



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**FACTORES VINCULADOS A COMPLICACIONES
POSTQUIRÚRGICAS DE HEMORROIDECTOMÍA. RIOBAMBA, 2021**

Trabajo de titulación para optar al título de

MEDICO GENERAL

Autor(es):

Nieto Andrade Nathaly Daniela

Moyón Amaguaya Magdalena Elizabeth

Tutor:

Dr. Geovanny W. Cazorla Badillo

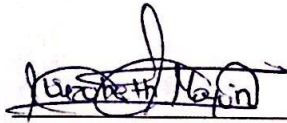
Riobamba - Ecuador
2022

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotros **Moyón Amaguaya Magdalena Elizabeth** con cedula de ciudadanía **060405452-8**, **Nieto Andrade Nathaly Daniela** con cedula de ciudadanía **172579099-0**, autoras del trabajo de investigación titulada: **Factores vinculados a complicaciones postquirúrgicas de hemorroidectomía. Riobamba, 2021**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mi exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional De Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autoras de la obra referida será de nuestra entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional De Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, martes 16 de agosto de 2022.



Magdalena Elizabeth Moyón Amaguaya
CI. 060405452-8




Nathaly Daniela Nieto Andrade
CI. 172579099-0

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Yo, Geovanny Cazorla Badillo, con C.I. 060187521-4, catedrático adscrito a la Facultad de ciencias de la salud por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: FACTORES VINCULADOS A COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE HEMORROIDECTOMÍA. RIOBAMBA, 2021, presentado por las estudiantes: Magdalena Elizabeth Moyón Amaguaya y Nathaly Daniela Nieto Adrade por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad; en Riobamba, 16 de agosto de 2022



Dr. Geovanny Cazorla Badillo
TUTOR

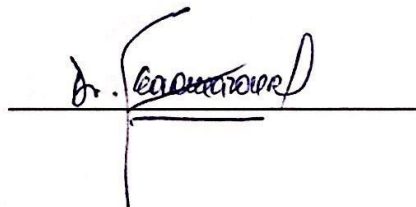
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación, **Factores vinculados a complicaciones postquirúrgicas de hemorroidectomía. Riobamba, 2021**, presentado por **Moyón Amaguaya Magdalena Elizabeth** con cedula de ciudadanía **060405452-8**, **Nieto Andrade Nathaly Daniela** con cedula de ciudadanía **172579099-0**, bajo la tutoría de Dr. Geovanny Cazorla Badillo; certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos en Riobamba, 16 de agosto de 2022.

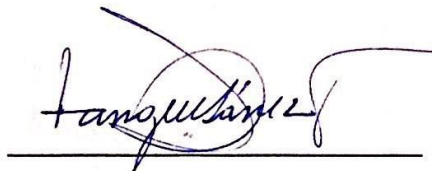
Dr. Geovanny Cazorla Badillo

TUTOR

Handwritten signature of Dr. Geovanny Cazorla Badillo, written in black ink over a horizontal line.

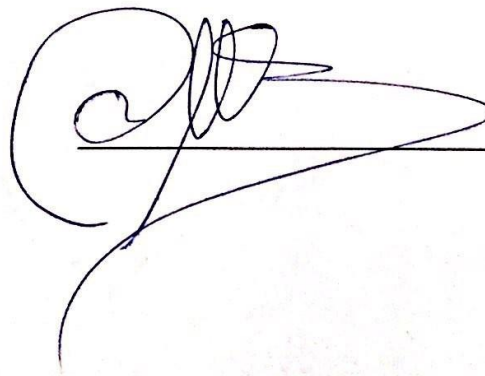
Dr. Ángel Yánez

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Handwritten signature of Dr. Ángel Yánez, written in black ink over a horizontal line.

Dr. Edwin Patricio Altamirano Llumipanta

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Handwritten signature of Dr. Edwin Patricio Altamirano Llumipanta, written in black ink over a horizontal line.

CERTIFICADO ANTI-PLAGIO ORIGINAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 05 de agosto del 2022
Oficio N° 258-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2022

Dr. Patricio Vásconez Andrade
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por el **Dr. Geovanny Cazorla Badillo**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 142614403	Factores vinculados a complicaciones postquirúrgicas de hemorroidectomía. Riobamba, 2021	Magdalena Elizabeth Moyón Amaguaya Nathaly Daniela Nieto Andrade	3	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ
Firmado digitalmente por
CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.08.05
07:30:56 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mis padres y mis hermanos. A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar. A mis padres quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, en especial esta dedicatoria a mi primer amor y maestro; mi padre, infinitas gracias allá en el cielo, porque siempre tuvo una palabra de ánimo, una lección que enseñarme y aunque hoy no pueda abrazarlo físicamente, lo abrazo con el alma. Y finalmente a mis hermanos: Edison, Marco y Daniel quiénes han sido mi guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera.

Magdalena Elizabeth Moyón Amaguaya

A Dios que es mi guía, fortaleza, y protección que ha estado conmigo hasta el día de hoy.

A las dos mujeres más importantes de mi vida, mi madre Wendy Andrade y mi abuelita Susana Rivera, sin ellas no sería la mujer que soy. Y a mi hermano Leandro que siempre me ha brindado su amor.

Han sido los pilares fundamentales para el desarrollo de toda mi carrera universitaria.

Nathaly Daniela Nieto Andrade

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento infinito a Dios por brindarme la fortaleza durante todo este tiempo y permitirme cumplir el sueño de ser Médico.

A mi familia que aceptaron mis tropiezos, pero no permitieron que caiga. Mi madre Magdalena Lucila y hermanos quienes han estado conmigo en los buenos y malos momentos que viví durante mi carrera, a mi Padre Alfonso Moyón por ser mi mejor amigo, mi primer amor y quien desde el cielo está guiándome y cuidándome, mi cuñada Sonia Guaño quien se ha convertido en una hermana y confidente, a mis sobrinos Grace, Sebastián y Doménica quienes con una sonrisa han alegrado mis días más grises y se han convertido en ocasiones mis primeros pacientes pequeños.

A mi mejor amiga Vannesa Fuenmayor porque ella me ha enseñado que en la vida todo se puede lograr y que a pesar de haber perdido un familiar cercano juntas podemos lograr mil cosas. Y a todos aquellos amigos que participaron de una u otra manera para convertir este último paso del inicio de una vida profesional, un tiempo más llevadero.

Magdalena Elizabeth Moyón Amaguaya

Agradezco primero a Dios, por protegerme y cuidarme en todo mi camino.

A mi madre Wendy que sin su apoyo no estaría en donde estoy, gracias a ella me he convertido en la mujer que soy, gracias a su esfuerzo y dedicación pude culminar mi carrera universitaria, a mis abuelitos Susana y Walter que siempre han estado acompañándome en este proceso, a mi tío Santiago que ha sido un ejemplo a seguir. Y Levin por ser un apoyo incondicional.

A David Torres, mi compañero de vida, quien formo parte fundamental de este proyecto, por toda la confianza depositada en mí.

Nathaly Daniela Nieto Andrade

ÍNDICE GENERAL

DERECHO DE AUTORÍA	2
DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR	3
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL.....	4
CERTIFICADO ANTI-PLAGIO ORIGINAL.....	5
DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTOS.....	7
RESUMEN.....	12
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I.....	14
1 INTRODUCCIÓN.....	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.2 JUSTIFICACIÓN	15
1.3 OBJETIVOS	16
1.3.1 Objetivo General.....	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
CAPITULO II.....	17
2 MARCO TEÓRICO	17
2.1 GENERALIDADES.....	17
CAPÍTULO III.....	26
3 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1 Tipo de Estudio.....	26
3.2 Diseño de Estudio.....	26
3.3 Método analítico	26
3.4 Área del estudio	26
3.5 Población	27
3.6 Tamaño de la muestra	27

3.7	Criterios de inclusión	27
3.8	Criterios de exclusión.....	27
3.9	Unidad de análisis	27
3.10	Técnicas y procedimientos	27
3.11	Procesamiento estadístico	27
3.12	Identificación de variables de investigación.....	28
3.12.1	Variable dependiente	28
3.12.2	Variables independientes	28
3.13	Análisis e interpretación de resultados.....	28
3.13.1	Datos Univariados	28
3.13.2	Datos Bivariados	28
3.14	Requerimientos éticos	29
3.15	Consideraciones éticas.....	29
3.16	Operacionalización de variables	30
CAPÍTULO IV.....		31
4	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	31
4.1	ANÁLISIS UNIVARIANTE	31
4.1.1	Distribución de pacientes intervenidos quirúrgicamente según el sexo	31
4.1.2	Distribución de pacientes intervenidos quirúrgicamente según la edad	31
4.1.3	Distribución de pacientes según el grado de la enfermedad hemorroidal.	32
4.1.4	Distribución de pacientes según el factor “obesidad”	32
4.1.5	Distribución de pacientes según el factor “Estreñimiento”	33
4.1.6	Distribución de pacientes según el factor “Embarazo”	33
4.1.7	Distribución de pacientes según las complicaciones postquirúrgicas inmediatas	34
4.1.8	Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Incontinencia urinaria” ...	34
4.1.9	Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Sangrado”	35
4.1.10	Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Infecciones”	35
4.2	ANÁLISIS BIVARIANTE.....	36
4.2.1	Análisis descriptivo del sexo con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas	36
4.2.2	Análisis descriptivo de la edad con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas	37
4.2.3	Análisis descriptivo del grado de hemorroide con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas	39

4.2.4	Análisis descriptivo de la obesidad con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas	40
4.2.5	Análisis descriptivo del estreñimiento con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas ..	42
4.2.6	Análisis descriptivo del embarazo con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas	43
4.3	DISCUSIÓN	45
CAPITULO V.....		47
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
5.1	Conclusiones	47
5.2	Recomendaciones	48
BIBLIOGRAFÍA		49
ANEXOS.....		54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Operacionalización de variables	30
Tabla 2	Distribución de pacientes intervenidos quirúrgicamente según el sexo	31
Tabla 3	Distribución de pacientes intervenidos quirúrgicamente según la edad	31
Tabla 4	Distribución de pacientes según el grado de la enfermedad hemorroidal.	32
Tabla 5	Distribución de pacientes según el factor “obesidad”	32
Tabla 6	Distribución de pacientes según el factor “Estreñimiento”	33
Tabla 7	Distribución de pacientes según el factor “Embarazo”	33
Tabla 8	Distribución de pacientes según las complicaciones postquirúrgicas inmediatas	34
Tabla 9	Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Incontinencia urinaria”.....	34
Tabla 10	Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Sangrado”	35
Tabla 11	Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Infecciones”	35
Tabla 12	Distribución de incontinencia urinaria referente al sexo.....	36
Tabla 13	Distribución del sangrado referente al sexo	36
Tabla 14	Distribución de la infección referente al sexo	37
Tabla 15	Distribución de la incontinencia urinaria referente a la edad.....	37
Tabla 16	Distribución al sangrado referente a la edad	38
Tabla 17	Distribución la infección referente a la edad	38
Tabla 18	Distribución de incontinencia urinaria referente al grado de hemorroide ..	39
Tabla 19	Distribución de sangrado referente al grado de hemorroide	39
Tabla 20	Distribución de infecciones referente al grado de hemorroide.....	40

