



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático tratados quirúrgicamente en el servicio de emergencias del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023.

AUTORES:

**Andrade Córdova, Arianna Guadalupe
Chiriboga Loayza, Mauricio Alexander**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Espinoza Godoy, Alessandri Rafael

**Guayaquil, Ecuador
12 de mayo del 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Andrade Córdova, Arianna Guadalupe y Chiriboga Loayza, Mauricio Alexander**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____

Dr. Espinoza Godoy, Alessandri Rafael

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez

Guayaquil, 12 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Andrade Córdova, Arianna Guadalupe**
Chiriboga Loayza, Mauricio Alexander

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático tratados quirúrgicamente en El servicio de emergencias del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 12 de mayo del 2024

AUTORES



**Arianna Guadalupe
Andrade Cordova**



f. _____

Andrade Córdova, Arianna Guadalupe



**Mauricio Alexander
Chiriboga Loayza**



f. _____

Chiriboga Loayza, Mauricio Alexander



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Andrade Córdova, Arianna Guadalupe**
Chiriboga Loayza, Mauricio Alexander

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático tratados quirúrgicamente en El servicio de emergencias del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 12 de mayo del 2024

AUTORES



**Arianna Guadalupe
Andrade Cordova**



f. _____

Andrade Córdova, Arianna Guadalupe



**Mauricio Alexander
Chiriboga Loayza**



f. _____

Chiriboga Loayza, Mauricio Alexander



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

REPORTE COMPILATIO

TT ANDRADE CHIRIBOGA P74

4%
Textos sospechosos

< 1%
Similitudes
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas
3% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: TT ANDRADE CHIRIBOGA P74.txt
ID del documento: fe79a86fc3245f9a15617a30722dac88dfba8c30
Tamaño del documento original: 28,82 kB

Depositante: ARIANNA ANDRADE CORDOVA
Fecha de depósito: 5/5/2025
Tipo de carga: interfase
fecha de fin de análisis: 5/5/2025

Número de palabras: 4313
Número de caracteres: 28.832

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes
1	dspace.unach.edu.ec http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8048/1/5.-TESIS_SRTAS_CELLERI_Y_SALGUERO-MED.pdf	
2	ve.scielo.org INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA I, HOSPITAL DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO. 2019-2021. E... https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50378-64202021000200039 1 fuente similar	

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes
1	www.redalyc.org Selección de afecciones gastroenterológicas en la CIE-10 https://www.redalyc.org/pdf/3729/372937711003.pdf	
2	dspace.unach.edu.ec http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/9865/1/Vallejo_Cevallos,_P(2022)Caracterización_de_las_complicaciones_de_las_hernioplastias_inguinal_convencional_VS_laparoscópicas.pdf	
3	sociedadvenezolanadecirugia.com https://sociedadvenezolanadecirugia.com/wp-content/uploads/2019/09/Manual-Infecciones-Quirúrgicas.pdf	
4	revistasanitariadeinvestigacion.com Exploración de la incidencia y los factores de riesgo de las infecciones del sitio quirúrgico. Estrategias para la p... https://revistasanitariadeinvestigacion.com/exploracion-de-la-incidencia-y-los-factores-de-riesgo-de-las-infecciones-del-sitio-quirurgico-estrategias-para-la-prevencion-y-el-tr...	
5	iris.who.int https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344916/9789240015951-spa.pdf?sequence=1	

TUTOR (A)

f. _____

Dr. Espinoza Godoy, Alessandri Rafael

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, le agradezco a Dios por ser mi refugio en los días de cansancio, de dudas y de silencio.

A mis queridos padres, Iván y Jessica, por su amor incondicional, el apoyo constante y sobre todo por enseñarme el valor de la perseverancia.

A mi abuelita, mi pilar de vida, su presencia y sus oraciones me acompañaron más de lo que imagina.

A mi tía por escucharme sin juzgar y por celebrar cada pequeño avance como si fuera un gran triunfo.

A mis hermanos, gracias por su compañía y todas las risas. Su apoyo ha sido un sostén silencioso pero inmenso durante todo este camino.

A mis niños perrunos, Mateo y Thomasito, esos compañeros leales que, sin decir una sola palabra, supieron estar cuando más los necesitaba. Su compañía me dio paz y su cariño me dio fuerza.

A mis mejores amigos de la carrera, Fátima, Vannia, Allison, Doménica, Mauricio y Holger con quienes compartí muchas historias. Gracias por su amistad, por las risas en medio del caos y por hacer de esta experiencia algo mucho más llevadero y valioso. Por demostrarme su apoyo y estar orgullosos de cada una de las cosas que he ido logrando.

A mis compañeras de internado, Gabriela y Yhami, con quienes desde el primer día viví uno de los desafíos más intensos de esta etapa. Gracias por el compañerismo, por los turnos compartidos, y por hacer de esa experiencia una aventura llena de aprendizaje y crecimiento.

A todos los que, de alguna manera, estuvieron presentes en este proceso: ¡muchas gracias!

Arianna Guadalupe Andrade Córdova

AGRADECIMIENTO

Este trabajo representa el cierre de una etapa importante en mi vida, y no podría haberlo alcanzado sin el apoyo, el cariño y la presencia de personas que dejaron una huella imborrable en mi camino. A cada uno de ustedes, gracias por acompañarme en este proceso, por ser luz en los días difíciles y por celebrar conmigo cada pequeño logro.

Kennys Rojas, gracias por ser una compañera incondicional. Tu presencia ha sido un refugio, un espacio de sinceridad y apoyo genuino. Siempre estuviste dispuesta a escucharme, a darme palabras de ánimo y a recordarme mi fortaleza cuando más lo necesitaba. Agradezco profundamente tu presencia constante y tu corazón generoso.

Ñaño William, por ser un ejemplo de esfuerzo y responsabilidad. Gracias por tu apoyo constante, tus palabras de aliento y por estar siempre dispuesto a ayudarme en lo que necesité. Tu presencia, aunque a veces silenciosa, fue una fuerza firme detrás de mí en este proceso.

Laura Coello, gracias por tu alegría, tu energía y tu capacidad de hacer que incluso los momentos más tensos se llenaran de luz. Tu amistad me ha dado fuerza, y tu manera de ver la vida con esperanza me ha inspirado a seguir adelante con determinación.

