regresar al abdomen la víscera que ha salido e irreducible si esto no es factible.

Una hernia estrangulada es aquella en que se compromete la vascularidad de la víscera que ha salido; ocurre en las que tienen orificios pequeños y sacos grandes. La hernia encarcelada es una irreducible, pero no necesariamente estrangulada. Una hernia de Richter es aquella en que el saco sólo contiene un lado de la pared del intestino.

Aunque son muchas y muy variadas las técnicas de reparación de una hernia, en las que en la mayoría de los casos cuando la operación es de manera tradicional, pueden emplearse los propios tejidos y ligamentos del paciente, de tal forma que puede hacerse técnica de Bassinni o la técnica de McVay.

En otras técnicas llamadas libres de tensión se emplea una MALLA para reforzar los tejidos y la aponeurosis y se reduce la hernia sin peligro de originar tensión en el sitio de sutura, con riesgo de recidiva. En el momento actual, se selecciona bien al paciente para elegir la técnica más apropiada y se puede hacer hasta con

Técnica mini-invasiva, o sea, por LAPAROSCOPIA. Utilizando una prótesis de Malla sintética y es requerido el uso de anestesia general.

2.4.1.3 APENDICECTOMÍA

El apéndice es un órgano pequeño en forma de dedo que se extiende desde la primera parte del intestino grueso y se extirpa cuando se inflama o se infecta. Un apéndice perforado puede filtrar e infectar toda el área abdominal, lo cual puede ser potencialmente mortal. (VIDAL O. , 2009)

Una apendicectomía se hace empleando:

- **Anestesia raquídea.** Al paciente se le pone un medicamento dentro de la espalda para insensibilizarlo de la cintura para abajo. También le administrarán un medicamento para hacerlo dormir.
- **Anestesia general.** El paciente estará dormido y no sentirá ningún dolor durante la cirugía.

El cirujano hace una incisión pequeña en el lado inferior derecho del área abdominal y extirpa el apéndice. (HANSSON, 2008)

El apéndice también se puede extirpar empleando técnicas mínimamente invasivas. Esto se denomina apendicectomía laparoscópica y se lleva a cabo con pequeñas incisiones y una cámara.

Si el apéndice se ha roto o se ha formado una cavidad de infección (absceso), se lavará el abdomen completamente durante la cirugía. Se puede dejar un pequeño tubo en el área ventral para ayudar a drenar los líquidos o el pus. (BARROS, 2008)

Los síntomas de apendicitis varían. La afección puede ser difícil de diagnosticar, sobre todo en niños, ancianos y mujeres en edad de procrear.

- Con mayor frecuencia, el primer síntoma es el dolor alrededor del ombligo.
- El dolor puede ser vago al principio, pero se vuelve agudo e intenso.
- El dolor con frecuencia se traslada al cuadrante abdominal inferior derecho y se vuelve más concentrado en esta área. (KAOUK, 2008)

Otros síntomas pueden ser:

- Fiebre (generalmente no muy alta)
- Inapetencia
- Náuseas y vómitos (MARKS, 2007)

2.5 CIRUGÍA Y VIH

En 1981 se describieron en EE.UU. los primeros casos de un nuevo proceso infeccioso de origen vírico, y en 1983 se aislaba un retrovirus humano que fue denominado VIH-1 (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y que se ha diseminado en los últimos años por todo el mundo dando lugar a una pandemia cuyo control, aún con los avances terapéuticos logrados, no se ha conseguido en el momento actual

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un problema de salud de gran magnitud y está presente de forma constante en nuestros hospitales, con numerosos pacientes que en algún momento de su enfermedad van a precisar de la atención de un cirujano general.

El manejo de pacientes portadores del VIH es causa de duda, temor y hasta de rechazo dentro de la comunidad quirúrgica mundial, siendo uno de los principales motivos de esto, la escasa información que se posee en general sobre dicho síndrome. (SABER, 2008)

Todos aquellos profesionales que se ven envueltos en contacto con fluidos corporales de éstos pacientes deben ser conscientes del riesgo de infección y de los procedimientos diseñados para eliminar estos riesgos.

2.5.1 RIESGO OCUPACIONAL A PERSONAL SANITARIO TRANSMISIÓN

Se define trabajador sanitario como toda aquella persona cuya actividad profesional supone contacto con pacientes o con sangre u otros fluidos corporales de pacientes en un centro sanitario o laboratorio.

Por exposición se entiende como herida percutánea (pinchazo con aguja o corte con objeto punzante) contacto con membrana mucosa o piel no intacta (piel expuesta con soluciones de continuidad, dermatitis,...) o contacto con piel intacta de sangre o fluidos corporales cuando la duración del mismo es prolongada (varios minutos ó más) o supone un área extensa.

Al hablar de fluidos corporales se incluyen: semen, secreción vaginal, líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal y pericárdico; los cuales, poseen un riesgo indeterminado para transmitir el VIH.

La exposición a saliva, lágrimas, sudor, heces u orina no contaminadas con sangre no son consideradas como un riesgo de transmisión. La leche materna tampoco ha sido implicada en la transmisión de VIH a personal sanitario (aunque sí lo está en la transmisión perinatal) y no requiere seguimiento postexposición.

La sangre contaminada es la fuente principal del VIH a partir de la cual puede infectarse un profesional sanitario, y en éstos sólo se ha comprobado transmisión del VIH a partir de sangre, líquidos corporales contaminados con sangre o concentrados de virus (laboratorio) que fueron inoculados o estuvieron en contacto con mucosas o piel no intacta.

El riesgo medio para la transmisión del VIH tras una exposición percutánea (aguja contaminada) con sangre infectada por VIH es aproximadamente del 0,3% y después de una exposición de mucosas a sangre infectada es del 0,09%.

Se estima que el riesgo de transmisión tras una exposición aislada de piel intacta es menor que para las exposiciones a membranas mucosas $< 0,09\%$. El riesgo de

exposición a fluidos o tejidos que no sean sangre infectada no ha podido ser cuantificado.

2.5.2 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTES VIH

Los pacientes infectados por el VIH pueden presentar cualquier tipo de patología común que requiera tratamiento quirúrgico, pero también pueden ser afectados por una serie de problemas directamente relacionados con su enfermedad y su estado de inmunodepresión.

Se puede requerir al cirujano para realizar tanto procedimientos diagnósticos como terapéuticos, pero la patología intraabdominal que requiere cirugía urgente representa una de las mayores dificultades a la hora de establecer un diagnóstico, sentar la indicación quirúrgica y el manejo posterior del paciente.

2.5.3 ENFERMEDADES ESPECÍFICAS ASOCIADAS AL VIH

2.5.3.1 COLECISTITIS ALITIÁSICA

Es una manifestación reconocida de SIDA y una de las indicaciones más comunes de cirugía abdominal en estos pacientes. Es debida a infecciones raras en la población general (citomegalovirus, cryptosporidium, cándida albicans, MAI, campylobacter).

Suele acompañarse de cuadros de colangitis y a veces es difícil de distinguir la importancia clínica relativa de ambos problemas, pero la colecistectomía debe considerarse en el tratamiento de síntomas severos y persistentes de manifestación hepatobiliar de SIDA, a pesar de la presencia de colangitis.

2.5.3.2 APENDICITIS AGUDA

Salvo una ausencia de leucocitosis preoperatoria, no se han apreciado diferencias con respecto al resto de la población. El uso de la laparoscopia contribuye a diagnósticos más tempranos y exactos, ya que una de las preocupaciones fundamentales del cirujano radica en una etiología del dolor de posible infección oportunista y un deseo de evitar operar a estos pacientes que puede llevar a un

retraso indebido de la intervención. (VIDAL O. , Apendicectomía laparoscópica con una sola incisión umbilical (SILS): experiencia en una unidad de cirugía de urgencias, 2010)

2.5.3.3 LAPAROTOMÍA URGENTE

Los pacientes con SIDA que desarrollan síntomas abdominales agudos y que son susceptibles de ser tratados mediante intervención quirúrgica urgente constituyen una pequeña proporción de la población con SIDA tratada en los hospitales. Aunque muchos pacientes con SIDA presentan dolor abdominal, los criterios de indicación de laparotomía urgente siguen siendo muy similares a los de una población no infectada.

Pero lo que sí parece conllevar la patología relacionada con el SIDA como causa de cirugía abdominal urgente es un riesgo de morbi-mortalidad 3-4 veces mayor que si es debida a otras etiologías.

2.5.3.4 FACTORES DE RIESGO DE MORBILIDAD

Los factores de mayor riesgo para la mortalidad podrían ser falta de profilaxis para enfermedades relacionadas con el SIDA, presencia de infecciones oportunistas, sepsis en curso y fracaso multiorgánico subsiguiente. Un manejo médico crónico adecuado que controle la enfermedad relacionada con el SIDA mejoraría las tasas de supervivencia.

Luego a la hora de indicar cirugía abdominal urgente en un paciente con infección por VIH/SIDA hay que tener en cuenta:

- Las condiciones que producen síntomas abdominales agudos en estos pacientes
- Si el desarrollo de dichos síntomas se da en una fase terminal en la que la laparotomía no aporta beneficios (la cantidad de CD4 es un factor pronóstico²³).

- Si la cirugía es útil, identificar a los pacientes que se pueden beneficiar de ella.²⁰

Se puede llevar a cabo una cirugía abdominal urgente en pacientes con SIDA con una tasa de mortalidad aceptable (11-12 %).

La presencia de sepsis, infecciones oportunistas y patología relacionada con el SIDA, aumenta el riesgo de mortalidad perioperatoria.

2.5.3.5 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EL CIRUJANO

Ya se ha descrito cómo diversos estudios demuestran un riesgo pequeño pero real de infección por VIH tras exposiciones percutáneas y de membranas mucosas a sangre de pacientes infectados.

Las exposiciones a VIH no son infrecuentes y muchas podrían ser prevenidas con el uso de barreras de protección, comportamientos adecuados y técnicas de seguridad. La probabilidad de exposición a material infeccioso depende de la prevalencia de individuos infectados en las instalaciones sanitarias y de la frecuencia de contactos de riesgo. Si bien la prevalencia es difícil de cambiar, la frecuencia de exposiciones si es susceptible de modificarse.

Para evitar la infección deberían de aplicarse una serie de medidas profilácticas, en general por todos los trabajadores sanitarios y en particular por el cirujano, en todas aquellas situaciones en las que pueda entrar en contacto con sangre o fluidos potencialmente contaminados por VIH.

2.5.3.6 PRECAUCIONES UNIVERSALES

Adoptar precauciones universales implica considerar a todos los pacientes potencialmente infectados independientemente de su estado serológico, extremando precauciones en aquellos servicios en los que hay mayor probabilidad de sufrir un accidente, como es el caso de los servicios quirúrgicos:

- Vacunación contra hepatitis B.

- Normas de higiene personal, con especial atención al lavado de manos.
- Elementos de protección de barrera:
 - Uso de guantes (muy importantes, ya que aunque no evitan el pinchazo, reducen el volumen de sangre transferido). Deben usarse siempre: al manejar sangre o fluidos contaminados con ésta, al manejar objetos o materiales contaminados con los anteriores y al realizar procedimientos invasivos.
 - Uso de mascarillas (sobre todo cuando se prevean salpicaduras de sangre o fluidos corporales a mucosas oral o nasal).
 - Uso de protección ocular: si se prevé salpicadura de sangre ó líquidos corporales a la mucosa ocular.
 - Uso de batas impermeables: en grandes salpicaduras de sangre, politraumatizados, quirófanos, partos
- Manejo de objetos punzantes o cortantes.

No reencapuchar agujas ni extraer de la jeringa. Después de su uso colocar en contenedores resistentes.

- Usar material de intubación y otros instrumentos de ventilación en lugares donde se produzcan maniobras de reanimación.
- Si el personal sanitario tiene lesiones cutáneas exudativas evitar contacto con el paciente hasta que se resuelvan.
- Se deberá valorar el aislamiento del paciente cuando presente: hemorragia incontrolada, diarrea profusa, tuberculosis pulmonar y/o alteraciones importantes de la conducta.

2.5.3.7 PRECAUCIONES PARA REDUCIR EL RIESGO EN QUIRÓFANO

- Vacunación antihepatitis B.
- Mascarilla y gafas en procedimientos con salpicaduras de sangre o fluidos corporales

- Botas impermeables.
- En caso de rotura de guante, cambiar lo antes posible y lavar con agua y jabón la piel expuesta. Se puede usar doble par de guantes o guantes de malla sintética protectora si se va a hacer fuerza sobre bordes cortantes.
- Técnica cuidadosa en el manejo del instrumental inciso-punzante: mantener el número de manos imprescindible dentro del campo quirúrgico; sólo el cirujano debe manejar el material inciso punzante; cortar las agujas antes de anudar; devolver el instrumental a la mesa sin abandonarlo en el campo; no abandonar agujas e instrumentos cortantes en las sábanas del campo; no usar el dedo como guía de agujas.

2.5.3.8 NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN CIRUGÍA

Debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos. (PEDRAZA, 2007)

Los principios de BIOSEGURIDAD se pueden resumir en:

- **Universalidad:** Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología.

Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías.

- **Uso de barreras** Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (Ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidente.
- **Medios de eliminación de material contaminado:** Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

Las normas de bioseguridad específicas para cirugía son las siguientes:

- Utilice durante todos los procedimientos técnica aséptica.
- Cumpla las normas de asepsia y antisepsia dentro del quirófano.
- Utilice permanentemente el equipo de protección personal: gorro, guantes estériles, tapabocas, protectores oculares, mascarilla con visera, delantal plástico.
- No se distraiga. Evite al máximo hablar durante el procedimiento.
- No practique cirugía si presenta lesiones dérmicas.
- Utilice la mesa de Mayo de transición.
- Forrar la mesa quirúrgica con funda plástica.
- Utilice el porta agujas y la pinza de disección para suturar.
- Coloque mango de bisturí con hoja de bisturí sobre mesa de Mayo de transición, no lo entregue en la mano a la instrumentadora.
- Coloque sobre la mesa de Mayo de transición la aguja de sutura montada en el porta agujas.

- No meta la mano dentro del campo quirúrgico para buscar aguja de sutura, utilice el porta aguja y la pinza de disección.
- Al terminar el procedimiento se deberá retirar la hoja de bisturí con ayuda de una pinza y llevarlo junto con las agujas de suturas al guardián.
- Deposite en el guardián elementos cortopunzantes utilizados durante la cirugía.
- No busque con los dedos la aguja de sutura.
- En caso de accidente por pinchazo o herida retire los guantes tan pronto el procedimiento se lo permita, deje sangrar y lávese con agua y jabón abundantemente, informe a su jefe y a Salud Ocupacional.
- Utilice el equipo de aspiración mecánico o succionador para la aspiración de secreciones de boca y faringe.
- Colocar a los frascos de las diferentes succiones una base de hipoclorito de sodio de 200 cc

2.5.3.9 NORMAS DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON SIDA O VIH POSITIVOS EN QUIRÓFANO (VIDAL J. , 2007)

- El personal de quirófano debe ser informado de todo paciente VIH (+) que requiera ser intervenido.
- Se aplican las mismas recomendaciones generales antes mencionadas (ver protección del personal). El equipo quirúrgico debe estar bien identificado y es aconsejable restringir la concurrencia solamente a las personas necesarias.
- El manejo de los inyectables, tanto el procedimiento como el material, es igual a las normas antes mencionadas (acceso vascular). Vestimenta
- Se debe colocar un delantal de plástico protector estéril, protección ocular y doble par de guantes.

- En el quirófano debe haber cloro diluido 1/10 y glutaraldehído al 2%.
- En el colchón de la mesa de cirugía, las almohadas y apoya-brazos deberán cubrirse con una funda impermeable antes de la vestimenta habitual.
- Durante la intervención se utilizarán botas y sábanas descartables o, en su defecto, se las procesará según normas de lavandería.
- Una vez que comienza el acto quirúrgico restringir al máximo la circulación.
- Evitar las pinchaduras con material cortante tratando de no cambiar hojas de bisturís (tener 2 ó 3 mangos de bisturí preparado).
- Todo el material descartable se maneja como basura infectada.
- Los recipientes de aspiración descartables se sellan y se tiran en bolsa como basura infectada, debidamente rotulada.
- A los frascos no descartables agregarle antes cloro diluido 1/10. Descartar el material remanente, luego autoclave y después realizar el lavado y esterilización habitual.
- Una vez finalizada la cirugía, se procederá con la higiene del sector
- La ropa y materiales se manejarán bajo las normas habituales.
- El instrumental utilizado se debe descontaminar en el quirófano propiamente sucio con cloro diluido 1/10 durante 30 minutos, antes del proceso habitual.

CAPÍTULO IV

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Servicio de Cirugía - Hospital Regional 2 IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”
Guayaquil - Ecuador

3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Enero de 2005 – Diciembre de 2010

3.1.3 RECURSOS UTILIZADOS

A) RECURSOS HUMANOS

- El autor

- El tutor

B) RECURSOS FÍSICOS

- Computadora

- Impresora

- Hojas

3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1 UNIVERSO

El Universo estuvo constituido por todos los pacientes que ingresen al servicio de cirugía en el periodo indicado, que sean VIH positivos que en total fueron 256 personas.