Tabla 21 Distribución de incontinencia urinaria referente a la obesidad	40
Tabla 22 Distribución del sangrado referente a la obesidad	41
Tabla 23 Distribución de infecciones referente a la obesidad	41
Tabla 24 Distribución de incontinencia urinaria referente al estreñimiento	42
Tabla 25 Distribución de sangrado referente al estreñimiento	42
Tabla 26 Distribución de infecciones referente al estreñimiento	43
Tabla 27 Distribución de incontinencia urinaria referente al embarazo	43
Tabla 28 Distribución de sangrado referente al embarazo.....	44
Tabla 29 Distribución de infecciones referente al embarazo.....	44
Tabla 30 Resumen de procesamiento de casos.....	54
Tabla 31 Criterio de fiabilidad	54

RESUMEN

Introducción: Las hemorroides son estructuras fisiológicas están constituidas por plexos arteriovenosos que forman una almohadilla en el conducto anal y cumplen con la función de mantener la continencia anal durante los periodos no defecatorios; cuando esta zona sufre un prolapso del colchón anal, brota la enfermedad hemorroidal, afectando a miles de personas de cualquier edad. Dentro del canal anal los músculos y tejidos están compuestos por diferentes elementos que soportan la zona que, al exponerse a factores relacionados con la práctica inadecuada de la evacuación fecal, producen bultos que estimulan a la aparición de las hemorroides. Existen cuatro tipos de grado hemorroidal, cuya intervención quirúrgica es utilizada especialmente para las hemorroides de grado III y IV. Los tratamientos existentes se concentran en la minimización de la sintomatología, sin embargo, el tratamiento seleccionado varía según el grado de enfermedad hemorroidal del paciente, los cuales pueden ser desde tratamientos farmacológicos o incluso la necesidad de una intervención quirúrgica. **Metodología:** La metodología empleada fue guiada por los tipos de investigación descriptiva y explicativa. para el estudio respectivo, se ejecutó un análisis de la base de datos de 63 pacientes de patología hemorroidal, otorgada por el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba durante el periodo 2021, cuya información abarca los factores vinculados a complicaciones postquirúrgicas de hemorroidectomía. **Resultados:** Según los 63 pacientes estudiados, se pudo comparar que el 43% tuvieron complicaciones postquirúrgicas, de las cuales el sangrado fue el más relevante con un 29% seguido de la infección con un 8%.

Palabras claves: factores, hemorroidectomía, complicación, postquirúrgicas.

ABSTRACT

Introduction: Hemorrhoids are physiological structures constituted by arteriovenous plexuses that form a cushion in the anal canal and fulfill the function of maintaining anal continence during non-defecatory periods; when this area suffers a prolapse of the anal cushion, hemorrhoidal disease sprouts, affecting thousands of people of any age. Inside the anal canal, the muscles and tissues are composed of different elements that support the area, which, when exposed to factors related to the inadequate practice of fecal evacuation, produce lumps that stimulate the appearance of hemorrhoids. There are four types of hemorrhoidal grade, whose surgical intervention is used mainly for grade III and IV hemorrhoids. The existing treatments are focused on minimizing the symptomatology; however, the selected treatment varies according to the degree of hemorrhoidal disease of the patient, which can range from pharmacological treatments or even the need for surgical intervention. **Methodology:** The methodology used was guided by the descriptive and explanatory types of research. For the separate study, an analysis of the database of 63 patients with hemorrhoidal pathology, granted by the Hospital of the Ecuadorian Institute of Social Security of Riobamba during the period 2021, whose information covers the factors linked to post-surgical complications of hemorrhoidectomy, was carried out. **Results:** According to the 63 patients studied, it was possible to compare that 43% had post-surgical complications, of which bleeding was the most relevant with 29%, followed by infection with 8%.

Keywords: factors, hemorrhoidectomy, complication, post-surgery

Reviewed by:



Firmado electrónicamente por:
EDUARDO SANTIAGO
BARRENO FREIRE

Lic. Eduardo Barreno Freire

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0604936211

CAPÍTULO I.

1 INTRODUCCIÓN

Las hemorroides se producen en las venas de los plexos hemorroidales, donde estas se dilatan y se transforman en varicosidades. Generalmente, esta enfermedad es posible observarla con mayor frecuencia en personas adultas y de ambos sexos (Moreno, Viqueira, & Alonso, 2021).

La enfermedad hemorroidal puede causar molestias e incomodidad en los pacientes, acompañado de síntomas, que al no ser tratados a tiempo pueden conllevar tratamientos quirúrgicos. Dentro de los síntomas que puede producir esta patología son: prurito, dolor e incluso sangrado. Las causas se derivan de diferentes situaciones, tales como sobre esfuerzo al momento de la defecación, estreñimiento, diarreas muy frecuentes, embarazo, entre otros (Alexander, 2021).

Cuando la enfermedad es detectada, se debe recurrir a tratamientos que se caracterizan según los grados de la enfermedad, ya sean ambulatorios o quirúrgicos. Uno de los procesos quirúrgicos el cual será determinado en la presente investigación es la hemorroidectomía convencional; esta técnica es eficaz para tratar comúnmente hemorroides internas de grado III y IV, ya sea por la gravedad de los síntomas que sufre el paciente, el rápido progreso de la enfermedad o también por el tamaño de las hemorroides. (Geçim, Ali, Cheema, Khan, & Farag, 2017, p. 6)

Los dos procedimientos más comunes son la hemorroidectomía abierta (Milligan-Morgan) y la hemorroidectomía cerrada (Ferguson). En la actualidad, en el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social la técnica empleada es Ferguson con bisturí armónico; debido a que los resultados son: menor dolor postoperatorio, menor sangrado y las heridas cicatrizan más rápido (Geçim, Ali, Cheema, Khan, & Farag, 2017, p. 6).

En términos de complicaciones postoperatorias depende del tipo de cirugía que se realice y los cuidados que tenga el paciente, estas son poco frecuentes, según el tiempo postoperatorio se dividen en inmediatas, mediatas y tardías (Geçim, Ali, Cheema, Khan, & Farag, 2017, p. 6).

Por ende, el presente trabajo de investigación se enfoca en analizar aquellos factores vinculados a complicaciones postquirúrgicas que pueden estar sujetas a causas que comprometan el bienestar del paciente durante su recuperación.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el análisis de las fuentes bibliográficas revisadas se ha determinado que algunas de las complicaciones postquirúrgicas están vinculadas a diferentes factores, dado esto, el presente trabajo de investigación se enfoca en conocer y analizar aquellos factores vinculados a complicaciones por hemorroidectomía, además es importante mencionar que en la actualidad la técnica quirúrgica de Ferguson con bisturí armónico se emplea en el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Cada intervención quirúrgica desde la más básica hasta la más compleja conlleva cuidados necesarios para la recuperación, no obstante, el desconocimiento de algunos factores vinculados a una complicación puede derivar problemas a largo plazo. Estas complicaciones no son tan comunes, pero pueden ocurrir si las indicaciones post operatorias no se llevan a cabo correctamente. Entre estas podemos encontrar: sangrado, infección e incontinencia urinaria. (Mayo Clinic, 2021).

En la enfermedad hemorroidal los tratamientos pueden ser farmacológicos o quirúrgicos, por lo que es necesario que el paciente conozca todos los posibles riesgos que intervienen durante la recuperación, con el objetivo de disminuir las complicaciones postoperatorias que conllevan los procedimientos quirúrgicos (Melia, 2020).

Según López & Vásquez (2018) mencionan que “para obtener un éxito durante el proceso de la cirugía, el equipo quirúrgico debe mantener las estrategias correctas y herramientas necesarias encaminadas a la reducción de la aparición de complicaciones en el postoperatorio”. Como se entiende, pueden existir diferentes maneras de evitar estos problemas, para ello es necesario conocer el grado de hemorroides que presenta el paciente y la técnica quirúrgica a emplear.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Como principal objetivo de la investigación se ha planteado el siguiente:

- Determinar los factores vinculados a complicaciones postquirúrgicas de hemorroidectomía en el Hospital IESS Riobamba en el año 2021.

1.3.2 Objetivos Específicos

Los objetivos específicos establecidos son los siguientes:

- Caracterizar la población de estudio de acuerdo con las variables identificadas.
- Analizar fuentes bibliográficas acerca de las complicaciones postquirúrgicas de hemorroidectomía.
- Mostrar las principales complicaciones postquirúrgicas de una hemorroidectomía.
- Identificar los principales factores que intervienen en las complicaciones postquirúrgicas de una hemorroidectomía.

CAPITULO II.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES

Anatomía

El conducto anal se extiende desde la línea pectínea o dentada hasta el borde anal. La línea pectínea o dentada marca el sitio de transición entre la mucosa rectal cilíndrica y el anodermo epidermoide. La zona de transición anal contiene la mucosa proximal a la línea dentada que comparte las características histológicas del epitelio cilíndrico, cuboideo y epidermoide. Aunque durante mucho tiempo se ha creído que la zona de transición anal se extiende solo de 1 o 2 cm proximal a la línea pectínea, se sabe que la extensión proximal de esta zona es muy variable y puede abarcar hasta 15 cm proximales a la línea pectínea. Esta línea está rodeada por pliegues mucosos longitudinales llamados columnas de Morgagni, en las cuales se vacían las criptas anales. Estas criptas son el origen de los abscesos criptoglandulares (Andersen, et al., 2015).

Fisiopatología

Como se citó en Macharé & Mera (2021), fisiopatológicamente, la enfermedad hemorroidal, son causadas por el prolapso de las estructuras vasculaelásticas que almohadillan el canal anal, denominadas “almohadillas anales”, que están compuestas por arteriolas y venas, con comunicaciones arteriovenosas, músculo liso y tejido conectivo. Clásicamente, están en tres áreas: lateral izquierda, anterolateral y posterolateral derecha. Fisiológicamente, estas almohadillas, se deslizan hacia abajo para cerrar el conducto anal. Sin embargo, este deslizamiento provoca el engrosamiento, el prolapso y en ocasiones el sangrado de estas estructuras. En circunstancias normales, estas almohadillas vasculares, se mantienen en su lugar por el tono de los músculos esfinterianos. Durante la defecación, el canal anal se abre y se relajan dichos músculos, al mismo tiempo que se produce un aumento brusco de la presión, dando lugar a la distensión de las paredes vasculares del plexo hemorroidal. (Charles Brunicardi)

Enfermedad hemorroidal

Derivada del griego αιμα aima: 'sangre' y ρειν rein: 'fluir'. La enfermedad hemorroidal es “una alteración anatómica y fisiopatológica caracterizada por una pérdida de elasticidad y un aumento del volumen de las almohadillas hemorroidales, provocando la protrusión, dilatación vascular y desplazamiento en el canal anal” (Grant, 2018).