Nathaly Espinosa, gracias por tu lealtad, tu sabiduría y por ser una voz de calma en medio del caos. Siempre supiste qué decir y cómo estar ahí, incluso en silencio. Has sido un ejemplo de constancia y apoyo, y valoro infinitamente cada conversación, cada consejo y cada gesto tuyo.

Arianna Andrade, Gracias por tu paciencia, tu sensibilidad y tu manera única de apoyarme. Tu compañía ha sido un regalo, y tu forma de ayudarme en cada momento, un recordatorio de que no estoy solo. Gracias por demostrarme que la amistad también puede ser ternura, escucha y comprensión profunda.

Ñaña Aidita, gracias por tu dulzura, tus consejos sinceros y por estar siempre pendiente de mí. Tus gestos, tu cariño y tu forma de demostrarme que creías en mí fueron fundamentales para seguir adelante.

A mi familia, gracias por ser mi base, mi hogar y mi mayor fuente de amor. Su apoyo incondicional me sostuvo en los momentos de mayor incertidumbre. Gracias por confiar en mí, por levantarme cuando caí y por celebrar cada paso que di. Este logro también es de ustedes.

A mis amigos cercanos, gracias por compartir esta travesía, por las risas, las charlas infinitas, los desahogos y la complicidad. Ustedes hicieron que el camino fuera más humano, más llevadero y mucho más valioso.

A todos ustedes, gracias por ser parte esencial de este capítulo de mi vida. Esta tesis lleva un pedazo de cada uno, y por eso, siempre tendrá un valor incalculable para mí.

Mauricio Alexander Chiriboga Loayza

DEDICATORIA

A mi familia,

por ser mi refugio, mi impulso, mi alegría en los logros y mi hogar en cada paso.

Gracias por creer siempre en mí, por demostrarme que soy su orgullo, por levantarme con amor y por enseñarme que los sueños se construyen con paciencia y valentía.

Y, sobre todo, a mi abuelito Arturo, que, aunque ya no está físicamente conmigo, sigue presente en cada pensamiento, y sé que me está cuidando día a día.

Este logro es tan mío como suyo.

Arianna Guadalupe Andrade Córdova

DEDICATORIA

A ti, Papi Arturo, que ya no estás físicamente, pero sigues presente en cada paso que doy. Tu recuerdo me ha acompañado en cada momento de esta carrera, dándome fuerza cuando sentía que ya no podía más. Esta tesis también es tuya, porque tu amor y tu ejemplo de persona viven en mí. Te extraño todos los días, y este logro es un homenaje a todo lo que sembraste en mí.

A mi Mami Ceci, la persona que más me apoyó durante toda esta etapa. Gracias por tus palabras, tus regaños, tu experiencia que me ayudaba en mí cuando no sabía qué hacer. Tu apoyo constante fue el impulso que me hizo querer terminar esta etapa. Esta meta es tan tuya como mía.

A mi Papá, por ser un apoyo firme y silencioso, por nunca soltarme la mano y ayudarme en cada momento, y cuando más necesitaba. Gracias por tu fuerza, por tus consejos y por estar ahí, siempre.

A mi Mamá, por cada conversación, por escucharme, por darme calma y claridad en los momentos difíciles. Tus palabras fueron guía y alivio.

A mi Ñaño Xavi, que fue una gran persona en esta etapa, que a pesar de que no hablamos mucho, sabía que siempre contaba con su apoyo.

A mis queridos Mami Lola y Papi Milton, por sus bendiciones constantes, por sus oraciones y su cariño incondicional. Gracias por cuidar de mí con tanto amor desde siempre.

A mi hermano Christopher, gracias por estar, por ayudarme en todo lo que necesité, por hacerme sentir que nunca estaba solo. Tu apoyo ha sido clave en este camino.

A mis perros Bolo y Sophy, por su compañía alegre y constante, por estar ahí sin decir una palabra, pero llenando todo de amor.

A ti, Gordo, mi compañero leal, que estuviste conmigo desde el primer día de esta carrera. Fuiste testigo silencioso de tantas madrugadas, de tantos desvelos, de mis momentos de alegría y también de mis caídas. No hay palabras suficientes para describir lo que significaste para mí. Aunque ya no estés a mi lado, tu ausencia sigue pesando, pero también me recuerda lo afortunado que fui de tenerte. Esta tesis también es para ti, porque me acompañaste con amor incondicional hasta donde pudiste, y aún después.

Y, por último, a mi yo de pequeño,

A ese niño curioso, soñador y a veces temeroso, que no siempre entendía el mundo, pero que nunca dejó de imaginar uno mejor. A ti, que mirabas al cielo con preguntas, que creías en los imposibles, que llorabas en silencio cuando las cosas no salían bien, pero que igual te levantabas y seguías jugando a ser grande.

Hoy te escribo desde el futuro, desde ese lugar que tantas veces soñaste alcanzar. Esta tesis es para ti, porque sin tu valentía, sin tu imaginación y sin tu deseo profundo de crecer, yo no estaría aquí. Gracias por no rendirte, por seguir soñando incluso cuando no entendías el porqué de las cosas.

Hoy te abrazo con orgullo. Todo lo que soy comenzó contigo.

Porque los verdaderos amores —humanos o de cuatro patas— dejan huellas que ni el tiempo ni la distancia pueden borrar.

Mauricio Alexander Chiriboga Loayza



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	3
1.3. OBJETIVOS.....	4
1.4. JUSTIFICACIÓN	4
CAPITULO II	6
MARCO TEORICO	6
2. GENERALIDADES DEL ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO	6
2.1 DEFINICIÓN	6
2.2 CLASIFICACION.....	6
2.3 DIAGNOSTICO	6
2.4 ABORDAJE	7
2.5 INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA	7
CAPITULO III	13
3. MATERIALES Y METODOS	13
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	13
3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS.	13
3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	13
3.4 POBLACION Y MUESTRA	13
3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	14
CAPITULO IV	15
4. RESULTADOS Y DISCUSION	15
4.1 RESULTADOS	15
4.2 DISCUSION.....	19
CAPITULO V	21
5. CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFIA.....	22

RESUMEN

Introducción: El abdomen agudo no traumático es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de emergencia, cuya etiología incluye un conjunto de patologías que, al no ser tratadas de manera oportuna, pueden comprometer la vida del paciente, requiriendo una temprana intervención quirúrgica. Las infecciones de la herida quirúrgica pueden incrementar la morbilidad y, en casos donde coexisten comorbilidades o complicaciones adicionales, también elevar el riesgo de mortalidad. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático tratados quirúrgicamente en el servicio de emergencias del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023. **Materiales y Métodos:** Se trata de un trabajo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el año 2023 en el cual se incluyó 513 pacientes. **Resultados:** la prevalencia de infección de herida quirúrgica en los pacientes con abdomen agudo no traumático es del 40,7% (209 casos). **Conclusiones:** Existe una proporción considerable de pacientes con abdomen agudo no traumático intervenidos quirúrgicamente que desarrollan infección en la herida quirúrgica.

