

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN - MANAGUA
HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PAIZ



Tesis para optar al título de Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva

**COMPLICACIONES Y NIVEL DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES A LOS
QUE SE REALIZÓ ABDOMINOPLASTÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
PLÁSTICA DEL HOSPITAL DR. FERNANDO VELEZ PAIZ
(ABRIL 2019- ENERO 2022)**

Sustentante:

Dr. Juan Carlos Escorcía Torres

Tutora:

Dra. Grethel María Navas Pasquier
Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Asesora Metodológica:

Dra. Teresa Rodríguez Altamirano
PhD en Ciencias Médicas en el área de Medicina Ocupacional y Ambiental

Managua, febrero de 2022

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A mi madre:

Por su apoyo incondicional.

Por ser mi motivación constante y mi ejemplo de superación.

Le agradezco infinitamente su acompañamiento en mi camino, tanto en los momentos difíciles como en la victoria. Le agradezco y espero que Dios me permita continuar compartiendo más tiempo a su lado.

Juan Carlos

RESUMEN

Complicaciones y nivel de satisfacción en pacientes a los que se realizó abdominoplastía en el servicio de cirugía plástica del hospital Fernando Velez Paiz (abril 2019- enero 2022)

Escorcía Torres JC, Navas-Pasquier GN, Rodríguez T.

Introducción: La abdominoplastia es la operación consistente en la extirpación del exceso de piel y grasa abdominal y en la corrección de la flaccidez muscular después de una pérdida de peso o postcirugía bariátrica. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a complicaciones y el nivel de satisfacción en los pacientes a los que se realizó abdominoplastía en el servicio de cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a enero 2022. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, de tipo transversal en 28 pacientes a los que se le realizó abdominoplastía. Se revisaron los expedientes clínicos para obtener datos sociodemográficos, hábitos, antecedentes, características del abdomen, procedimiento quirúrgico realizado y complicaciones. Para conocer el grado de satisfacción se entrevistó telefónicamente a las pacientes. La asociación de variables se evaluó mediante Chi Cuadrado de Pearson. **Resultados:** Se observó un predominio del sexo femenino (96.4%), la media del índice de masa corporal fue de 28.1 ± 3.2 kg/m² y la media de edad fue de 38.9 ± 8.7 años. Un 10.7% de los pacientes tenían antecedentes de hipertensión arterial (10.7%), diabetes (10.7%). El 69.7% de pacientes clasificó en Matarasso III. No se encontró una relación entre el tipo de abdomen según la clasificación de Matarasso y la técnica quirúrgica elegida. Presentaron complicaciones el 35.7% de pacientes las más frecuentes fueron deshiscencia parcial de la herida y seroma (14.3%) y la asimetría (10.7%), las complicaciones estuvieron asociadas principalmente con el antecedente de tabaquismo (Chi cuadrado de Pearson, $P=0.02$). Un 85% estuvieron satisfechos o muy satisfechos de los resultados de la abdominoplastía, lo que estuvo asociado con la presencia o no de complicaciones. **Conclusión:** Las complicaciones locales se relacionaron estadísticamente con el antecedente de tabaquismo. La mayoría de los pacientes estuvieron satisfechos o muy satisfechos de los resultados de la abdominoplastía.

Palabras clave: obesidad, abdominoplastía, clasificación de Matarasso, complicaciones, satisfacción.

INDICE

<i>Contenido</i>	Página
<i>I. Introducción</i>	1
<i>II. Antecedentes</i>	3
<i>III. Justificación</i>	5
<i>IV. Planteamiento del problema</i>	6
<i>V. Objetivos</i>	7
<i>VI. Marco teórico</i>	8
6.1 Pérdida masiva de peso	8
6.2 Cirugía postbariátrica	8
6.3 Abdominoplastía	8
6.3.1 Técnica quirúrgica	9
6.3.2 Clasificación de Matarasso	11
6.3.3 Evaluación prequirúrgica	12
6.3.4 Consentimiento informado	13
6.4 Indicaciones y contraindicaciones	13
6.5 Complicaciones	14
6.6 Pronóstico y evolución	15
6.7 Imagen corporal después de la abdominoplastía	19
<i>VII. Metodología</i>	20
<i>VIII. Resultados</i>	26
<i>IX. Discusión</i>	36
<i>X. Conclusiones</i>	39
<i>XI. Recomendaciones</i>	40
<i>XII. Bibliografía</i>	41
<i>XIII. Anexos</i>	44

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alertado sobre el hecho que la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Según la OMS, la obesidad es una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Señalan que desde 1975 hasta 2016, la prevalencia de obesidad se ha triplicado. En 2016, 1900 millones de personas de 18 o más años tenían sobrepeso (39%) y 650 millones (13%) eran obesas.⁽¹⁾

En el contexto de la búsqueda de soluciones para esta epidemia, se crea la Federación Internacional de la Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (IFSO) la que tiene como misión el establecimiento de estándares internacionales para el control de la obesidad, lo cual incluye el manejo de nutrición, manejo médico y quirúrgico.⁽²⁾ Entre los tratamientos quirúrgicos propuestos se encuentra la cirugía bariátrica, en la que los pacientes pueden disminuir entre de un 40 a 60% de su peso original por lo que posteriormente requieren de la cirugía plástica para corregir los excesos de tejido cutáneo.⁽³⁾ lo tanto. Entre las posibles plastias postcirugía bariátrica, se encuentra la abdominoplastía.