Epidemiología

Esta condición afecta cierto porcentaje de la población mundial, se calcula que entre el 4% y 10% de individuos padecen esta patología (Castillo, 2019).

Un ejemplo alarmante, ligado a esta enfermedad, es en Estados Unidos; ya que su tasa de prevalencia es alta. Se estima que alrededor de diez millones de pacientes presentan síntomas asociados a esta condición al año. La mayoría de estos pacientes se concentran en la población mayor a los 50 años, específicamente el 50%. Por otro lado, en América Latina el porcentaje se redujo drásticamente, puesto que aproximadamente el 5% de la población padece esta patología. La incidencia de esta enfermedad hemorroidal se encuentra relacionada con mayor frecuencia en países occidentales, probablemente por el bajo o nulo consumo de alimentos ricos en fibra. En Ecuador no existe estadísticas de cuantas personas presentan enfermedad hemorroidal, sin embargo, es una patología que se encuentra muy frecuente en centros médicos y en especialidades (Conte & Batlle, 2018).

Factores predisponentes

La etiología de la enfermedad hemorroidal puede aparecer por diferentes situaciones, comúnmente estas surgen por el estreñimiento crónico y el esfuerzo que se realiza al momento de la defecación. Por consiguiente, una enfermedad hemorroidal es causada por cualquier situación que altere y afecte el tejido conectivo (Murua Diaz & Otero, 2018). A continuación, mencionaremos los siguientes factores:

- **EMBARAZO:** Durante el embarazo, existe una predisposición al desarrollo de hemorroides sintomáticas debido al aumento de la presión intraabdominal (por el aumento del tamaño uterino, el peso del feto, estreñimiento fisiológico y el esfuerzo durante las deposiciones), el aumento de la congestión venosa y la disminución del retorno venoso. Un estudio llevado a cabo por Parés en el año 2021 señala que las hemorroides afectan aproximadamente el 40% durante la gestación, generalmente en el tercer trimestre del embarazo, en la fase expulsiva por los cambios que se producen en ella y el primer mes postparto (Lourido, 2021).
- **OBESIDAD:** Debido al incremento de peso, existe un aumento en la presión intrabdominal lo cual puede generar la aparición de hemorroides (Bryce, Alegría, & Martin, 2017).
- **SEDENTARISMO:** Algunos de los factores que pueden detonar esta patología están relacionados con las posturas corporales prolongadas.
- **ESTREÑIMIENTO:** El estreñimiento está presente en el 22.4% de los pacientes independientemente del grado de enfermedad hemorroidal. Se considera que la dieta baja en fibra insoluble corrobora para la presencia de constipación, ya que, al requerir mayor esfuerzo al momento de la evacuación, produce congestión de los cojinetes hemorroidales y manifestaciones clínicas, lo que conlleva a la enfermedad, así explicó Luis Charúa Guindic (Ayala I. M., 2020).

- **EDAD:** Se le relaciona con una pérdida del tejido conectivo que ayuda a fijar los cojinetes.

Grado de hemorroides

Las hemorroides se pueden clasificar en dos tipos: internas y externas. Cada una de ellas poseen un grado diferente que necesita un cuidado y diagnóstico, teniendo en cuenta esta información a continuación se detallará la clasificación de las mismas (Sánchez, et al., 2016).

- **HEMORROIDES EXTERNAS:** Se caracteriza por debajo de la línea pectínea y cubiertas por anodermo (Murua Diaz & Otero, 2018, p. 55).
- **LAS HEMORROIDES INTERNAS:** Se caracterizan por encontrarse por encima de la línea pectínea cubiertas por mucosa rectal y con epitelio de transición y columnar (Fuster & Fuster, 2020, p. 139). A continuación, se especificará según el grado:
 - **Grado I:** Sobresale hacia la luz del conducto anal sin ser prolapsadas.
 - **Grado II:** Se prolapsa durante el pujo y regresa espontáneamente.
 - **Grado III:** Se prolapsa durante la defecación y no retornan espontáneamente, pueden reducirse mediante maniobras manuales.
 - **Grado IV:** Se observa la hemorroide de forma permanente sobrepasando el margen anal, y no pueden reducirse mediante maniobras manuales (Fuster & Fuster, 2020).

Cuadro clínico

La sintomatología depende de los tipos de hemorroides, en la externa se presenta síntomas como: dolor, hinchazón purpura y prurito anal, mientras que en las internas podemos encontrar: sangrado, prolapso hemorroidal y son menos dolorosas que las externas (Bernal, et al., 2018). Por ejemplo, en el grado I se caracteriza por presentar sangrado y sin dolor. En el grado II el paciente experimenta sangrado y prurito anal producido por la secreción mucosa, mientras que en el grado III existe sangrado y dolor causado por isquemia local y drenaje mucoso. Finalmente, en el grado IV presentan dolor, prurito y manchas en la ropa por la secreción mucosa (Salomón & Thomas, 2021).

El sangrado es uno de los síntomas más relevantes, generalmente presenta características como: color rojo brillante y es posible visualizarlo en las heces o durante la limpieza (Wainstein & Zárate, 2011). El segundo síntoma en orden de frecuencia es el prolapso, esta puede aparecer en primeras instancias al momento de la evacuación y puede hacerse permanente e irreductible cuando la patología empeora (Perdigón, Almanzor, Romero, & Aguilar, 2020).

Entre otros síntomas que podemos presentar en enfermedad hemorroidal son: prurito, disconfort y escape mucoso. El dolor es un síntoma poco frecuente que aparece en hemorroides de grado IV y se asocia en el estrangulamiento de la propia hemorroide (Moreno, Viqueira, & Alonso, 2021).

Tipos de tratamientos

Una vez detectada la enfermedad, se debe derivar el tratamiento adecuado para cada paciente; en la actualidad, existen varios tipos de tratamientos para la enfermedad hemorroidal (Gil, Marzo, & Rubio, 2018). Entre ellos se encuentran los siguientes:

- Tratamientos no farmacológicos
- Tratamientos farmacológicos
- Tratamientos quirúrgicos

Tratamientos no farmacológicos

En el caso de las hemorroides externas e internas grado I y II, como tratamiento sintomático, se pueden emplear baños de asiento con agua tibia, se adjuntarán analgésicos locales y orales, ablandadores de la materia fecal, una dieta adecuada alta en fibra y abundantes líquidos orales (Cárdenas, 2018, p. 143).

Tratamientos farmacológicos

Las pomadas con cortisona se administran localmente en la zona prolapsada, con un suave masaje y por un tiempo corto de 7 a 10 días, los efectos adversos al usarla por un tiempo prolongado pueden provocar: atrofia en la piel e inducen picor y lesiones por rascado. Existen otras pomadas sin corticoides que incluyen en su composición anestésicos tópicos, vasoconstrictores o antiespasmódicos, y que pueden utilizarse con más frecuencia si es necesario. Todas estas pomadas deben administrarse únicamente cuando el paciente presenta molestias.

Los flebotónicos se han utilizado en el tratamiento de las hemorroides con resultados diversos. La diosmina puede reducir el tiempo de duración del sangrado en los episodios agudos de hemorroides, tiene escasos efectos secundarios y puede ser una buena opción terapéutica previa para valorar la alternativa quirúrgica. La administración de diosmina oral (450 mg cada 8 horas por 5 días) parece mejorar los síntomas (Moreno, Viqueira, & Alonso, 2021).

Tratamientos quirúrgicos

El tratamiento se remonta desde la época de Hipócrates, desde entonces los métodos más utilizados han sido: la ligadura, escisión y el uso de cauterio. El objetivo del tratamiento quirúrgico es poder retirar el tejido hemorroidal enfermo, restaurando así la anatomía del canal anal con el fin de provocar mínima y rápida cicatrización de las heridas (Solís, Bravo, Cedeño, & López, 2019).

Indicaciones:

- Fracaso a los métodos conservadores.
- Asociación con enfermedades anales benignas y que precisen cirugía.
- Hemorroides de III y IV grado o sin componente externo, cuando son sintomáticas.

Contraindicaciones:

- Hipertensión portal
- Enfermedad inflamatoria
- Diátesis hemorrágica.

Principios generales.

1. No es una cirugía menor, por lo que debe ser precedida de normas pre y postoperatorias estrictas.
2. Realizar un completo examen anorrectal preoperatorio y transoperatorio.
3. En cuanto a la técnica que se vaya a seleccionar debe ser individualizada y esta se tomara al momento de la intervención.
4. La técnica se basare en la ligadura mediante visión directa, dejar los puentes cutáneos mucosos amplios y flexibles, realizar una hemostasia cuidadosa, evitar ligaduras en masa con suturas finas y sin tensión.
5. Finalmente se realizará un estudio histológico de todo tejido que se haya extraído en el acto quirúrgico (Berber, Montes, Mendoza, & Hernández, 2017).

Técnica quirúrgica.

La hemorroidectomía puede llevarse a cabo por un sin número de técnicas que se basarán en un principio común, la extirpación y ligadura, hay que tener en cuenta que también existe controversia sobre las ventajas, desventajas y la forma de manejar la piel perianal las cuales establecerán las diferencias entre cada una de ellas (Chwat, et al., 2019).

Se divide en grupos:

1. TÉCNICAS ABIERTAS
 - a) Método de Milligan y Morgan
2. TÉCNICAS CERRADAS
 - a) Método de Ferguson

Método de Milligan y Morgan.

Esta técnica es un procedimiento semejante a la de Ferguson, consiste en separar los apéndices cutáneos y las hemorroides internas del esfínter, dejando las heridas abiertas para que drenen y cicatricen por segunda intención, este último paso es la diferencia entre la técnica de Ferguson (Geçim, Ali, Cheema, Khan, & Farag, 2017, p. 7).