3.1.4.2 MUESTRA

Para determinar la muestra se utilizó una fórmula general, luego esa cantidad fue ajustada según los criterios de inclusión y exclusión:

$$\frac{N}{e^2 (N - 1) + 1}$$

Donde:

N = Universo (256)

e = margen de error (0,05 para un 95% de nivel de confianza)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron todos los pacientes

- mayores de 21 años
- Intervenido por cirugía abdominal
- VIH positivos

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se consideraron para este estudio, pacientes:

- Menores de 21 años
- Otro tipo de cirugías
- Patologías que puedan interferir con el estudio
- Que no tengan los datos de filiación completos

De la fórmula utilizada se obtuvo un valor de 156 pacientes, sin embargo uno de los principales problemas ha sido encontrar datos completos de estos pacientes,

registrados en las historias clínicas, especialmente en años anteriores al último periodo, y luego de ajustar el número quedaron 100 pacientes, lo que representa el 39% del universo, considerándose representativa esta cantidad para la población existente.

3.2 MÉTODOS

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Descriptiva
- Analítica

3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- No experimental
- Longitudinal
- Retrospectiva

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Los resultados se han obtenido al revisar las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Hospital Regional 2 IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, e

intervenidos por cirugía abdominal VIH positivos en los que se determinaron las complicaciones, y se estableció la morbilidad y mortalidad para cada grupo.

Los datos fueron recogidos en una base de datos de Microsoft ® Excel 2013 y analizadas en el programa estadístico IBM ® SPSS 21, y fueron agrupados en cuadros y tablas estadísticas para una mejor comprensión.

CUADRO No. 1

Edad de los pacientes de la muestra

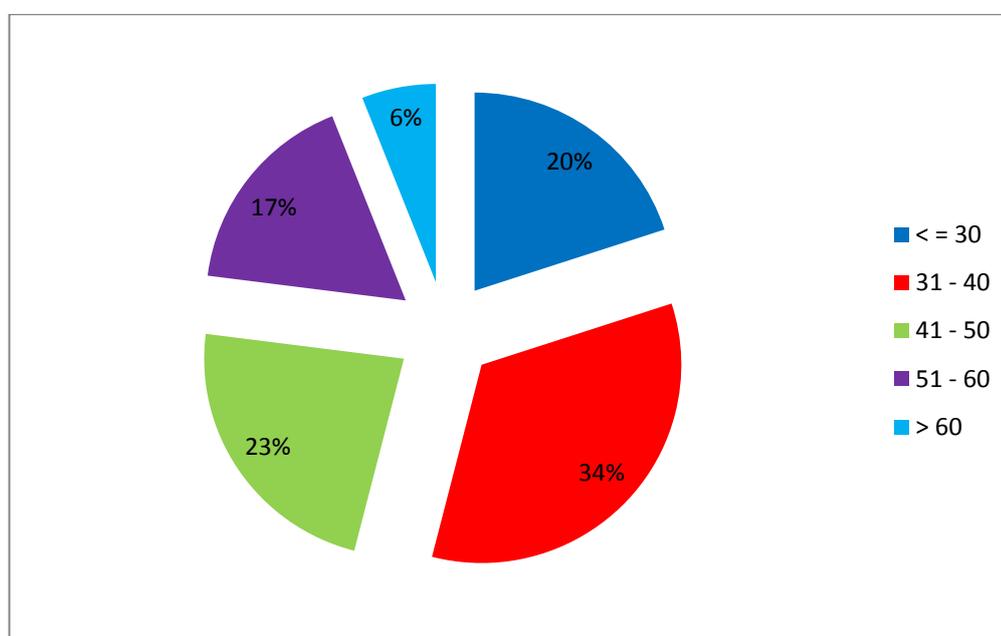
Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
< = 30	20	20,0
31 - 40	34	34,0

41 - 50	23	23,0
51 - 60	17	17,0
> 60	6	6,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 1

Edad de los pacientes de la muestra



Análisis e interpretación.- Se observa que el mayor grupo de pacientes se encuentra entre 31 – 40 años (34%), luego se encuentran los de 41 – 50 (23,0%) y los <= a 30 años (20%)

CUADRO No. 2

Sexo de los pacientes de la muestra

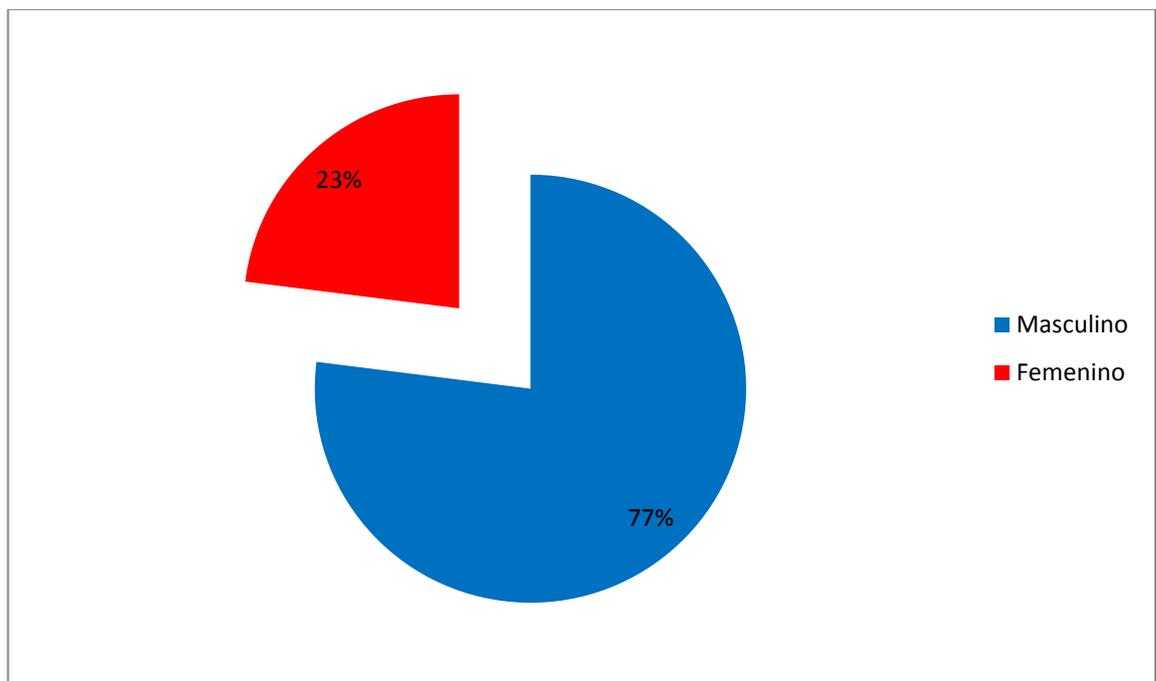
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	77	77,0
Femenino	23	23,0

Total	100	100,0
--------------	------------	--------------

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 2

Sexo de los pacientes de la muestra



Análisis e interpretación.- El 77% de los pacientes fue de sexo masculino frente a un 23% de sexo femenino.

CUADRO No. 3

Procedencia de los pacientes de la muestra

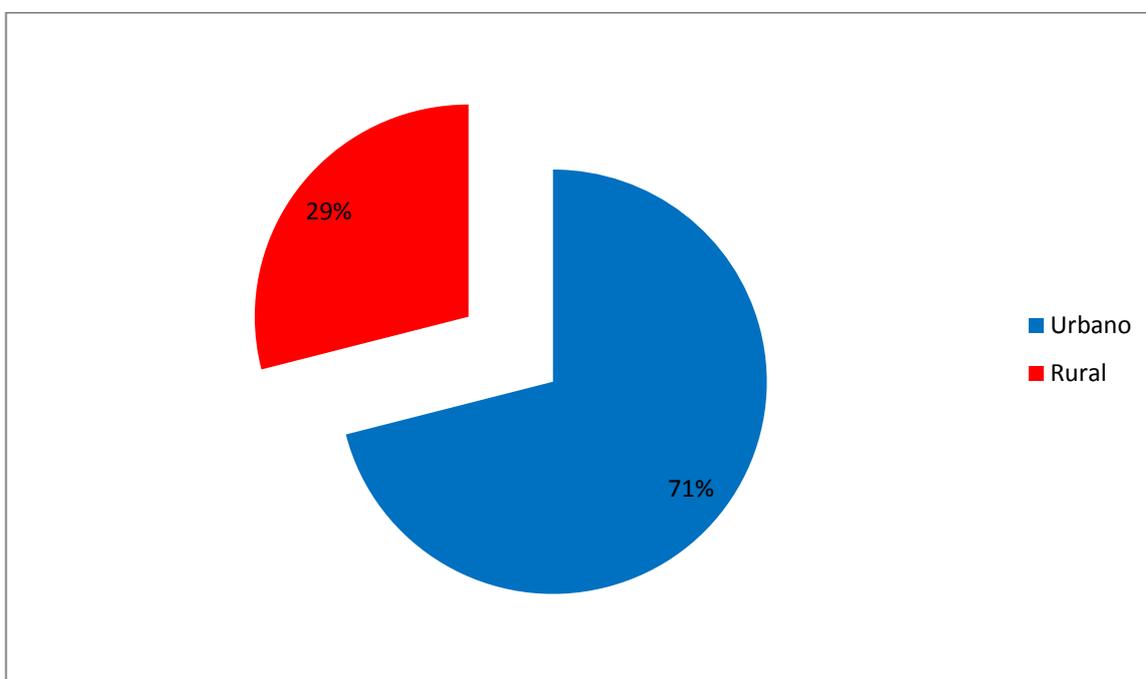
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
-------------	------------	------------

Urbano	71	71,0
Rural	29	29,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 3

Procedencia de los pacientes de la muestra



Análisis e interpretación.- El 71% de los pacientes son del área urbana, y el 29% de la zona rural.

CUADRO No. 4

Condiciones socioeconómicas- Trabajo Actual de los pacientes de la muestra

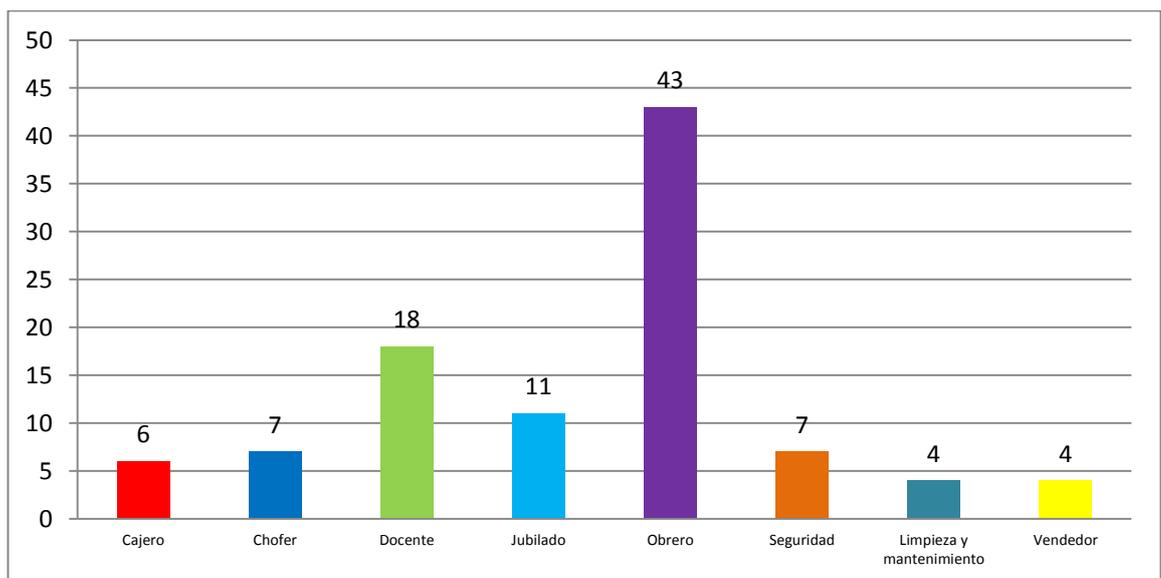
Trabajo actual	Frecuencia	Porcentaje
----------------	------------	------------

Cajero	6	6
Chofer	7	7
Docente	18	18
Jubilado	11	11
Obrero	43	43
Seguridad	7	7
Limpieza y mantenimiento	4	4
Vendedor	4	4
Total	100	100

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 4

Condiciones socioeconómicas- Trabajo Actual de los pacientes de la muestra



Análisis e interpretación.- El 43% de los pacientes tiene trabajo de obrero, que es el más frecuente, el 18% son docentes, estas profesiones son las más representativas, limpieza y vendedores obtuvieron los menores porcentajes (4%)

CUADRO No. 5

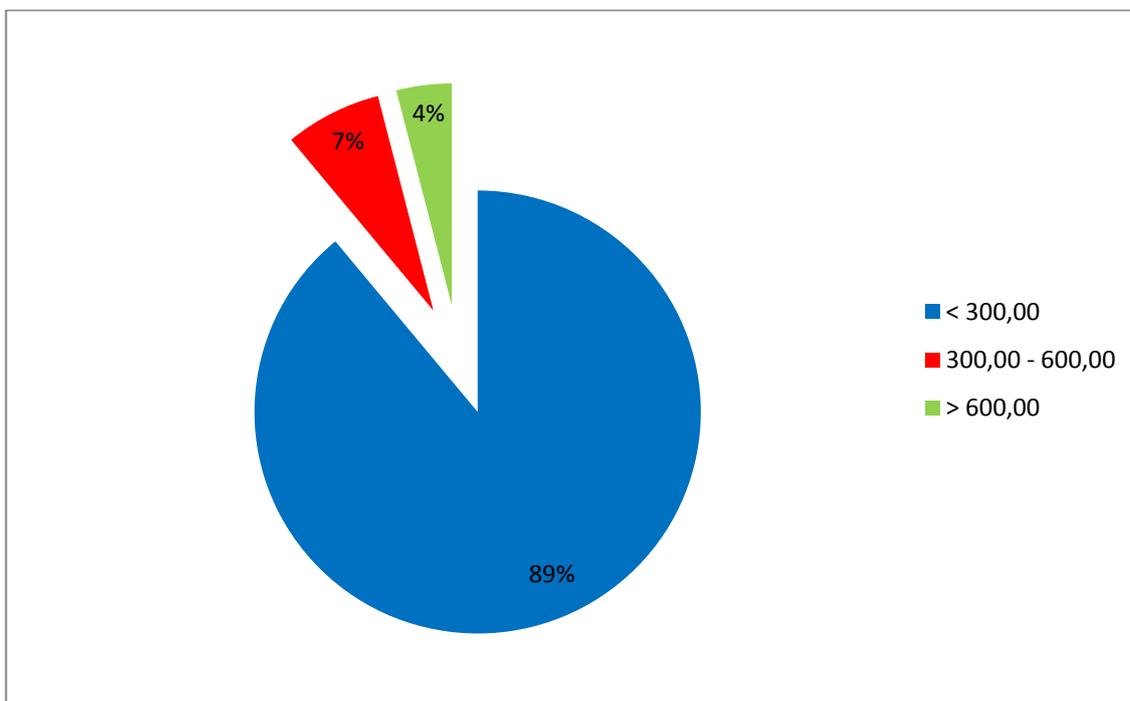
Condiciones socio –económicas - Ingresos promedio de los pacientes de la muestra

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
< 300,00	89	89,0
300,00 - 600,00	7	7,0
> 600,00	4	4,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 5

Condiciones socio –económicas - Ingresos promedio de los pacientes de la muestra



Análisis e interpretación.- El 89% de los pacientes indicó que sus ingresos fueron menores a \$ 300,00 dólares americanos, mientras que sólo el 4% indicó estar por encima de los \$600,00 dólares.

CUADRO No. 6

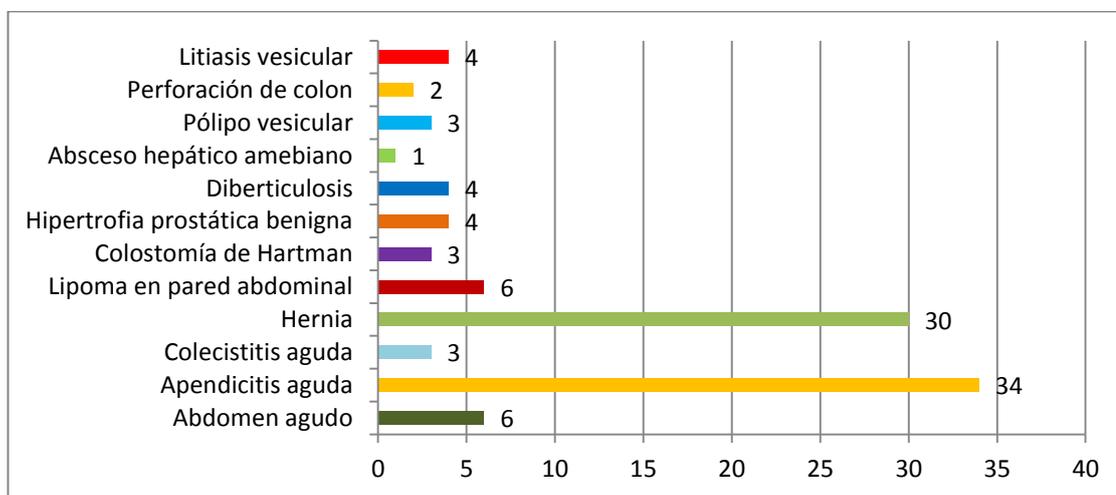
Diagnóstico de ingreso a la sala de cirugía

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Abdomen agudo	6	6,0
Apendicitis aguda	34	34,0
Colecistitis aguda	3	3,0
Hernia	30	30,0
Lipoma en pared abdominal	6	6,0
Colostomía de Hartman	3	3,0
Hipertrofia prostática benigna	4	3,0
Diverticulosis	4	3,0
Absceso hepático amebiano	1	3,0
Pólipo vesicular	3	3,0
Perforación de colon	2	3,0
Litiasis vesicular	4	3,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 6

Edad de los pacientes de la muestra



Análisis e interpretación.- Los diagnósticos de ingreso más representativos fueron apendicitis aguda y hernia (34% y 30% respectivamente), se ingresó sólo un paciente por absceso hepático amebiano.