PALABRAS CLAVES

Infección de herida quirúrgica, Abdomen agudo no traumático, Cirugía abdominal

ABSTRACT

Introduction: Non-traumatic acute abdomen is one of the main reasons for consultation in emergency services, whose etiology includes a set of pathologies that, if not treated in a timely manner, can compromise the patient's life, requiring early surgical intervention. Surgical wound infections can increase morbidity and, in cases where comorbidities or additional complications coexist, also increase the risk of mortality. **Objective:** To evaluate the prevalence of surgical wound infection in patients with non-traumatic acute abdomen treated surgically in the emergency department of Dr. Liborio Panchana Sotomayor General Hospital during the period from January to December 2023. **Materials and Methods:** This is a descriptive, observational, cross-sectional and retrospective study, at Dr. Liborio Panchana Sotomayor General Hospital during 2023 in which 513 patients were included. **Results:** The prevalence of surgical wound infection in patients with non-traumatic acute abdomen is 40.7% (209 cases). **Conclusions:** A considerable proportion of patients with non-traumatic acute abdomen undergoing surgery develop surgical wound infection.

KEY WORDS

Surgical wound infection, non-traumatic acute abdomen, Abdominal surgery.

INTRODUCCION

El abdomen agudo no traumático es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de emergencia, cuya etiología incluye un conjunto de patologías que, al no ser tratadas de manera oportuna, pueden comprometer la vida del paciente, requiriendo una temprana intervención quirúrgica. No obstante, posterior a la cirugía de emergencia, se ha evidenciado que las infecciones de heridas quirúrgicas se catalogan como las complicaciones postoperatorias tempranas más frecuentes, que impactan significativamente en los desenlaces clínicos como la duración de la hospitalización y los costos asociados a la atención médica (1-3).

Las infecciones de la herida quirúrgica pueden incrementar la morbilidad y, en casos donde coexisten comorbilidades o complicaciones adicionales, también elevar el riesgo de mortalidad. Esto resalta la necesidad de una prevención eficaz y un manejo oportuno en el contexto quirúrgico (2,5). La Sociedad Americana de Cirujanos estima 2 al 5 % de infección de sitio quirúrgico global, sin embargo, la incidencia es mayor en las cirugías abdominales en comparación a otro tipo de cirugías; se reporta una incidencia de 15 al 25% dependiendo del grado de contaminación (3,5,6).

La incidencia de esta complicación está relacionada con la frecuencia de casos de abdomen agudo, que según reportes es la tercera causa más frecuente por la que los pacientes acuden a emergencias y aproximadamente el 40% requiere tratamiento quirúrgico, por este motivo es importante establecer las principales complicaciones postquirúrgicas dentro de cada grupo etario, ya que estas cambian dependiendo la edad y sexo (3,5-7).

Debido a la alta morbimortalidad que se registra en estudios previos, se consideró oportuno el poder evaluar la prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático, tratados quirúrgicamente en el servicio de emergencias del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo del 2023.

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones del sitio quirúrgico son una complicación frecuente y que se asocia significativamente a una alta tasa morbilidad y mortalidad en pacientes intervenidos por abdomen agudo no traumático, que es una de las causas más comunes de ingreso quirúrgico de emergencia en las instituciones de salud de nuestro país (3,4). Este tipo de infecciones acarrear desenlaces desfavorables en los pacientes y en el sistema de salud, como una prolongada estancia hospitalaria, que aumenta la morbilidad postoperatoria y elevan considerablemente los costos de atención (4,5).

A nivel nacional, aunque existen investigaciones que abordan la incidencia general de infecciones nosocomiales, los datos específicos sobre este tipo de infecciones, en procedimientos abdominales de urgencia siguen siendo limitados (4,6,7). La incidencia oscila entre el 15% al 25% según reportes internacionales, lo que evidencia la necesidad de estudiar esta problemática en el contexto ecuatoriano, donde las condiciones de infraestructura hospitalaria, prácticas quirúrgicas y control de infecciones varían entre instituciones públicas y privadas.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático tratados quirúrgicamente en El servicio de emergencias del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático tratados quirúrgicamente en El servicio de emergencias del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de infección de herida quirúrgica posterior a cirugía por abdomen agudo no traumático según el sexo de los pacientes.
- Caracterizar el perfil microbiológico de los agentes aislados en pacientes con infección de sitio quirúrgico tras cirugía por abdomen agudo no traumático.
- Relacionar la edad y el sexo con la presencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático.
- Relacionar la mortalidad de los pacientes con abdomen agudo no traumático según la presencia de infección de herida quirúrgica.
- Estimar la prevalencia de infección de herida quirúrgica según el tipo de abdomen agudo no traumático diagnosticado.

1.4. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país los servicios de salud enfrentan desafíos en cuanto a recursos, control de infecciones y vigilancia epidemiológica, estas infecciones no solo prolongan la estancia hospitalaria, sino que también incrementan significativamente el uso de antibióticos, los costos institucionales y la morbilidad asociada. Las cirugías abdominales, como las realizadas por apendicitis aguda, colecistitis o perforaciones intestinales, son particularmente vulnerables a estas complicaciones, dado el riesgo inherente de

contaminación bacteriana del tracto digestivo y la alta carga de patógenos presentes en los ambientes hospitalarios.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2. GENERALIDADES DEL ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO

2.1 DEFINICIÓN

El abdomen agudo no traumático se caracteriza por un dolor abdominal de inicio súbito y de máxima intensidad, que puede o no estar acompañado de signos de irritación peritoneal, además de compromiso hemodinámico y manifestaciones de shock, que requiere una intervención quirúrgica urgente (3,6).