Se introduce un anoscopio media caña que a la vez de dar un amplio campo operatorio permite una buena exposición del paquete a tratar. Se coloca una pinza de Kocher que tracciona la piel por fuera de la hemorroide externa; una pinza de Allis se ubica a nivel de la línea pectínea y otra de aro o Gregoire sobre la hemorroide interna; a continuación, se realiza la disección y ligadura del paquete expuesto debiéndose respetar los siguientes principios:

- El trazado de las incisiones a ambos lados del paquete, que puede realizarse con bisturí o con tijeras de puntas finas, debe seguir una curva de concavidad externa de tal modo que al dejar de traccionar el paquete esta curva se rectifica y los bordes muco-cutáneos quedan paralelos. De no realizar la sección cutánea de esta manera puede quedar una superficie cruenta demasiado ancha, quedando reducidos puentes cutáneos.
- Se disecciona la hemorroide externa del esfínter quedando éste hacia afuera por sección parcial del ligamento de Parks.
- Se disecciona la hemorroide interna de manera tal que la ligadura del pedículo se realice sobre la mucosa.
- Hemostasia rigurosa con electrobisturí sobre pinzamientos muy delicados.
- Se coloca un punto por transfixión dejando los cabos largos; este punto cae a los pocos días. Se secciona la hemorroide 4 a 5 mm por debajo de la ligadura. Se fijan ambos bordes mucosos del muñón al lecho cruento tratando de cubrir la mayor extensión del esfínter interno descubierto. Se procede de igual manera con los otros paquetes hemorroidales dejando amplios puentes cutáneos-mucosos.

Con esta técnica se resecan los tres paquetes principales, pudiendo también tratarse un cuarto paquete (secundario ubicado entre dos primarios) de la misma manera.

En las grandes hemorroides, llamadas circunferenciales, siempre es posible delimitar los tres paquetes principales; en estos casos es necesario completar la intervención destruyendo suavemente con tijeras los vasos situados debajo de los puentes de tal modo que éstos queden totalmente “limpios” de venas dilatadas; de no realizar esta maniobra, en el postoperatorio, se pueden instalar debajo de los mismos dolorosas trombosis de los vasos hemorroidales externos o ser causa de recidiva de la enfermedad

Se finaliza la operación colocando en el recto 10 cm³ de una jalea anestésica por su acción analgésica y lubricante; se puede colocar pomadas a base de nitroglicerina al 2% para reducir el dolor postoperatorio temprano; se completa con un apósito que comprima suavemente la zona operatoria (Namicela, Banchón, Bravo, & González, 2020).

Método de Ferguson.

La diferencia entre el método de Milligan y Morgan y el de Ferguson únicamente estriba en el cierre de las heridas. Esta técnica en los últimos años ha sido la más difundida en Estados Unidos y rápidamente aceptada en Europa y en nuestro país. Es importante mencionar que quienes la ocupan han visto buenos resultados como: menor dolor postoperatorio y las heridas cicatrizar más rápido, también tiene en su contra que la técnica es más laboriosa, requiere mayor tiempo de ejecución y deja mayor cantidad de plicomas.

En cuanto al procedimiento consiste en la colocación de una pinza Kocher o Kelly en el extremo de las hemorroides externas con el fin de hacer tracción hacia el cenit. Luego se realiza una incisión en V desde el anodermo y se prosigue a ambos lados de las hemorroides por el plano submucoso evitando penetrar en el mismo para evitar el sangrado y respetar el esfínter externo e interno en el plano profundo. Cuando se llegue a la base de la hemorroide se procederá a ligar el pedículo con material de reabsorción lenta tipo monocryl o prolene 3-

0. Una vez ligado el tejido hemorroidal es seccionado. Con el mismo punto ya colocado o con uno nuevo el siguiente paso es ir cerrando la brecha desde la base hacia la piel. Durante ese cierre de la mucosa mediante la sutura continua, pequeños puntos toman un mínimo de tejido muscular a fin de cerrar el espacio muerto. La sutura continua puede realizarse a punto pasado para asegurar una correcta hemostasia. Llegados al anodermo ya no es necesario efectuar la sutura a punto pasado y los últimos 5 mm pueden cerrarse completamente o dejarse abiertos así facilita el drenaje. Este procedimiento se repetirá en cada una de las hemorroides. Es importante mantener un adecuado puente mucocutáneo entre cada resección a fin de evitar la estenosis post operatoria. Cave recalcar que la idea es dejar 3 puentes mucocutáneo en la circunferencia anal (Seminario, Calle, & Valverde, 2018).

Hemorroidectomía con instrumentos de energía.

La hemorroidectomía ha ido evolucionando, ahora si incluyen dos alternativas de energía como los son:

- Liga Sure que emplea diatermia.
- Bisturí armónico que usa energía ultrasónica.

La utilización de estas alternativas se basa en producir menor dolor, menor sangrado y una cicatrización más rápida, además el objetivo es el mismo que la hemorroidectomía cerrada. Por medio de los instrumentos de energía bipolar se efectúa la resección y sellado hemostático de las brechas. Se pretende que con el sellado térmico de las brechas con estos instrumentos se logre por medio de una baja difusión de energía logrando así un bajo daño tisular que correspondería con menor dolor postoperatorio (Alcivar, Bravo, Cedeño, & López, 2019, p. 634).

Complicaciones postquirúrgicas

Las complicaciones postquirúrgicas son poco frecuentes y rara vez que se deba realizar una reintervención. Es importante saber que la mayoría de ellas pueden ser evitadas ya que es importante conocer sus factores vinculados y además realizar una correcta técnica quirúrgica. En base a un criterio de ordenamiento se dividen en:

- **Inmediatas:** son complicaciones que ocurren desde que finaliza la cirugía hasta las primeras 72 horas después de la intervención. Entre las más frecuentes podemos encontrar: dolor, sangrado mínimo, retención de orina, fiebre, infección, constipación (Hospital Sant Joan de Déu, 2019).
- **Mediatas:** complicaciones que ocurren desde que finaliza la cirugía hasta la primera semana postoperatoria. Entre las más frecuentes están: hemorragia tardía o diferida, infección urinaria, incontinencia fecal, cicatrización prolongada y prurito anal.
- **Tardías:** son aquellas complicaciones que ocurren desde que finaliza la cirugía hasta el primer mes después de la cirugía. Entre las más frecuentes tenemos: estenosis y fisura anal, fístula anal, plicomas, seudopólipos (fibroepiteliales), prolapso-ectropion mucoso, quistes epidermoides, recidiva hemorroidal (Herrera, 2020)

Complicaciones inmediatas.

Dolor: se considera una complicación inherente al mismo tiempo, más frecuente en pacientes con hipertonia anal, cabe recalcar que está relacionado al umbral del dolor del paciente y además al manejo de la analgesia. En varias investigaciones se ha considerado que no existe una causa exacta de esta, pero se presume que puede ser secundario a un espasmo del esfínter anal.

Edema de puentes cutáneo-mucosos: se presentan cuando hay una manipulación grande de los tejidos, esto se debe a hemorroides voluminosas, pueden llegar a involucionar espontáneamente quedando plicomas residuales (Klang, et al., 2020).

Sangrado mínimo: provenientes de pedículos vasculares o también del borde de la mucosa por mala hemostasia.

Retención urinaria: esta se presenta con mayor frecuencia en hombres por un espasmo reflejo del esfínter urinario como respuesta al dolor postoperatorio, además tiene una relación con la extensión de la resección. Según Parks este problema tiene origen en el área común tanto de inervación de la uretra como de los esfínteres anales (Campos, et al., 2019).

Infección: esta complicación es inusual a pesar de una alta contaminación bacteriana a nivel de la zona que será operada. Cuando se usa una técnica cerrada puede suceder la aparición de abscesos submucosos y por ende una formación de fistulas. Como mencionamos son poco frecuentes, pero es importante prevenir ante una tórpida evolución (García-Astudillo, 2018).

Complicaciones mediatas.

Sangrado mínimo: desprendimiento de la escara que cede espontáneamente, es importante mencionar que según un estudio muestra que el sangrado se puede considerar por una infección de la herida, por lo que generalmente se deberá internar al paciente y controla así el sangrado.

Incontinencia fecal: es una complicación poco frecuente, que puede ocurrir en los primeros 7 a 14 días que es provocado en muchas ocasiones por miedo al dolor provocado por la defecación, dentro de las causas, está la cicatrización anómala que produce deformidad del ano y por ende daños del complejo esfinteriano. esta se producirá con mayor frecuencia en hemorroidectomía abierta (Ragpaa, Urdangarayb, Benítez, & Sáez, 2019).

Complicaciones tardías.

Estenosis anal: es por una excesiva resección del anodermo y consecuente cicatrización del canal anal, cuando ha terminado el proceso de cicatrización, la difícil evacuación con esfuerzo, heces finas y en pocas ocasiones sangrado es un indicador de que el conducto anal perdió su elasticidad y por ende la estenosis está presente. Su frecuencia no alcanza el 5%. con la dilatación digital bastara para su recuperación, mientras que en otros casos se deberán usar colgajos (Barbenza, 2018)

Fisura anal: puede ocurrir por una mala cicatrización.

Fístula anal: su mecanismo no se conoce con certeza y se presentan con una incidencia que según varios autores esta entre el 0.01 al 0.5%.

Plicomas: complicación que se presenta por ejecución de puentes cutáneo-mucosos por malos cuidados. su frecuencia se encuentra entre el 4% (Murua Diaz & Otero, 2018).

CAPÍTULO III.

3 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Estudio

El tipo de estudio empleado en el presente documento de investigación seleccionado fue el descriptivo-retrospectivo. La investigación descriptiva permite estudiar un fenómeno reconociendo sus variables y peculiaridades, por otro lado, será respectivo porque analizará hechos suscitados en la realidad.

Para ello, se recurrió a una base de datos donde se recopiló de las historias clínicas de 63 pacientes con criterios de inclusión, los cuales fueron intervenidos mediante tratamiento quirúrgico de hemorroidectomía en el periodo: 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2021 en el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

3.2 Diseño de Estudio

El presente proyecto de investigación se realizó en el Hospital General IESS Riobamba y tuvo la duración de 1 año, ya que se obtuvieron datos comprendidos en el año 2021 de todas las atenciones realizadas a pacientes con diagnóstico de hemorroides grado III y IV, que fueron intervenidos quirúrgicamente en el año 2021. El diseño de estudio seleccionado abarcó el tipo de investigación no experimental transversal, el cual permite al investigador realizar un análisis e interpretación de datos o variables en su comportamiento original, sin modificar o manipular su contexto, cabe recalcar que en todo momento se mantuvo la confidencialidad de la información recolectada y esto se rigió de acuerdo con el código de ética.

3.3 Método analítico

Para la comprensión de la teoría acerca del tema analizado fue necesario abarcar un conjunto de referencias bibliográficas obtenidas mediante revistas tales como RECIMUNDO (Revista Científica Mundo de la Investigación), SCIELO, FMC (Formación Médica Continuada en Atención Primaria), UNMSM (Universidad Nacional Mayor de San Marcos), EMC (Tratado de Medicina), Journal of American Health, entre otras. Verificando esta información con la base de datos de los pacientes con tratamiento quirúrgico de hemorroidectomía Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del año 2021.

