



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
MÉDICO GENERAL

TITULO:

Análisis de la prevalencia de heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo período enero a diciembre 2012

AUTORAS:

Fabiola Pilataxi
María Rosa Simaliza

TUTORAS:

Dra. Mercedes Almagro Msc.
Dra. Lucila De La Calle

RIOBAMBA – ECUADOR
2013-2014

Riobamba 09 de Enero del 2014

CERTIFICACIÓN

Riobamba 09 de Enero del 2014

El tribunal de la defensa privada y docentes de la Universidad Nacional de Chimborazo.

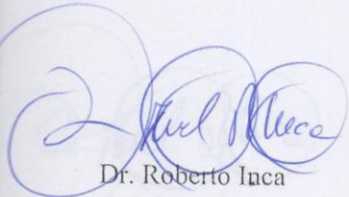
Después de haber realizado las correcciones correspondientes al trabajo de investigación titulado **“ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE HERIDAS ABIERTAS DE LA PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE 2012”**.

CERTIFICO:

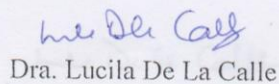
Que la señorita María Rosa Simaliza Tenelema con CC: 020190257-4 egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina.

Se encuentra apta para la defensa pública de la tesina de grado previa a la obtención del Título de Médico General.

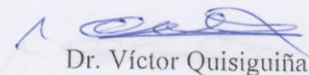
La interesada puede hacer uso del presente, conforme convengan sus intereses. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.



Dr. Roberto Inca



Dra. Lucila De La Calle



Dr. Víctor Quisiguña

TRIBUNAL DEFENSA PRIVADA

CERTIFICACIÓN

Riobamba 09 de Enero del 2014

ACEPTACIÓN DEL TUTOR (A)

El tribunal de la defensa privada y docentes de la Universidad Nacional de Chimborazo.


Después de haber realizado las correcciones correspondientes al trabajo de investigación titulada **“ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DE HERIDAS ABIERTAS DE LA PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HODPITAL EUGENIO ESPEJO”**, de tutora, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

CERTIFICO:

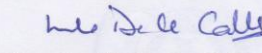
Que la señorita Fabiola Pilataxi Chacaguasay con CC: 060445355-5, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina.

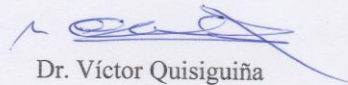
Se encuentra apta para la defensa pública de la tesina de grado previa a la obtención del Título de Médico General.

La interesada puede hacer uso del presente, conforme convenga sus intereses. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.


Dr. Roberto Inca


Nombre y firma del tutor


Dra. Lucila De La Calle


Dr. Víctor Quisiguña

TRIBUNAL DEFENSA PRIVADA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR (A)

ACEPTACIÓN DEL TUTOR(A)

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentado por las Srtas. Fabiola Pilataxi Chacaguasay y María Rosa Simaliza Tenelema, para optar al Título de Médico General, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Quito 19 de diciembre del 2013

Riobamba 19 de diciembre del 2013

Dr. Andrés Alvarado P.
M.S.B. LIC. - FID. - No. 28

Nombre y firma del tutor

Lucila De la Cally

Nombre y firma del tutor

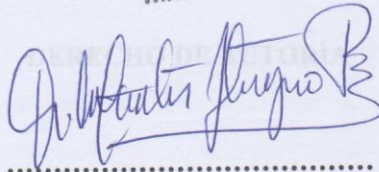


ACEPTACIÓN DEL TUTOR(A)

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentado por las Srtas. Fabiola Pilataxi Chacaguasay y María Rosa Simaliza Tenelema, para optar al título de Médico General, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutora, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Quito 19 de diciembre del 2013

Dra. Mercedes Almagro P.
MEDICA: CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPICA
M.S.P. LIC- F10 - No.28



.....
Nombre y firma del tutor

Nosotras Fabiola Pilataxi Chacaguasay, María Rosa Simaliza Tenelema, somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras Fabiola Pilataxi
Chacaguasay; María Rosa Simaliza
Tenelema, somos responsables de
todo el contenido de este trabajo
investigativo, los derechos de
autoría pertenecen a la Universidad
Nacional de Chimborazo.

AGRADECIMIENTO

Al finalizar el presente trabajo, queremos mostrar un eterno agradecimiento a Dios, a nuestros Padres, Hermanos y demás familiares, de la misma manera nuestra gratitud a una gran institución como la Universidad Nacional de Chimborazo que nos ofreció una formación integral, así también al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo quien nos abrió sus puertas para nuestro aprendizaje, a todos y cada uno de nuestros profesores y Doctores que generosamente transmitieron parte de sus conocimientos y experiencias en pro de nuestra formación médica, facilitándonos para que éste trabajo llegue a un feliz término.

A nuestros directores de Tesina en especial a la Dra. Mercedes Almagro Msc. y a la Dra. Lucila De la Calle; por la dedicación e importancia dada al presente trabajo y por el respeto a nuestras sugerencias e ideas.

Por ello es para nosotros un verdadero placer utilizar este espacio para ser justos y consecuentes con ellas, expresándoles nuestro agradecimiento.

Las Autoras

INDICE GENERAL

LISTA DE CUADROS	I
LISTA DE GRÁFICOS	III
RESUMEN.....	V
INTRODUCCIÓN	VI
CAPITULO I.....	3
1. PROBLEMATIZACIÓN	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3. OBJETIVOS	5
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
1.4. JUSTIFICACIÓN	6
CAPITULO II	8
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1. POSICIONAMIENTO TEORICO PERSONAL	8
2.2 FUNDAMENTACION TEÓRICA.....	8
2.1.1. BASE LEGAL	8
2.1.2. CLASIFICACIÓN	10
2.1.3. ETIOLOGÍA	11
2.1.4. FACTORES DE RIESGO.....	12
2.1.5. GENERALIDADES SOBRE EL CUIDADO DE LAS HERIDAS	14
2.1.5.1. MANEJO DE HERIDAS ABIERTAS EN TRAUMA ABDOMINAL.....	17

2.1.5.2.	MANEJO INICIAL DE TRAUMATISMO ABIERTO	17
2.1.5.3.	MANEJO DE HERIDAS ABIERTAS EN PERITONITIS	18
2.1.5.4.	MANEJO DE HERIDAS ABIERTAS EN APENDICITIS.....	19
2.1.5.5.	MANEJO DE HERIDAS ABIERTAS COMPLICADAS	19
2.1.6.	ABDOMEN ABIERTO: LA HERIDA MÁS DESAFIANTE	20
2.1.6.1.	FUNDA DE BOGOTÁ	21
2.1.6.2.	VACUUM-PACK PARA MANEJO DE HERIDAS ABIERTAS	22
2.1.6.3.	TERAPIA DE MANEJO CON PRESIÓN NEGATIVA O TPN.....	24
2.2.	DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	25
2.3.	HIPÓTESIS Y VARIABLES	28
2.3.1.	HIPÓTESIS.....	28
2.3.2.	VARIABLES	28
2.4.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	29
CAPITULO III.....		30
3.	MARCO METODOLÓGICO.....	30
3.1.	MÉTODO.....	30
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	30
3.2.1.	POBLACIÓN.....	30
3.2.2.	MUESTRA.....	30
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.4.	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..	31
CAPÍTULO IV.....		32
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	32

4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	32
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	45
CAPITULO V.....	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFIA:	50
ANEXOS	55

LISTA DE CUADROS

TABLA 1	32
Distribución de la frecuencia de pacientes que presentaron herida abierta de pared abdominal en relación al total de cirugías del abdomen en el período enero a diciembre del 2012	
TABLA 2	33
Distribución de la frecuencia de pacientes con heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012.	
TABLA 3	34
Distribución según edad de los pacientes con heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
TABLA 4	35
Distribución según sexo de los pacientes con heridas abiertas de pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
TABLA 5	36
Distribución según diagnóstico prequirúrgico de los pacientes con heridas abiertas de pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
TABLA 6	37
Distribución según complicaciones de los pacientes con heridas abiertas de pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
TABLA 7	38
Distribución según factores de riesgo que intervienen en las heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	

TABLA 8	39
Distribución según número de intervenciones quirúrgicas de los pacientes con heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
TABLA 9	40
Distribucion según gérmenes cultivados en las heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
TABLA 10	41
Tiempo de seguimiento de las heridas abiertas de la pared abdominal de los pacientes atendidos en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
TABLA 11	42
Distribucion según la técnica de manejo de la herida en los pacientes con heridas abiertas de pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
TABLA 12	43
Distribucion de casos según el tipo de cierre secundario de la herida en los pacientes con heridas abiertas de pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
TABLA 13	44
Distribución de la mortalidad de los pacientes atendidos en la clínica de heridas en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	32
Distribución de la frecuencia de pacientes que presentaron herida abierta de pared abdominal en relación al total de cirugías del abdomen en el período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 2	33
Distribución de la frecuencia de pacientes con heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 3	34
Distribución según edad de los pacientes con heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 4	35
Distribución según sexo de los pacientes con heridas abiertas de pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 5	36
Distribución según diagnóstico prequirúrgico de los pacientes con heridas abiertas de pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 6	37
Distribución según complicaciones de los pacientes con heridas abiertas de pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 7	38
Distribución según factores de riesgo que intervienen en las heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	

GRÁFICO 8.....	39
Distribución según número de intervenciones quirúrgicas de los pacientes con heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 9.....	40
Distribucion según gérmenes cultivados en las heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 10.....	41
Tiempo de seguimiento de las heridas abiertas de la pared abdominal de los pacientes atendidos en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 11.....	42
Distribucion según la técnica de manejo de la herida en los pacientes con heridas abiertas de pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 12.....	43
Distribucion de casos según el tipo de cierre secundario de la herida en los pacientes con heridas abiertas de pared abdominal en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	
GRÁFICO 13.....	44
Distribución de la mortalidad de los pacientes atendidos en la clínica de heridas en la clínica de heridas del hospital eugenio espejo período enero a diciembre del 2012	

RESUMEN

Antecedentes: Las heridas abiertas de la pared abdominal son una entidad con gran demanda de atención y el interés radica en tener un manejo adecuado. **Objetivos:** Analizar la prevalencia de heridas abiertas de la pared abdominal y determinar el diagnóstico situacional, sus posibles causas y efectos en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo en el período enero a diciembre del 2012. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo – retrospectivo de 50 pacientes con heridas abiertas de la pared abdominal. **Resultados:** Este estudio mostro que de 1682 pacientes (100%) intervenidos quirúrgicamente por patologías de la pared abdominal solo 50 pacientes (3%) presentaron herida abierta de la pared abdominal. De 184 pacientes atendidos en la clínica de heridas se registró que 134 (73%) fueron atendidos por otras lesiones en el organismo y solo 50 (27%) fueron tratados por heridas abiertas de pared abdominal. El sexo femenino predomino 30 (60%). La edad predominante se ubicó en la sexta década de la vida con 18 (34%). 19 pacientes (38%) tuvieron un diagnóstico de Apendicitis Complicada. La complicación más frecuente fue el absceso presentada en 31 pacientes (62%), 12 (24%) fístulas y 7 (14%) hernia incisional. Los factores de riesgo predominantes fueron la: Diabetes Mellitus 12 (24%), Hipertensión Arterial 10 (20%). El número de intervenciones quirúrgicas varió de 1 a 2 en 40 (80%) de pacientes. En 16 (32%) heridas abiertas se cultivó E. coli. El tiempo de seguimiento varió entre de 15 a 81 días con promedio de 59 días. La técnica de manejo en 38 (76%) fue con curaciones simples y avanzadas, en 10 pacientes (20 %) se utilizó la técnica de Vacumm Pack provisional y 2 (4%) fueron tratados con Funda de Bogotá. En 38 (76%) el cierre secundario fue de la piel, en 12 (24%) la aponeurosis. La mortalidad se presentó en 2 (4%) pacientes. **Conclusiones:** La prevalencia de heridas abiertas tratadas en este proceso solo constituyo un pequeño porcentaje del total de pacientes operados del abdomen. **Recomendaciones:** Estimular e impulsar el mantenimiento de la clínica de heridas como apoyo para el manejo de pacientes ambulatorios y hospitalizados.