2.2 CLASIFICACION

El abdomen agudo no traumático se clasifica según la etiología, que puede ser inflamatorio (apendicitis, colecistitis), obstructivo (íleo), vascular (isquemia mesentérica), o perforativo (perforación de úlcera péptica) (3,5,6).

2.3 DIAGNOSTICO

El diagnóstico del abdomen agudo no traumático se realiza por medio de una historia clínica completa, el examen físico, pruebas complementarias de laboratorio y de imagen. Los exámenes complementarios incluyen un hemograma completo, proteína C-reactiva, enzimas hepáticas, electrolitos, creatinina, glucosa, análisis de orina, lipasa y BHCG. En relación con las pruebas de imagen se considera la tomografía computarizada como de elección, debido a su sensibilidad y especificidad, pero en el contexto de un paciente con dolor en el cuadrante superior derecho, la ecografía es el método más utilizado por su rapidez y sensibilidad (3,5-8).

2.4 ABORDAJE

El abordaje de los pacientes que ingresan a los servicios de emergencia por un abdomen agudo no traumático es en su mayoría quirúrgico. La intervención quirúrgica o la exploración laparoscópica se puede necesitar para la confirmación del diagnóstico y dar tratamiento a la causa subyacente. No obstante, se debe de estabilizar al paciente con los siguientes pasos (5,6,8,9):

- Reanimación hídrica: Uno de los pilares para la estabilización e intervención del paciente que acude por un cuadro de abdomen agudo es la resucitación mediante la administración de líquidos intravenosos, que corrigen y previenen la hipotensión y desordenes electrolíticos.
- Analgesia: El manejo del dolor es fundamental en este tipo de síndrome, en el que el uso de opioides o antiinflamatorios no esteroides deben de aplicarse según el criterio del personal.
- Antibioticoterapia: En casos en donde exista sospecha de infección, como en la perforación intestinal o peritonitis, se debe de aplicar antibióticos para cubrir los microorganismos más frecuentes.
- Cirugía: El tratamiento quirúrgico varía según la condición del paciente, se estima que más del 90% de las casusas de abdomen agudo no traumático terminan en una intervención quirúrgica (2,4,5,7).

2.5 INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA

2.5.1 DEFINICION

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) definen una infección del sitio quirúrgico (ISQ) como aquella que ocurre en la herida dentro de los 30 días posteriores a un procedimiento quirúrgico (1). Estas infecciones representan una de las complicaciones más frecuentes en la atención sanitaria, con una incidencia estimada entre el 1% y el 3% de todas las intervenciones quirúrgicas realizadas (2,4,10,11).

Las ISQ generan un impacto clínico significativo al prolongar la estancia hospitalaria, aumentar el uso de antibióticos y elevar los costos sanitarios. Aunque la mayoría de los pacientes se recupera sin complicaciones graves, en casos severos estas infecciones pueden incrementar considerablemente el riesgo de mortalidad, alcanzando hasta un 77% (5). Por tanto, constituyen un importante desafío tanto para los pacientes como para los sistemas de salud (5,10-12).

2.5.2 CLASIFICACIÓN

Los CDC describen tres niveles de infección del sitio quirúrgico, que permiten establecer un enfoque diagnóstico y terapéutico adecuado (3,8,11,12):

- Incisional superficial: Afecta la piel y el tejido celular subcutáneo.
- Incisional profunda: Involucra la fascia y la capa muscular.
- Órgano/espacio: Infección que afecta una parte anatómica manipulada durante la cirugía, pero diferente a la zona de incisión.

La correcta identificación del tipo de ISQ es esencial para instaurar un tratamiento eficaz y reducir las complicaciones postoperatorias.

2.5.3 EPIDEMIOLOGÍA

Las tasas de ISQ varían ampliamente según el tipo de cirugía, las condiciones del paciente, y factores relacionados con la técnica quirúrgica y el entorno hospitalario. En particular, las intervenciones abdominales presentan tasas significativamente más altas, con estudios que reportan una incidencia entre el 15% y el 25%, dependiendo del grado de contaminación del procedimiento, la duración de la cirugía, el estado inmunológico del paciente y las condiciones del entorno quirúrgico (3,9,12-14).

Las ISQ constituyen entre el 14% y el 16% de todas las infecciones nosocomiales. Su diagnóstico se basa en la presencia de signos clínicos como enrojecimiento, inflamación, calor, dolor, fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ y drenaje purulento en el sitio quirúrgico durante los primeros 30 días postoperatorios (14-16).

2.5.4 ETIOLOGÍA

Las fuentes de contaminación son múltiples, e incluyen al propio paciente, especialmente cuando hay contaminación bacteriana del tracto gastrointestinal. Durante los últimos treinta años, los microorganismos más frecuentemente aislados en ISQ han sido: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulasa negativos*, *Enterococcus spp.*, *Escherichia coli* y anaerobios (8,11,13).

Un estudio reportó que, en más de la mitad de los cultivos realizados, el microorganismo más prevalente fue la bacteria gramnegativa *Escherichia coli* (9). Asimismo, el entorno hospitalario puede actuar como reservorio de patógenos que contribuyen a la infección, incluyendo alimentos, otros pacientes, el personal de salud, instrumentos quirúrgicos mal esterilizados, apósitos contaminados y medicamentos. Estas infecciones afectan significativamente el tratamiento del paciente, prolongando la estancia hospitalaria en un promedio de siete días y aumentando los costos y recursos sanitarios utilizados (10,12,14).

Por otra parte, el dolor abdominal agudo (DAA) representa entre el 5% y el 10% de las consultas en servicios de urgencias, y sus causas son extraordinariamente diversas (11,12). Dentro de las etiologías más frecuentes se incluyen gastroenteritis, apendicitis aguda, colecistitis aguda, infecciones urinarias, obstrucción intestinal, enfermedades ginecológicas, entre otras.

En un estudio realizado por Tariq et al., las causas más comunes de abdomen agudo no traumático fueron apendicitis aguda, pancreatitis aguda y úlcera duodenal (13). En Ghana, se reportó como causa predominante la apendicitis aguda, seguida por fiebre tifoidea con perforación ileal y obstrucción intestinal aguda (14). Asimismo, en un estudio en la Universidad de Roma, que incluyó a 450 pacientes atendidos por dolor abdominal agudo no traumático, la apendicitis aguda fue la causa más prevalente, seguida por colecistitis y malignidad abdominal (15).