3.4 Área del estudio

Pacientes detectados con hemorroides grado III y IV que requirieron intervención quirúrgica mediante la técnica de hemorroidectomía convencional en cualquier rango de edad.

3.5 Población

Según los datos obtenidos mediante la solicitud al Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social periodo 2021, existió un total de 63 pacientes con enfermedad hemorroidal de III y IV grado que presentaron un diagnóstico destinado a la intervención quirúrgica.

3.6 Tamaño de la muestra

Se consideró el uso total de 63 pacientes para el análisis acerca de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de enfermedad hemorroidal de III y IV grado atendidos en Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social periodo 2021.

3.7 Criterios de inclusión

Pacientes que presentaron un diagnóstico de enfermedad hemorroidal de III y IV grado y fueron dirigidos al tratamiento de hemorroidectomía convencional en el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social periodo 2021.

3.8 Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorroidal de I y II grado.
- Pacientes atendidos con tratamientos farmacéuticos.
- Pacientes que no requirieron de atención quirúrgica.

3.9 Unidad de análisis

El presente estudio se ejecutó en el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del año 2021, cuya ubicación es Lizarzaburu, Cantón Riobamba, Provincia de Chimborazo-Ecuador.

3.10 Técnicas y procedimientos

Los resultados obtenidos fueron derivados de la base de datos del historial clínico de los pacientes de enfermedad hemorroidal de III y IV grado detallado dentro del sistema AS-400 del Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social del periodo 2021.

3.11 Procesamiento estadístico

Para el proceso estadístico se utilizó la herramienta de Microsoft Excel, la cual permitió desarrollar tabulaciones de datos del historial clínico de pacientes con intervención

quirúrgica de hemorroides de III y IV grado; cuyos datos permitieron desarrollar tablas y gráficos, los cuales permitieron interpretar un resultado de mejor manera.

Para realizar el resto del análisis univariante se utilizó el programa estadístico SPSS, los valores de la base de datos en Excel y la información recogida en el sistema AS400.

Chi cuadrado

Se fundamenta en el total de todas las sumas entre las frecuencias observadas de una variable y sus frecuencias teóricas o esperadas, siendo interpretadas estas últimas como frecuencias esperadas de acuerdo con una determinada distribución teórica.

Figura 1

Formula de Chi cuadrado

$$x^2 = \sum \left(\frac{(O_i - E_i)}{E_i} \right)^2$$

x²: chi cuadrado

Σ: sumatoria

O_i: frecuencia observada

E_i: frecuencia esperada

3.12 Identificación de variables de investigación

3.12.1 Variable dependiente

- Complicaciones postquirúrgicas de hemorroidectomía.

3.12.2 Variables independientes

- Factores vinculados.

3.13 Análisis e interpretación de resultados

Para el respectivo análisis e interpretación se ha optado la información de la base de datos previamente detallada:

3.13.1 Datos Univariables

Los datos univariables determinados para el presente análisis constan de frecuencia, datos y porcentajes estadísticos.

3.13.2 Datos Bivariables

Los datos bivariables constan de los factores vinculados a las complicaciones postquirúrgicas de hemorroidectomía.

3.14 Requerimientos éticos

La intervención de la información detallada en el presente documento es exclusiva del Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el periodo 2021, por lo tanto, se firmó un acuerdo de compromiso velando por la privacidad de los datos obtenidos e historial clínico de los pacientes.

3.15 Consideraciones éticas

No se presentaron conflicto por interés.

3.16 Operacionalización de variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

Variables	Definición	Tipo	Escala	Indicador
Sexo	Características genéticas y biológicas determinantes en un ser humano.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad • Porcentaje
Edad	Tiempo vivido por un individuo qué parte desde su nacimiento.	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • 18 a 35 años • 36 a 50 años • 51 a 65 años • 66 a 80 años • 81 a 100 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad • Porcentaje
Diagnostico	Tipo de análisis que se realiza algunas circunstancias o fenómenos suscitada en una persona o en un ambiente determinado.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorroide de tercer grado • Hemorroide de cuarto grado 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad • Porcentaje
Complicaciones Inmediatas	Es un resultado desfavorable de una enfermedad, condición de salud o tratamiento	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria • Sangrado • Infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad • Porcentaje
Factores	Se comprende cómo el elemento o circunstancia que produce un fenómeno.	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Grado de hemorroides • Obesidad • Estreñimiento • Embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad • Porcentaje

Nota. Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón.

CAPÍTULO IV.

4 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

Mediante el análisis de la base de datos otorgada por el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba del periodo 2021, se procedió a ejecutar la tabulación respectiva, con el propósito de tener una visión, interpretación y análisis sistemático.

4.1 ANÁLISIS UNIVARIANTE

4.1.1 Distribución de pacientes intervenidos quirúrgicamente según el sexo

Tabla 2

Distribución de pacientes intervenidos quirúrgicamente según el sexo

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Masculino	38	60%
Femenino	25	40%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Según la tabla 2, el 60% de los intervenidos corresponde al sexo masculino, mientras que el 40% para el sexo femenino.

4.1.2 Distribución de pacientes intervenidos quirúrgicamente según la edad

Tabla 3

Distribución de pacientes intervenidos quirúrgicamente según la edad

Edad	Cantidad	Porcentaje
18 a 35	3	5%
36 a 50	25	40%
51 a 65	18	28%
66 a 80	15	24%
81 a 100	2	3%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Según la tabla 3, se encontró que el 40% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente se encuentran entre los 36 a 50 años, seguido por el 28% entre 51 a 65 años, 24% entre 66 y 80 años, el 5% entre 18 a 35 años y el 3% para mayores de 81 años.

4.1.3 Distribución de pacientes según el grado de la enfermedad hemorroidal.

Tabla 4

Distribución de pacientes según el grado de la enfermedad hemorroidal.

Diagnóstico	Cantidad	Porcentaje
Hemorroides de tercer grado	34	54%
Hemorroides de cuarto grado	29	46%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Según la tabla 4, se observó que, entre los 63 pacientes estudiados, el 54% padecía de hemorroides de tercer grado, mientras que el 46% restante hemorroides de cuarto grado.

4.1.4 Distribución de pacientes según el factor “obesidad”

Tabla 5

Distribución de pacientes según el factor “obesidad”

Obesidad	Cantidad	Porcentaje
Si	14	22%
No	49	78%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Según la tabla 5, el 78% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente no registraron enfermedad por obesidad, mientras que el 22% sí presento obesidad.

4.1.5 Distribución de pacientes según el factor “Estreñimiento”

Tabla 6

Distribución de pacientes según el factor “Estreñimiento”

Estreñimiento	Cantidad	Porcentaje
Si	10	16%
No	53	84%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Según la tabla 6, el 84% de los pacientes no padecían estreñimiento, mientras que el 16% presentó esta sintomatología.

4.1.6 Distribución de pacientes según el factor “Embarazo”

Tabla 7

Distribución de pacientes según el factor “Embarazo”

Embarazo	Cantidad	Porcentaje
Si	3	5%
No	60	95%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Según la tabla 7, se encontró que el 95% de los pacientes no se encontraban en período de gestación, mientras que el 5% sí presentaba este factor.

4.1.7 Distribución de pacientes según las complicaciones postquirúrgicas inmediatas

Tabla 8

Distribución de pacientes según las complicaciones postquirúrgicas inmediatas

Complicaciones	Cantidad	Porcentaje
Si	27	43%
No	36	57%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Según la tabla 8, el 57% de los pacientes no registraron complicaciones post quirúrgicas inmediatas, mientras que el 43% sí presentó dificultades durante la recuperación.

4.1.8 Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Incontinencia urinaria”

Tabla 9

Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Incontinencia urinaria”

Incontinencia urinaria	Cantidad	Porcentaje
Si	4	6%
No	59	94%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Según la tabla 9, el 94% de los pacientes no tuvieron complicaciones postquirúrgicas correspondientes a la incontinencia urinaria, mientras que el 6 % si presentó este síntoma. A pesar de encontrarse rangos muy leves de existencia de incontinencia urinaria como una complicación concurrente, se observa que la existencia puede ocurrir.

4.1.9 Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Sangrado”

Tabla 10

Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Sangrado”

Sangrado	Cantidad	Porcentaje
Si	18	29%
No	45	71%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Según la tabla 10, el 71% de los pacientes no presentaron sangrados luego de una intervención quirúrgica como complicación, mientras que el 29% sí presentó este síntoma.

4.1.10 Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Infecciones”

Tabla 11

Distribución de pacientes según la complicación postquirúrgicas “Infecciones”

Infecciones	Cantidad	Porcentaje
Si	5	8%
No	58	92%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Según la tabla 11, de los pacientes analizados no presentaron infecciones el 92%, sin embargo, el 8% de ellos si presento esta complicación.

4.2 ANÁLISIS BIVARIANTE

4.2.1 Análisis descriptivo del sexo con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas

Tabla 12

Distribución de incontinencia urinaria referente al sexo

		Sexo		
		F	M	TOTAL
INCONTINENCIA URINARIA	NO	24	35	59
		96%	92,11%	93,65%
	SI	1	3	4
		4%	7,89%	6,35%
Total	25	38	63	

Chi2 = 0,385a p= 0,535

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 12, la incontinencia urinaria fue mayor en el sexo masculino (7,89%), frente al sexo femenino (4%), estos valores registraron una p de 0,535; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

Tabla 13

Distribución del sangrado referente al sexo

		Sexo		
		F	M	TOTAL
SANGRADO MINIMO	NO	19	26	45
		76 %	68,42%	71,43%
	SI	6	12	18
		24%	31,58%	28,57%
Total	25	38	63	

Chi2 = 0,424a p= 0,515

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 13, el sangrado fue mayor en el sexo masculino (31,58%), frente al sexo femenino (24%), estos valores registraron una p de 0,515; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

Tabla 14
Distribución de la infección referente al sexo

		Sexo		
		F	M	TOTAL
INFECCIONES	NO	22	36	58
		88%	94,74%	92,06%
	SI	3	2	5
		12%	5,26%	7,94%
Total		25	38	63

Chi2 = 0, 937a p= 0,333

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 14; la infección fue mayor en el sexo femenino (12%), frente al sexo masculino (5,26%), estos valores registraron una p de 0,333; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