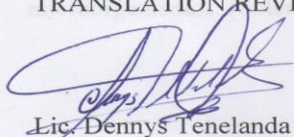
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Background: Open wound of abdominal wall are an entity with great demand for attention and its interest lies in having a proper handling. **Objectives:** To analyze the prevalence of open wound of abdominal wall and determine the situational analysis, their possible causes and effects in the injuries unit of Eugenio Espejo Hospital in the period January to December 2012. **Method:** a descriptive - retrospective study of 50 patients with open wounds in the abdominal wall was performed. **Results:** This study showed that in 1682 (100%) patients who underwent surgery for diseases of the abdominal wall only 50 patients (3%) presented open wound of abdominal wall. Of 184 patients treated at the injuries record unit 134 (73%) were treated for other injuries in the body and only 50 (27%) were treated by open wound of abdominal wall. Female prevalence 30 (60%). The predominant age was ranked in the sixth decade of life with 18 (34%). 19 (38%) patients had a diagnosis of appendicitis complicated. The most frequent complication was the abscess in 31 patients (62%), 12 (24%) fistulas and 7 (14%) incisional hernia. The predominant risk factors were: Diabetes Mellitus 12 (24%), Arterial hypertension 10 (20%). The number of surgical interventions varied from 1 to 2 at 40 (80%) of patients. 16 (32%) wounds open was cultivated E. coli. Follow-up time varied between 15 and 81 days with average of 59 days. The technique of handling in 38 (76%) was with cures, simple and advanced, in 10 patients (20%) the technique of Vacuum Pack provisional was used and 2 (4%) were treated with Funda de Bogotá. In 38 (76%) patients the secondary closure was skin, 12 (24%) the aponeurosis. Mortality is presented in 2 (4%) patients. **Conclusions:** The prevalence of open wounds treated in this process only constituted a small percentage of the total number of patients operated on abdomen. **Recommendations:** To stimulate and promote the maintenance of the injury unit as a support for outpatients and hospitalized patients.

Riobamba, January 8th, 2014

TRANSLATION REVIEWED BY:


Lic. Dennys Tenelanda



ENGLISH PROFESSOR-UNACH

INTRODUCCIÓN

En un 25% de pacientes con intervenciones de pared abdominal se presenta la infección y dehiscencia del sitio quirúrgico, por lo que constituyen un grave problema de salud, ya que se asocian a elevada morbilidad y aumento de los costos de hospitalización, tanto por la prolongación de la estadía hospitalaria como por la necesidad de utilizar medicamentos e insumos de alto costo, como son los antibióticos de última generación y amplio espectro. (Jara. 2009)

La infección de la herida abierta de pared abdominal se produce después de un procedimiento quirúrgico invasivo. Según el Instituto Nacional de Salud y la Excelencia Clínica, por lo menos 5 % de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas desarrollan infecciones. Además, al menos 20% de todas las infecciones asociadas al cuidado de la salud provienen de heridas quirúrgicas, generando a su vez varias complicaciones, que van desde leves a fatales. (Santalla 2007)

Desde que la técnica quirúrgica de abdomen abierto se impuso en la comunidad médica hacia 1980 (Teich-mann y Wittmann), como régimen de exploración diaria y lavado de la cavidad abdominal, su manejo es un proceso que va desde el quirófano hasta el manejo en sala de recuperación y hospitalización. (Geraldo 2008)

Además la infección de las heridas es la primera causa de complicaciones que conllevan a elevada morbilidad y contribuye a la mortalidad tardía en lesionados sometidos a laparotomía por trauma abdominal. La contaminación exógena es un peligro adicional para los pacientes con herida abdominal penetrante. La peritonitis aguda, la septicemia y la muerte por sepsis temprana dependen de bacterias aerobias gram negativas y de gérmenes anaerobio. Por ello, el régimen de antibióticos después de producida la contaminación peritoneal deberá incluir la actividad contra ambos tipos de microorganismos. (Soler 2008)

El cuidado de las heridas es uno de los principales factores para que la cicatrización sea efectiva y se reduzcan de esta manera las complicaciones que se reflejan en la presencia de infección, estancia prolongada, retardo en el proceso de cicatrización y cicatrización patológica.

El manejo de las heridas ha evolucionado hasta garantizar que una herida sea tratada adecuadamente por personal con experiencia y entrenamiento, además de permitir que heridas de gran extensión y complicadas sean manejadas en forma ambulatoria, facilitando a la persona afectada reintegrarse a su núcleo familiar y laboral.

El manejo de un paciente con la técnica del abdomen abierto, presenta algunas ventajas como son: permitir el drenaje periódico de la cavidad, facilitar el cierre de la cavidad, prevenir la evisceración, permitir la adecuada ventilación, evitar el cierre de la pared a tensión previniendo el desarrollo del síndrome de hipertensión abdominal, conservar adecuadamente la aponeurosis y la piel y facilitar la deambulacion precoz. (Borraez. 2008)

Para la ejecución de este estudio se ha realizado una amplia revisión bibliográfica que fundamenta científicamente el proceso investigativo. Se recolectaron los datos en el formulario específico y se tabularon con el sistema Epi info y Excel 2010, para elaborar tablas y gráficos que permitieron el análisis de los datos recogidos para finalmente realizar una discusión comparativa que facilite llegar a despejar las inquietudes planteadas en los objetivos propuestos en esta investigación y emitir criterios concluyentes en relación a la prevalencia de heridas abiertas de la pared abdominal en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo.

CAPITULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia del manejo de heridas abiertas de la pared abdominal se basa en la alta incidencia, la severa morbilidad que se asocia a ellas y el impacto económico que conlleva. Los principales agentes causales son el *Estafilococo aureus* y *Estafilococo coagulasa (-)*, ambos gérmenes de reservorio humano, hecho que nos presenta la estricta asociación de estas infecciones con fallas de la atención clínica como su principal factor de riesgo, por lo que cobran estricta relevancia todas las recomendaciones y medidas comprobadamente efectivas en control de infecciones de la herida operatoria. (Fresno. 2010)

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció a la Infección de la Herida quirúrgica como una entidad clínica con todas las características de una enfermedad muy bien definida. (Soto. 2008)

Según estudios realizados por el CDC de Atlanta en 8 hospitales norteamericanos, se concluyó que las infecciones del sitio quirúrgico afectan un 5 % de los pacientes que egresan de los hospitales del mundo. (Soto 2008)

Teniendo en cuenta que la infección de la herida tras un procedimiento quirúrgico es mucho más grave por la alta mortalidad que conlleva, esta representa el 77 % de las muertes, sin embargo la tasa real de este tipo de infección está subestimada debido a que casi en ningún estudio se computa la morbilidad después del alta, por falta de métodos de vigilancia posoperatoria, mediante los cuales se podría diagnosticar el 75 % de las infecciones, sin embargo se acepta que entre el 25 y el 60 % de los pacientes manifiestan infección cuando el enfermo ha abandonado el hospital. (López 2007)

Las heridas abiertas complicadas son causas importantes de morbilidad postoperatoria precoz y tardía. Un fallo mecánico o el fracaso de la cicatrización de heridas en el sitio quirúrgico pueden conducir a la interrupción del cierre que conduce a seroma, hematoma, dehiscencia de la herida o hernia. (Mizell 2012)

Además estas heridas abiertas pueden producir complicaciones locales como celulitis, abscesos, necrosis y tromboflebitis séptica, y dependiendo de la localización, órganos o cavidades relacionadas con la cirugía, peritonitis, abscesos intraabdominal, empiemas, por lo que se ha incluido en la vigilancia de la herida del Sitio Quirúrgica. (Katz 2013)

Dos de las complicaciones más comunes de infecciones de heridas quirúrgicas son la dehiscencia y la evisceración. La dehiscencia de la herida es la ruptura o separación de las capas de una incisión quirúrgica, puede ser solo de alguna de las capas pero dejaría la herida abierta. En el peor de los casos, los órganos pueden sobresalir a través del sitio de la incisión, conocida como la evisceración. (Santalla 2007)

Las principales causas de la separación de la herida son el fallo de la sutura que permite la protrusión de las vísceras. En hasta un 95 % de dehiscencias de heridas abdominales, las suturas y los nudos están intactos, pero la sutura se ha retirado a través de la fascia debido a necrosis. Cuando se sospecha interrupción fascial, la exploración de la herida debe ser realizada en la sala de operaciones, debido a que la tasa de mortalidad oscila entre el 10 % y es una emergencia quirúrgica. (Mizell 2012)

Estas complicaciones generan prolongación de la estancia hospitalaria, aumento de la mortalidad e incremento de los costos económicos y sociales, que son controladas por la organización de la clínica de heridas.

Si el médico no cierra la herida de nuevo con suturas, será necesario que la familia contribuya en el manejo en casa, ya que puede tomar tiempo para la cicatrización. La

herida sanará desde la parte inferior hacia la parte superior. Los apósitos ayudarán a absorber cualquier secreción que impida la cicatrización total de la herida.

En caso de heridas abiertas se requiere del manejo adecuado, organizado y constante para garantizar la recuperación de la salud. Además son importantes los lineamientos de enfermería que contribuyen a la pronta y satisfactoria recuperación de la integridad cutánea del paciente, los mismos que se aplican en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo.

Razón por lo que el conocimiento empírico de la afluencia de pacientes en esta área hospitalaria se considera importante para estudiar con profundidad este fenómeno y analizar los datos obtenidos de manera que se establezca la prevalencia de las heridas abiertas relacionadas con la infección del sitio quirúrgico de la pared abdominal.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas del Hospital Eugenio Espejo durante el período enero a diciembre del 2012?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la prevalencia de heridas abiertas de la pared abdominal y determinar el diagnóstico situacional, sus posibles causas y efectos en la Clínica de Heridas del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el período enero a diciembre del 2012.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la incidencia de heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas
2. Determinar la tasa de infección de heridas en procedimientos abdominales
3. Determinar el diagnóstico previo a la complicación de la herida abdominal.
4. Identificar los gérmenes más frecuentemente cultivados
5. Determinar los factores de riesgo que intervienen en las heridas abiertas
6. Determinar la morbilidad y mortalidad de los pacientes atendidos en la clínica de heridas
7. Identificar el tiempo de seguimiento de los pacientes estudiados.
8. Determinar la técnica utilizada en el manejo de heridas abiertas de la pared abdominal.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se lo realizó para ilustrar en forma equitativa los conocimientos y actitudes de estudio otorgadas por la prestigiosa Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo, la cual nos ha brindado las facilidades necesarias para la formación médica; y para cumplir con el requisito previo a la obtención del título de Médico General.

Las heridas abiertas de la pared abdominal son una entidad con gran demanda de atención. Además el interés radica en llegar a tener un manejo adecuado, al emplearse diversos procedimientos que pueden contribuir o modificar el curso de la herida mediante los nuevos avances científicos y tecnológicos.

Hay numerosos estudios sobre la tasa de curación de heridas abiertas en distintos países, pero no existen publicaciones, en nuestro entorno, sobre el manejo de heridas abiertas de

la pared abdominal. Por eso los datos que se obtengan de este estudio pueden servir de base para generar en el futuro medidas preventivas congruentes con la realidad local que beneficiaran a la población atendida.

El fin de esta investigación retrospectiva es, analizar con profundidad este fenómeno e incrementar los conocimientos existentes acerca del problema, ya que al procesar los datos que se obtengan se llegara a establecer la prevalencia de las heridas abiertas relacionadas con la infección del sitio quirúrgico en la pared abdominal, y que finalmente determinara el diagnóstico situacional, sus posibles causas y efectos en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo en el período enero a diciembre del 2012.

Los resultados de este estudio, servirán para determinar la prevalencia de heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de heridas, de la misma manera proporcionara un conocimiento significativo y real sobre la morbi-mortalidad de estos pacientes.

Para realizar este estudio de investigación, se contó con los recursos materiales bibliográficos, estadísticos, económicos, metodológicos, de especialistas y con la autorización de los directivos del Hospital Eugenio Espejo.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO.

2.1. POSICIONAMIENTO TEORICO PERSONAL

Esta investigación está basada en el análisis y recolección de datos desde el punto de vista dialéctico de la investigación documental, sustentada por una parte teórica que orienta el análisis y permite deducir hechos reales sobre la prevalencia de heridas abiertas de la pared abdominal que se atienden en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo en el período enero a diciembre del 2012.