La evaluación diagnóstica del DAA no traumático se basa en un enfoque integral que combina una historia clínica detallada, una exploración física completa y el uso de pruebas complementarias, aplicadas de forma individual, secuencial o simultánea según el caso clínico (16).

2.5.5 FACTORES DE RIESGO

2.5.5.1 Sexo y edad

El sexo masculino ha sido relacionado con un mayor factor de riesgo para desarrollar infección del sitio quirúrgico bajo la sospecha de la disminución en el depósito de colágeno tras la cirugía en comparación con las mujeres, causando complicaciones, como, ruptura de la herida, dehiscencia (9,14,15). En pacientes de 15 a 24 años, la tasa de infección fue del 10%, pero en mayores de 65 años incremento notablemente (14).

2.5.5.2 Comorbilidades

Se ha evidenciado que los pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial presentaban un mayor riesgo de complicaciones debido a una cicatrización deficiente de las heridas y una respuesta inmune comprometido (14-16). Esta mayor incidencia asociada a la hipertensión arterial destaca la importancia de un manejo preoperatorio más cuidadoso en este grupo de pacientes (15).

2.5.5.3 Otros factores

El tabaquismo, el uso de esteroides, la desnutrición y las transfusiones perioperatorias como factores de riesgo para ISQ (14,15). Por otro lado, la duración de la cirugía también resultó ser un factor relevante, ya que solo el 3% de las operaciones que duraron 30 minutos o menos resultaron en infecciones, mientras que en intervenciones quirúrgicas que superaron las 6 horas, la tasa de infección aumentó al 18% (16).

2.5.6 INCIDENCIA DE ISQ EN RELACIÓN CON LA CLASIFICACIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES

2.5.6.1 Clasificación de heridas quirúrgicas y su asociación con ISQ

La incidencia de ISQ varía según el tipo de herida quirúrgica y su grado de contaminación. Se ha reportado una incidencia del 1.5–3.7% en heridas limpias, 3–4% en heridas limpias-contaminadas, 8.5% en heridas contaminadas, y entre 28–40% en heridas sucias o infectadas (9,12)

2.5.6.2 Incidencia de ISQ según el tipo de procedimiento quirúrgico abdominal

Los procedimientos quirúrgicos abdominales también presentan variabilidad en la tasa de ISQ (9,12,14,15):

- Laparoscopia: 10%
- Hernia umbilical: 2–5%
- Cáncer de colon sin tratamiento antimicrobiano: 30–60%; con antibiótico y lavado intestinal: 10%
- Colostomía: >50%
- Perforación del colon: 20%
- Cáncer gástrico: 20%
- Herniorrafia: 50%
- Apendicectomía en adultos: 10–20%
- Apendicitis infantil: 2–5%
- Apendicitis en adultos mayores y embarazadas: 10–50%
- Pacientes con SIDA: >50%
- Absceso hepático: 20%
- Quiste hidatídico: 2–5%
- Colectomía (aguda y crónica sin cálculos): 10%
- Colangitis séptica aguda: 10–20%
- Colectomía laparoscópica: 2–5%
- Esplenectomía: 2–5%

2.5.6.3 FACTORES PREOPERATORIOS ASOCIADOS A MAYOR RIESGO DE ISQ

Se ha observado un aumento en la incidencia de ISQ en pacientes con estancias preoperatorias prolongadas. Sin embargo, los baños prequirúrgicos con jabones antisépticos como clorhexidina o Betadine demostraron ser efectivos en la reducción de la carga bacteriana cutánea. Los pacientes que se ducharon con jabón con hexaclorofeno presentaron una tasa de infección del 1.3%, frente al 2.1% con jabón común y al 2.3% en quienes no se ducharon. No obstante, un estudio con 5536 pacientes no evidenció una disminución significativa de ISQ con clorhexidina al 4% (9,14,16,17)

2.5.6.4 Condiciones del paciente que aumentan la incidencia de ISQ

Los factores como el tabaquismo pueden aumentar hasta 5 veces la tasa de infección postoperatoria. Asimismo, el uso de esteroides retrasa la cicatrización de las heridas y se asocia con tasas de infección entre 7% y 16%. Los pacientes inmunocomprometidos, como los que viven con VIH/SIDA, también presentan un riesgo significativamente elevado (9,16-18).

2.5.6.5 Medidas quirúrgicas preventivas para reducir la ISQ

Aunque las técnicas quirúrgicas asépticas no eliminan por completo las ISQ, contribuyen significativamente a su reducción. La administración profiláctica de antibióticos entre 30 a 60 minutos antes del acto quirúrgico ha demostrado ser eficaz para disminuir su incidencia (16,19,20)

2.5.6.6 Importancia del tipo de cirugía en la aparición de ISQ

El tipo de cirugía desempeña un rol importante: las cirugías abiertas tienden a presentar mayores tasas de ISQ en comparación con las laparoscópicas. Las cirugías de emergencia, como las que se realizan en el contexto de abdomen agudo no traumático, también presentan mayor riesgo debido al estado clínico del paciente y a la posible contaminación intraabdominal (16,17, 20, 21).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se realizó mediante un diseño descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el año 2023.

3.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS.

La recolección de datos fue mediante la exhaustiva revisión de las historias clínicas que se nos fue proporcionada por el departamento de estadística del nosocomio. La información filtrada se basó en las variables planteadas, las cuales se ubicaron en el Microsoft Excel, para ser analizado mediante el software estadístico SPSS 25.

3.3 MANEJO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

La estadística utilizada en este estudio tuvo un enfoque descriptivo, en el que según la naturaleza de las variables se clasificaron en cualitativas y cuantitativas. Las variables de tipo cualitativas se analizaron por medio de medidas de tendencia central como promedio y desviación estándar. En relación con las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

3.4 POBLACION Y MUESTRA

3.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico de abdomen agudo no traumático que hayan sido intervenidos quirúrgicamente.

- Pacientes con reporte microbiológico.
- Pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023.

3.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con historias clínicas incompletas
- Pacientes que hayan sido transferidos desde otra institución de salud.
- Pacientes que hayan fallecido dentro de las primeras 24 horas de su ingreso.