4.2.2 Análisis descriptivo de la edad con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas

Tabla 15
Distribución de la incontinencia urinaria referente a la edad

		EDAD				
		18 a 35	36 a 50	51 a 65	66 a 80	81 a 100
INCONTINENCIA NO URINARIA	NO	2	24	16	15	2
		66,67%	96%	88,89%	100%	100%
	SI	1	1	2	0	0
		33,33%	4%	11,11%	0%	0%
Total		3	25	18	15	2

Chi2 = 5,745^a p= 0,219

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 15, se encontró que entre la edad de 18 a 35 años existió el 33,33% de probabilidad que se presente la incontinencia urinaria, por otro lado, para los pacientes entre 51 a 65 años se registró el 11,11%. Estos valores registraron una p de 0,219 lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

Tabla 16
Distribución al sangrado referente a la edad

		EDAD					
		18 a 35	36 a 50	51 a 65	66 a 80	81 a 100	Total
SANGRADO MINIMO	NO	2	13	16	12	2	45
		66,67%	52%	88,89%	80%	100%	71,43%
	SI	1	12	2	3	0	18
		33,33%	48%	11,11%	20%	0%	28,57%
Total		3	25	18	15	2	63

$$\text{Chi2} = 8,686^a \quad p = 0,069$$

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 16, existió un 48% de pacientes entre los 36 a 50 años que presentó sangrado postquirúrgico, mientras que el 33,33 % se presentó en pacientes entre los 18 a 35 años, estos valores registraron una p de 0,069; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

Tabla 17
Distribución la infección referente a la edad

		EDAD					
		18 a 35	36 a 50	51 a 65	66 a 80	81 a 100	Total
INFECCIONES	NO	2	22	18	14	2	58
		66,67%	88%	100%	93,33%	100%	92,06%
	SI	1	3	0	1	0	5
		33,33%	12%	0%	6,67%	0%	7,94%
Total		3	25	18	15	2	63

$$\text{Chi2} = 4,970^a \quad p = 0,290$$

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 17, existe un 33,33% de los pacientes entre los 18 a 35 años que presentaron infecciones postquirúrgicas, seguido por un 12% entre las edades de 36 a 50 años, estos valores registraron una p de 0,290; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

4.2.3 Análisis descriptivo del grado de hemorroide con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas

Tabla 18

Distribución de incontinencia urinaria referente al grado de hemorroide

		GRADO		TOTAL
		HEMORROIDE DE CUARTO GRADO	HEMORROIDE DE TERCER GRADO	
INCONTINENCIA URINARIA	NO	28	31	59
		96,56 %	91,18%	93,65%
	SI	1	3	4
		3,45 %	8,82%	6,35%
Total		29	34	63

Chi2 = 0,761^a p= 0,383

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 18, se encontró que el 8,82 % de los pacientes pueden presentar incontinencia urinaria postquirúrgico en las hemorroides de tercer grado, mientras que el 3,45 % se presenta en las hemorroides de cuarto grado. Estos valores registraron una p de 0,383; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

Tabla 19

Distribución de sangrado referente al grado de hemorroide

		GRADO		TOTAL
		HEMORROIDE DE CUARTO GRADO	HEMORROIDE DE TERCER GRADO	
SANGRADO MINIMO	NO	24	21	45
		82,76%	61,76%	71,43%
	SI	5	13	18
		17,24%	38,24%	28,57%
Total		29	34	63

Chi2 = 3,380^a p= 0,066

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 19, se encontró que el 38,24 % de los pacientes pueden presentar sangrado postquirúrgico en las hemorroides de tercer grado, mientras que el 17,24 % se presenta en las hemorroides de cuarto grado. Estos valores registraron una p de 0,066; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

Tabla 20**Distribución de infecciones referente al grado de hemorroide**

		GRADO		TOTAL
		HEMORROIDE DE CUARTO GRADO	HEMORROIDE DE TERCER GRADO	
INFECCIONES	NO	26 89,66%	32 94,12%	58 92,06%
	SI	3 10,34%	2 5,88%	5 7,94%
Total		29	34	63

Chi2 = 0,427^a p= 0,514**Fuente:** Historias clínicas del sistema AS400**Autores:** Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 20, se encontró que el 10,34 % de los pacientes pueden presentar infecciones postquirúrgico en las hemorroides de cuarto grado, mientras que el 5,88 % se presenta en las hemorroides de tercer grado. Estos valores registraron una p de 0,514; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

4.2.4 Análisis descriptivo de la obesidad con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas

Tabla 21**Distribución de incontinencia urinaria referente a la obesidad**

		Obesidad		TOTAL
		NO	SI	
INCONTINENCIA URINARIA	NO	48 97,96%	11 78,57%	59 93,65%
	SI	1 2,04%	3 21,47%	4 6,35%
Total		49	14	63

Chi2 = 6,883^a p= 0,009**Fuente:** Historias clínicas del sistema AS400**Autores:** Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 21; se encontró que el 21,47% puede presentar incontinencia urinaria postquirúrgico en pacientes con obesidad, estos valores registraron una p de 0,009; es decir la incontinencia urinaria es dependiente a la obesidad del paciente.

Tabla 22
Distribución del sangrado referente a la obesidad

		Obesidad		
		NO	SI	TOTAL
SANGRADO MINIMO	NO	38	7	45
		77,55%	50%	71,43%
	SI	11	7	18
		22,45%	50%	28,57%
Total		49	14	63

Chi2 = 4,050^a p= 0,044

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 22; se encontró que el 50% puede presentar sangrado postquirúrgico en pacientes con obesidad, estos valores registraron una p de 0,044; es decir el sangrado es dependiente a la obesidad del paciente.

Tabla 23
Distribución de infecciones referente a la obesidad

		Obesidad		
		NO	SI	TOTAL
INFECCIONES	NO	48	10	58
		97,96%	71,43%	92,06%
	SI	1	4	5
		2,04%	28,57%	7,94%
Total		49	14	63

Chi2 = 10,490^a p= 0,001

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 23; se encontró que el 28,57% de los pacientes pueden presentar infecciones postquirúrgico en pacientes con obesidad, estos valores registraron una p de 0,001; es decir las infecciones son dependientes a la obesidad del paciente.

4.2.5 Análisis descriptivo del estreñimiento con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas

Tabla 24

Distribución de incontinencia urinaria referente al estreñimiento

		Estreñimiento		TOTAL
		NO	SI	
INCONTINENCIA URINARIA	NO	49	10	59
		92,45%	100%	93,65%
	SI	4	0	4
		7,55%	0%	6,35%
Total		53	10	63

Chi2 = 0,806^a p= 0,369

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 24; se encontró que el 0 % de los pacientes presentan incontinencia urinaria postquirúrgico en pacientes con estreñimiento, estos valores registraron una p de 0,369; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

Tabla 25

Distribución de sangrado referente al estreñimiento

		Estreñimiento		TOTAL
		NO	SI	
SANGRADO MINIMO	NO	45	0	45
		84,91%	0%	71,43%
	SI	8	10	18
		15,09%	100%	28,57%
Total		53	10	63

Chi2 = 29,717^a p= <0,001

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 25, se encontró que el 100 % de los pacientes pueden presentar sangrado postquirúrgico en pacientes con estreñimiento, estos valores registraron una p de 0,001; es decir el sangrado es dependiente al estreñimiento del paciente.

Tabla 26
Distribución de infecciones referente al estreñimiento

		Estreñimiento		
		NO	SI	TOTAL
INFECCIONES	NO	48	10	58
		90,57%	100%	92,06%
	SI	5	0	5
		9,43%	0%	7,94%
Total		53	10	63

Chi2 = 1,025^a p= 0,311

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 26; se encontró que el 0 % de los pacientes presentan infecciones postquirúrgico en pacientes con estreñimiento, estos valores registraron una p de 0,311; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

4.2.6 Análisis descriptivo del embarazo con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas

Tabla 27
Distribución de incontinencia urinaria referente al embarazo

		Embarazo		
		NO	SI	TOTAL
INCONTINENCIA URINARIA	NO	57	2	59
		95%	66,67%	93,65%
	SI	3	1	4
		5%	33,33%	6,35%
Total		60	3	63

Chi2 = 3,857^a p= 0,051

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 27, se encontró que el 33,33% de los pacientes presentan incontinencia urinaria postquirúrgico en el embarazo, estos valores registraron una p de 0,051; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

Tabla 28
Distribución de sangrado referente al embarazo

		Embarazo		
		NO	SI	TOTAL
SANGRADO MINIMO	NO	43	2	45
		71,67%	66,67%	71,43%
	SI	17	1	18
		28,33%	33,33%	28,57%
Total		60	3	63

Chi2 =0,035^a p= 0 ,852

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 28, se encontró que el 33,33% de los pacientes presentan sangrado postquirúrgico en el embarazo, estos valores registraron una p de 0,852; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

Tabla 29
Distribución de infecciones referente al embarazo

		Embarazo		
		NO	SI	TOTAL
INFECCIONES	NO	56	2	58
		93,33%	66,67%	92,06%
	SI	4	1	5
		6,67%	33,33%	7,94%
Total		60	3	63

Chi2 = 2,781^a p= 0 ,095

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

En la tabla 29, se encontró que el 33,33% de los pacientes presentaron infecciones postquirúrgico en el embarazo, estos valores registraron una p de 0,095; lo cual rechaza la dependencia entre estas dos variables.

4.3 DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación analizó una base de datos de 63 pacientes que se sometieron a intervención quirúrgica de hemorroidectomía. Es importante mencionar que por medio de conversatorios y comunicados con los encargados de la administración de la base de datos y del historial clínico de los pacientes solicitados, se logró conocer que por circunstancias de la pandemia COVID-19 en el año 2021, existieron pacientes que prefirieron no someterse a una intervención quirúrgica necesaria para el tipo de hemorroides que padecían.

En este estudio se identificó los factores que se encuentran vinculados a complicaciones postquirúrgicas de una hemorroidectomía. En nuestro estudio se verificó que el mayor porcentaje determinado fue para el sexo masculino con un 60% y con un 40% para el sexo femenino. Según López y Jiménez, (2018) indicaron que su incidencia es muy similar en hombres y mujeres (López Mozos & E. Jiménez Vicente, 2018). Mientras que Adrián Castillo (2019) menciona que los pacientes incluidos en su investigación, en la enfermedad hemorroidal, el sexo masculino se presentó con mayor frecuencia que en las mujeres (Adrián David Castillo Zambrano, 2019). En cuanto a las complicaciones postquirúrgicas, según Luis Pochet Sánchez (2018) mostro que aquellos pacientes del sexo masculino sometidos a una hemorroidectomía presentaron complicaciones posquirúrgicas inmediatas de infección en un rango del 4% (Sánchez L. P., 2018). En nuestro trabajo se evidencio que las complicaciones postquirúrgicas inmediatas no tuvieron ninguna significancia con el factor sexo.