CUADRO No. 7

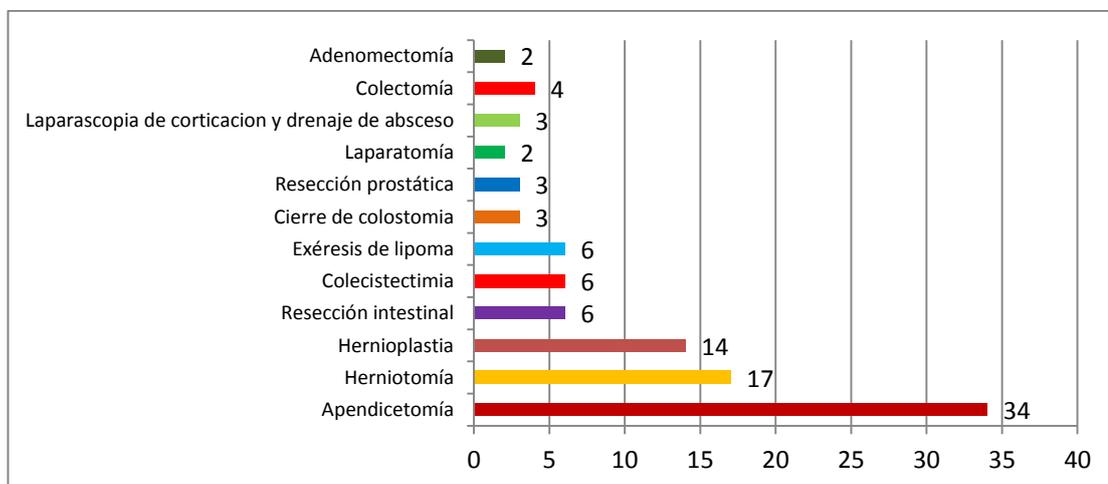
Tipo de cirugía realizada a los pacientes de la muestra

Tipo de Cirugía	Frecuencia	Porcentaje
Apendicetomía	34	34,0
Herniorrafia inguinal	17	17,0
Hernioplastia inguinal	14	14,0
Resección intestinal	6	6,0
Colecistectomía	6	6,0
Exéresis de lipoma	6	6,0
Cierre de colostomía	3	3,0
Resección prostática	3	3,0
Laparotomía	2	2,0
Laparoscopia y drenaje de absceso intrabdominal	3	3,0
Colectomía	4	4,0
Adenomectomía	2	2,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 7

Tipo de cirugía realizada a los pacientes de la muestra



Análisis e interpretación.- La apendicetomía resultó ser la operación que más se realizó (34%), seguida de la herniorrafia inguinal y hernioplastia inguinal (17% y 14% respectivamente)

CUADRO No. 8

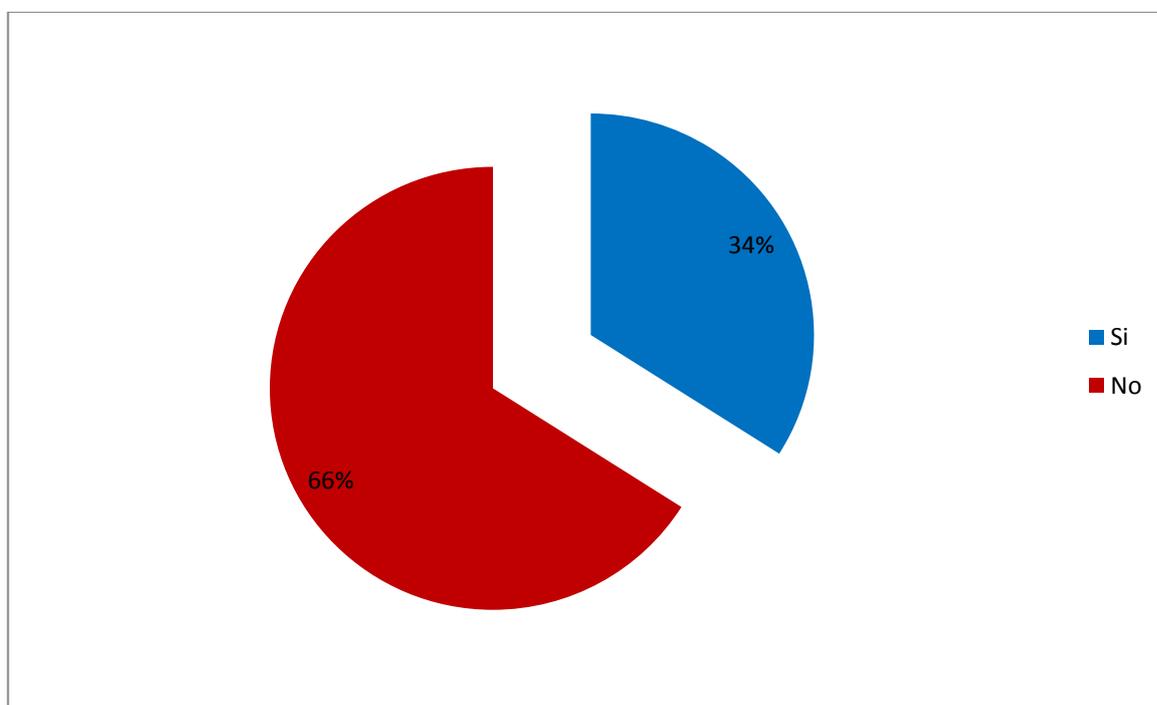
Complicaciones de la cirugía realizada a los pacientes

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	34,0
No	66	66,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 8

Complicaciones de la cirugía realizada a los pacientes



Análisis e interpretación.- Se presentó un 34% de complicaciones en los pacientes de la muestra, el 66% no presentaron complicaciones.

CUADRO No. 9

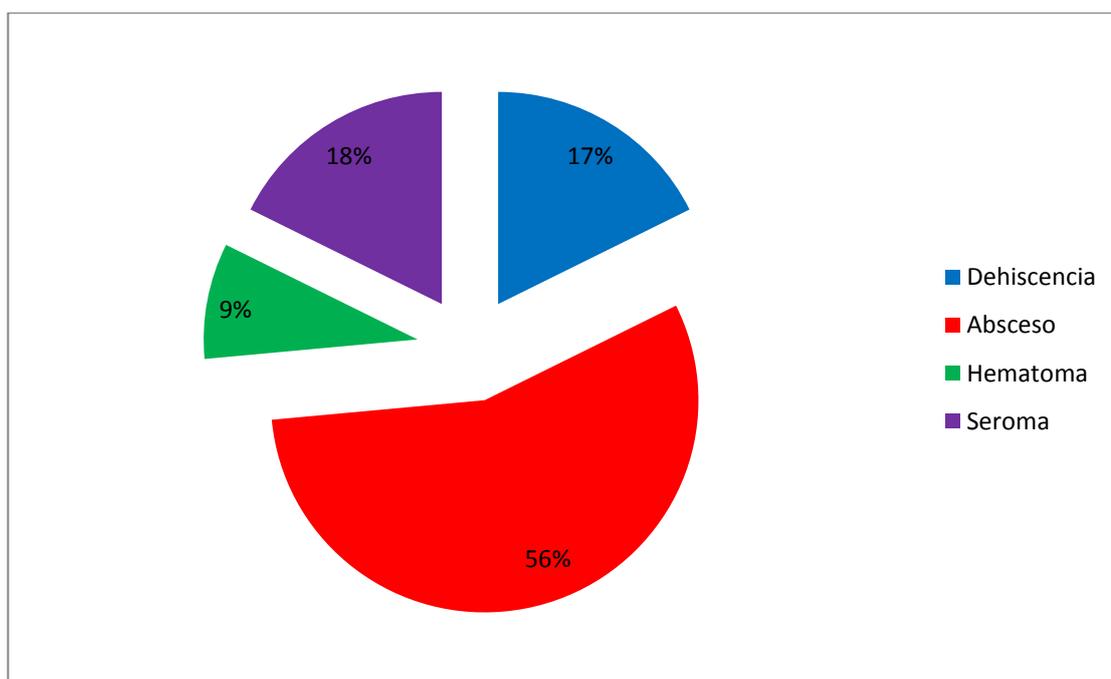
Tipo de complicaciones presentadas

Tipo de complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Dehiscencia	6	16,7
Absceso	19	58,3
Hematoma	3	8,3
Seroma	6	16,7
Total	34	100

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 9

Tipo de complicaciones presentadas



Análisis e interpretación.- Del total de pacientes que sufrieron complicaciones (34) el 58,3% fueron abscesos, el 16,7% dehiscencia y el mismo porcentaje para Seromas, se presentó hematoma en el 8,3% de los pacientes indicados.

CUADRO No. 10

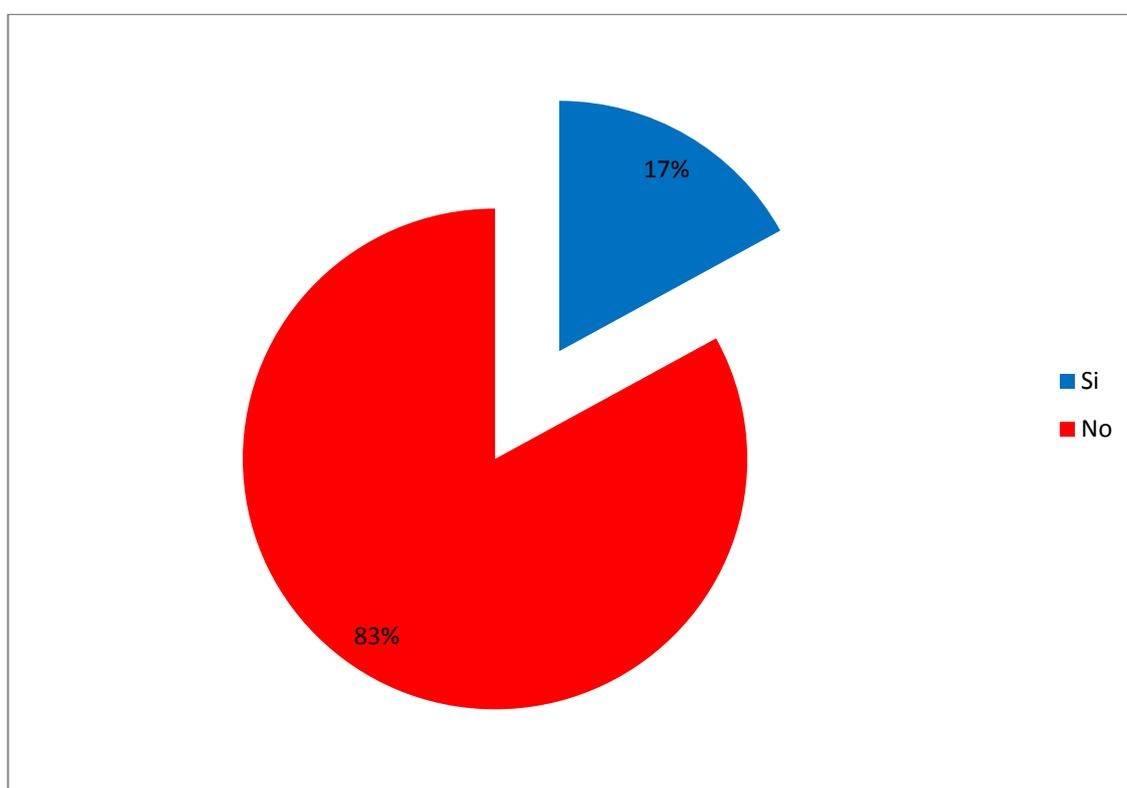
Complicaciones postoperatorias - Infecciones

Infecciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	17,0
No	83	83,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 10

Complicaciones postoperatorias - Infecciones



Análisis e interpretación.- El 17% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente han presentado infecciones.

CUADRO No. 11

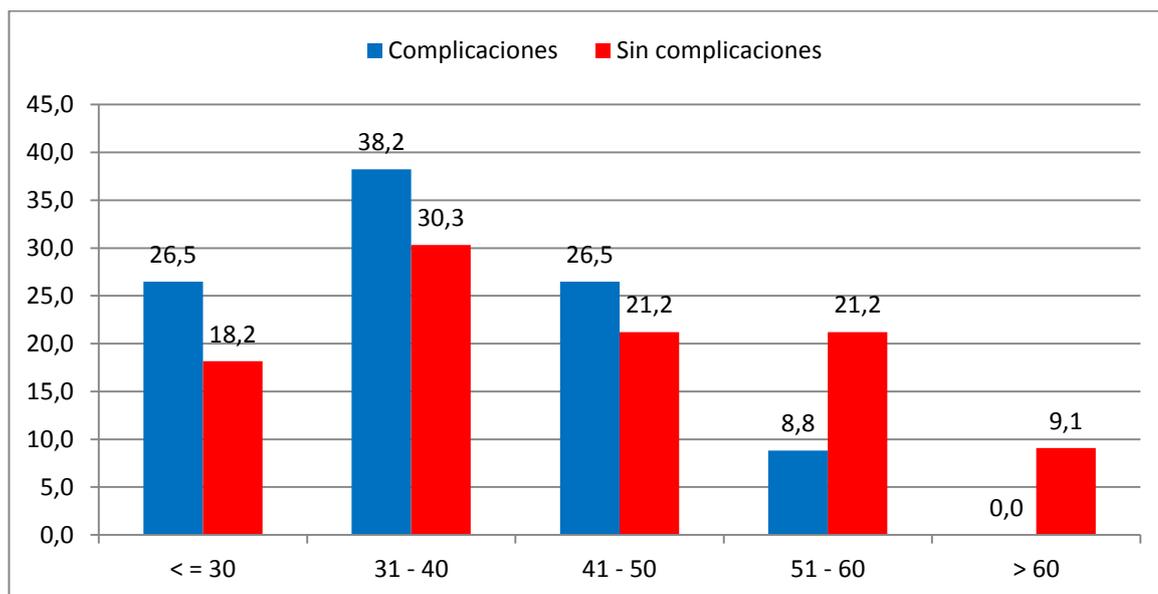
Relación entre la edad y las complicaciones

Edad	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<= 30	9	26,5	12	18,2
31 - 40	13	38,2	20	30,3
41 - 50	9	26,5	14	21,2
51 - 60	3	8,8	14	21,2
> 60	0	0,0	6	9,1
Total	34	100	66	100

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 11

Relación entre la edad y las complicaciones



Análisis e interpretación.- No se observa relación alguna entre la edad y las complicaciones. Al comparar los resultados en pacientes menores de 30 años 26% presentaron complicaciones, frente a un 18,2%. Los pacientes mayores a 60 años no registraron ninguna complicación.

CUADRO No. 12

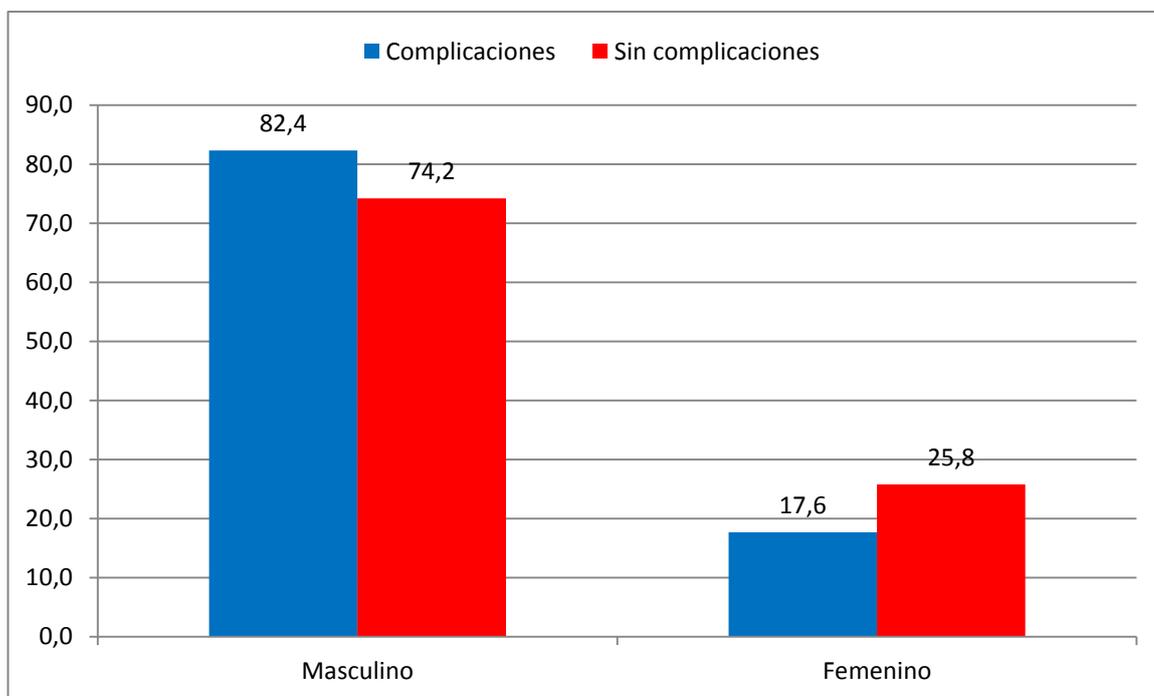
Relación entre el sexo y las complicaciones

Sexo	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	28	82,4	49	74,2
Femenino	6	17,6	17	25,8
Total	34	100,0	66	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 12

Relación entre el sexo y las complicaciones



Análisis e interpretación.- Las complicaciones reflejan porcentajes parecidos tanto para hombre como para mujeres. El porcentaje de pacientes de sexo masculino que tuvieron complicaciones fue de 82,4% frente a 74,2% de pacientes en los cuales no se registró complicaciones.