3.5 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

NOMBRE VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	TIPO	RESULTADO
Edad	Edad del paciente que conste en el sistema SAIS	Cuantitativa Discreta	Años
Sexo	Género del paciente que conste en el sistema SAIS	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino / Femenino
Diagnóstico de ingreso al servicio de cirugía	Diagnostico bajo el cual el paciente fue ingresado desde el servicio de emergencias al servicio de cirugía	Cualitativa nominal politómica	Diagnóstico de ingreso al área de cirugía
Órgano afecto	Órgano afectado tratado quirúrgicamente	Cualitativa Nominal Politómica	Órganos del aparato digestivo
Bacteria aislada	Bacteria aislada en toma de muestra para cultivo del área quirúrgica	Cualitativa nominal politómica	Género y especie de la bacteria aislada.
Mortalidad	Evolución de la enfermedad infecciosa del sitio quirúrgico que termina en muerte del paciente	Cualitativa nominal dicotómica	Muerto Vivo

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS

Se identificaron 513 pacientes con diagnóstico de abdomen agudo no traumático que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023.

Tabla 1. Prevalencia de infección de herida quirúrgica en la población de estudio.

Infección de herida quirúrgica	Nro	%
Si	209	40,7%
No	304	59,3%
Total	513	100%

En la tabla 1 se observa que la prevalencia de infección de herida quirúrgica en los pacientes con abdomen agudo no traumático es del 40,7% (209 casos).

Tabla 2. Prevalencia de infección de herida quirúrgica según el sexo.

Sexo	Nro	%
Masculino	102	48,8%
Femenino	107	51,2%
Total	209	100%

La tabla 2 muestra la distribución por sexo de los pacientes con infección de herida quirúrgica y diagnóstico de abdomen agudo no traumático, mostrando que el 51,2 % (107 casos) correspondió al sexo femenino y el 48,8 % al masculino (102 casos).

Tabla 3. Perfil microbiológico de los agentes aislados en pacientes con infección de heridas quirúrgicas posterior a un abdomen quirúrgico no traumático.

Microorganismo	Nro	%
Escherichia Coli	139	66,6%
Acinetobacter Baumannii	7	3,3%
Klebsiella Pneumoniae	17	8,1%
Staphylococcus Aureus	15	7,2%
Bacteroides spp	31	14,8%
Total	209	100%

En la tabla 3 se muestra el perfil de microorganismo de la población de estudio, en el que el 66,6% (139 casos) correspondió a la Escherichia Coli, seguida de la Bacteroides spp en un 14,8% (31 casos).

Tabla 4. Relación entre el sexo y la infección de herida quirúrgica en la población de estudio.

Variable		Infección de herida quirúrgica		Total	Valor p	OR	IC 95%
		Si	No				
Sexo	M	134	102	236	0,291	0,82	0,58 – 1,18
		56,8%	43,2%	100%			
	F	170	107	277			
		61,4%	38,6%	100%			

Valor p: < 0,05

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de Confianza

En la tabla 4 se observa que no hubo una asociación significativa entre el sexo y la presencia de infección de herida quirúrgica ($p = 0,291$). Sin embargo, se registraron más casos en mujeres, con 170 pacientes (61,4%), frente a 134 hombres (56,8%).

Tabla 5. Relación entre la edad y la infección de herida quirúrgica en la población de estudio.

Variable		Infección de herida quirúrgica		Total	Valor p	OR	IC 95%
		Si	No				
Edad	≤35	131	168	299	0,094	0,736	0,51 – 1,05
		43,8%	56,2%	100%			
	>35	78	136	214			
		36,4%	63,6%	100%			

Valor p: < 0,05

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de Confianza

En la tabla 5 se reporta que una mayor proporción de infecciones en pacientes de 35 años o menos (43,8%, 131 casos) en comparación con los mayores de 35 años (36,4%, 78 casos), esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p = 0,094)

Tabla 6. Relación entre la mortalidad y la infección de herida quirúrgica en la población de estudio.

Variable		Infección de herida quirúrgica		Total	Valor p	OR	IC 95%
		Si	No				
Mortalidad	Si	260	52	312	0,003	1,96	1,25 – 3,06
		83,3%	16,7%	100%			
	No	157	44	201			
		78,1%	21,9%	100%			

Valor p: < 0,05

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de Confianza

En la tabla 6 se observa que la presencia de infección de herida quirúrgica tuvo una asociación significativa con mayor mortalidad en pacientes con abdomen agudo no traumático (p = 0,003). Entre los pacientes que presentaron esta complicación, la mortalidad alcanzó el 83,3% (260 casos). Aquellos con infección de la herida quirúrgica mostraron un riesgo casi dos

veces mayor de fallecer en comparación con quienes no la presentaron (OR: 1,96; IC 95%: 1,25–3,06).

Tabla 7. Prevalencia de infección según el tipo de abdomen agudo no traumático.

Diagnóstico de ingreso	Nro	%
Apendicitis aguda con peritonitis generalizada	27	12,9%
Apendicitis no complicada	84	40,2%
Cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda	37	17,7%
Cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis	3	1,4%
Enfermedad diverticular del intestino grueso con perforación y absceso	1	0,5%
Hernia abdominal no especificada, con obstrucción, sin gangrena	2	1%
Hernia inguinal unilateral o no especificada, con obstrucción, sin gangrena	2	1%
Hernia umbilical con obstrucción, sin gangrena	5	2,4%
Tumor maligno del colon ascendente	3	1,4%
Adherencias intestinales con obstrucción	6	2,9%
Complicación de colostomía	39	18,7%
Total	209	100%

En la tabla 7 se observa que el tipo de patología quirúrgica con mayor prevalencia de infección de sitio quirúrgico fue la apendicitis no complicada, con 84 casos (40.2%), seguida de complicación de colostomía con 39 casos (18.7%) y colecistitis aguda con litiasis en 37 casos (17.7%). Además, algunas patologías como la enfermedad diverticular del intestino grueso con perforación y absceso en 1 caso (0,5%), hernia abdominal e inguinal, con 2 casos cada uno (1%).