2.2 FUNDAMENTACION TEÓRICA

2.1.1. BASE LEGAL

Según estudios realizados por Los Centros de Prevención y Control de Enfermedades o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) de Atlanta en 8 hospitales norteamericanos, se concluyó que las infecciones del sitio quirúrgico afectan un 5 % de los pacientes que egresan de los hospitales del mundo. (Soto 2007)

“Los Centros de Prevención y Control de Enfermedades han establecido una serie de recomendaciones de manejo de los factores de riesgo de infección de la herida operatoria. Estas recomendaciones se agrupan en categorías según el tipo de la evidencia científica que las respalda, lo que determina las correspondientes acciones preventivas:” (Fabres 2008)

- “Categoría 1 A: tiene el respaldo de varios estudios experimentales, bien diseñados e importantes, que recomiendan firmemente su puesta en práctica”.

- “Categoría 1 B: incluye recomendaciones avaladas por estudios tipo meta análisis, pero que además tienen un sólido fundamento teórico que respalda su puesta en práctica”.
- “Categoría 2 A: incluye recomendaciones que sólo algunos estudios y teorías razonables dicen que debe ponerse en práctica”.
- “Categoría de no recomendación: incluye medidas sobre los cuales existen estudios contradictorios o bien, no hay suficiente evidencia científica que respalde su aplicación”. (Fabres 2008)

El abdomen abierto es una herida resultante de una técnica quirúrgica que tuvo sus primeros avances en 1905 y 1906; Steimberg, reconocido cirujano de la época, quien propuso como vía ideal el abdomen abierto para tener un acceso continuo, rápido y sin mayores complicaciones hacia la cavidad peritoneal. (Borraez 2008)

Este proceso ha variado de manera notable con nuevas técnicas, vías de acceso y métodos de curación total de la herida; contando con los avances tecnológicos y la variabilidad de productos que aparecen en el mercado, de este modo, la curación del abdomen abierto es un proceso de pronóstico positivo y de una evolución favorable. (Flores 2006).

Se han propuesto varias alternativas para el manejo de la herida de abdomen abierto por el equipo de salud, lideradas por el profesional de enfermería, pero son pocos los protocolos validados y basados en la evidencia y experiencia clínica que se encuentran disponibles.

En Colombia se realizó un estudio en una clínica de heridas entre el 2008 y 2009 en la que se propuso diseñar un protocolo de cuidado de enfermería para el manejo de la herida de pared abdominal, basado en la experiencia sobre un cuidado acertado, benéfico, oportuno, real y eficiente que facilite la toma de decisiones y el

direccionamiento adecuado de intervenciones, actividades y procedimientos, según lo requiera cada caso en particular. (Castro 2009)

En este estudio se entiende como protocolo un documento que contiene información organizada de forma lógica y secuencial, enfocada al direccionamiento operativo del cuidado de enfermería para la herida de pared abdominal. (Castro 2009).

2.1.2. CLASIFICACIÓN

“Desde el punto de vista epidemiológico, las infecciones de la herida quirúrgica se clasifican en incisionales y de órganos o cavidad”.

Las incisionales a su vez se dividen en superficial y profunda.

“Superficial: Infección que ocurre dentro de los primeros 30 días después del procedimiento quirúrgico; comprende solamente la piel y el tejido celular subcutáneo a nivel de la incisión que cumple uno de los criterios siguientes”: (Soto 2007)

1. Drenaje purulento procedente de la porción superficial de la incisión, con comprobación microbiológica o sin ella.
2. Organismos aislados de un cultivo de fluidos o tejido de la incisión superficial obtenido de manera aséptica.
3. Uno de los signos y síntomas siguientes:
 - Dolor o hipersensibilidad.
 - Tumefacción.
 - Rubor o calor local.
 - La herida quirúrgica ha sido abierta por el cirujano, aunque el cultivo sea negativo.
4. El cirujano o el médico que atiende el paciente diagnostica infección.

“Profunda: Infección que ocurre dentro de los 30 primeros días después del procedimiento quirúrgico y compromete los tejidos blandos profundos (planos fascial y muscular) y uno de los criterios siguientes”: (Soto 2007)

- Hay drenaje purulento de la incisión profunda, pero no del componente órgano/espacio del sitio quirúrgico.
- Una dehiscencia espontánea de la incisión profunda o que es abierta por el cirujano cuando el paciente tiene alguno de los signos y síntomas siguientes:
- Fiebre mayor de 38 °C.
- Dolor localizado o hipersensibilidad local, excepto si el cultivo es negativo.
- Absceso u otra evidencia de infección que compromete la incisión profunda descubierta por examen directo, durante la reintervención o por examen radiológico o histopatológico.
- El cirujano o el médico que atiende al paciente diagnostica infección. (Soto 2007)

2.1.3. ETIOLOGÍA

La causa principal de las infecciones del sitio quirúrgico es la flora endógena de la piel, que es el principal contaminante de la herida abierta y del sitio quirúrgico, o la flora de las mucosas o vísceras huecas del paciente, según el tipo de cirugía; pero también puede participar la flora exógena presente en el ambiente quirúrgico, instrumentos, personal, etc. (Fabres 2008)

Los gérmenes más frecuentes encontrados en estudios realizados en Miniápolis (CDC) desde 1986 hasta 1996 fueron los siguientes:

- Grampositivo más comunes (34 %): Estafilococo. aureus, Estafilococo. coagulasa negativo, Enterococos.
- Gramnegativos (32 %): Escherichia coli, Pseudomona aeruginosa,

En seguimientos realizados nacional e internacionalmente se ha visto un incremento en la incidencia de infecciones quirúrgicas de pared abdominal causadas por patógenos resistentes a antibióticos convencionales, como el *Estafilococo aureus* meticilino resistente y por hongos como *Cándida albicans*, este aumento se puede deber al incremento de enfermos graves, pacientes inmunocomprometidos sometidos a cirugía o por el uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro. (Mangram 1999)

2.1.4. FACTORES DE RIESGO

Se han encontrado diferentes factores que participan en el origen de las infecciones de la herida quirúrgica abierta como: *factores propios del paciente y factores externos.*

Intrínsecos (relacionados con el paciente)

- Desnutrición y depleción proteica.
- Edad avanzada.
- Enfermedades asociadas (diabetes, cáncer, enfermedad vascular crónica y obesidad).
- Alteración de la función inmune por enfermedad o regímenes terapéuticos.
- Hábito de fumar.
- Falla orgánica crónica.
- Infección recurrente en un lugar remoto.
- Perfusión tisular disminuida.

Extrínsecos (relacionados con la cirugía y el ambiente hospitalario)

- Lavado de manos para el acto quirúrgico.
- Preoperatorio prolongado.
- Hospitalización prolongada.
- Operaciones anteriores.
- Rasurado.

- Vestuario quirúrgico.
- Duración de la cirugía.
- Climatización.
- Instrumental.
- Técnica quirúrgica.
- Antisepsia de la piel.
- Antibióticos profilácticos.
- Esterilización.

Situaciones especiales

Se ha comprobado que los factores físicos como la diabetes mellitus, la desnutrición, la edad avanzada (más de 60 años), la isquemia, la vasculopatía periférica, el cáncer, la insuficiencia orgánica, la sepsis e incluso las limitaciones de la movilidad afectan a la cicatrización de la herida. (Moffatt 2008)

Además merece especial mención los pacientes con obesidad ya que esta complica la selección de la incisión quirúrgica, porque la exposición se ve comprometida, sin mencionar la incidencia de infección de la herida, la formación de hematomas, la hernia incisional, etc. (Mizell 2012)

Las enfermedades y los tratamientos que afectan directamente al sistema inmunitario tienen consecuencias importantes en la cicatrización y a menudo aumentan la complejidad de las heridas, además se sabe que el proceso inflamatorio es una parte esencial de la cicatrización de la herida y su alteración constituye una de las causas principales de la cronificación de las heridas. (Moffatt 2008).

Se ha demostrado que la inmunodeficiencia y el uso de inmunodepresores (como los corticosteroides, azatioprina o metotrexato) influyen en la respuesta inmunoinflamatoria y repercuten de manera negativa en la cicatrización, aumentando el riesgo de infección

de la herida, además otros factores como el producto previamente utilizado para tratar la herida o la hipersensibilidad a medicamentos, limitan la variedad de tratamientos disponibles y determinan así la complejidad de la herida, por tanto, un elemento fundamental del tratamiento de las heridas consiste en corregir en la medida de lo posible las enfermedades subyacentes y concomitantes. (Moffatt 2008)

2.1.5. GENERALIDADES SOBRE EL CUIDADO DE LAS HERIDAS

El diagnóstico de la infección de la herida es clínico. Los síntomas incluyen eritema localizado, induración, calor y dolor en el lugar de la incisión. Pueden producirse drenaje de la herida purulenta y la separación de la herida. (Mizell 2012)

Las heridas infectadas se abren, se exploran y una vez que la infección se haya resuelto y se compruebe tejido de granulación, la herida puede ser cerrada en segundo lugar. La necesidad de la terapia con antibióticos se determina por la extensión de la infección, presencia de manifestaciones sistémicas, y comorbilidades del paciente. En la Incisión y drenaje se puede utilizar una jeringa llena de solución salina para aplicar el riego bajo presión para eliminar el tejido muerto, exudado, y la formación de coágulos, sin embargo, el agua del grifo también se ha utilizado para el cuidado de la herida en el hogar de los pacientes manejados ambulatoriamente. El desbridamiento mecánico se realiza con pinzas y bisturí del tejido desvitalizado ya que pueden retrasar la curación y promover la infección, este desbridamiento se interrumpe una vez que el tejido necrótico se ha eliminado. (Mizell 2012)

Para favorecer la cicatrización de la herida, se recomienda el uso de curas húmedas ya que favorecen el crecimiento de tejido de granulación en un ambiente adecuado, protegiéndolo de agresiones externas y de agentes infecciosos. El ambiente húmedo en la herida mantiene también la temperatura adecuada para estimular la fibrinólisis. El mecanismo de acción en este tipo de cura se basa en la absorción y retención del exudado, controlando la cantidad del mismo entre el apósito y la lesión. En la fase de

epitelización se recomienda las curas en ambiente húmedo usando apósitos que protejan de lesiones e infecciones y que permitan espaciar las curas para no dañar demasiado los tejidos neoformados. (Muñoz 2011)

Las heridas profundas pueden requerir embalaje con gasas que se humedece con solución salina normal y se coloca en la herida luego se cubre con capas secas de gasa, esto nos servirá ya que al eliminar la gasa una parte del tejido necrótico se elimina con ella, sin embargo, una vez que el desbridamiento ya no es necesario, el material de embalaje se debe cambiar de gasa a uno que es menos traumático, además los cambios de apósito se pueden requerir hasta tres veces al día. De la misma forma los vendajes para heridas deben mantener la humedad y el calor ya que la retención de humedad facilita factores de crecimiento tisular para la reepitelización. (Mizell 2012)

Hoy en día en el mercado existen multitud de productos y apósitos que favorecen la cura húmeda y estimulan la cicatrización, reduciendo la posibilidad de infección.

La curación es la técnica que favorece el tejido de cicatrización en cualquier herida hasta conseguir su remisión.

Existen dos formas de realizar la curación:

Cura tradicional

- Ambiente seco.
- Utilización de apósitos pasivos.
- Uso de antisépticos y antimicrobianos.
- Es de frecuencia diaria.

Cura avanzada

- Ambiente húmedo fisiológico.

- Utilización de apósitos activos.
- No utilización de tópicos como antisépticos, etc.
- Su frecuencia depende de la naturaleza de la herida.

Limpieza de las heridas

Es el primer paso en el tratamiento de la cura y uno de los más importantes, ya que dependiendo de cómo se realice se va a mejorar las condiciones de la herida y a disminuir el riesgo de infección.

La limpieza debe realizarse siempre antes de cada cura, con suero salino a una presión suficiente para arrastrar restos de la cura anterior, esfacelos, tejidos necróticos, etc. pero, que no produzca daño en el lecho de la herida. Después de la limpieza, la herida se tiene que secar con mucho cuidado y siempre por presión. (Muñoz 2011).

Se recomienda no utilizar productos antisépticos para la limpieza de la herida ni limpiadores cutáneos, por su poder citotóxico para el nuevo tejido. La irrigación por arrastre o presión de las heridas con solución salina al 0,9% estéril es la más utilizada.

El buen control del exudado es fundamental para la rápida cicatrización de las heridas. La cura en ambiente húmedo proporciona al lecho de la lesión el nivel de humedad adecuado para que el propio organismo acelere el proceso de cicatrización. El exudado contiene una gran concentración de proteínas y favorece el desbridamiento autolítico por mediación de las enzimas fisiológicas o endógenas del organismo. (Muñoz 2011).