Analizando la edad, se encontró que el mayor porcentaje fue 40% en los pacientes entre las edades de 36 a 50, seguido del 28% entre las edades de 51 a 65 años. Un estudio en el año 2019 determinó que la existencia de hemorroides es más frecuente en la edad adulta, entre las edades de 40 a 60 años incluso presentando complicaciones posquirúrgicas como el sangrado mínimo en 2 % de los pacientes (Padrón & Ameneiro, 2019, p. 674). En nuestro estudio se determinó que la edad no tiene ninguna dependencia con las complicaciones postquirúrgicas inmediatas que presentaron los pacientes.

En nuestro estudio se analizó que los grados III y IV son intervenidos quirúrgicamente, se conoció que el 54% de los pacientes padecían enfermedad hemorroidal de tercer grado, mientras que el 46% restante enfermedad hemorroidal de cuarto grado. Según Fulle, Moreno y Quezada (2018) mencionan a través de su estudio que el 65% presentaron enfermedad hemorroidal de III grado, mientras que el 35% restante fue de IV grado, en donde mencionan que las complicaciones postquirúrgicas inmediatas como el sangrado e infección aparecieron con más frecuencia en las hemorroides de grado III (Angelo Fulle C, Pablo Moreno L, & Felipe Quezada D, 2018). Por ello se concluyó mediante la investigación realizada que la enfermedad hemorroidal de grado III son más frecuentes que las de grado IV, pero en cuanto a las complicaciones postquirúrgicas inmediatas no existe dependencia alguna con el grado de la enfermedad hemorroidal.

Otro de los factores analizados es la obesidad, encontrando únicamente que el 22% de los pacientes presentan esta enfermedad. Según Díaz, & Otero (2018) mencionan que de los pacientes estudiados la obesidad era poco frecuente en aquellos que tenían enfermedad hemorroidal, ocupando un 15% y, de estos, el 5% sufrieron complicaciones postquirúrgicas dentro de las cuales estuvo el sangrado, el cual era por continuidad de los malos hábitos alimenticios y malos cuidados postoperatorios, en cuanto a la incontinencia urinaria con un mínimo porcentaje se mencionó que esta puede ser una complicación relativa en cualquier paciente que haya sido sometido a una hemorroidectomía (Murua Diaz & Otero, 2018). Por lo que se concluyó con nuestro estudio que las complicaciones postquirúrgicas como la incontinencia urinaria, el sangrado y las infecciones son dependientes de la obesidad.

El estreñimiento fue otro de los factores estudiados, que se presentó con una incidencia baja del 16%, en donde el sangrado fue la única complicación postquirúrgica inmediata que tuvo relación con este factor. No obstante, existen trabajos contradictorios al respecto de la incidencia de pacientes con el factor de estreñimiento, como el publicado por Alexander (2021) donde evidencia que el estreñimiento es una de las causas más comunes para desarrollar la enfermedad hemorroidal ocupando en un 40% y que esta puede ser un factor para complicarse durante el postoperatorio inmediato debido a una dieta continua baja en fibra por lo que ocasionará estreñimiento, por ende, el paciente tendrá esfuerzo durante la evacuación y se podría presentar un sangrado mínimo.

En el embarazo, se encontró que el 5% de los pacientes presentan enfermedad hemorroidal. La investigación realizada por Isabel Lourido (2021) menciona que en el parto vaginal espontáneo en fase expulsiva aumentan la probabilidad de desarrollar dicha enfermedad hasta al 30%, mientras, que en el puerperio tardío se ha relacionado al sangrado como una de las principales complicaciones postquirúrgicas inmediatas que presentan las pacientes (Isabel Corvi Lourido, 2021). Determinar la correlación de dependencia entre las complicaciones postquirúrgicas inmediatas y el embarazo resulta ineficaz, debido a que en nuestro análisis existió escaso número de pacientes embarazadas.

Es importante mencionar que, dentro del Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la técnica empleada es Ferguson con bisturí armónico, se utiliza debido a que existe menor dolor postoperatorio y las heridas cicatrizan más rápido. Pokharel y cols (2018) realizaron un estudio comparando la hemorroidectomía cerrada de Ferguson contra la hemorroidectomía abierta de Milligan Morgan donde se encontraron varios resultados que mencionan ventajas importantes al momento del uso de la técnica cerrada versus la abierta, estas incluyeron: menor dolor en el periodo postoperatorio inmediato, necesitando menos analgésicos para el dolor y siendo más rápida la cicatrización.

CAPITULO V.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Según lo analizado el presente trabajo de investigación se concreta lo siguiente:

- Se caracterizó a 63 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, de los cuales existió una prevalencia en el sexo masculino con un 60 %, en la edad se presentó el 40 % en el rango de 36 a 50 años, dentro de los factores se concluyó que las hemorroides de tercer grado tuvieron un importante predominio de 54%; seguida en la obesidad se presentó un 22%, el estreñimiento con un 16 % y en el embarazo con 5 %, mientras que la complicación más destacada fue el sangrado mínimo con un 29 %.
- Se analizó las fuentes bibliográficas para las complicaciones postquirúrgicas inmediatas, en donde se verifico que el sangrado mínimo es una de las complicaciones más frecuentes, seguida de las infecciones, además, se ha mencionado que la incontinencia urinaria no es tan común, pero puede llegar a presentarse en pocos casos.
- Se mostró las principales complicaciones postquirúrgicas de una hemorroidectomía en el Hospital IESS Riobamba en el año 2021, dentro de las cuales el sangrado con un 29% ocupa el primer lugar, seguida de la infección con un 8% y finalmente la incontinencia urinaria con un 6 %.
- Se identificó los principales factores que intervienen en las complicaciones postquirúrgicas inmediatas de una hemorroidectomía en el Hospital IESS Riobamba en el año 2021, donde se encontró que las complicaciones postquirúrgicas inmediatas tuvieron dependencia con el factor obesidad y solo el sangrado minino presentó relación con el estreñimiento, mientras que las otras complicaciones eran independientes a los factores.

5.2 Recomendaciones

- Desarrollar un estudio más amplio a nivel provincial sobre la epidemiología que presentan los pacientes sobre la enfermedad hemorroidal y sus complicaciones postquirúrgicos.
- Se recomienda a todas las personas y en especial aquellas con factores de riesgo vinculadas a complicaciones postquirúrgicas tengan una vida más activa y una buena alimentación rica en fibra.
- Realizar campañas en el Hospital IESS de Riobamba para concientizar a los usuarios acerca de la enfermedad hemorroidal y además dar a conocer aquellos factores que pueden ocasionar una complicación postquirúrgica y por ende un retraso en su recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcivar, D., Bravo, S., Cedeño, M., & López, G. (2019). Hemorroidectomía. Cuidados Postoperatorios. *RECIMUNDO*, 624-242.
- Alexander, M. (2021). *Hemorroides: Sin dolor y sin síntomas en sólo cuatro semanas*. BOD GmbH DE.
- Álvarez, S., Gutiérrez, A., & Lima, A. (2017). Indicación Farmacéutica para el estreñimiento en pacientes con diabetes e hipertensión arterial. *Pharmaceutical Care España*, 139-152.
- Andersen, D., Billiar, T., Dunn, D., Hunter, J., Matthews, J., & Pollock, R. (2015). *Principios de cirugía*. McGraw Hill Education .
- Angelo Fulle C, Pablo Moreno L, & Felipe Quezada D. (2018). Evolución de síntomas a corto plazo y grado de satisfacción del paciente tras hemorroidectomía convencional. 233-240.
- arredondo, G. P. (2020). Importancia del adecuado tratamiento del dolor postoperatorio en la cirugía de la enfermedad hemorroidal. *Salud Quintana Roo*, 5-6.
- Arredondo, G. P. (2020). Importancia del adecuado tratamiento del dolor postoperatorio en la cirugía de la enfermedad hemorroidal. *Salud Quintana Roo*.
- Arriaga, B. G., Höerner, D. S., Velázquez, F. R., Chico, B. G., Valadez, C. H., Aguilar, B. A., & Domínguez, A. M. (2022). Experiencia con la desarterialización hemorroidal transanal como abordaje de mínima invasión para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal. . *Acta Médica Grupo Angeles*, 145-150.
- Ayala, I. (2012). Médico Cirujano . *NÁLISIS COMPARATIVO DE LAS COMPLICACIONES DE LA HEMORROIDECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE LAS FUERZAS ARMADAS HG-1 DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2011 A DICIEMBRE 2011. ESTUDIO DE COHORTE HISTÓRICO*. Quito : Universidad Católica del Ecuador .
- Ayala, I. M. (2020). ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS COMPLICACIONES DE LA HEMORROIDECTOMÍA. *Scielo*.
- Barbenza, A. M. (2018). Fisura anal. *Cuadernos de Cirugía*, 58-60.
- Becerra, M., Osorio, M., Marín, J., Jaimes, I., & Sarmiento, L. (2020). Manejo quirúrgico de hemorroides internas en un centro de referencia de Manizales del 2010 al 2017. *MedUNAB*, 251-260.
- Becerra, R. M., Angulo, F. J., & García, M. M. (2018). Colgajo en Diamante como Tratamiento de Estenosis Anal Post-Hemorroidectomía. *Archivos de coloproctología*.
- Berber, J., Montes, Z., Mendoza, A., & Hernández, M. d. (2017). Cirugía proctológica con láser, experiencia inicial en México. *Cirujano general*, 66-73.
- Bernal, F. H., Sierra, G. C., Álvarez, K. M., Bauta, Y. M., Silva, C. M., Serrano, O. M., . . . González, V. L. (2018). Caracterización de las Hemorroides Agudas en la población cubana, octubre 2015–marzo 2016. . *En Cuba Salud 2018*. .
- Blancas, J. A., Chinchilla, R. A., Garcés, M. A., Guevara, M. I., Lemoine, C. E., Sánchez, R., . . . Hernandez, R. (2019). Insuficiencia venosa crónica y enfermedad hemorroidal en México: Opinión de expertos. *Revista Mexicana de Angiología*.