CUADRO No. 13

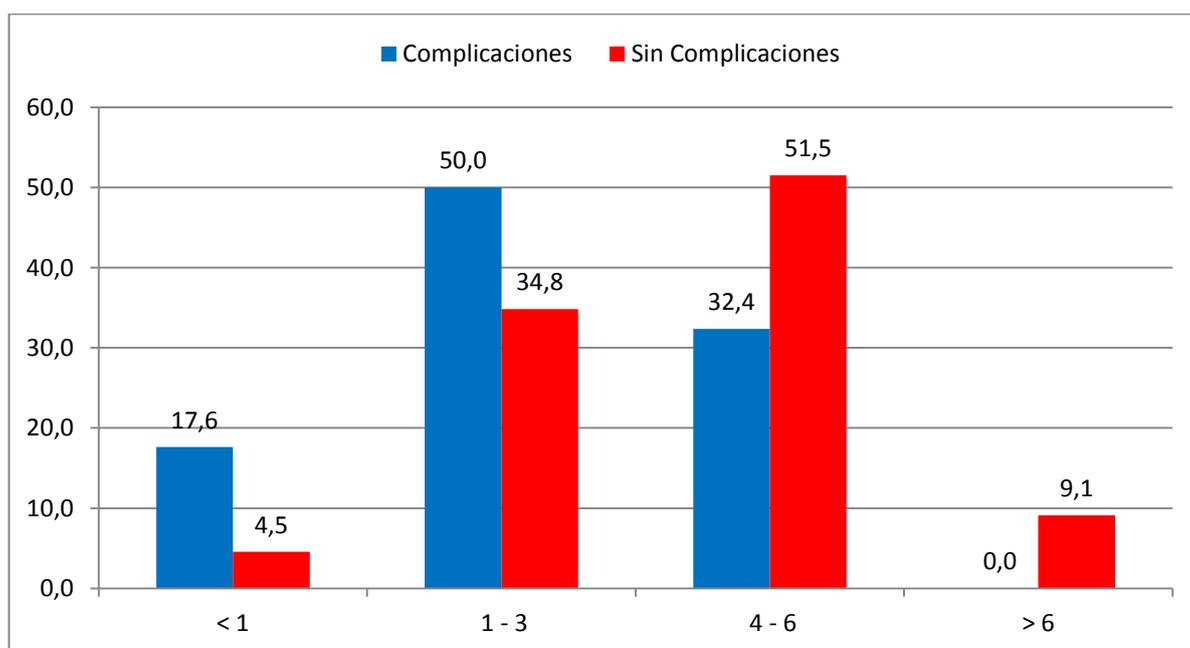
Relación entre el tiempo de VIH positivo según las complicaciones

Años	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
< 1	6	17,6	3	4,5
1 - 3	17	50,0	23	34,8
4 - 6	11	32,4	34	51,5
> 6	0	0,0	6	9,1
Total	34	100	66	100

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 13

Relación entre el tiempo de VIH positivo según las complicaciones



Análisis e interpretación.- Resultó interesante que los pacientes con menor número de años de haberseles detectado VIH tuvieron más complicaciones, en los pacientes que tuvieron < de 1 año el porcentaje de complicaciones fue de 17,6% frente al 4,5%, mientras que en los pacientes mayores a 6 años ninguno se complicó

CUADRO No. 14

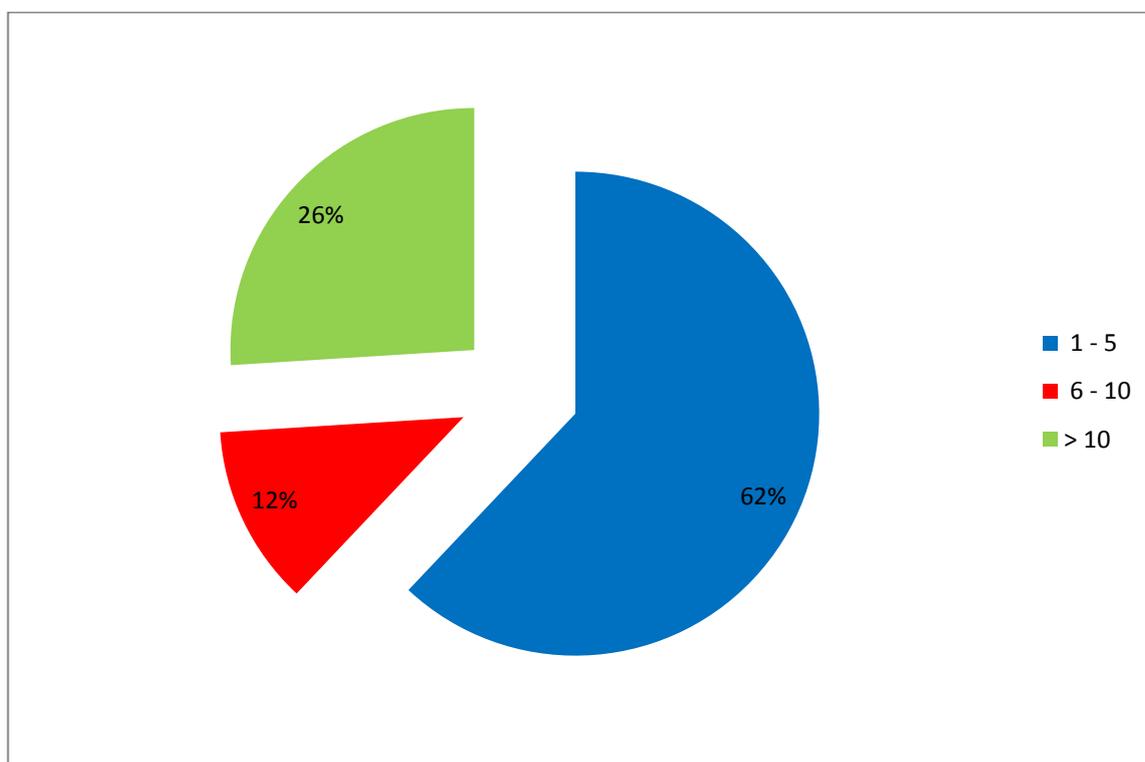
Tiempo de evolución postquirúrgica

Días de Evolución	Frecuencia	Porcentaje
1 - 5	62	62,0
6 - 10	12	12,0
> 10	26	26,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 14

Tiempo de evolución postquirúrgica



Análisis e interpretación.- El 62% de los pacientes ha evolucionado entre 1 y 5 días, mientras que el 26% después de los 10 días.

CUADRO No. 15

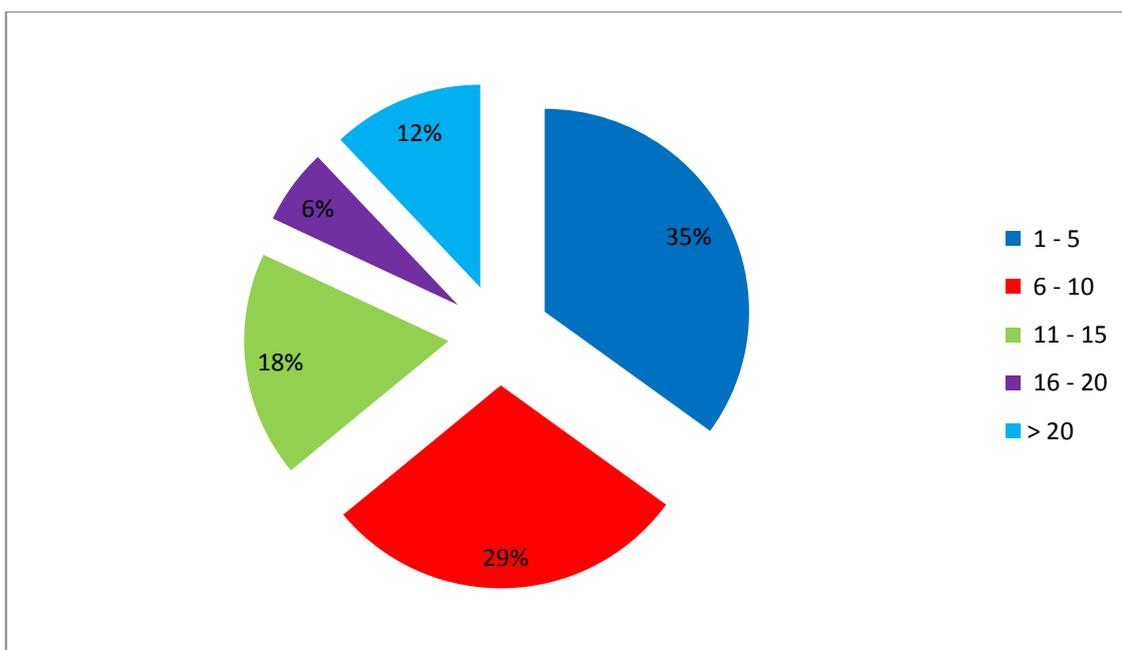
Tiempo de cicatrización de la herida quirúrgica

Tiempo de cicatrización	Frecuencia	Porcentaje
1 - 5	35	35,0
6 - 10	29	29,0
11 - 15	18	18,0
16 - 20	6	6,0
> 20	12	12,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 15

Tiempo de cicatrización de la herida quirúrgica



Análisis e interpretación.- El 35% de los pacientes tuvo un tiempo de cicatrización entre 1 y 5 días, mientras que el 29% de 6 – 10 días. El 12% tuvo un tiempo de cicatrización mayor a 20 días

CUADRO No. 16

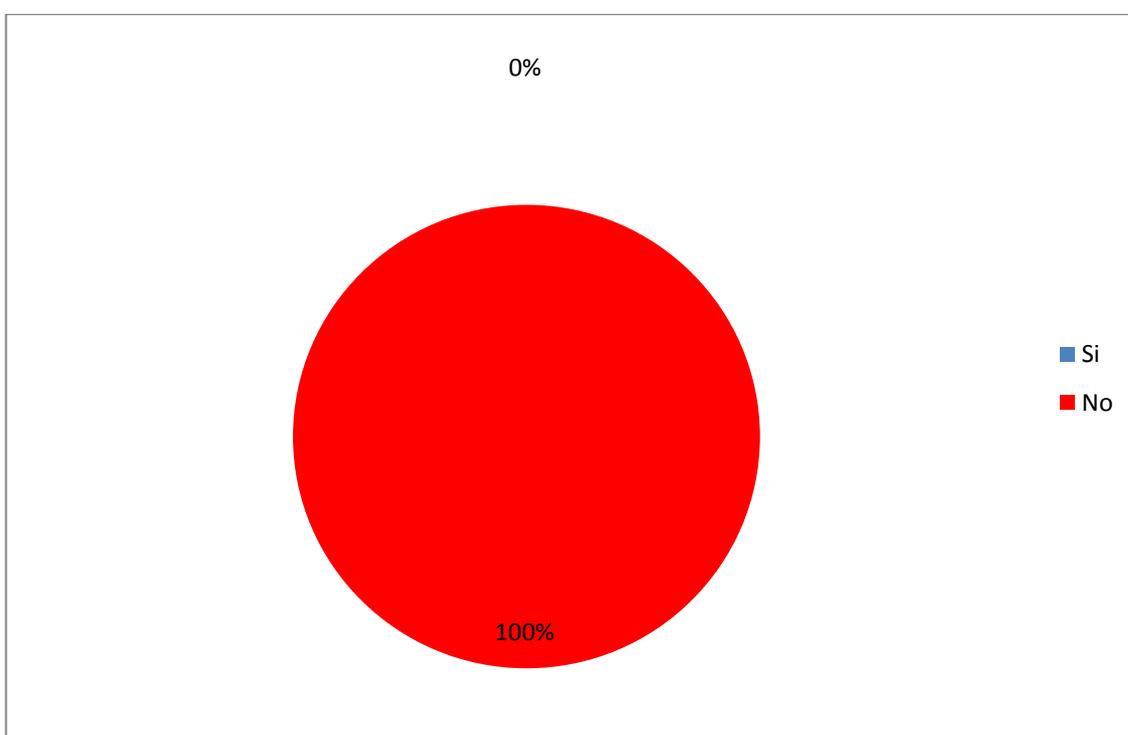
Mortalidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente

Muerte	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0
No	100	100
Total	100	100

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 16

Mortalidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente



Análisis e interpretación.- Ningún paciente de la muestra en este estudio murió, presentando una tasa de mortalidad de 0%

CUADRO No.17

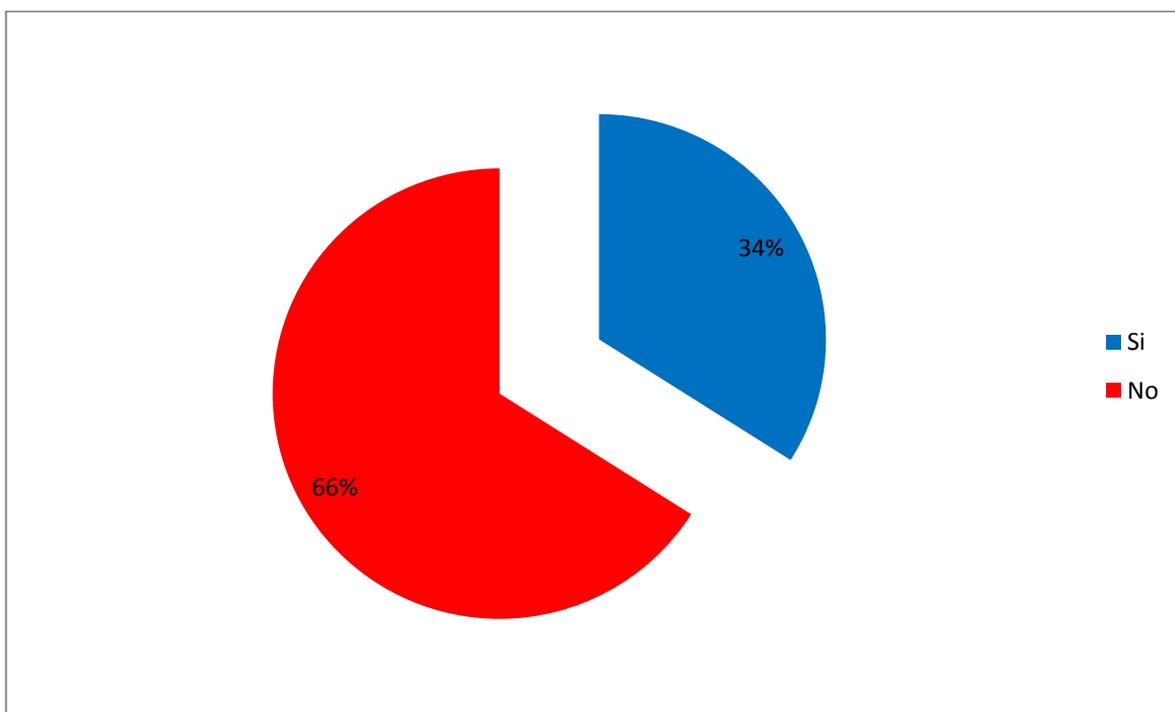
Diagnóstico de SIDA en los pacientes de la muestra

SIDA	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	34,0
No	66	66,0
Total	35	100

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No17

Diagnóstico de SIDA en los pacientes de la muestra



Análisis e interpretación.- El 34% de los pacientes de la muestra han sido diagnosticados con SIDA

CUADRO No. 18

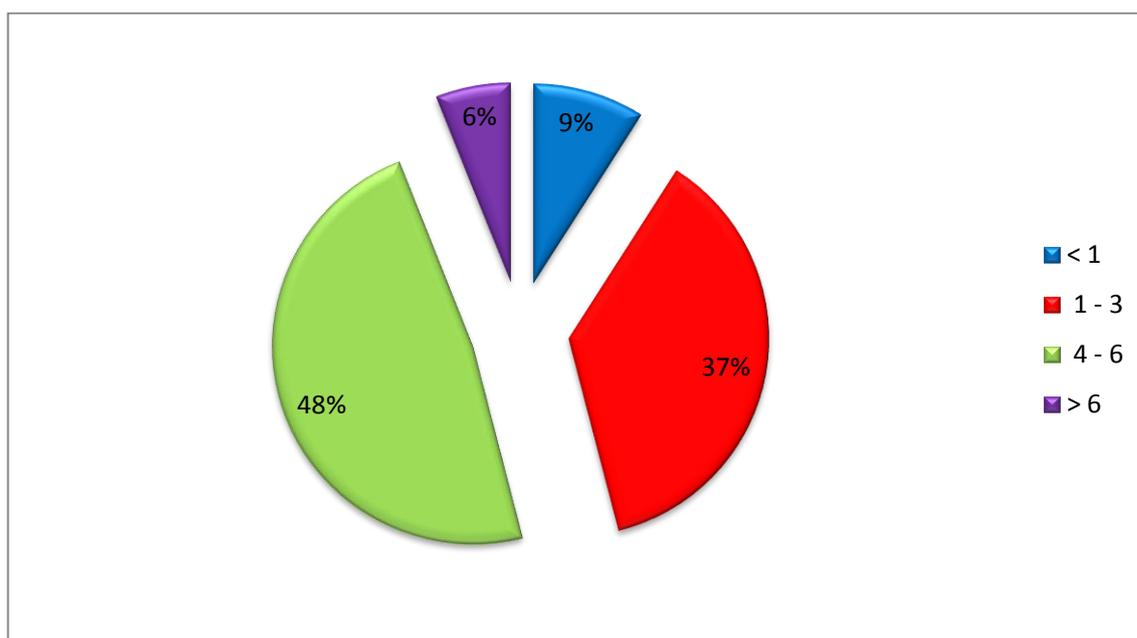
Años de detección de VIH de los pacientes de la muestra