Para que una herida progrese adecuadamente hacia la cicatrización normal, se ha de favorecer o conseguir la eliminación del tejido necrótico en la lesión. Para ello se debe realizar un adecuado desbridamiento, con lo que se disminuye la carga bacteriana y el riesgo de infección.

2.1.5.1. MANEJO DE HERIDAS ABIERTAS EN TRAUMA ABDOMINAL

El traumatismo de abdomen es una causa importante de morbilidad y de mortalidad en todos los grupos etarios. El abdomen es la tercera región del organismo frecuentemente lesionada y el trauma abdominal es la causa del 20% de intervenciones quirúrgicas. El 2% de las consultas por trauma corresponden a la región abdominal. De ellas el 90% requieren internación, y el 50% serán sometidas a una laparotomía. (Lovesio 2006)

En nuestro medio el trauma abdominal abierto es causado más frecuentemente por armas blancas (Cuchillos, navajas, puñales, empalamientos) y por proyectiles de arma de fuego. (Uribe 2001)

En general no se requieren estudios diagnósticos en un traumatismo superficial, sin embargo en caso de heridas infectadas se solicitara cultivo y antibiograma de la herida y hemograma

La evaluación para el diagnóstico de urgencias puede incluir lavado peritoneal, tomografía computarizada, radiografías simples del abdomen. Es necesario llevar un control continuo de los signos vitales. (Lovesio 2006)

2.1.5.2. MANEJO INICIAL DE TRAUMATISMO ABIERTO

El manejo inicial debe estar dictado por el ABCDE:

- La vía aérea (A), debe ser reexaminada y reasegurada.
- Evaluar la respiración (B), si hay falla respiratoria considerar la posibilidad de usar ventilación mecánica.
- Evaluar la circulación (C) valorar la piel, el llenado capilar, y el pulso. Si se detectan hemorragias, se deben detener y reponer volumen si fuera necesario.
- Rápida valoración neurológica (D) Y desvestir (E).

Se requiere además establecer una o dos vías venosas periféricas en ambas extremidades superiores. (Uribe 2001)

Cuando hay evisceraciones, signos peritoneales, o cuando el trauma es inestable debe hacerse la laparotomía exploratoria. También se hace cuando el traumatismo es abierto tóraco-abdominal, sea este estable o inestable, ya que la posibilidad de daños graves aumenta considerablemente. (Uribe 2001)

2.1.5.3. MANEJO DE HERIDAS ABIERTAS EN PERITONITIS

Debido a que la peritonitis puede propagarse rápidamente provocando sepsis, se debe realizar una exploración física completa del paciente buscando posibles focos de infección. Un cambio en los hallazgos abdominales como la pérdida de ruidos intestinales o la aparición de signos de irritación peritoneal puede apuntar a un foco abdominal. . (Ferraris 1983)

Estas infecciones se presentan como áreas bien definidas y generalmente, no afectan a toda la incisión, en la mayoría de los casos la cura local soluciona el problema y, en ausencia de celulitis perincisional o sepsis sistémica no son necesarios antibióticos por vía intravenosa. (Ferraris 1983).

Para el manejo primero es necesario un drenaje de la colección dejando la herida abierta, este principio se inició en el manejo de infecciones de heridas quirúrgicas, el cual dio inicio al manejo de abdomen abierto en infecciones intraabdominales. (Mughal 1986).

El drenaje puede ser espontáneo, pero generalmente requiere de una intervención planeada ya sea quirúrgica o percutánea, sin embargo es más probable el éxito del drenaje cuando éste ocurre como complicación postoperatoria, en donde comúnmente existen abscesos muy pequeños, abscesos pancreáticos. El drenaje laparoscópico de los abscesos abdominales se ha reportado con buenos resultados, pero aún no está claro si esta técnica ofrece ventajas significativas. (Cinat 2002)

2.1.5.4. MANEJO DE HERIDAS ABIERTAS EN APENDICITIS

La apendicitis aguda complicada se relaciona con el manejo intraoperatorio de la herida y al grado de contaminación de la cavidad abdominal. El tratamiento consiste en la apertura de la herida quirúrgica y el drenaje del absceso, las curaciones repetidas permiten el cierre tardío por segunda intención. (Villamizar 2004)

Dependiendo del tipo de complicación encontrada en una apendicitis el período de convalecencia puede llegar a prolongarse considerablemente y pueden llegar a ser necesario tomar medidas como uso de drenajes, uso de antibióticos, ayuno prolongado, cuidado de heridas abiertas infectadas, estudios de seguimiento adicionales o incluso de más intervenciones.

Las heridas deberán ser lavadas diariamente con agua y jabón con cambio de gasas. El reposo es generalmente relativo y no se requiere de vendajes en casos no complicados. (Reyes 2004)

2.1.5.5. MANEJO DE HERIDAS ABIERTAS COMPLICADAS

La mejor forma de tratar una herida complicada es con apósitos que protejan y mantengan la herida húmeda sin acumulación de fluidos excesivos.

Si la herida se encuentra infectada:

- Retirar las suturas y abrir la herida.
- Abrir el espacio subcutáneo y observar el estado de las fascias.
- Retirar los cuerpos extraños.
- Retirar mallas, prótesis o injertos de las áreas infectadas.
- Tomar cultivos de las infecciones severas, profundas o en casos especiales.
- Desbridar tejidos necróticos o isquémicos.
- Lavar con abundante agua estéril o solución salina, con jabones quirúrgicos.

- En heridas con exudados y/o tejidos necróticos pueden usarse vendajes con hidrocoloides, hidrogel, alginatos, colagenasas y otros.
- No permitir que se aproximen los bordes de la herida hasta cuando la infección se haya controlada, no exista tejido necrótico ni isquémico, no haya acumulación de secreciones y ya se observe tejido de granulación adecuado.
- El cierre secundario de la herida superficial dehiscente, en ocasiones es preferible al cierre por segunda intención.

2.1.6. ABDOMEN ABIERTO: LA HERIDA MÁS DESAFIANTE

El abdomen abierto es una técnica quirúrgica en la cual dejamos la cavidad abierta, cubriendo los órganos, para el manejo de diferentes entidades clínico-patológicas.

Frecuentemente pacientes con entidades como las peritonitis severas principalmente de origen apendicular o de otras alteraciones en el colon, o con aquellos que requieren una reintervención por compromiso sistémico, o pacientes que en la evolución de sus procesos infecciosos intraabdominales desarrollan un íleo marcado y prolongado, que no permitirían el cierre de la cavidad abdominal, requerirán para su manejo adecuado dejar la cavidad abdominal abierta. (Borraéz 2008)

Existe otro grupo de pacientes como los que presentan una isquemia o trombosis mesentérica, o en aquellos en quienes se han realizado suturas vasculares o en quienes se ha realizado la ligadura de las venas mesentéricas, ellos se beneficiarían del manejo de su abdomen abierto temporalmente para revisar los órganos afectados, y de acuerdo a su evolución realizar posteriormente el cierre definitivo de la pared abdominal. (Borraéz 2001).

La mayor parte de los pacientes descritos con patología infecciosa, traumática u otras, tienen en común que requieren ser manejados con la técnica del abdomen abierto, temporalmente.

2.1.6.1. FUNDA DE BOGOTÁ

En el mes de marzo de 1984, en el Hospital San Juan de Dios, Bogotá, de la Universidad Nacional de Colombia al reintervenir por tercera ocasión a un paciente con estallido hepático por trauma directo se utilizó una bolsa plástica de las soluciones parenterales, de esta manera se inició la utilización del polivinilo (plástico) para el manejo del abdomen abierto, técnica llamada inicialmente por el doctor David Feliciano como Bolsa de Bogotá y hoy en día denominada por él mismo como Bolsa de Borrález. (Borraéz 2001)

Esta técnica presenta ventajas entre las cuales citamos:

- Permitir el drenaje periódico de la cavidad
- Facilitar el cierre rápidamente de la cavidad
- Prevenir la evisceración
- Permitir la adecuada ventilación
- Evitar el cierre de la pared a tensión
- Conservar adecuadamente la aponeurosis y la piel
- Facilitar la deambulación precoz

Una modificación que se le ha realizado a la técnica, es la utilización de una bolsa grande dentro de la cavidad peritoneal, suelta y cubriendo las vísceras abdominales. Esta modificación se ha venido utilizando desde el año 1995 y facilita los abordajes sucesivos dentro de la cavidad abdominal, porque evita que se formen adherencias de las vísceras al peritoneo parietal y facilita los lavados de la cavidad así como el cierre definitivo de la cavidad abdominal. (Borraéz 2006)

Cuando se considera que el paciente ya no requiere más drenajes ni lavados se retiran las dos bolsas, se tallan los colgajos aponeuróticos, se realizan múltiples incisiones en las fascias y de esta forma se aproximan los bordes sin tensión alguna y sin necesidad de utilizar mallas (Borraéz 2006)

2.1.6.2. VACUUM-PACK PARA MANEJO DE HERIDAS ABIERTAS

El cierre temporario de la pared abdominal por medio de un empaquetado aspirativo (Vacuum-Pack) es el método de elección para los pacientes que requieren un manejo del abdomen abierto ya que este cierre temporario inicialmente usado en los pacientes de trauma, continúa demostrando su facilidad de dominio, efectividad y comodidad en el cuidado de los pacientes, tasa consistentemente baja de complicaciones asociadas y bajo costo, tanto en la cirugía general y vascular como en los pacientes de trauma.

En 1995 Brock W.B., Barker D.E., Burns R.P , describieron un empaquetado compuesto, sin suturas, con presión atmosférica negativa (empaquetado aspirativo [vacuum-pack]) para el cierre temporario de la pared abdominal, inicialmente usado en trauma, desde entonces han usado universalmente la técnica del empaquetado aspirativo para el cierre temporario de la pared abdominal con mínimas modificaciones. (Barker 1995)

El empaquetado aspirativo está compuesto por 4 capas. La primera es una lámina perforada de polietileno que se coloca sobre las vísceras, por debajo del peritoneo de la pared abdominal, después de haberse completado la exploración o el procedimiento quirúrgico. Los autores consideran que las perforaciones permiten la salida del líquido peritoneal a través del sistema aspirativo, manteniendo la herida seca. (Barker 1995)

La segunda capa consiste en drenajes aspirativos y material compresible, como las compresas quirúrgicas estériles. Los bordes de las compresas son posicionados entre la

lámina perforada de polietileno y el peritoneo parietal por debajo de los bordes aponeuróticos de la pared abdominal, la cual previene la protrusión de las vísceras a través del defecto de la pared abdominal. (Barker 1995)

El tercer componente consiste en 2 drenajes de silicona colocados arriba de la compresa que sirven como fuente de presión negativa y como un medio para controlar el egreso de los líquidos intraabdominales. Los drenajes se conectan a una fuente de presión negativa continua a 100-150 mmHg antes de colocar la última capa, para remover los fluidos y sellar mejor la capa adhesiva con la piel. (Barker 1995)

La piel alrededor de la herida es secada y pintada con tintura de benzoína y dejada secar hasta ser cubierta con la cuarta capa, que es un recubrimiento de poliéster impregnado con adhesivo. Esta capa sirve para cubrir a los otros componentes y completar el sellado aspirativo cuando se adhiere a la piel de la pared abdominal. Durante el transporte, los tubos de drenaje son clampeados y luego reconectados a la fuente de succión cercana a la cama tan pronto como sea posible, para prevenir que se junte líquido dejado del empaquetado o en el abdomen. El empaquetado es mantenido intacto bajo succión hasta la reexploración. (Barker 1995)

Una vez que el abdomen ha sido cerrado temporalmente, el paciente puede ser estabilizado y otras lesiones extraabdominales o procesos patológicos pueden ser tratados.

“El momento de la reexploración se basa en la estabilidad del paciente y en la patología intraabdominal. La decisión de continuar con el manejo del abdomen abierto se hace al momento de cada reoperación y se basa en la necesidad de reexploración temprana planificada de la cavidad abdominal para procedimientos quirúrgicos adicionales, o cuando el cierre convencional del abdomen podría resultar en una tensión inaceptable de la pared abdominal o en un aumento de la presión intraabdominal”. (Barker 1995)

En conclusión esta técnica de cierre para el manejo de la herida abdominal abierta es confiable y puede ser usada en pacientes quirúrgicos de trauma, cirugía general y vascular.