4.2 DISCUSION

En este trabajo de investigación se evaluó la prevalencia de la infección de herida quirúrgica en los pacientes con abdomen agudo no traumático en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el 2023. En el estudio realizado por Save M. et al. (22), se reportó una incidencia del 19,3% en una cohorte de 150 pacientes, lo cual representa un porcentaje considerable, aunque inferior al observado en nuestra investigación; por tanto, sus hallazgos no coinciden con los nuestros. De forma similar, Sridhar P. et al. (23) encontraron una incidencia del 9,1%, y Zwicky S. et al. (24), en un estudio multicéntrico que incluyó más de 6603 pacientes, reportaron un 9,8% de casos con infección. En ambos casos, las tasas registradas son notablemente menores a las encontradas en el presente estudio, por lo que tampoco coinciden con nuestros resultados. Estas diferencias podrían explicarse por variaciones en los protocolos de asepsia, infraestructura hospitalaria, calidad del seguimiento postoperatorio y el perfil clínico de los pacientes intervenidos.

En cuanto a la distribución por sexo y edad, los estudios de Save M. et al. (22), Sridhar P. et al. (23) y Zwicky S. et al. (24) no reportaron diferencias estadísticamente significativas, aunque todos describen una mayor frecuencia de infección en pacientes masculinos, con proporciones de 53,1%, 56,8% y 62,1% respectivamente. En nuestro estudio, aunque no hubo diferencia estadísticamente significativa entre sexos, ni de grupo etario, la mayoría de los casos correspondieron al sexo femenino. Por tanto, estos resultados no coinciden completamente con los hallazgos de nuestra investigación, sin embargo, en ambos casos se reafirma que el sexo no constituye un factor determinante.

Respecto a la relación entre infección de herida quirúrgica y mortalidad, Zwicky S. et al. (24) encontraron un aumento del 4,6% en la tasa de mortalidad en pacientes que desarrollaron esta complicación. Este dato es congruente con lo observado en nuestra investigación, donde se evidenció una mayor mortalidad en pacientes con infección de herida quirúrgica, lo cual indica una

coincidencia clara entre ambos estudios en cuanto al impacto clínico adverso de esta complicación.

En relación con los agentes microbiológicos, Save M. et al. (22) identificaron una predominancia de bacterias gramnegativas, con *Escherichia coli* como la más común, presente en el 43,7% de los cultivos. Este resultado guarda similitud con los hallazgos del presente estudio, donde también se identificó a *Escherichia coli* como el microorganismo más frecuente, lo que indica una coincidencia entre ambas investigaciones y respalda su papel como patógeno predominante en infecciones quirúrgicas de origen abdominal.

A pesar de que los estudios de Save M. et al. (22) y Sridhar P. et al. (23) no detallan con precisión los diagnósticos asociados a la cirugía abdominal, mencionan que las principales causas son apendicitis, perforaciones y obstrucción intestinal, condiciones que coinciden con los diagnósticos más frecuentes en nuestra población de estudio. En este sentido, sus observaciones coinciden con las nuestras, en tanto señalan patologías similares como predisponentes para el desarrollo de infección de herida quirúrgica.

Entre las limitaciones que se identificaron en el transcurso del estudio, fue el diseño retrospectivo, debido a que los datos que se recopilaban mediante las historias clínicas carecen del seguimiento a los pacientes, por lo que se pudo pasar por alto complicaciones adicionales o variables de interés, que limita la generalización de los resultados.

La fortaleza de la investigación son los resultados que determinan los desenlaces de la problemática estudiada, donde se reconoce el impacto de las infecciones de herida quirúrgica en la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Esto permitirá fortalecer los puntos álgidos en cuanto a la protocolización de este tipo de casos.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES

1. Existe una proporción considerable de pacientes con abdomen agudo no traumático intervenidos quirúrgicamente que desarrollan infección en la herida quirúrgica.
2. No hay una diferencia marcada entre el sexo y la aparición de infecciones en la herida quirúrgica.
3. La *Escherichia coli* es la bacteria más común aislada en los cultivos de las heridas quirúrgicas infectadas.
4. El grupo etario y el sexo no son factores de riesgo asociados a la infección de heridas quirúrgicas en los pacientes intervenidos por abdomen agudo no traumático.
5. La presencia de infección de herida quirúrgica se relacionó con la mortalidad de los pacientes analizados.
6. La apendicitis no complicada es la causa principal del abdomen agudo no traumático intervenida quirúrgicamente que se complica con infección de herida operatoria.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahn SH, Mayo-Smith WW, Murphy BL, Reinert SE, Cronan JJ. Acute nontraumatic abdominal pain in adult patients: abdominal radiography compared with CT evaluation. *Radiology*. 2002 Oct;225(1):159–64.
2. Azoury SC, Farrow NE, Hu QL, Soares KC, Hicks CW, Azar F, et al. Postoperative abdominal wound infection – epidemiology, risk factors, identification, and management. *Chronic Wound Care Manag Res*. 2015 Sep 22;2:137–48.
3. Moris D, Paulson EK, Pappas TN. Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults: A Review. *JAMA*. 2021 Dec 14;326(22):2299-2311. doi: 10.1001/jama.2021.20502.
4. Alkaaki A, Al-Radi OO, Khoja A, Alnawawi A, Alnawawi A, Maghrabi A, et al. Surgical site infection following abdominal surgery: a prospective cohort study. *Can J Surg*. 2019 Apr;62(2):111–7.
5. Aga E, Keinan-Boker L, Eithan A, Mais T, Rabinovich A, Nassar F. Surgical site infections after abdominal surgery: incidence and risk factors. A prospective cohort study. *Infect Dis (Lond)*. 2015 Nov 2;47(11):761–7.
6. Börner N, Kappenberger AS, Weber S, Scholz F, Kazmierczak P, Werner J. The Acute Abdomen: Structured Diagnosis and Treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2025 Mar 7;(Forthcoming):arztebl.m2025.0019. doi: 10.3238/arztebl.m2025.0019.
7. Legesse Laloto T, Hiko Gameda D, Abdella SH. Incidence and predictors of surgical site infection in Ethiopia: prospective cohort. *BMC Infect Dis*. 2017 Feb 3;17(1):119.
8. Razavi SM, Ibrahimpour M, Sabouri Kashani A, Jafarian A. Abdominal surgical site infections: incidence and risk factors at an Iranian teaching hospital. *BMC Surg*. 2005 Feb 27;5(1):2.
9. Chanana L, Jegaraj MAK, Kalyaniwala K, Yadav B, Abilash K. Clinical profile of non-traumatic acute abdominal pain presenting to an adult emergency department. *J Fam Med Prim Care*. 2015;4(3):422–5.