Años	Frecuencia	Porcentaje
< 1	9	9,0
1 - 3	37	37,0
4 - 6	48	48,0
> 6	6	6,0
Total	100	46,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 18

Años de detección de VIH de los pacientes de la muestra



Análisis e interpretación.- El mayor porcentaje de pacientes se encuentra entre los 4 – 6 años de haberse detectado VIH (48%), seguido de los pacientes que tenía de 1 – 3 años (37%); el menor porcentaje lo obtuvieron aquellos que tenían más de 6 años (6%)

CUADRO No.19

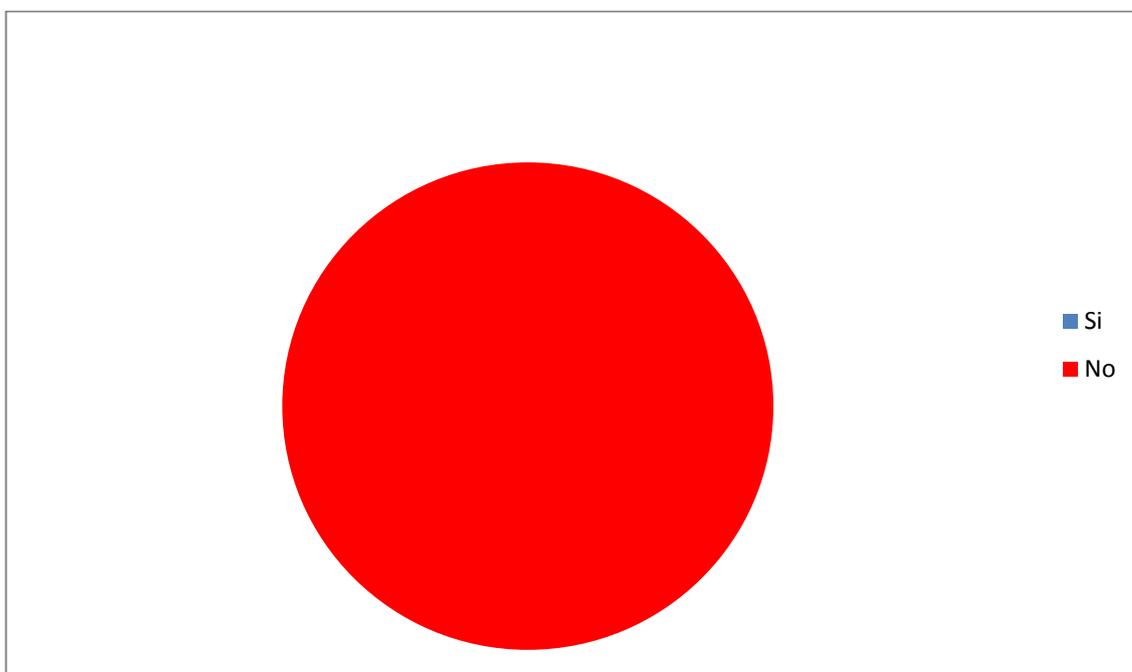
Enfermedades asociadas – Hipertensión arterial

Hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0,0
No	100	100,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 19

Enfermedades asociadas – Hipertensión arterial



Análisis e interpretación.- Ninguno de los pacientes intervenidos quirúrgicamente presentaron hipertensión arterial

CUADRO No. 20

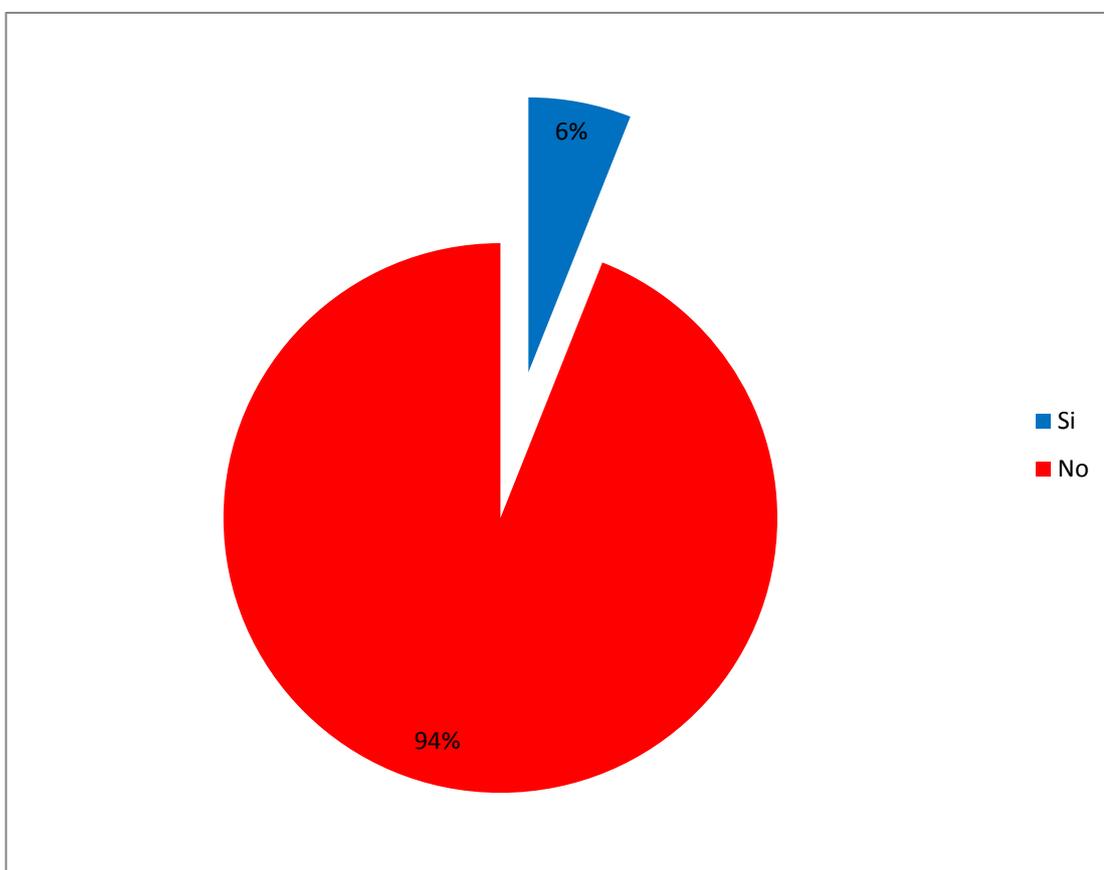
Enfermedades asociadas – Diabetes Mellitus tipo 2

Diabetes mellitus tipo 2	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	6,0
No	94	94,0
Total	100	100,0

Fuente: Estadísticas del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 20

Enfermedades asociadas – Diabetes Mellitus tipo 2



Análisis e interpretación.- El porcentaje de pacientes que presentaron fue del 6%, mientras que el 94% no presentaron esta patología.

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CIRUJANOS DEL HOSPITAL

CUADRO No. 21

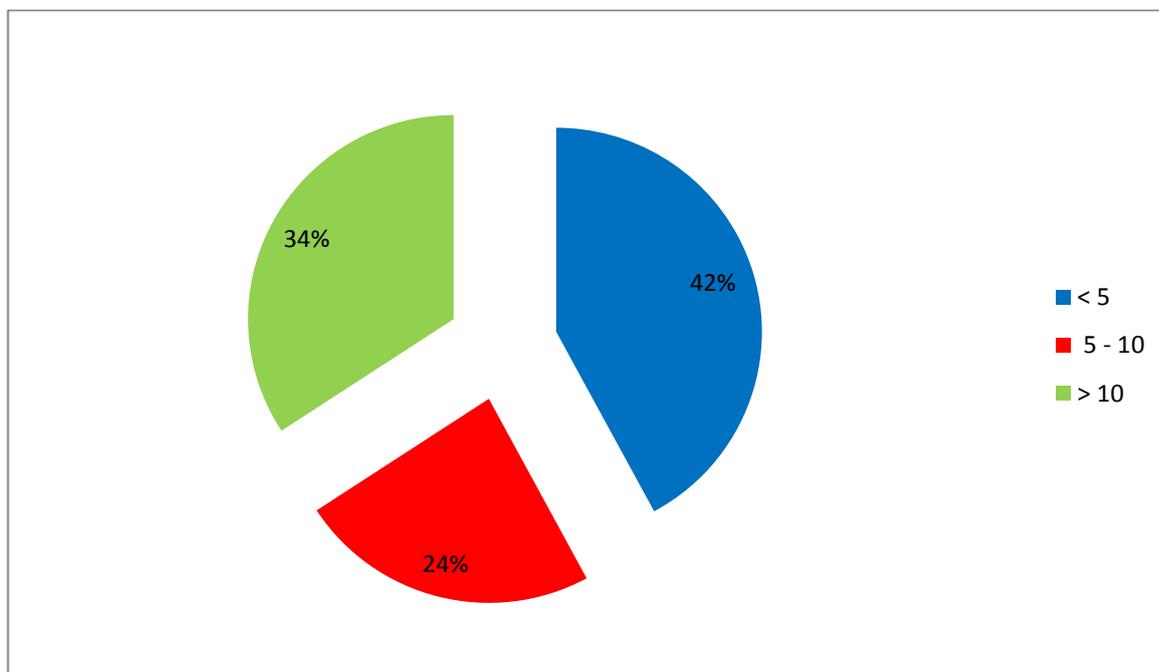
Años de experiencia como especialista

Años	Frecuencia	Porcentaje
< 5	16	42,1
5 - 10	9	23,7
> 10	13	34,2
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 21

Años de experiencia como especialista



Análisis e interpretación.- El 42% de los médicos entrevistados tuvieron menos de 5 años de experiencia, el 23,7% de ellos entre 5 y 10 años y el 34,2% más de 10 años.

CUADRO No. 22

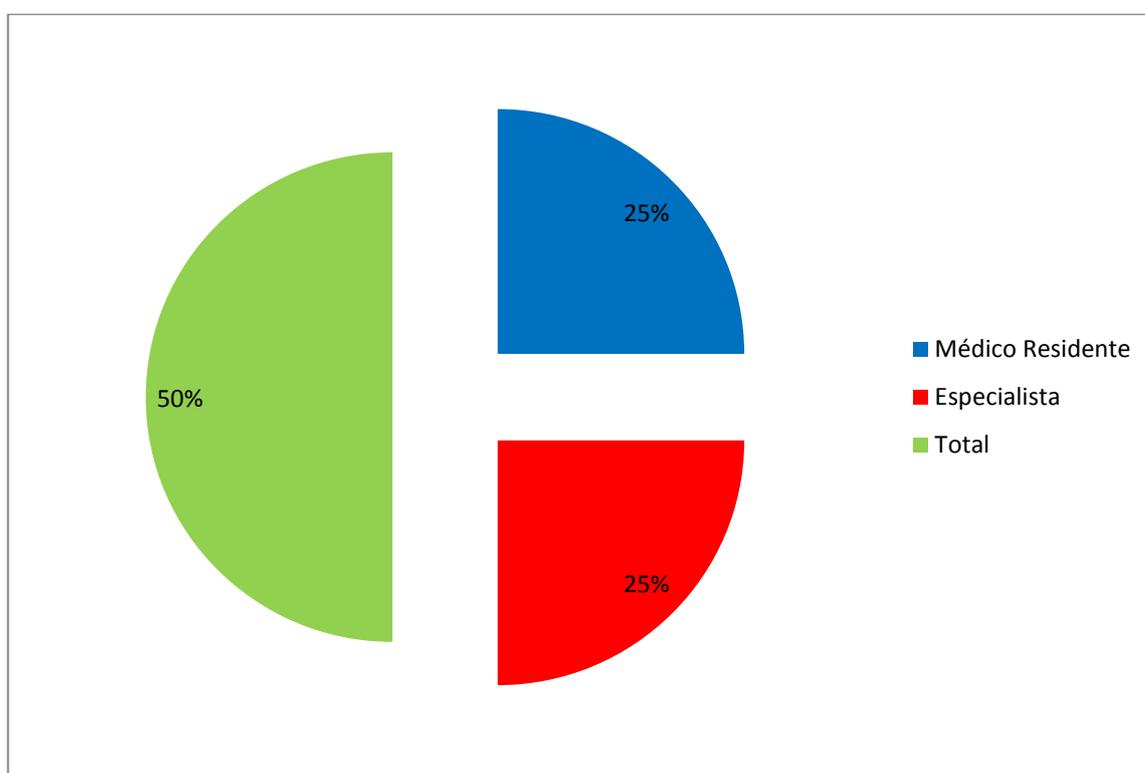
Condición del informante

Condición del informante	Frecuencia	Porcentaje
Médico Residente	19	50
Especialista	19	50
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 22

Condición del informante



Análisis e interpretación.- El 50% de los entrevistados tuvo la condición de residente y el 50% la condición de médico especialista

CUADRO No. 23

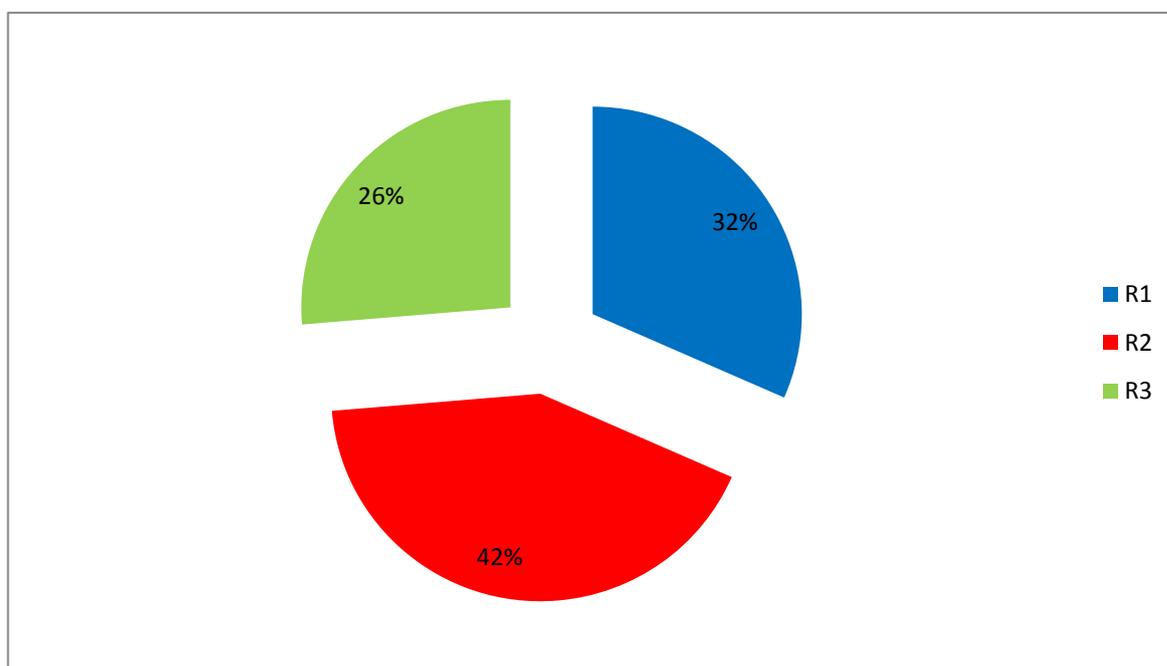
Tipo de médico residente

Médico residente	Frecuencia	Porcentaje
R1	6	31,6
R2	8	42,1
R3	5	26,3
Total	19	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 23

Tipo de médico residentes



Análisis e interpretación.- De los médicos residentes el 31,6% son R1, el 42,1% R2 y el 26,3% R3

CUADRO No. 24

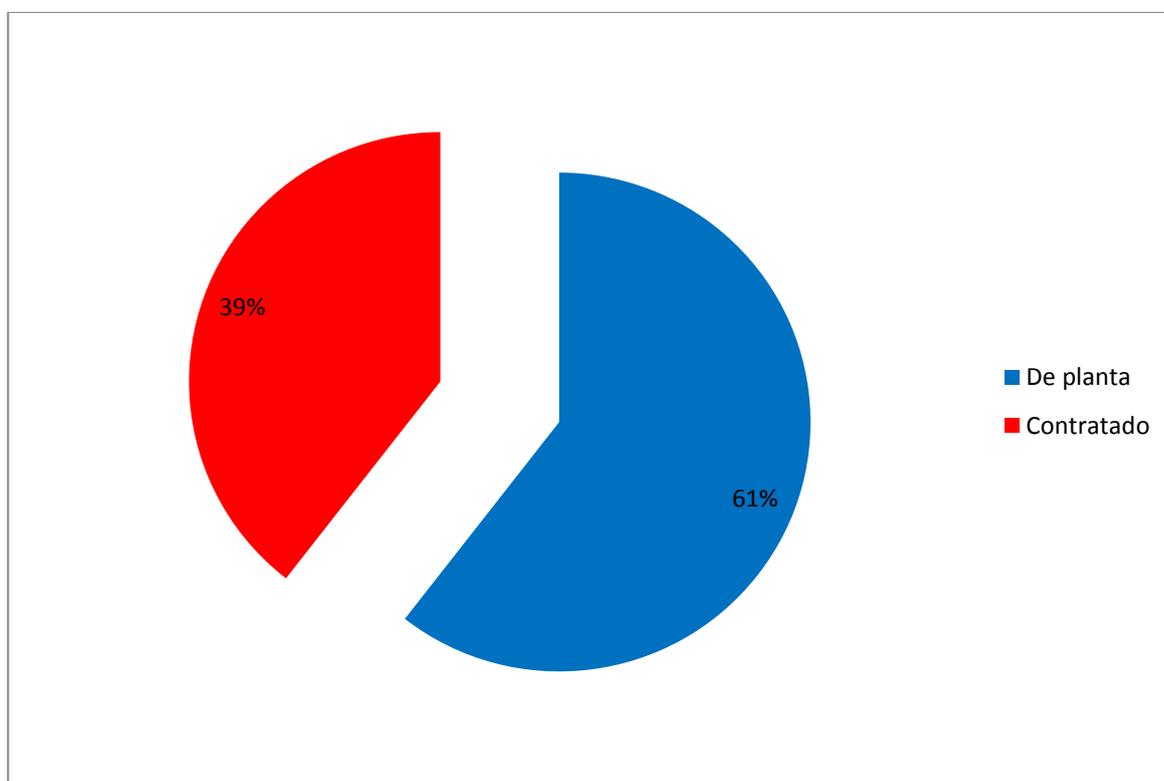
Condición laboral de los informantes

Condición laboral	Frecuencia	Porcentaje
De planta	23	60,5
Contratado	15	39,5
Total	38	100,0

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 24

Condición laboral de los informantes



Análisis e interpretación.- El 60,5% de los médicos son de planta, mientras que el 39,5% son contratados.