2.1.6.3. TERAPIA DE MANEJO CON PRESIÓN NEGATIVA O TPN

La terapia de heridas con presión negativa (TPN) se refiere a sistemas de manejo que aplican presión inferior a la atmosférica en la superficie de una herida, la cual se ha convertido en una modalidad de tratamiento en las heridas abiertas de la pared abdominal. (Gestring 2009)

Esta presión subatmosférica tiene beneficios sobre la curación de heridas en modelos animales. Pero la evidencia clínica sobre técnicas de apósitos de heridas convencionales para todos los tipos de heridas abiertas aún no se han demostrado. (Gestring 2009)

El sistema de presión negativa tiende a reducir el edema de la herida generando un gradiente de presión entre la herida y el recipiente de succión que promueve el transporte de fluidos, primero desde el lecho de la herida, y luego desde el espacio intersticial, además esta terapia puede dar aumento del flujo sanguíneo, por lo que requiere un cuidado especial ya que presiones negativas excesiva (más de -175 mmHg) disminuirán el flujo sanguíneo. (Gestring 2009)

En comparación con otras formas de apósito usados para heridas, la TPN es más fácil de adaptar y mantener en posición, es menos dolorosa y los cambios de apósito se podrían realizar una vez cada dos o tres días, sin embargo la desventaja para estos pacientes es la necesidad de llevar una bomba portátil, sin mencionar el elevado costo de los apósitos que superan a los apósitos para heridas tradicionales. (Gestring 2009)

Es por ello que varias revisiones sistemáticas han tratado de evaluar la eficacia de la terapia de heridas con presión negativa (TPN), pero ninguno ha llegado a conclusiones definitivas. (Gestring 2009).

2.2. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Prevalencia: proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

Herida: es una disrupción de estructuras anatómicas y funcionales normales a consecuencia de un trauma. (Phillips 2003)

Infección: término clínico que indica la contaminación, con respuesta inmunológica y daño estructural de un hospedero, causada por un microorganismo patógeno. (Vox 2007)

Herida abierta: es una pérdida de continuidad de la piel o mucosas producida por algún agente físico o químico. Generalmente se las deja abiertas a propósito para evitar infecciones o son lesiones de gran extensión como en quemaduras de considerable superficie y en las que se intentará realizar cierre diferido, tratando de evitar que la contracción de estas heridas produzca severas deformidades. (Sánchez 2002)

Herida quirúrgica: toda aquella solución de continuidad de piel y/o mucosas y tejidos subyacentes provocada por el cirujano con el fin de acceder a cualquier territorio del organismo. (Puma 2011)

Herida diferida: cuando la herida no se sutura, esto es se deja abierta, el espacio entre los bordes que se debe reparar o regenerar es amplio. La contracción en estas heridas es máxima. (Arias 1998)

Etiología: Ciencia que estudia, en sentido amplio, las causas de las enfermedades como factores internos y externos. (Mosby 2003).

Factor de riesgo: En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. (OMS 2013)

Cierre diferido: La cicatrización secundaria no incluye cierre formal de la herida; la herida cierra espontáneamente por contracción y reepitelización. Como es lógico, estas heridas tardarán más para cicatrizar y la cicatriz será de mayor tamaño y por tanto menos estético. Típicamente, son las heridas con altísima probabilidad de infección o en las que ya hay una infección establecida. (Malmberg, 2005)

Cierre primario: cuando se realiza una aproximación quirúrgica inmediata en heridas limpias. (Salem 2000)

Cierre secundario: se produce una cicatrización espontánea ya que no se aproximan los bordes de la herida. (Salem 2000)

Clínica de heridas: es un programa piloto en el que se brinda el cuidado integral y especializado al paciente con heridas agudas y/o crónicas de alta complejidad y difícil manejo. (Moncaleano 2001)

Curación simple: Es la técnica que tiene por finalidad prevenir posibles infecciones donde exista pérdida de continuidad de la piel, facilitando además el proceso de cicatrización y disminuyendo las posibles secuelas funcionales y/o estéticas. En esta curación se utiliza guantes estériles y desechables, gasas, compresas y paños estériles, Suero Fisiológico, y en su defecto agua oxigenada, útil en infecciones por anaerobios. (Peñalolén 2011).

Curación avanzada: Es aquella que se realiza en un ambiente húmedo fisiológico, utiliza apósitos activos, no usa tópicos en lo posible y su frecuencia va a depender de las condiciones locales de la herida. En esta curación se utilizan apósitos de tercera generación como Hidrocoloides (Duoderm); Interactivos (Bioclusive); Alginatos (Algiderm); Hidrogeles (Vigilon), etc. (Andrade 2004)

Exudado: Es el fluido resultante de la secreción corporal, tanto intracelular como extracelular, cuando existe pérdida de continuidad de la piel y en algunos casos, incluso cuando esta pérdida de continuidad es aparentemente inexistente. (Rodríguez 2010)

Desbridamiento: es la eliminación del tejido muerto, dañado o infectado para mejorar la salubridad del tejido restante. (Vox 2007)

Cicatrización: es un proceso de reparación ordenado con una secuencia de eventos biológicos establecidos, dentro de un tiempo determinado, que intenta devolver la integridad anatómica, funcional y estética de los tejidos lesionados dejando una cicatriz. (Ampemo 2012)

Peritonitis: proceso inflamatorio general o localizado de la membrana peritoneal secundaria a una irritación química, invasión bacteriana, necrosis local o contusión directa. (Huamán 2008)

Sepsis: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica ante una infección grave, caracterizada por una lesión del endotelio vascular. (Vox 2007)

Empiema: presencia de pus o sus sucedáneos (fibrina, microorganismos, piocitos) en la cavidad pleural. (Carriquiry 2001)

Hematoma: acumulo de sangre en el interior de un tejido, ya sea superficial o profundo, a causa generalmente de un traumatismo. (Vox 2007)

Seroma: es la acumulación de grasa líquida, suero y linfa en un área del cuerpo en donde se ha producido un traumatismo o se ha practicado una cirugía y usualmente se forma debajo de una herida quirúrgica reciente. (Vox 2007)

Deshiscencia: apertura, por lo general espontánea, de una estructura o parte de un órgano. Separación de los bordes de una herida. (Vox 2007)

Evisceración: salida al exterior de los órganos abdominales provocada por la desunión de una herida operatoria. (Vox 2007)

Epitelización: crecimiento del epitelio para revestir una herida. (Vox 2007)

2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.3.1. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo y gérmenes cultivados se relacionan con la prevalencia de heridas abiertas de la pared abdominal en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo.

2.3.2. VARIABLES

➤ Variables Independientes

Factores de riesgo y gérmenes cultivados en las heridas de pacientes atendidos en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo.

➤ Variables Dependientes

Herida abierta en la pared abdominal

2.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORIAS	INDICADORES	TECNICAS INSTRUMENTOS
VARIABLES INDEPENDIENTES				
Factores de riesgo y gérmenes cultivados en las heridas de los pacientes atendidos en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo.	Toda circunstancia que aumenta las probabilidades de contraer una enfermedad, en los pacientes con heridas agudas y/o crónicas.	Edad	15 a 25 26 a 35 36 a 45 46 a 55 56 a 65 >a 66	Documental Formulario de recolección de datos.
		Sexo	Masculino Femenino	
		Mortalidad	SI NO	
		Factores de Riesgo	HTA Diabetes Obesidad Pacientes inmunodeprimidos Otros	
		Gérmenes cultivados	*Grampositivo: S. aureus, Enterococos. *Gramnegativos: Escherichia coli, Pseudomona aeruginosa *Otros gérmenes	
VARIABLES DEPENDIENTES				
Herida abierta en la pared abdominal	Pérdida de continuidad de la piel luego del acto quirúrgico.	Diagnóstico quirúrgico	Apendicitis Complicada Peritonitis Trauma Abdominal Abdomen Obstructivo Otras:(Colecistitis, Carcinomas)	Documental Formulario de recolección de datos.
		Número de intervenciones.	1 a 2 3 a 4 5 a 6 >a 6	
		Tiempo de seguimiento	15 – 30 días 31 – 44 45 – 60 61 – 74 75 – 80 >81 días	
		Técnica de manejo de la herida	Funda de Bogotá Vacuum Pack ; Otros	
		Cierre secundario	Aponeurosis Piel.	
		Complicaciones	Abscesos Fístula. Hernia incisional	

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva de una serie de pacientes que presentaron heridas abiertas de pared abdominal luego de intervenciones quirúrgicas, en el período de enero a diciembre del 2012, datos que fueron obtenidos de los registros de los pacientes atendidos en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo, posteriormente se realizó una revisión de los expedientes extrayendo datos de la técnica utilizada, patología encontrada, días de seguimiento, el cierre definitivo de la pared abdominal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo compuesta por 50 pacientes que presentaron heridas abiertas de la pared abdominal y que fueron atendidos en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo durante el período Enero a Diciembre del 2012

3.2.2. MUESTRA

Se trabajó con todos los casos presentados por tratarse de una población menor de 100 elementos.

Criterios de inclusión

Pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Cirugía General del Hospital Eugenio Espejo y que posteriormente fueron referidos a la Clínica de Heridas de esta casa de salud, durante el período de Enero a diciembre del 2012

Criterios de exclusión.

Se excluyeron de este estudio los pacientes que fueron atendidos por infección localizados en otras regiones del organismo atendidos en la Clínica de heridas del Hospital Eugenio Espejo.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada en este estudio es Documental basada en el análisis de contenidos bibliográficos, lecturas científicas y revisión de Historias clínicas de los pacientes incluidos en la población.

El instrumento utilizado fue un Formulario de Recolección de datos en función de las historias clínicas de los pacientes con heridas abiertas de la pared abdominal.

Una vez aplicado este formulario y elaborada la base de datos se aplicó las pruebas estadísticas, para su posterior análisis, interpretación y presentación.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Posteriormente se realizó la tabulación de los datos mediante una estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencia de cada una de las variables evaluadas, utilizando medios analíticos y estadísticos para demostrar los resultados a través de tablas y gráficos en el programa Epi info y Microsoft Excel 2010. Finalmente se realizó un análisis crítico de los resultados.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Al terminar este estudio investigativo se presenta en tablas y gráficos los resultados obtenidos.

4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA 1

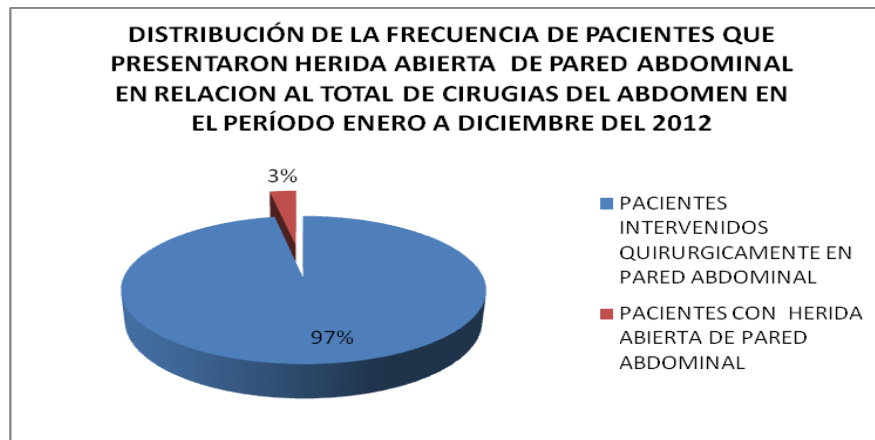
DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON HERIDA ABIERTA DE PARED ABDOMINAL EN RELACION AL TOTAL DE CIRUGIAS DEL ABDOMEN EN EL PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012

PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE EN PARED ABDOMINAL	1682	97%
PACIENTES CON HERIDA ABIERTA DE PARED ABDOMINAL	50	3%
TOTAL	1682	100%

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 1



FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

En la tabla y gráfico 1 se observa que durante el período enero a diciembre del 2012 fueron intervenidos quirúrgicamente por patologías de la pared abdominal 1682 pacientes de los cuales 50 pacientes presentaron herida abierta de la pared abdominal y se trataron en la Clínica de Heridas, de forma ambulatoria la mayor parte.