- Bryce, A., Alegría, E., & Martin, M. S. (2017). Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. En *Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM: Facultad de Medicina*, 202-206.
- Camargo, M., Osorio, M., Marín, J., Jaimes, I., & Sarmiento, L. (2020). Manejo quirúrgico de hemorroides internas en un centro de referencia de Manizales del 2010 al 2017. *MedUNAB*, 251-260.
- Campos, S., Ureña, J., Fuentes, C., Barbosa, F., Barrera, F., Jiménez, V., & González, A. (2019). Dehiscencia de anastomosis gastrointestinal. Qué hacer y qué no hacer. . *Cirujano general*, 243-255.
- Capote, A., & Acosta, N. (2017). Efectividad de la esclerosis endoscópica hemorroidal dos décadas después. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 187-194.
- Cárdenas, M. (2018). Patología anorrectal en la práctica clínica de atención primaria. *Acta Académica*, 137-148.
- Castillo, A. (3 de 12 de 2019). Médico . *CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HEMORROIDAL ATENDIDOS EL AÑO 2018, SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO CUENCA – ECUADOR 2019*. Cuenca , Ecuador : Universidad de Cuenca.
- Chwat, C., Rosato, G., Basso, R., Vall, D., Alexandre, F., Lemme, G., & Terres, M. (2019). Complicaciones infecciosas graves luego de la ligadura con banda elástica para hemorroides: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Arg Coloproct*.
- Clinic, M. (14 de 12 de 2019). *Mayo Cli-nic*. Obtenido de Recuperado el 06 de 02 de 2020, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hemorrhoids/symptoms-causes/syc-20360268>
- Conte, O. d., & Batlle, C. (2018). Hemorroides Clínica y tratamiento. *Farmacia Preventiva*, 60-65.
- Corvi, I. (2020). Enfermería . *Evolución de las hemorroides durante el parto y el puerperio*. Coruña, Galicia, España: Universidad de Coruña.
- Díaz, A., Otero, W., & Otero, L. (2018). Creencias y percepciones de los pacientes con estreñimiento crónico sobre etiología, complicaciones y eficacia de las medidas generales. Una encuesta en consulta externa de gastroenterología. *Revista colombiana de Gastroenterología*, 361-365.
- Escofet, M., Manalbens, O., & García, R. (2021). Embarazo. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 112-117.
- Fernández, J., Cavana, J., Gausa, M., Lama, M., Jiménez, P., Vorwal, P., . . . Fernández, B. (2004). Hemorroidectomía con bisturí armónico (Ultracision®) frente a electrocauterio: ¿disminuye el dolor postoperatorio? *Cirugía Española Volume 76, Issue 2*.
- Fuster, A., & Fuster, S. (2020). Tratamiento endoscópico de hemorroides internas: Evolución a diez años. *Revista Médica de Rosario*, 139-144.
- García-Astudillo, E. (2018). Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados.
- Geçim, E., Ali, A., Cheema, M., Khan, W., & Farag, A. (2017). Manejo de la enfermedad hemorroidal . *EMJ Gastroenterol.* , 2-13.

- Gil, M., Marzo, M., & Rubio, M. (2018). Efectividad del tratamiento homeopático en el manejo de las hemorroides: estudio prospectivo observacional controlado en farmacia comunitaria. *Revista Médica de Homeopatía*, 41-46.
- González, Q., Jiménez, A., Vega, R., Gonzales, G., & Salinas, L. (2012). Perforación rectal posterior a hemorroidectomía con engrapadora . *Cirugía y Cirujanos*.
- Gonzalez, Y. B., & Batista, M. C. (2017). Manual para el tratamiento de la Estrategia Curricular de la Medicina Tradicional y Natural en Coloproctología. *Correo Científico Médico*, 244-256.
- Grant, M. (02 de 2018). Especialidad de Coloproctología . *La enfermedad hemorroidal es “una alteración anatómica y fisiopatológica caracterizada por una pérdida de elasticidad y un aumento del volumen de las almohadillas hemorroidales, provocando la protrusión, dilatación vascular y desplazamiento” en el canal a.* Universidad de Guadalajara .
- Herrera, M. (2020). Complicaciones postoperatorias tras una hemorroidectomía. *Incluido en la revista Ocronos*.
- Hospital Sant Joan de Déu. (2019). Lesiones perineales de origen obstétricos: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. *HOSPITAL CLÍNIC- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU- UNIVERSITAT DE BARCELONA*.
- Klang, E., Sobeh, T., Amitai, M. M., Apter, S., Barash, Y., & Tau, N. (2020). Post hemorrhoidectomy complications: CT imaging findings. *Clinical imaging*.
- Langenbach, M., Florescu, R., Köhler, A., Barkus, J., Ritz, J., Quemalli, E., . . . Bönicke, L. (2022). Tamponade dressing versus no dressing after haemorrhoidectomy: multicentre, randomized clinical trial. *Randomized Clinical Trial*.
- López Mozos, & E. Jiménez Vicente. (2018). Complicaciones de la cirugía proctológica. *Elsiever*, 257-260.
- López, A., Vásquez, A., & Gutiérrez, A. (2018). Claves para Optimizar el Tratamiento del Dolor Agudo Postoperatorio Domiciliado en Cirugía Ambulatoria. *Madrid: Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria*.
- Lourido, I. C. (2021). *Evolución de las hemorroides durante el parto y el puerperio*. Obtenido de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/30411/CorviLourido_Isabel_TFG_2021.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Macharé, J., & Mera, J. (1 de 05 de 2021). Médico. *Factores de riesgo asociados a Enfermedad Hemorroidal, en pacientes mayores de 18 años, atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo Durante marzo 2018 - septiembre 2019*. Guayaquil, Guayas, Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil .
- Martínez, C., Senejoa, N., Ibáñez, H., Miranda, L., Rodríguez, R., Betancur, N., . . . Rubio, M. (2021). Trombectomía más fleboextracción: una técnica alternativa en el manejo de la enfermedad hemorroidal externa trombosada. *Rev Colomb Gastroenterol*, 206-211.
- MataPerdigón, Almanzor, V., ClementeRomero, R., & Aguilar, C. (2020). Protocolo diagnóstico y tratamiento del dolor rectal. *Medicine Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*.

- Medina, N. (06 de 2017). Tesis doctoral . *Infiltración de Bupivacaína y Triamcinolona en la hemorroidectomía Milligan-Morgan para control del dolor*. Barcelona, Catalunya , España: Universidad Central de Catalunya .
- Meliá, A. B. (2020). Hemorroides: nuevas técnicas y cuidados. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 73-76.
- Meliá, A. B. (2020). Hemorroides: nuevas técnicas y cuidados. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 73-76.
- Moreno, D. O., Viqueira, E. B., & Alonso, C. G. (2021). Cómo tratar las hemorroides: Tratamiento conservador e intervencionista. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 560-562.
- Mortensen, & Romanos. (1997). Hemorrhoids. En: Nicholls RJ, DozoisRR, editors. Surgery of the colon & rectum. *New York-London:Churchill Livingstone*, 209-31.
- Murúa, A. (2018). Hemorroides. Conceptos actuales. *Cuadernos de Cirugía*, 55-58.
- Murúa, A., Mariángel, P., & Bohle, J. (2018). Hemorroides. Conceptos actuales. *Cuadernos de Cirugía*, 55-58.
- Namicela, L., Banchón, J., Bravo, A., & González, L. (2020). Enfermedad Hemorroidal: tratamiento quirúrgico. *Journal of American Health*, 57-63.
- Ndam, N., & Ducrotté, M. (2018). Estreñimiento. *EMC-Tratado de Medicina*.
- Ortega, A. F., Cobo, A. V., Cuenca, C. E., & Ortiz, A. F. (2020). Indicaciones de hemorroidectomía. *RECIMUNDO*, 58-64.
- Padrón, N., & Ameneiro, A. (2019). Hemorroides, ligadura con banda elástica, una alternativa de tratamiento. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 671-678.
- Perdigón, M., Almanzor, V., Romero, R. C., & Aguilar, C. (2020). Protocolo diagnóstico y tratamiento del dolor rectal. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 461-464.
- Pybus, D'Brass, Goulding, Liberman, & Torda. (1983). Post-operative analgesia for haemorrhoid surgery. . *Anaesth IntensiveCare*.
- Quijano, C. E., & Abalos, E. (2005). Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Ragpaa, L. H., Urdangarayb, A. V., Benítez, O. L., & Sáez, C. D. (2019). Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 187-194.
- Rubio, U. (2017). Técnica Quirúrgica Hemorroidectomía. *Betania*.
- Salomón, M., & Thomas, M. (2021). Enfermedad hemorroidal. Fisiopatología, clínica y tratamiento. Resecciones y tratamientos alternativos. *Enciclopedia Cirugía Digestiva*.
- Sánchez, I. C., Gutiérrez, M. J., Oribe, Y. G., Ayala, Y. G., García, E. M., & García, M. M. (2016). Enfermedad hemorroidal. *Farmacéuticas comunitarias. Miembros del grupo Sendabide del COFBi*.
- SB, H., WT, K., U, P., V, S., C, B., & GawadKA. (1998). Surgical treatment of piles. Prospective, randomized study of Parks vs Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum*.

- Seminario, R., Calle, Á., & Valverde, R. (2018). Efectividad de la técnica ligadura con banda elástica y Milligan-Morgan en el tratamiento de hemorroides. *HAMPI RUNA*, 201-224.
- Social, I. E. (2022). *www.iess.gob.ec*. Obtenido de https://www.iess.gob.ec/es/sala-de-prensa/-/asset_publisher/4DHq/content/iess-aplica-nueva-tecnica-en-cirugias-de-hemorroides/10174?redirect=http%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fes%2Fsala-de-prensa%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_4DHq%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3D
- Solis, D., Bravo, S. A., Cedeño, M., & López, G. (2019). Hemorroidectomía. Cuidados Postoperatorios. *Recimundo* , 624-242.
- Tortora, G., & Derrickson, B. (2006). *Principios de Anatomía y Fisiología*. Editorial Médica Panamericana S.L.
- Valdovinos, M., Adame, E., Escudero, O., & Yamamoto, J. (2020). *Estreñimiento crónico, síndrome de intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal*. Permanyer México .
- Viglione, N. B., & Cal, F. B. (2018). Abscesos y fístulas anales . *Clin Quir Fac Med UdelaR*.
- Wainstein, C., & Zárata, A. (2011). Urgencias proctológicas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 677-684.
- Westaby, S., Wilkinson, S., Warren, R., & Williams, R. (1978). Spleen size and portal hypertension in cirrhosis. *Digestion*.
- Wong, R., Hernandez, O., & Garibay, T. (2016). Diltiazem tópico en el dolor postoperatorio de hemorroidectomía con técnica cerrada. *Revista de Gastroenterología de México*, 74-79.
- YH, H., J, L., I, S., A, L., KW, E., & F, S.-C. (1998). Randomi-zed controlled trial comparing same-day discharge with hospitalstay following haemorrhoidectomy. *Aust NZ J Surg*.

ANEXOS

Criterio de fiabilidad

Tabla 30

Resumen de procesamiento de casos

	Cantidad	Porcentaje
Casos validos	63	100%
Casos perdidos	0	0%
Total	63	100%

Fuente: Historias clínicas del sistema AS400

Autores: Nathaly Nieto y Elizabeth Moyón

Tabla 31

Criterio de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,642	8