CUADRO No. 25

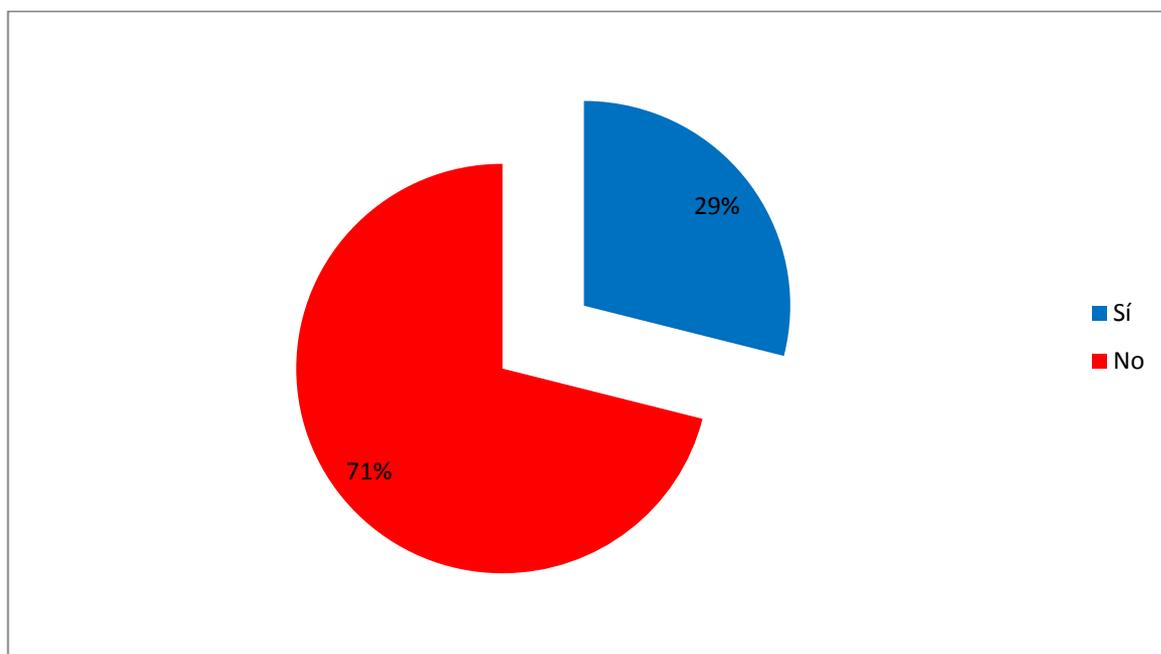
El médico ha sufrido algún accidente con agujas o fluidos en pacientes VIH positivos

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	11	28,9
No	27	71,1
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 25

El médico ha sufrido algún accidente con agujas o fluidos en pacientes VIH positivos



Análisis e interpretación.- El 28,9% de los médicos entrevistados alguna vez ha sufrido algún tipo de accidente con las agujas o fluidos con pacientes con VIH positivo.

CUADRO No. 26

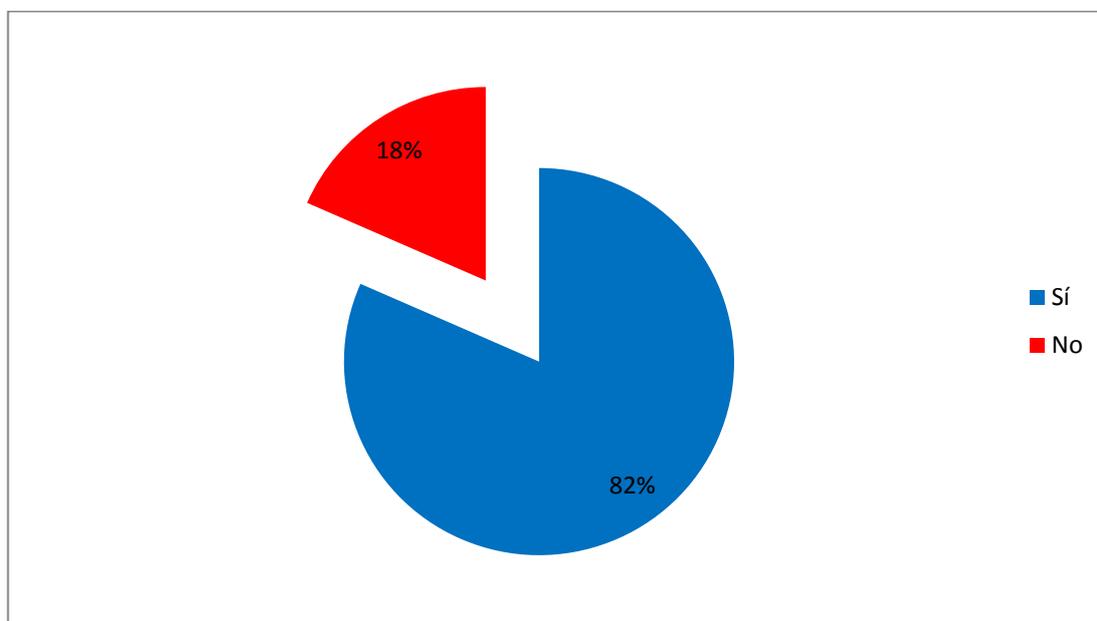
Conocimiento sobre el porcentaje de probabilidad de infectarse con VIH por un accidente con aguja contaminada con sangre de pacientes VIH positivo

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	31	81,6
No	7	18,4
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 26

Conocimiento sobre el porcentaje de probabilidad de infectarse con VIH por un accidente con aguja contaminada con sangre de pacientes VIH positivo



Análisis e interpretación.- El 18% de los médicos no conoce sobre el porcentaje de infectarse con VIH debido a algún tipo de accidente al intervenir pacientes VIH positivos

CUADRO No. 27

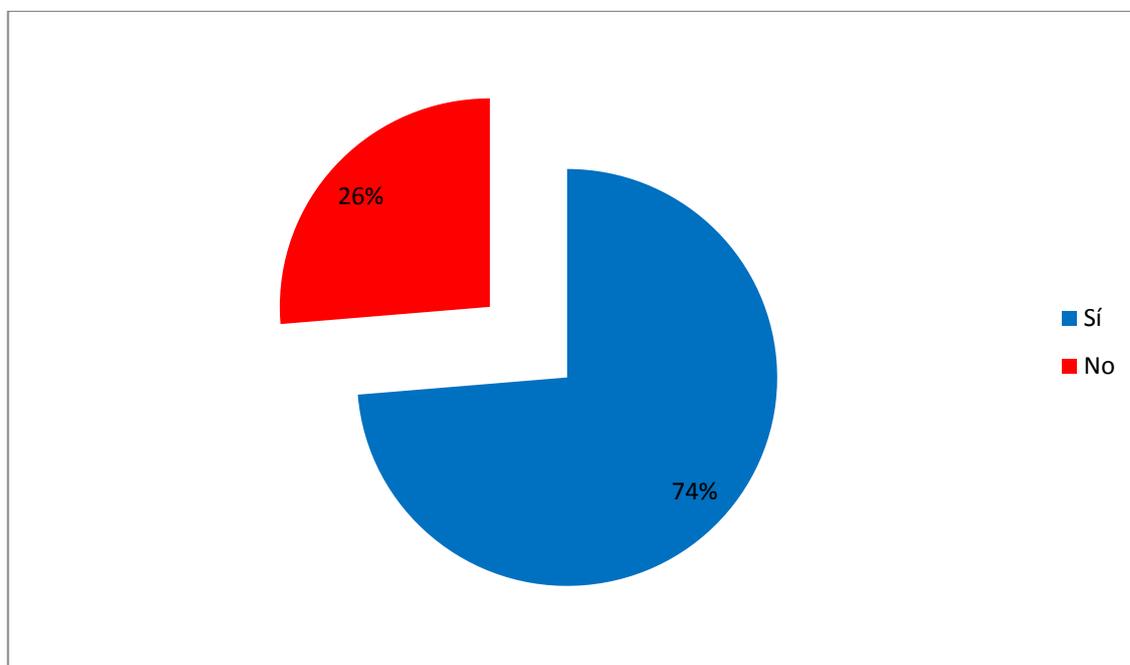
El médico ha sufrido algún accidente con agujas durante un procedimiento quirúrgico con pacientes sin conocer si son VIH positivos o negativos

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	28	73,7
No	10	26,3
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 27

El médico ha sufrido algún accidente con agujas durante un procedimiento quirúrgico con pacientes sin conocer si son VIH positivos o negativos



Análisis e interpretación.- El 74% de los médicos ha sufrido algún accidente en la cirugía con agujas sin conocer la serología para VIH.

CUADRO No. 28

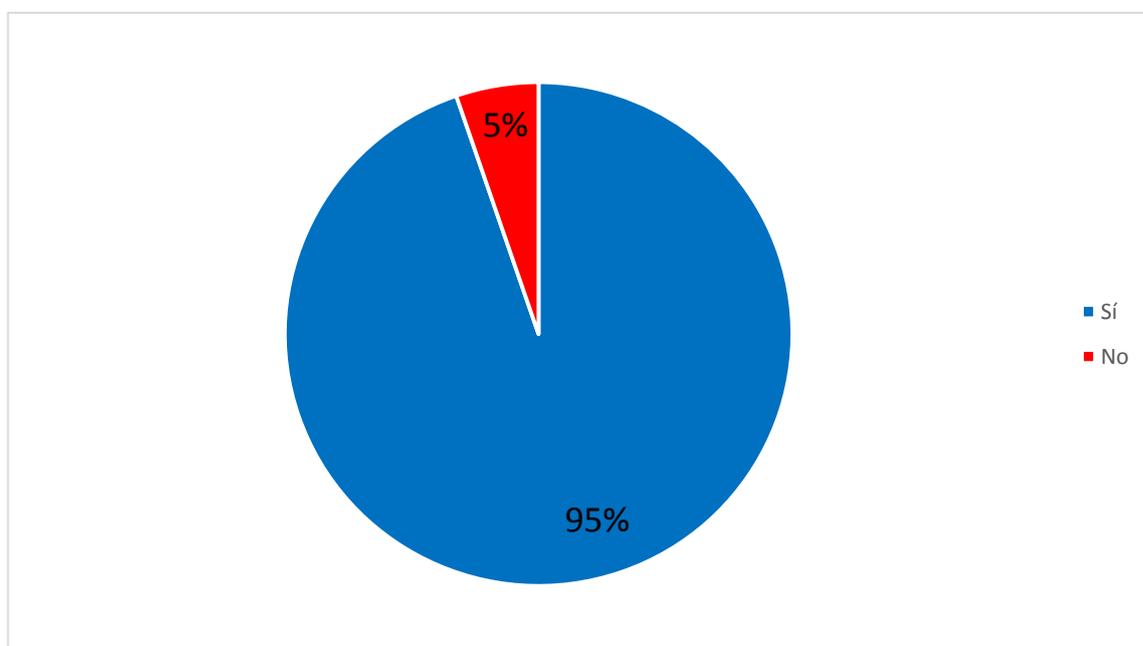
Luego de este accidente ¿continuó utilizando la misma aguja en el procedimiento?

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	36	94.7
No	2	5.3
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 28

El médico conoce a quien acudir en caso de accidente con agujas o fluidos



Análisis e interpretación.- El 95% de los cirujanos continua usando la misma aguja para suturar el paciente luego del accidente pacientes sabe a quién acudir en el caso de un accidente con agujas o fluidos en una cirugía.

CUADRO No. 29

El médico conoce a quien acudir en caso de accidente con agujas o fluidos

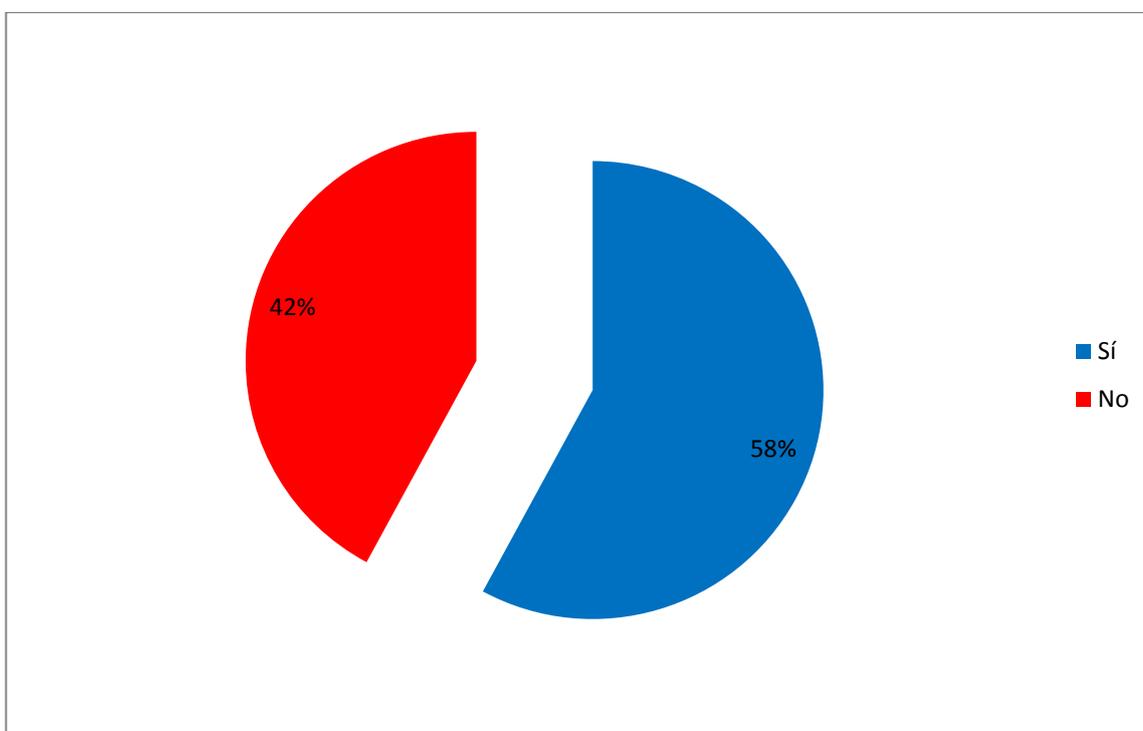
Opción	Frecuencia	Porcentaje
--------	------------	------------

Sí	22	57,9
No	16	42,1
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 29

El médico conoce a quien acudir en caso de accidente con agujas o fluidos



Análisis e interpretación.- El 57,9% de los pacientes sabe a quién acudir en el caso de un accidente con agujas o fluidos en una cirugía.