TABLA 2

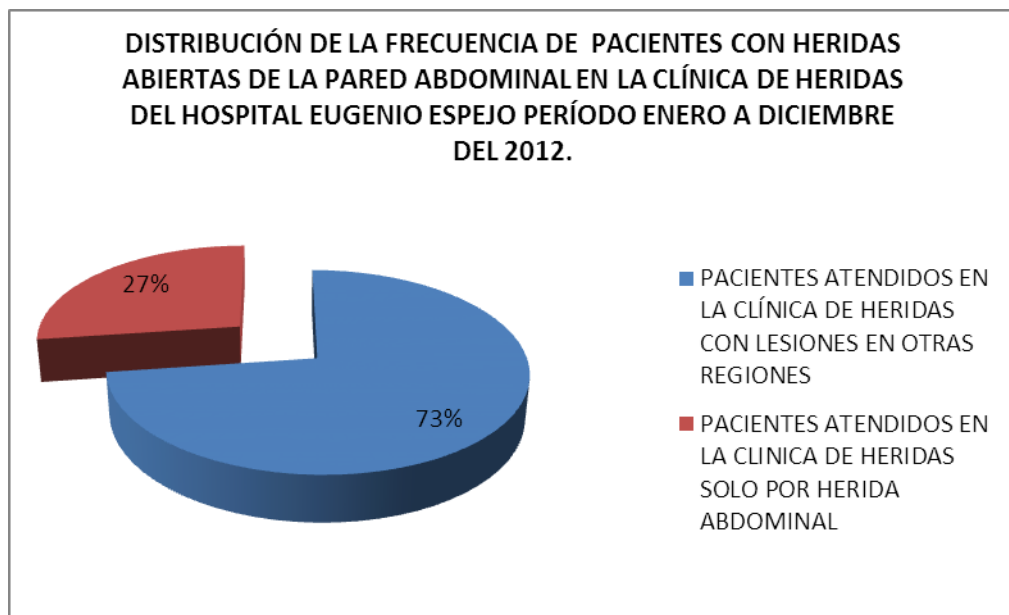
DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PACIENTES CON HERIDAS ABIERTAS DE LA PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE HERIDAS CON LESIONES EN OTRAS REGIONES	134	73%
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE HERIDAS SOLO POR HERIDA ABDOMINAL	50	27%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 2










FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

En cuanto a la distribución de pacientes que fueron atendidos en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo solo un menor porcentaje corresponden a heridas abiertas de la pared abdominal en relación al total de pacientes atendidos en el año 2012.

TABLA 3

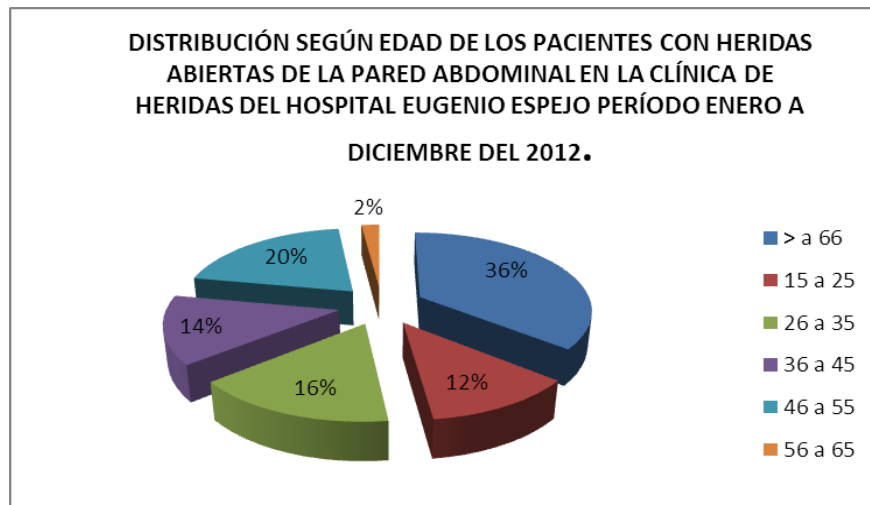
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LOS PACIENTES CON HERIDAS ABIERTAS DE LA PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
> A 66	18	34,0%	
15 A 25	6	12,0%	
26 A 35	8	16,0%	
36 A 45	7	14,0%	
46 A 55	10	20,0%	
56 A 65	1	2,0%	
TOTAL	50	100,0%	

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 3






FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

En base a la distribución por edad de los pacientes se observa que hay predominio de las heridas abiertas de la pared abdominal en pacientes que cursan la sexta década de la vida.

TABLA 4

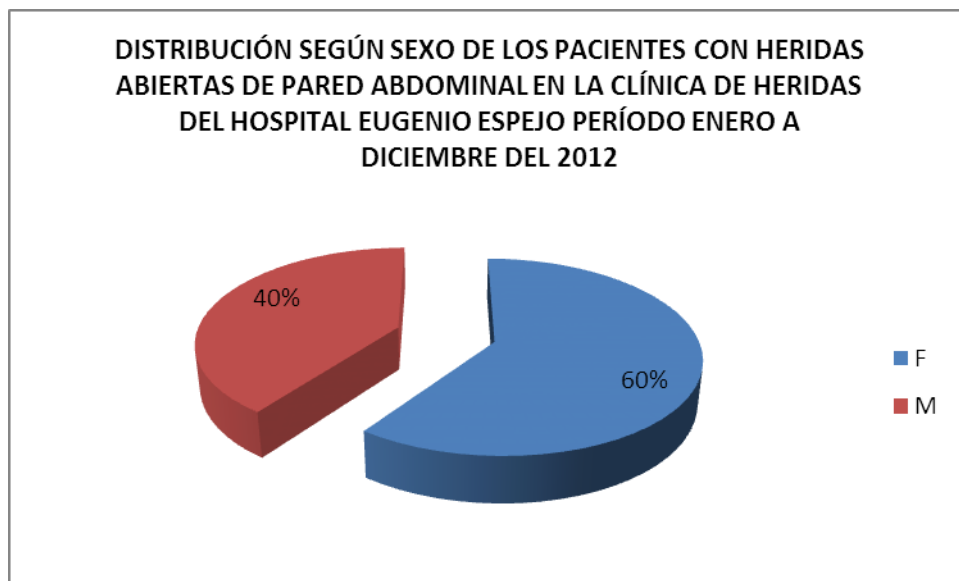
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON HERIDAS ABIERTAS DE PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
F	30	60,0%	
M	20	40,0%	
TOTAL	50	100,0%	

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 4



FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

Con respecto a la distribución por sexo de los pacientes en los que presentaron herida abierta de la pared abdominal se determinó que el mayor predominio fue para el sexo femenino.

TABLA 5

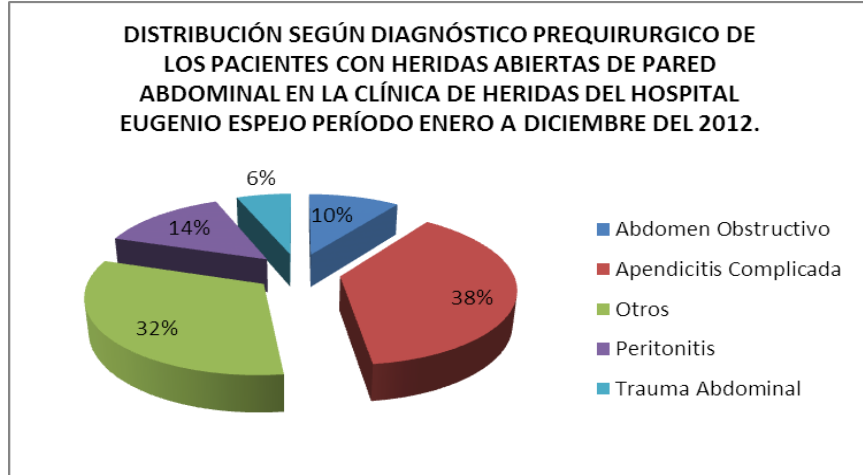
DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO PREQUIRURGICO DE LOS PACIENTES CON HERIDAS ABIERTAS DE PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

DIAGNÓSTICO PREQUIRURGICO	Frecuencia	Porcentaje	
Abdomen Obstructivo	5	10,0%	■
Apendicitis Complicada	19	38,0%	■
Otros	16	32,0%	■
Peritonitis	7	14,0%	■
Trauma Abdominal	3	6,0%	■
Total	50	100,0%	

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 5







FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

En relación al diagnóstico prequirúrgico previo a las intervenciones de la pared abdominal y que posteriormente generaron herida abierta, se observa que el diagnóstico fue la Apendicitis Complicada, llama la atención que siendo el Trauma Abdominal una patología muy frecuentes ¿será que las heridas se infectan menos?.

TABLA 6

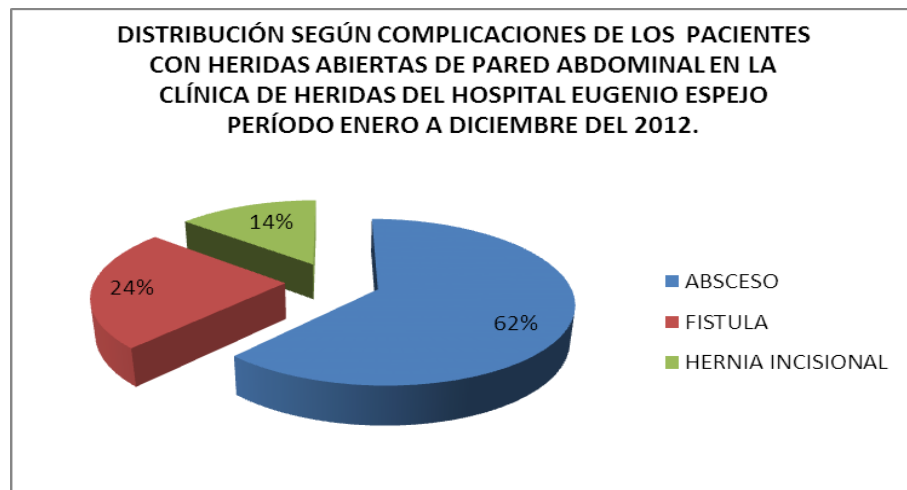
DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES CON HERIDAS ABIERTAS DE PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
ABSCESO	31	62,0%	
FISTULA	12	24,0%	
HERNIA INCISIONAL	7	14,0%	
TOTAL	50	100,0%	

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 6










FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

En relación a las complicaciones que se generó a partir de las heridas abiertas de la pared abdominal, se observa que un mayor porcentaje se acompañó de abscesos de la pared y solo se registran pocas hernias incisionales, a pesar de que todos los pacientes progresaron al cierre de la pared por segunda intención.

TABLA 7

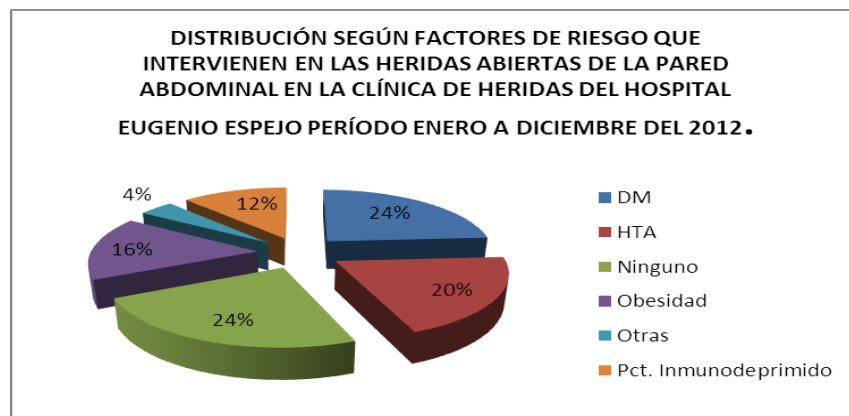
DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN LAS HERIDAS ABIERTAS DE LA PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
DM	12	24,0%	
HTA	10	20,0%	
NINGUNO	12	24,0%	
OBESIDAD	8	16,0%	
OTRAS	2	4,0%	
PCT. INMUNODEPRIMIDO	6	12,0%	
TOTAL	50	100,0%	

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 7



FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

Acerca de los factores de riesgo se presentó una mayor frecuencia de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, que tienen relación con el grupo de edad mayormente afectado.