10. Mawalla B, Mshana SE, Chalya PL, Imirzalioglu C, Mahalu W. Predictors of surgical site infections among patients undergoing major surgery at Bugando Medical Centre in Northwestern Tanzania. *BMC Surg*. 2011 Aug 31;11(1):21.
11. Presentation and outcome of acute abdomen in a tertiary care unit [Internet]. [cited 2025 Jan 2]. Available from: https://apims.net/apims_old/Volumes/Vol7-3/Presentation%20and%20OUTCOME%20OF%20ACUTE%20ABDOMEN%20IN%20A%20TERTIARY%20CARE%20UNIT.pdf
12. Ohene-Yeboah M. Acute surgical admissions for abdominal pain in adults in Kumasi, Ghana. *ANZ J Surg* [Internet]. 2006 [cited 2025 Jan 2];76(9):898–903. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1445-2197.2006.03905.x>
13. Caterino S, Cavallini M, Meli C, Murante G, Schiffino L, Lotito S, et al. [Acute abdominal pain in emergency surgery. Clinical epidemiologic study of 450 patients]. *Ann Ital Chir*. 1997 Nov;68(6):807–17; discussion 817–8.
14. Cheng H, Chen BP, Soleas IM, Ferko NC, Cameron CG, Hinoul P. Prolonged operative duration increases risk of surgical site infections: a systematic review. *Surg Infect*. 2017;18:722–735. doi: 10.1089/sur.2017.089.
15. Principles of surgery – Pretest self-assessment [Internet]. [cited 2025 Jan 2]. Available from: <http://dni.dali.dartmouth.edu/6wz6o4upey7p/16-mr-waldo-bosco-phd/read-0070519277-principles-of-surgery-pretest-self-assessment-an-1.pdf>
16. Burke JF. Identification of the sources of staphylococci contaminating the surgical wound during operation. *Ann Surg*. 1963 Nov;158(5):898.
17. Habte-Gabr E, Gedebou M, Kronvall G. Hospital-acquired infections among surgical patients in Tikur Anbessa Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Am J Infect Control*. 1988 Feb;16(1):7–13.
18. Lecuona M, Torres-Lana À, Delgado-Rodríguez M, Llorca J, Sierra A. Risk factors for surgical site infections diagnosed after hospital discharge. *J Hosp Infect*. 1998 May 1;39(1):71–4.

19. Nyström PO, Jonstam A, Höjer H, Ling L. Incisional infection after colorectal surgery in obese patients. *Acta Chir Scand*. 1987 Mar 1;153(3):225–7.
20. Nichols RL. Preventing surgical site infections: a surgeon's perspective. *Emerg Infect Dis*. 2001;7(2):220–4.
21. Kuster SP, Eisenring M-C, Sax H, Troillet N. Structure, process, and outcome quality of surgical site infection surveillance in Switzerland. *Infect Control Hosp Epid*. 2017;38:1172–1181. doi: 10.1017/ice.2017.169.
22. Save, M., Khadilkar, R., Shah, P., & Shiva, R. (2020). A study of incidence and factors determining the occurrence of surgical site infection in abdominal surgeries. *International Surgery Journal*, 7(2), 520–525. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20200308>
23. Sridhar, P., Karthik, T., Abhilash, G., Sravanthi, K., & Satyanarayana, G. (2021). Identifying risk factors for surgical site infections in abdominal surgeries and establishing common pathogenic bacteria. *International Surgery Journal*, 8(6), 1723–1729. <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20211907>
24. Zwicky, S.N., Gloor, S., Tschan, F. *et al*. No impact of sex on surgical site infections in abdominal surgery: a multi-center study. *Langenbecks Arch Surg* 407, 3763–3769 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00423-022-02691-6>



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



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

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Andrade Córdova, Arianna Guadalupe**, con C.C: # **0927791970**, **Chiriboga Loayza, Mauricio Alexander** C.C: # **0707016333** autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático tratados quirúrgicamente en El servicio de emergencias del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 12 de mayo del 2024



**Arianna Guadalupe
Andrade Cordova**
Time Stamping
Security Data

f. _____

Andrade Córdova, Arianna Guadalupe

C.C: 0927791970



**Mauricio Alexander
Chiriboga Loayza**
Time Stamping
Security Data

f. _____

Chiriboga Loayza, Mauricio Alexander

C.C: 0707016333



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



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

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático tratados quirúrgicamente en El servicio de emergencias del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023.		
AUTOR(ES)	Andrade Córdova, Arianna Guadalupe Chiriboga Loayza, Mauricio Alexander		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Espinoza Godoy, Alessandri Rafael		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	23 páginas.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Servicios Médicos de Urgencia, Abdomen Agudo, Infección de la Herida Quirúrgica, Cirugía General.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Infección de herida quirúrgica, Abdomen agudo no traumático, Cirugía abdominal		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Servicios de emergencia, cuya etiología incluye un conjunto de patologías que, al no ser tratadas de manera oportuna, pueden comprometer la vida del paciente, requiriendo una temprana intervención quirúrgica. Las infecciones de la herida quirúrgica pueden incrementar la morbilidad y, en casos donde coexisten comorbilidades o complicaciones adicionales, también elevar el riesgo de mortalidad. Objetivo: Evaluar la prevalencia de infección de herida quirúrgica en pacientes con abdomen agudo no traumático tratados quirúrgicamente en el servicio de emergencias del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el periodo de enero a diciembre del 2023. Materiales y Métodos: Se trata de un trabajo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor durante el año 2023 en el cual se incluyó 513 pacientes. Resultados: la prevalencia de infección de herida quirúrgica en los pacientes con abdomen agudo no traumático es del 40,7% (209 casos). Conclusiones: Existe una proporción considerable de pacientes con abdomen agudo no traumático intervenidos quirúrgicamente que desarrollan infección en la herida quirúrgica.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI		☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-983990735 +593-980118395	E-mail: arianna.andrade01@cu.ucsg.edu.ec Mauricio.chiriboga@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño Teléfono: +593 982742221 E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			