CUADRO No. 30

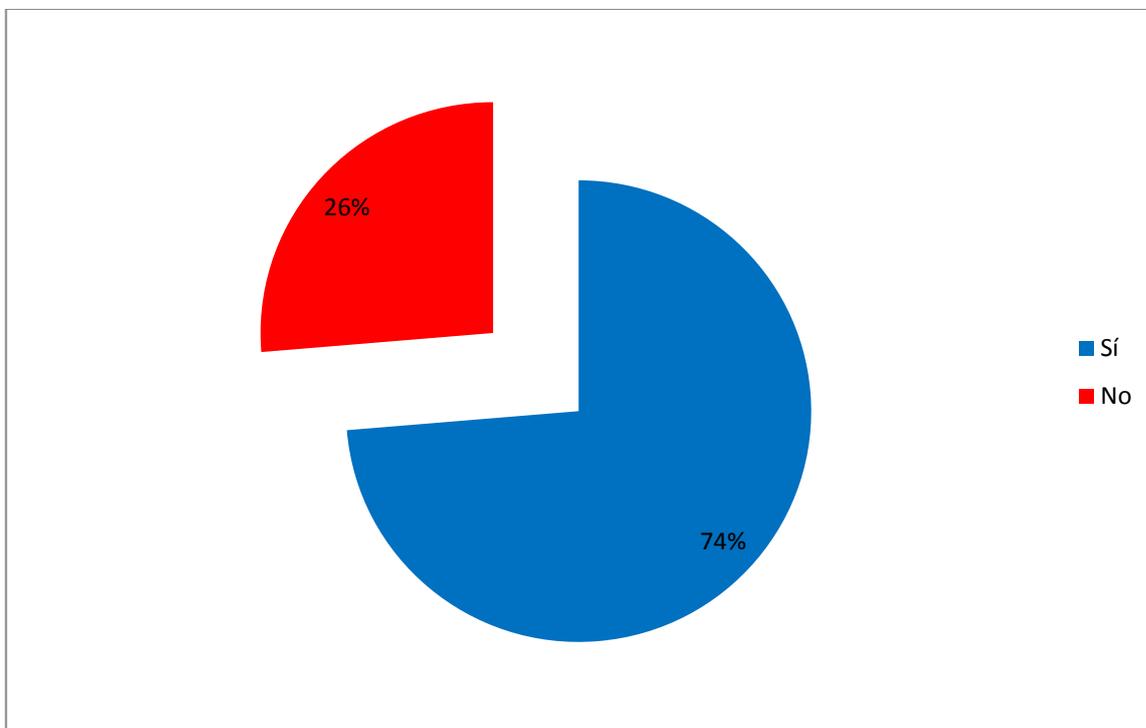
El médico conoce las medidas que debe tomar en caso de accidente con agujas

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	28	73,7
No	10	26,3
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 30

El médico conoce las medidas q debe tomar en caso de accidente con agujas



Análisis e interpretación.- Un porcentaje alto de médicos no saben qué hacer en caso de algún accidente con agujas durante la operación (74%)

CUADRO No. 31

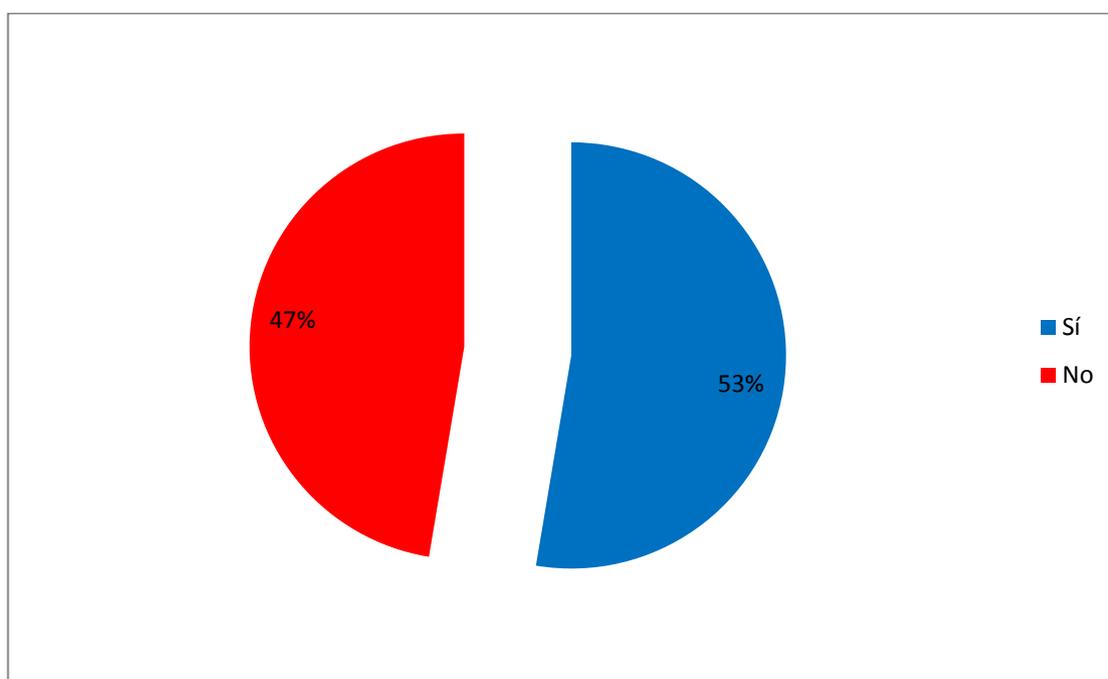
El médico siempre solicita el examen de VIH en sangre a los pacientes antes de la cirugía

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	20	52,6
No	18	47,4
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 31

El médico siempre solicita el examen de VIH en sangre a los pacientes antes de la cirugía



Análisis e interpretación.- El 47% de los médicos entrevistados siempre piden un examen de VIH en sangre antes de las cirugías.

CUADRO No. 32

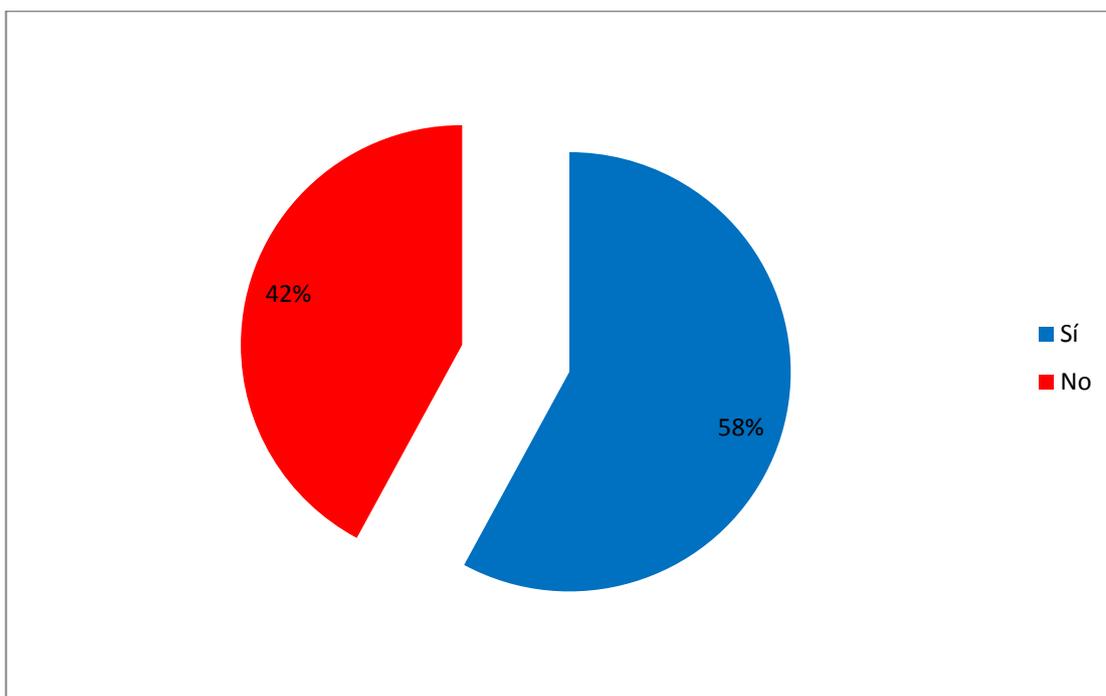
El médico, al solicitar el examen, hace firmar consentimiento informado a los pacientes

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	22	57,9
No	16	42,1
Total	38	100,0

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 32

El médico, al solicitar el examen, hace firmar consentimiento informado a los pacientes



Análisis e interpretación.- El 57,9% de los médicos entrevistados al solicitar el examen de VIH hacen firmar al paciente un consentimiento informado sobre el mismo

CUADRO No. 33

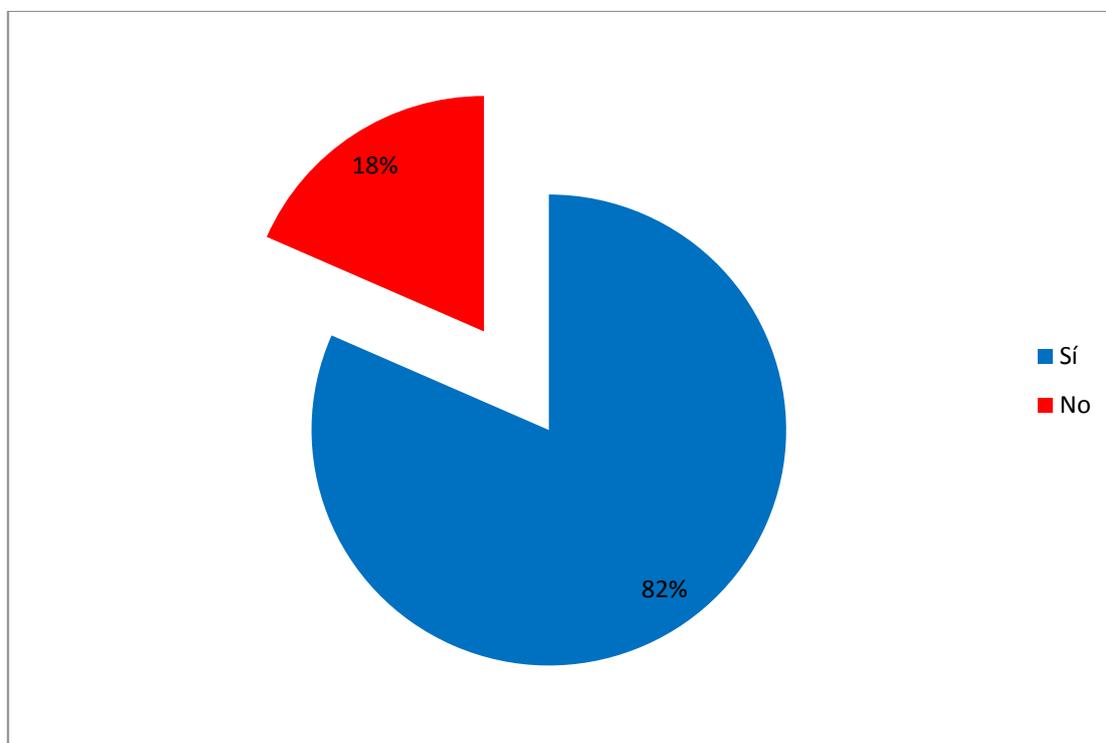
El médico siente temor de infectarse al operar pacientes VIH positivos

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	31	81,6
No	7	18,4
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 33

El médico siente temor de infectarse al operar pacientes VIH positivos



Análisis e interpretación.- El 81,6% de los médicos sienten temor a infectarse cuando conocen que el paciente es VIH positivo.

CUADRO No. 34

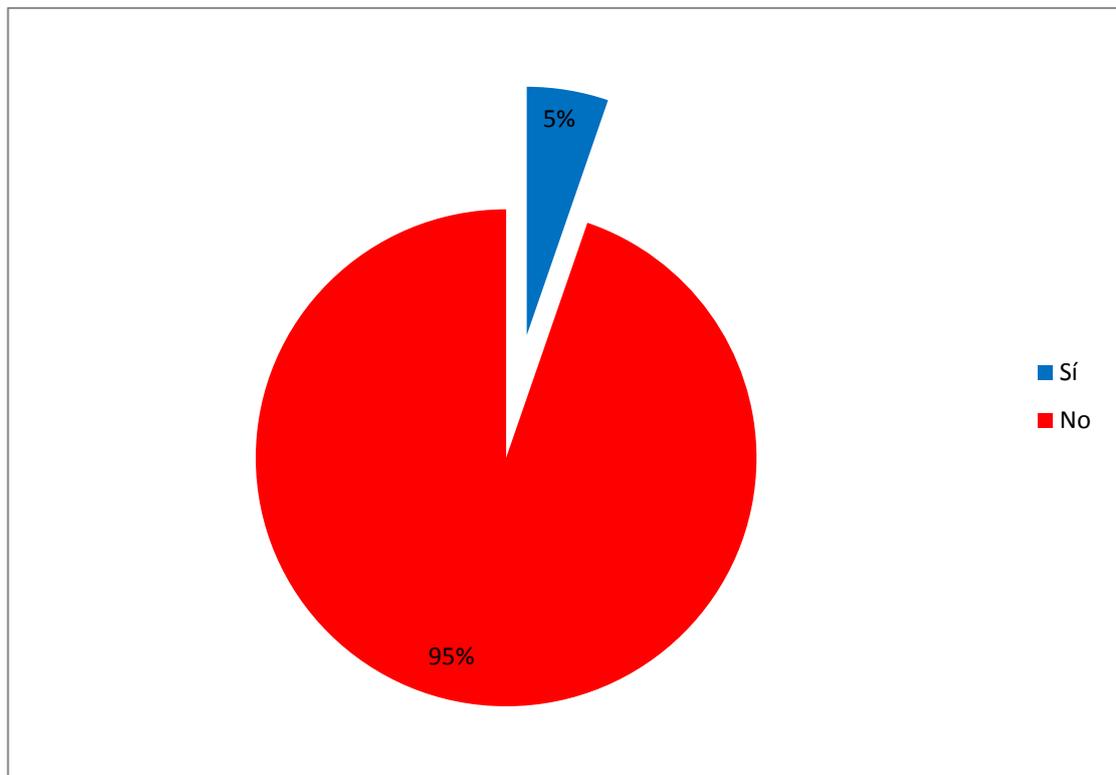
El médico ha suspendido algún procedimiento quirúrgico a pacientes con VIH positivo

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	5,3
No	36	94,7
Total	38	100

Fuente: Médicos del servicio de cirugía del Hospital Regional 2 IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

GRÁFICO No 34

El médico ha suspendido algún procedimiento quirúrgico a pacientes con VIH positivo



Análisis e interpretación.- Sólo un 5% de los médicos ha suspendido algún tipo de intervención quirúrgica al saber que el paciente era VIH positivo.

4.2 DISCUSIÓN

La problemática de enfoque de la cirugía abdominal en pacientes VIH positivos no ha sido analizada a profundidad, son escasos los estudios que permiten una comparación adecuada. Un estudio de Ferat en la Unidad de Investigación Médica en Trombosis, Hemostasia y Aterogénesis, HGR Gabriel Mancera, IMSS de la ciudad de México en 2007 indicó una edad promedio de 32 años (rango de 26 – 46 años) que al ser comparados con los resultados de este trabajo guardan relación, pues el mayor grupo de edad registrado fue entre 31 – 40 años (34%)

En un estudio de Caro en España realizado por la Cohorte de la Red de Investigación en Sida (CoRIS), Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III en el 2009, indicó también una mediana de edad de 36 años, además el 76,3% fueron varones, coincidiendo con este trabajo donde el 77% de los pacientes fue de sexo masculino, lo que permite entender que esta enfermedad afecta a más hombres que mujeres. (Caro, 2009)

Con respecto al perfil ocupacional de los pacientes el 43% fue obrero y el 18% docente como los más frecuentes, un estudio de Sandoval en Honduras la Clínica Periférica No. 1 del IHSS en Tegucigalpa en el 2009, presentó como la ocupación laboral a Trabajador de servicio/Empleado de oficina (41.3%) seguido por comerciantes (23.5%) mientras que obrero, artesano o jornalero (18.8%) y profesionales técnicos (15.2%) tuvieron un menor porcentaje. (Sandoval, 2009)

Wilson en una revisión de una década a pacientes con VIH realizada en el Departamento de Medicina y Fundación Arriarán Hospital San Borja Arriarán de Chile en 2012 indicó un porcentaje de 4,1% para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial 4,9%, mientras que en este trabajo se registró 6% diabetes y ningún caso para hipertensión con patologías asociadas (Wilson, 2012)

En este estudio el principal diagnóstico fue la apendicitis aguda (34%) y hernia (30%) en el estudio de Ferat referido anteriormente, el principal diagnóstico fue el abdomen agudo (45%) seguido de colecistitis (23%); (Ferat, 2007)

En este trabajo se presentó un 34% de complicaciones en los pacientes de la muestra. Ferat reporta que el 41% de los pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico presentaron alguna complicación postquirúrgica en algún momento de su evolución. (Ferat, 2007)

Un estudio de Yactayo realizado en Perú en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007, en pacientes que VIH positivos intervenidos por abdomen agudo indicó un porcentaje de complicaciones de 56.5% (Yactayo, 2007). Otro trabajo de Rodríguez en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente «Saturnino Lora» de Santiago de Cuba en 2010, presentó un porcentaje de complicaciones de 21,1% en pacientes VIH negativo.

En el estudio de Ferat Ocurrieron tres muertes durante los primeros 30 días luego de la cirugía inicial (9%). En el presente trabajo ningún paciente de la muestra murió. (Ferat, 2007)

En este estudio el 28,9% de los médicos entrevistados alguna vez ha sufrido algún tipo de accidente con las agujas o fluidos con pacientes con VIH positivo. Un reporte de Villaroel en una revisión de 10 años en el Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile (2008) presentó valores que no superaron el 6% para accidentes con fluidos. (Villaroel, 2012)

El 47% de los médicos entrevistados siempre pide un examen de VIH en sangre antes de realizar el procedimiento quirúrgico. Según apreciaciones de Ramírez, en una revisión sobre VIH y Cirugía, en un artículo publicado por la Federación latinoamericana de cirugía vista en 2012, este procedimiento causa controversia debido a que el test que generalmente se usa es el ELISA, de alta sensibilidad y especificidad, pero que en caso de ser positivo debe ser corroborado mediante un test de Western Blot, lo que encarece y retarda el diagnóstico. (Ramírez)

Además, Ramírez afirma, que en caso de encontrar un test positivo, se corre el riesgo de discriminar al paciente, situación descrita en muchos reportes, y lo que es claro es que estar en conocimiento de un test positivo no necesariamente significa reducción del riesgo de contaminación; más aún puede significar una

carga emocional adicional que puede llevar a cometer errores de técnica incluso al más infalible de los cirujanos.

El 81,6% de los médicos sienten temor a infectarse cuando conocen que el paciente es VIH positivo y un 5% de los médicos ha suspendido algún tipo de intervención quirúrgica al saber que el paciente era VIH positivo sin especificar la causa.