TABLA 8

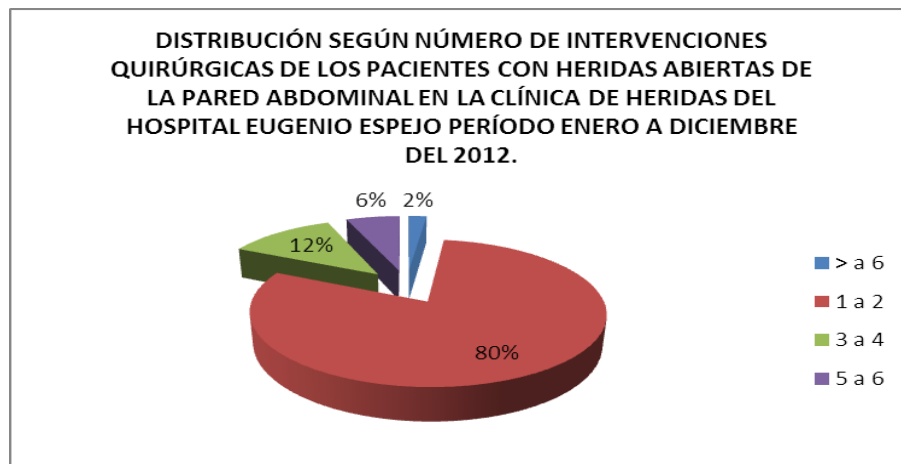
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE LOS PACIENTES CON HERIDAS ABIERTAS DE LA PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

NÚMERO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
> A 6	1	2,0%	
1 A 2	40	80,0%	████████████████████
3 A 4	6	12,0%	██
5 A 6	3	6,0%	█
TOTAL	50	100,0%	████████████████████

FUENTE: Estadística del HEE

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 8









FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

En base al número de intervenciones quirúrgicas en los pacientes con heridas abiertas de la pared abdominal, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes solo se intervino 1 o 2 veces, sin embargo la recuperación fue larga y tratada ambulatoriamente.

TABLA 9

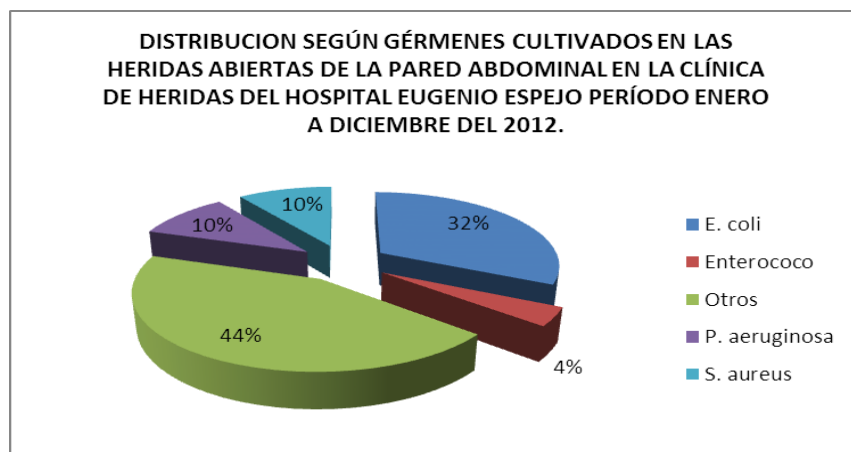
DISTRIBUCION SEGÚN GÉRMENES CULTIVADOS EN LAS HERIDAS ABIERTAS DE LA PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

GÉRMENES CULTIVADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
E. COLI	16	32,0%	
ENTEROCOCO	2	4,0%	
OTROS	22	44,0%	
P. AERUGINOSA	5	10,0%	
S. AUREUS	5	10,0%	
TOTAL	50	100,0%	

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 9



FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

En cuanto a los gérmenes más frecuentemente cultivados en las heridas abiertas de la pared abdominal se encontró a la Escherichia coli, pero en conjunto el grupo de otras bacterias como Estreptococos, Neumococos, Proteus mirabilis, bacteroides frágiles, se presentaron en mayor porcentaje, lo que da a conocer que notablemente el origen de las infecciones dependerá de factores de riesgo individuales.

TABLA 10

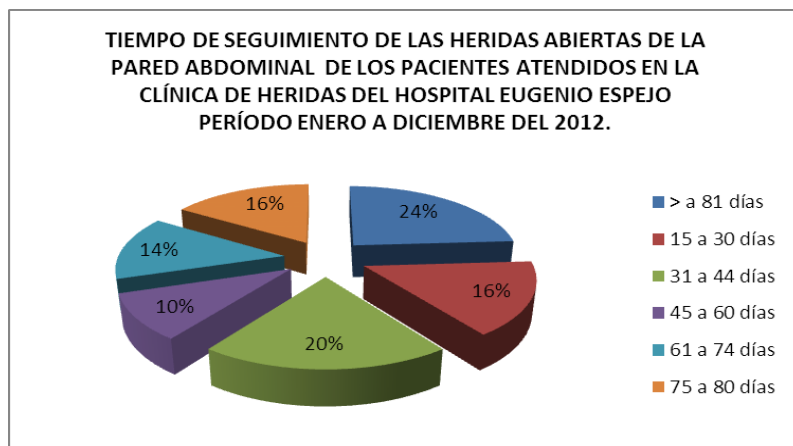
TIEMPO DE SEGUIMIENTO DE LAS HERIDAS ABIERTAS DE LA PARED ABDOMINAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

TIEMPO DE SEGUIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
> A 81 DÍAS	12	24,0%	
15 A 30 DÍAS	8	16,0%	
31 A 44 DÍAS	10	20,0%	
45 A 60 DÍAS	5	10,0%	
61 A 74 DÍAS	7	14,0%	
75 A 80 DÍAS	8	16,0%	
TOTAL	50	100,0%	

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 10







FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

El análisis del tiempo de seguimiento de los pacientes con heridas abiertas de la pared abdominal permite observar el impacto que produce esta complicación en la recuperación de la salud y en la reintegración a la vida cotidiana ya que una gran parte de este grupo de pacientes acude a la clínica de heridas por más de 2 meses.

TABLA 11

DISTRIBUCION SEGÚN LA TÉCNICA DE MANEJO DE LA HERIDA EN LOS PACIENTES CON HERIDAS ABIERTAS DE PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

TÉCNICA DE MANEJO DE LA HERIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
FUNDA DE BOGOTA	2	4,0%	
OTROS	38	76,0%	
VACUMM PACK	10	20,0%	
TOTAL	50	100,0%	

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 11



FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

En la tabla y gráfico 11 se observa que la Técnica de manejo de la herida en la mayor parte de pacientes estudiados son manejados con curaciones simples y avanzadas, un alto porcentaje fue tratado con la técnica de Vacumm Pack casero elaborado por los residentes de cirugía, al igual que pocos casos tratados con Funda de Bogotá que fueron manejados por la Clínica de heridas pero estos pacientes generalmente se encontraban hospitalizados.

TABLA 12

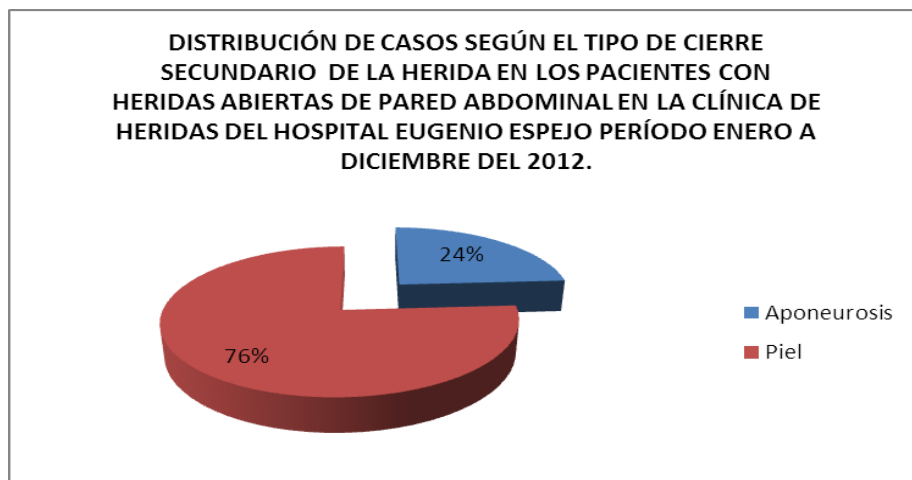
DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN EL TIPO DE CIERRE SECUNDARIO DE LA HERIDA EN LOS PACIENTES CON HERIDAS ABIERTAS DE PARED ABDOMINAL EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

CIERRE SECUNDARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
APONEUROSIS	12	24,0%	
PIEL	38	76,0%	
TOTAL	50	100,0%	

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 12






FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

Sobre el cierre secundario de la herida abierta de pared abdominal el mayor porcentaje se realizó en la piel seguida en menor porcentaje por la aponeurosis. Una vez superada la infección se procedió a cubrir secundariamente la herida de la pared abdominal, observándose que apenas el 24% de pacientes se beneficiaron de una adecuada cobertura que incluye la aponeurosis. Es decir aquellos en los que solo se cerró la piel es de suponerse que presentaron hernia incisional como secuela.

TABLA 13

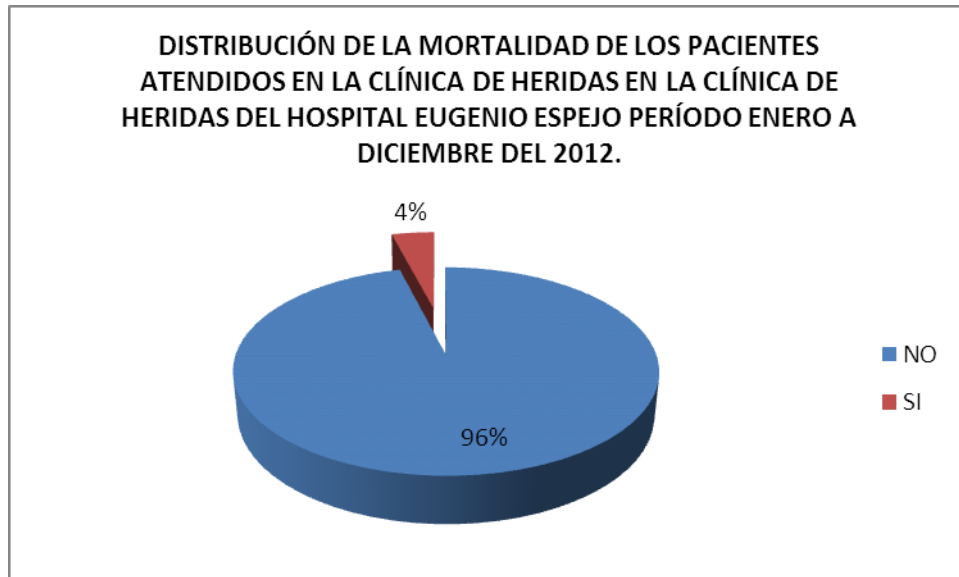
DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE HERIDAS EN LA CLÍNICA DE HERIDAS DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2012.

MORTALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
NO	48	96,0%	
SI	2	4,0%	
TOTAL	50	100,0%	

FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

GRÁFICO 13



FUENTE: Estadística del HEE.

ELABORADO POR: Fabiola Pilataxi; Rosa Simaliza.

En la Mortalidad se observó que del total de la población estudiada solo un pequeño porcentaje falleció debido a las complicaciones adicionales que se generaron a causa de esta infección.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al termino del presente estudio se informa que la infección de heridas abiertas de la pared abdominal luego de procedimiento quirúrgicos se producen con una frecuencia del 3% de un total de 1682 pacientes intervenidos por patologías abdominales, similar a otros estudios realizados en la CDC (Centro de Prevención y control de Enfermedades) de Atlanta los cuales mencionan un 5% de prevalencia de los pacientes egresados de todos los hospitales del mundo. (Soto 2007)

La edad más frecuente de presentación de las heridas abiertas de pared abdominal corresponde a los adultos a partir de los 46 a 66 años, es decir un 48% de un total de 50 pacientes estudiados, teniendo relación con estudios realizados por Mead y col los cuales han señalado que la edad de presentación predomina en mayores de 50 años de un total de 8747 pacientes que representa un 2.8% (Chalita 2000)

El sexo femenino en la presente investigación fue el más afectado en las heridas abiertas de la pared abdominal; esto concuerda con los reportes de varios estudios en que el sexo femenino es más frecuentemente intervenido por patologías abdominales, a pesar de que en este estudio no se encontró pacientes cesareados como sucede en el estudio postulado por Cruz en el que la mayor parte de Cesáreas con incisión en la línea media se manejan con heridas abiertas y la incidencia de infección de la herida quirúrgica después de cesárea fue de 3 a 15%. (Cruz 2013)

En los reportes obtenidos podemos observar que las heridas abiertas de pared abdominal predominan tras intervenciones de Apendicitis complicada con 38% y la Peritonitis con un 14%, dejando una menor frecuencia luego de una intervención por traumatismo abdominal con un 6%, a diferencia de datos reportados en otro estudio en el que el

predominio de heridas abiertas de 69, 64% fue luego de traumatismos abdominales, lo que podría deberse a un aumento de los accidente de tránsito según ellos. (Lovesio 2006)

La presencia de factores de riesgo como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial que presentan la mayor parte de estos pacientes con un 44% concuerda con los datos obtenidos en otros estudios ya que estos factores implican la dificultad de la cicatrización adecuada de las heridas abiertas, además al mencionar la obesidad como otro factor de riesgo Cruse y Foord encontraron en su estudio de 18,000 pacientes obesos una tasa de 13.5 % de riesgo de infección. (Mizell 2012)

Al hablar de la técnica de manejo de las heridas abiertas de la pared abdominal, se observó un predominio de manejo según el grado de complicación, es así que el 76% de pacientes recibieron curaciones simples y avanzadas con apósitos de tercera generación, el uso de Vacumm Pack casero fue del 20% , este estudio no permite evaluar la calidad de las técnicas utilizadas en el manejo de las heridas abiertas en concordancia con varias revisiones sistemáticas que han tratado de evaluar la eficacia de la terapia de heridas con presión negativa (TPN), pero ninguno ha llegado a conclusiones. (Gestring 2009)

Con respecto a las complicaciones concomitantes la presencia de infección de las heridas abiertas de la pared abdominal predominó en la población con un 56% de los casos, hallazgo que concuerda con los datos reportados por la OMS como complicación frecuente de morbilidad y mortalidad en un porcentaje de 2.9% de cada 100 egresados. (Soto 2008)

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La prevalencia de heridas abiertas de la pared abdominal en la Clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo en el período Enero a Diciembre del 2012 fue del 3%(50) del total de pacientes operados del abdomen entre las cuales se registraron pacientes hospitalizados y ambulatorios observándose que de este pequeño porcentaje solo se constituyen apenas el 27% del total de heridas abiertas tratadas en este proceso, registrándose como complicación en un 14% hernias incisionales, además este conocimiento de que finalmente el cierre secundario que comprende solo la piel fue del 76% de los pacientes estudiados, permite sospechar que estos pacientes a futuro aumentarán el porcentaje de hernia incisional como secuela del manejo con herida abierta.
- Al término de esta investigación se confirmó la hipótesis planteada ya que los factores de riesgo como la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (44%) y los gérmenes cultivados más frecuentes en el 100% del universo estudiado tuvieron infección provocada por varios tipos de bacterias con predominio de E. coli, influyendo en las heridas abiertas de la pared abdominal.
- En cuanto al diagnóstico prequirúrgico podemos concluir que la Apendicitis Complicada y la Peritonitis fueron los diagnósticos que predominaron, sin embargo llama la atención que siendo el trauma abdominal una patología muy frecuente sus heridas se infectan menos.

- Del total de la población estudiada, la edad más frecuente que presento herida abierta de la pared abdominal lo constituyeron los pacientes que cursaron la sexta década de la vida.
- La población femenina fue la mayormente afectada por esta complicación.
- La mayor complicación asociada fue el absceso de la pared seguidos de fístulas y hernia incisional.
- La mayor parte de pacientes estudiados fueron manejados con curaciones simples y avanzadas, pero un alto porcentaje fue tratado con la técnica de Vacumm Pack casero elaborado por los residentes de cirugía, al igual que pocos casos tratados con Funda de Bogotá que fueron manejados por la Clínica de heridas pero estos pacientes generalmente se encontraban hospitalizados.
- La mortalidad de los pacientes atendidos en la Clínica de Heridas fue del 4%.

RECOMENDACIONES

Basados en los datos obtenidos en este estudio se recomienda:

- Impulsar el sostenimiento de la clínica de heridas como apoyo para el manejo de pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- Realizar un seguimiento de los pacientes que presentaron herida abierta de la pared abdominal en el año 2012 para identificar el impacto en la recuperación de la salud.

BIBLIOGRAFIA:

INTERNET

BUSCADOR: GOOGLE

DIRECCIONES:

1. Andrade y Cols. (2004). *Curación avanzada de heridas*.
Recuperado de <http://www.revistacirugia.cl/PDF%20Cirujanos%202004>.
2. Anpemo. (2012). *Cuidados con La Herida*.
Recuperado de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Cuidados-Con-La-Herida.html>
3. Arias. P. Casa. (2001) *Generalidades Médico-Quirúrgicas*.
4. Barker D. Brock W.B. Burns R.P (1995) *Temporary closure of open abdominal wounds: the vacuum-pack*.
Recuperado de <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=47671>.
5. Becerra. Rbiano M.: (2009) *Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto*.
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35826/37094>.
6. Borraez A. M.D.(2008). *Abdomen abierto: la herida más desafiante*.
Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v23n4/v23n4a4.pdf>.
www.encolombia.com/medicina/cirugía/.../Abdomenabierto.htm

7. Carvajal S. Cavallieri. Uribe. (2001). *Traumatismo abdominal la Primera Hora*.
Recuperado de <http://rincondelvago.com/traumatismo-abdominal> .
8. Chalita. A.- Manzur, Hermosillo. S. (2000) *Índice pronóstico en infección de heridas y sepsis abdominal*.
Recuperado de <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/pdf/90225295/S300/>
9. Cruz A. (2013) *Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público*.
Recuperado de <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/download/142771/143891>
10. Guillermo M. Carriquiry (2001). *Empiema* - Sitio Médico Uruguay.
Recuperado de <http://www.sitiomedico.org/artnac/2001/02/09.htm>
11. Díaz S. (2007). *Infección de la herida quirúrgica. Aspectos epidemiológicos*.
Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol36_2_07/mil08207.htm.
12. Fabres (2008). *Prevención de infecciones del sitio quirúrgico*.
Recuperado de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/enfquirurgicas>. de
13. Ferraris V.A. Hinsdale J.G. (1983). *Exploratory laparomy for potential abdominal sepsis in patients with Multiple-Organ*.
Recuperado de <http://www.tratado.uninet.edu/c0306b.html>
14. Flores M.I. (2006). *Manejo avanzado de heridas. Clínica de Manejo Avanzado de Heridas*.
Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view>.
15. González O. Velazquez R. (2005). *Peritonitis secundaria. Unidad de Investigación Médica*.
Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034>.

16. Gestring, Capobianco C.M, Zgonis T. (2009). *Una visión general de la terapia de heridas con presión negativa para las extremidades inferiores*.
Recuperado de <http://www.clinical-evidence.com> evidence of its superiority over conventional wound dressing techniques for all wound types has not been proven.
17. Geraldo MSI, Cunha EVH. (2009). *Experiencia en el cuidado de enfermería: herida*.
Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a11.pdf>.
18. Huamán M.(2008). *Peritonitis - Sistema de Bibliotecas de la UNMSM*.
Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/.../tomo.../cap_12_peritonitis.htm
19. Lovesio C. (2006) *Traumatismo de abdomen – intramed*.
Recuperado de http://www.intramed.net/sitios/libro_virtual3/pdf/5_7.pdf
20. Mangram, MD (1999). *Guideline for Prevention of Surgical Site Infection*.
Recuperado de <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/SSIguidelines.pdf>.
21. Mizell S, MD, Facsen. (2012). *"Principios de cierre de la pared abdominal" y "Las incisiones para la cirugía abdominal abierta"*.
Recuperado de <http://www.uptodate.com/.../incisions-for-open-abdominal...>
22. Moncaleano. P. (2001). *Clínica de Heridas*.
Recuperado de <http://www.hospitaluniversitarioneiva.com.co/dotnetnuke/Servicios/ProgramasEspeciales/Clinicadeheridas/tabid/161/language/es-CO/Default.aspx>
23. Moffatt C. (2008). *Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral*.
Recuperado de http://www.woundsinternational.com/pdf/content_9886.pdf
24. Mughal M.M, Bancewicz J, Irving M.H. (1986) *Laparostomy: A technique for the management of intractable intraabdominal sepsis*.
Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?db...uid...>

25. Muñoz A. (2001). *Manual de Protocolos y Procedimientos en el Cuidado de las Heridas*.

Recuperado de <http://www.madrid.org/.../Satellite?...filename%3D>.

26. Navarro P.A, Suárez M.A, Bondia J.A. (1988). *Traumatismos abdominales. Tratado de patología quirúrgica. La Habana*.

Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol41_2_02/cir07202.htm

27. Peñalolén 2011. Manual de normas técnicas y procedimientos.

Recuperado de [http://www.enfermeriajw.cl/pdf/Manual de normas técnicas y procedimientos CESFAM 2011.pdf](http://www.enfermeriajw.cl/pdf/Manual%20de%20normas%20técnicas%20y%20procedimientos%20CESFAM%202011.pdf)

28. Puma L. (2011). *Concepto de heridas*.

Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/76321856/Concepto-de-Heridas-y-Mencione-Sus-Complicaciones>

29. Phillips L. Saunders WB (2003). *Wound Healing. Clinics in Plastic Surgery Philadelphia*.

Recuperado de http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/.../Neo.../2_cica_normal.pdf

30. Rodríguez A. (2010).

Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol>

31. Rondón J. (2002). *Traumas abdominales. Experiencia en un Servicio de Cirugía General Hospital General Provincial Docente "Carlos Manuel de Céspedes" Bayamo, Granma*.

Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol41_2_02/cir07202.htm

32. Salem C. Z, Pérez P, Henning L, Uherek P, Schultz O. (2000). Heridas. Conceptos generales. Recuperado de <http://www.mingaonline.uach.cl/scielo>.

33. Sanchez (2002) *Manual-guia-medico-quirurgico-por-competencias.pdf*.
Recuperado de <http://esspcsemestre1.files.wordpress.com/2012/09/>
34. Santalla, M.S López-Criado, M.D. Ruiz, J. Fernández-Parra, J.L. Gallo y F. Granada. () *Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento*.
Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/cirugia/docs/caso3-2.pdf>
35. Soler V. (2008). *Lesiones Traumáticas Abdominales*.
Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/primera_parte.pdf.
36. Villamizar B. M.D (2004) . *Gastroenterología quirúrgica pediátrica. Apendicitis aguda*.
Recuperado de <http://www..sccp.org.co/plantilas/Libro%20SCCP/.../apendicitis/apendicitis.htm>
37. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L.
38. Revista Avances - Facultad de Enfermería - Universidad Nacional de Bogota (2009). *Experiencia en el cuidado de enfermería: herida de abdomen abierto en el adulto*.
Recuperado de <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/.../revistaAvancesenferm>

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Análisis de la prevalencia de heridas abiertas de la pared abdominal en la clínica de Heridas del Hospital Eugenio Espejo período enero a diciembre 2012

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: N; de HCL:

➤ Edad

15 a 25	
26 a 35	
36 a 45	
46 a 55	
56 a 65	
>a 66	

➤ Sexo:

M	F

➤ Factores de Riesgo

HTA	
Diabetes	
Obesidad	
Pacientes inmunodeprimidos	
Otros	
Ninguno	

➤ Gérmenes cultivados

Grampositivo:		Gramnegativos:		Otros Gérmenes
S. aureus		Escherichia coli		
Enterococos		Pseudomona aeruginosa		

➤ Diagnóstico prequirúrgico

Trauma Abdominal	
Peritonitis	
Apendicitis complicada	
Abdomen Obstructivo	
Otros	

➤ Complicaciones

Fístula	Hernia Incisional	Absceso
SI	SI	SI
NO	NO	NO

➤ Tiempo de seguimiento

15 – 30 días	
31 – 44 días	
45 – 60 días	
61 – 74 días	
75– 80 días	
>81 días	

➤ Técnica de manejo de la herida

Funda de Bogotá	Vacuum Pack.	Otros
SI	SI	
NO	NO	

➤ Cierre secundario

Aponeurosis	Piel
SI	SI
NO	NO

➤ Mortalidad

- Si
- No