Un estudio de Prieto realizado por el Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes (Venezuela), el mayor puntaje en actitud negativa hacia el paciente con SIDA fue obtenido por los odontólogos. En el factor Discriminación, el puntaje mayor fue obtenido por la muestra de enfermeras, seguido por los odontólogos, los bioanalistas y los médicos en último lugar. (Prieto, 2007)

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En base a los resultados se concluye que:

- El perfil clínico epidemiológico define pacientes en edades ente entre 31 – 40 años (34%), donde el 77% son de sexo masculino, 71% del área urbana, de ocupación laboral obreros (43%) y con ingresos inferiores a \$300,00 (89%). Sólo un 6% de los pacientes presentó diabetes mellitus tipo 2 y ninguno hipertensión arterial. El 48% de los pacientes se encontraba entre 4 y 6 años de habersele detectado VIH y el 34% diagnóstico de SIDA
- El 34% de los diagnósticos de ingreso fueron apendicitis aguda y 30%, hernia, por lo tanto el 34% de las operaciones fueron apendicetomía seguida de herniorrafia y hernioplastia inguinal (17% y 14% respectivamente) y se presentaron complicaciones en el 34% de los procedimientos de los cuales el 58,3% fueron abscesos, el 16,7% dehiscencia al igual que para Seromas. El 17% de los pacientes tuvieron infección postoperatoria y la mortalidad fue de 0%
- No se encontró relación entre el sexo o la edad como factor de riesgo de complicaciones, tampoco hubo relación entre el tiempo de habersele detectado VIH o el hecho de ser diagnosticado SIDA.
- El 47% de los médicos a los que se le realizó la entrevista siempre piden un examen de VIH en sangre antes de las cirugías, y el 57,9% hacen firmar el consentimiento informado. El 81,6% de los médicos sienten temor a infectarse cuando conocen que el paciente es VIH positivo y un 5% ha suspendido una cirugía al saberlo, sin que especifiquen la causa.

5.2 RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones se recomienda

- Realizar estudios prospectivos metacéntricos que permitan definir un criterio más extenso del perfil de los pacientes VIH positivos sometidos a distintos tipos de procedimientos quirúrgicos
- Evaluar otros procesos quirúrgicos en pacientes con VIH para establecer tasas de morbi-mortalidad, así como factores de riesgo.
- Socializar los resultados con el equipo de salud con el propósito de informar sobre las medidas de seguridad durante las cirugías para evitar contagios.
- Debatir con el equipo de salud sobre considerar a cada paciente como VIH positivo para mejorar el manejo tomando las precauciones apropiadas sin importando sexo, situación marital, edad, religión ni actividad, lo que disminuiría el riesgo de contagio y la posible discriminación

CONSIDERACIONES FINALES

Al terminar este trabajo se considera importante ratificar que no existen evidencias suficientes que indiquen que un paciente VIH positivo presente riesgos de complicaciones en cirugías abdominales frecuentes como hernias y apendicitis agudas, del mismo modo que el riesgo de infección por contacto con fluidos o accidentes con agujas es mínimo, sin embargo los médicos todavía presentan muchos temores de contagio, lo que podría afectar la relación con el paciente e incluso llegar a cancelar cirugías, aunque esto es muy difícil de comprobar, debido a esto es necesario concienciar a los médicos cirujanos así como al personal auxiliar que los riesgos son mínimos y deben tomar las medidas de seguridad como lo harían con cualquier paciente evitando la discriminación o un trato diferente que pueda afectar a la salud mental y física del paciente en esta condición.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. ALATA, G. (2011). nivel de conocimiento de los alumnos de odontología y aplicación de las medidas de bioseguridad para reducir el riesgo de contagio de enfermedades en la clínica dental de la unheval – huánuco – octubre 2010 – febrero 2011 . *universidad nacional “hermilio valdizán”* , 34.
2. ÁLAVA, P. (2012). *Calidad de atención integral que reciben las personas que viven con VIH/SIDA atendidas en la clínica del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo de Mayo a Octubre del 2011*. Recuperado el 2012, de Tesis de Grado, Universidad Técnica de Manabí: <http://hdl.handle.net/123456789/359>
3. BARROS, R. (2008). Simultaneous laparoscopic nephroureterectomy and cystectomy: a preliminary report. . *Int Braz J Urol.* , 34:413-21.
4. BASOMBRÍO, A. (2009). Prevención de la transmisión vertical del VIH: gestión pública en la Ciudad de Buenos Aires. *Actualizaciones en SIDA* , 17:136–42.
5. CASTILLO, J. (2008). Cirugía cardiovascular en pacientes con VIH: epidemiología, indicaciones actuales y resultados a largo plazo. *Rev. Esp. Card* , 480-486.
6. CHEN, H. (2009). Abdominal tuberculosis in Southeastern Taiwan: 20 years of experience. *J Formos Med Assoc.* , 108:195-201.
7. FARQUHAR, C. (2010). Illness during pregnancy and bacterial vaginosis are associated with in-utero HIV-1 transmission. . *AIDS.* , 24:53–6.
8. GALLI, L. (2009). Is the interruption of antiretroviral treatment during pregnancy an additional major risk factor for mother to child transmission of HIV type 1? *Clin Infec Dis.* , 48:1310–17.

9. HANSSON, L. (2008). Impact of time in the development of acute apendicitis. *Dig Surg.* , 25:394-9.
10. KAOUK, J. (2008). Singleport laparoscopic surgery in urology: initial experience. . *Urology.* , 71:3-6.
11. MARKS, J. (2007). PEG “Rescue”: a practical NOTES technique. . *Surg Endosc.* , 21:816-9.
12. MSP. (2009.). PNS-Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida. . *Reporte de datos absolutos.* .
13. MSPA. (2010). *Ministerio de Salud.* . Recuperado el 2012, de Boletín sobre el VIHSIDA en la Argentina: <http://www.msal.gov.ar/sida/s-boletines.html>
14. PALLARDINO, S. (2007). Twin pregnancy as a risk factor for mother-to-child transmission of HIV-1: trends over 20 years. *AIDS.* , 21:993–02.
15. PARE´S, D. (2007). Anal intraepithelial neoplasia. . *Med Clin (Barc).* , 127:749–55.
16. PEDRAZA, K. (2007). *Normas de bioseguridad en el manejo del paciente con VIH-SIDA.* Recuperado el 2012, de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/518/1/Normas-de-bioseguridad-en-el-manejo-del-paciente-con-VIH-SIDA.html>
17. READ, J. (2007). Management of Human Immunodeficiency Virus-Infected pregnant women at Latin American and Caribbean sites. . *Obstet Gynecol.* , 109: 1358-67 .
18. SABER, A. (2008). Single incision laparoscopic sleeve gastrectomy (SILS): a novel technique. *Obes Surg.* , 18:1338-42.
19. SADI. (2010). *Comisión de SIDA Sociedad Argentina de Infectología.* . Recuperado el 2012, de Recomendaciones para el seguimiento y

tratamiento de la infección por HIV/SIDA y de las comorbilidades asociadas; : <http://www.sadi.org.ar/recomendaciones.html>

20. UNAIDS. (2010). *Report on the global AIDS epidemic 2010*. Recuperado el 2012, de http://www.unaids.org/globalreport/default_es.htm
21. VALDÉS, E. (2009). Transmisión vertical de VIH y sida: realidad epidemiológica del Cono Sur. . *Prog Obstet Ginecol.* , 52:511-9.
22. VIDAL, J. (2007). *Normas de Bioseguridad*. Recuperado el 2012, de Ministerio de Salud Pública Uruguay: <http://www.infecto.edu.uy/prevencion/bioseguridad/bioseguridad.htm#anchor39901>
23. VIDAL, O. (2010). *Apendicectomía laparoscópica con una sola incisión umbilical (SILS): experiencia en una unidad de cirugía de urgencias*. Recuperado el 2012, de Emergencias : http://www.semes.org/revista/vol22_5/8.pdf
24. VIDAL, O. (2009). Single incision laparoscopic appendectomy (SILS): Initial experience. *Cir Esp.* , 85:317-9.
25. WARSZAWSKY, J. (2008). Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS* , 22:289–99.
26. WHO. (2010). *Global Report. UNAIDS report on the global AIDS Epidemic*. UNAIDS.

BIBLIOGRAFÍA CLÁSICA

1. BLANCO, J. (2000). Mecanismos de transmisión del VIH y su prevención. VIH y personal sanitario. En G. J, Guía práctica del SIDA.

- Clínica, diagnóstico y tratamiento (págs. 73-88.). Barcelona: Editorial Masson.
2. CASTILLA, J. (2000). Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de SIDA en España: 1980-1998. . Med Clín (Barc) , 115:85-9.
 3. CDC. (2000). HIV/AIDS surveillance report. Atlanta, GA: of health and human services, . CDC .
 4. COLMERO, M. (2000). Profilaxis postexposición en trabajadores sanitarios y en contactos sexuales. . JUNTA DE ANDALUCIA , 271-277.
 5. DUFF, S. (2000). Surgeons' and occupational health departments' awareness of guidelines on post-exposure prophylaxis for staff exposed to HIV: Telephone survey. BMJ , 319: 162-178.
 6. LEVI, J. (2000). HIV and pathogenesis of AIDS. . ASM .
 7. PATTERSON, J. (2000). Surgeons' concern and practices of protection against bloodborne pathogens. Ann Surg , 228: 266-272.
 8. PHS. (2000). Public Health Service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR , 47(RR-7): 1-33.
 9. type 1. . N Engl J Med , 342:921-5.
 10. QUINN, T. (2000). Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus
 11. STREICHER, H. (2000). Human Immunodeficiency viruses. . En G. Mandell, Principles and Practice of Infectious Diseases. (págs. 1874-87.). New York: Churchill Livingstone.

BIBLIOGRAFÍA DE INTERNET

1. ÁLAVA, P. (2012). *Calidad de atención integral que reciben las personas que viven con VIH/SIDA atendidas en la clínica del Hospital Provincial*

Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo de Mayo a Octubre del 2011.
Recuperado el 2012, de Tesis de Grado, Universidad Técnica de Manabí:
<http://hdl.handle.net/123456789/359>

2. PEDRAZA, K. (2007). *Normas de bioseguridad en el manejo del paciente con VIH-SIDA.* Recuperado el 2012, de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/518/1/Normas-de-bioseguridad-en-el-manejo-del-paciente-con-VIH-SIDA.html>
3. SADI. (2010). *Comisión de SIDA Sociedad Argentina de Infectología.* . Recuperado el 2012, de Recomendaciones para el seguimiento y tratamiento de la infección por HIV/SIDA y de las comorbilidades asociadas; : <http://www.sadi.org.ar/recomendaciones.html>
4. VIDAL, J. (2007). *Normas de Bioseguridad.* Recuperado el 2012, de Ministerio de Salud Pública Uruguay: <http://www.infecto.edu.uy/prevencion/bioseguridad/bioseguridad.htm#anchor39901>
5. VIDAL, O. (2010). *Apendicectomía laparoscópica con una sola incisión umbilical (SILS): experiencia en una unidad de cirugía de urgencias.* Recuperado el 2012, de Emergencias : http://www.semes.org/revista/vol22_5/8.pdf

7. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL - FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE GRADUADOS - POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

*ENFOQUE DE LA CIRUGÍA ABDOMINAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL II IESS "DR. TEODORO MALDONADO CARBO" 2005 – 2010*

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

De Historia Clínica.....

Nombre del paciente.....

Edad:.....

Sexo:.....

Procedencia:.....

Condiciones Socio económica culturales

- Trabajo Actual
- Ingreso Mensual
- Personas que viven en casa: Adultos:..... Niños:.....
- Condición de la Vivienda: Buena Regular Mala

Enfermedades asociadas

Diabetes Mellitus Tipo II

Hipertensión Arterial

Otras.....

Años de detección VIH (Solo pacientes VIH +)

SIDA Si No (Solo pacientes VIH +)

Diagnóstico de Cirugía:.....

Tipo de Cirugía.....

Indicadores

Complicaciones

Dehiscencia Absceso Hematoma Seroma Otras

Tiempo de evolución postquirúrgica.....

Días de Hospitalización.....

Infecciones.....

Tiempo de Cicatrización.....

Abscesos:.....

Problemas respiratorios:.....

Muerte Si No

Elaborado por: IDJE

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL - FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS**

ESCUELA DE GRADUADOS - POSTGRADO DE CIRUGÍA

***ENFOQUE DE LA CIRUGÍA ABDOMINAL EN PACIENTES VIH POSITIVOS EN
EL HOSPITAL REGIONAL 2 IESS "DR. TEODORO MALDONADO CARBO" 2005
- 2010***

ENCUESTA DIRIGIDA A MÉDICOS RESIDENTES Y CIRUJANOS

Marque con una [x]

- Experiencia como especialista
 - < 5 años
 - Entre 5 y 10 años
 - > 5 años

- Médico Residente
 - MR1
 - MR2
 - MR3

- Especialista De planta Contratado

1. ¿Ha sufrido algún accidente con agujas o fluidos en pacientes VIH positivos?
Si no
2. ¿Conoce el porcentaje de probabilidad de infectarse con VIH por un accidente con aguja contaminada con sangre de pacientes VIH positivo?
Si no
3. ¿Ha sufrido algún accidente con agujas durante un procedimiento quirúrgico con pacientes sin conocer si son VIH positivos o negativos?
Si no

- a. Luego de este accidente ¿continuó utilizando la misma aguja en el procedimiento?
 Si no
4. ¿Conoce a quien acudir en caso de accidente con agujas o fluidos?
 Si no
5. ¿Conoce las medidas q debe tomar en caso de accidente con agujas?
 Si no
6. ¿Solicita el examen de VIH en sangre a los pacientes antes de la cirugía?
 Si no
7. ¿Al solicitar el examen hace firmar consentimiento informado a los pacientes?
 Si no
8. ¿Siente temor de infectarse al operar pacientes VIH positivos?
 Si no
9. ¿Ha suspendido algún procedimiento quirúrgico a pacientes con VIH positivo?
 Si no
- a. Describa la causa.....

Elaborado por: IDJE

BASE DE DATOS

No	HC	Nombre	No	HC	Nombre
1	564559	AA	51	294574	FG
2	20760	AC	52	409752	DF
3	610477	AC	53	519109	FG
4	591338	AL	54	402207	TY
5	607021	AB	55	521469	UT
6	578267	AJ	56	482555	HG
7	322013	AR	57	440834	HG
8	508663	CA	58	599455	LO
9	524728	AD	59	476223	LK
10	526424	MA	60	247821	NH
11	507813	MA	61	476158	AE
12	578461	VA	62	281247	AW
13	547438	AM	63	405757	UO
14	516945	MA	64	213283	PA
15	535965	TA	65	559230	AM
16	516141	AM	66	573001	AJ
17	520309	AR	67	93265	AV
18	3650	BA	68	404708	AG
19	568602	CD	69	501249	AZ
20	426356	ES	70	507197	RC
21	248659	RE	71	419591	DA
22	595978	AS	72	411647	AP
23	598904	DE	73	523501	TA
24	508789	DG	74	523901	BF
25	508789	RA	75	207718	DR
26	486630	FD	76	433190	ER
27	444632	EG	77	517202	YR
28	444632	DC	78	554260	DG
29	547043	SE	79	93265	CF
30	434191	RG	80	261753	SE
31	278152	VS	81	582233	HD
32	584297	DE	82	578745	BD
33	405894	DR	83	599789	RE
34	327223	SA	84	550762	DG
35	591447	DE	85	504780	RE
36	586160	FS	86	563878	DF
37	586130	DR	87	507424	XC
38	477935	VF	88	617287	FE
39	165304	FT	89	594182	AS
40	599408	TA	90	594581	WE
41	540315	DF	91	231477	RE
42	80994	FG	92	590091	DF
43	532748	DF	93	272759	WE
44	514545	SD	94	541665	FR
45	514563	FG	95	529456	FG
46	584278	DR	96	528091	CV
47	557844	FG	97	610842	DF
48	538155	FG	98	177961	SD
49	424439	RT	99	231137	SD
50	241496	RD	100	340606	SD

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: Enfoque de la cirugía abdominal en pacientes VIH positivos en el Hospital Regional II IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”		
AUTOR/ ES: Md. Ignacio Daniel Jaramillo Espinel	REVISORES: Dr. Rafael Coello Cuntó – Dr Gustavo Valarezo Armijos	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD : Ciencias Médicas	
CARRERA: Cirugía General		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 5/6/2013	No. DE PÁGS: 94	
ÁREAS TEMÁTICAS: Postgrado de Cirugía General		
PALABRAS CLAVE: VIH – Cirugía Abdominal – Complicaciones		
RESUMEN: El presente documento contiene el trabajo de investigación requerido para optar por el grado académico de Cirujano General, cuyo propósito fue determinar los resultados quirúrgicos de los pacientes VIH positivo intervenidos por cirugía abdominal, se determinó el perfil epidemiológico de los pacientes, las principales complicaciones, factores de riesgo de morbilidad, mortalidad y establecer las consideraciones psicológicas de los cirujanos al intervenir quirúrgicamente a estos. El universo incluye a los pacientes intervenidos por cirugía abdominal, mediante un estudio de tipo descriptivo analítico con diseño no experimental, longitudinal, retrospectivo durante el período 2005-2010.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADJUNTO PDF:	x SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES	Teléfono: 0992181704	E-mail: ignaciojaramilloe@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Escuela de Graduados	
	Teléfono: 2288086	
	E-mail:egraduadosug@hotmail.com	