La abdominoplastia es la operación consistente en la extirpación del exceso de piel y grasa abdominal y en la corrección de la flaccidez muscular.⁽⁴⁾ En la actualidad, es una de las cirugías estéticas con más demandas y que las pacientes más valoran y lo habitual es que sea la primera cirugía después de la cirugía bariátrica.⁽³⁾ La Sociedad Internacional de Estética y Cirugía Plástica (ISAPS) realiza anualmente una encuesta entre los especialistas de cirugía plástica, según la encuesta 2020, se realizaron 765,248 abdominoplastias lo que corresponde a un 7.6% de los procedimientos estéticos a nivel mundial, esta frecuencia puede variar en dependencia del país de que se trate, por ejemplo en Estados Unidos las abdominoplastias representan el 11% del total de las cirugías estéticas, en cambio en Japón fueron reportadas solo 4 abdominoplastías en todo el 2020.⁽⁵⁾ La adición de liposucción a la abdominoplastía se hace para la eliminación de grasa localizada y así lograr mejorar la apariencia del abdomen, lo que incrementa la satisfacción del paciente.⁽⁴⁾

Los candidatos ideales para la abdominoplastía son los pacientes con flácidez de la pared abdominal después de cirugía bariátrica por obesidad mórbida, las pacientes con cicatrices verticales en línea media infraumbilical como en las cesáreas u operaciones ginecológicas y en casos de pacientes con cicatrices defectuosas.⁽⁶⁾

La decisión de cual técnica de abdominoplastía utilizar en cada paciente para mejores resultados estéticos y menos complicaciones, requiere una evaluación exhaustiva del paciente respecto a ciertos parámetros anatómicos.⁽⁷⁾ Una de las herramientas actuales para esta evaluación es la clasificación propuesta por Matarasso, donde se clasifica el abdomen del paciente en base a algunos factores importantes, tales como la piel, panículo adiposo y músculos.⁽⁸⁾

II. ANTECEDENTES

Se reportó los casos de 41 pacientes operados postcirugía bariátrica en el período del 2000 al 2009, a los que luego de alcanzar su meta de peso, se les realizó abdominoplastia, para retirar los excesos de tejido cutáneo. En el trabajo se exponen los aspectos más relevantes de este proceso y las características de estas plastias post cirugía bariátrica. Llegando a la conclusión que son varias las plastias que son necesarias (abdominoplastía, musloplastía bilateral, puboplastía, mamoplastía, gluteoplastia, lipoaspiración complementaria, etc.). Además, menciona que habitualmente se requieren varios tiempos quirúrgicos para esta corrección. Un aspecto relevante que señalan en esta publicación, es sobre las complicaciones quirúrgicas en los pacientes post obesos, se menciona que son mayores que en los pacientes habituales. Entre las complicaciones se mencionan complicaciones sistémicas como el tromboembolismo y complicaciones locales como seromas, hemorragias, infección del hematoma, deshicencia de la sutura entre otros.⁽⁹⁾

En 2012, en el departamento de cirugía general y del aparato digestivo del Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España; A través de un estudio retrospectivo del 2003 al 2008 en una muestra de 72 pacientes fue evaluada la presencia de complicaciones y el nivel de satisfacción al menos 6 meses después de dermolipectomía y abdominoplastía. Para evaluar la satisfacción, se utilizó una encuesta con escala tipo Likert. Se demostró que el grado de insatisfacción está en relación con las complicaciones postoperatorias del procedimiento quirúrgico y no con el resultado estético. En cuanto a los factores de riesgo de complicaciones, no se observó diferencias en las variables sociodemográficas entre los pacientes que tuvieron complicaciones y los que no las tuvieron y el número de pacientes con comorbilidades en este estudio fue pequeño.⁽¹⁰⁾

En República Dominicana (2013), se realizó un estudio prospectivo por el departamento de Cirugía Plástica del Hospital Salvador B. Gautier en el que se incluyeron 50 pacientes con lipodistrofia más flácidez abdominal. El mayor número de casos, según la clasificación de Matarasso, fue el abdomen de tipo IV (48 %), seguido de Matarasso III (28%). El 50% fue del sexo femenino con un rango de peso de 71 a 80 kg, la cicatriz más frecuente es la de cesárea (40%). Los pacientes con Matarasso III y IV fueron tratados con una combinación de liposucción más abdominoplastía⁽¹¹⁾

En República Dominicana se realizó un estudio tipo CAP con 302 personas de 16 a 65 años, 52% eran mujeres y 48% eran hombres. El 80% de los encuestados conocen a alguien que se ha realizado cirugía estética y consideran que la más común en la población es la abdominoplastia. Las mujeres respondieron que el principal impedimento para la realización de la abdominoplastia es el alto costo de la cirugía (36.1%) y en los hombres mencionaron el temor a una complicación (38.2%). En un 49.3% de los encuestados la fuente de información fueron los medios de comunicación, seguido de la opinión de familiares.⁽¹²⁾

En una cohorte de 50 pacientes de 22 a 57 años en las que se realizó abdominoplastia y 20 controles, se evaluaron los trastornos de la sensibilidad cutánea superficial que se producen en el abdomen tras una abdominoplastia. La evaluación de la pared abdominal se realizó para los diferentes parámetros de la sensibilidad cutánea superficial usando un sistema de división del abdomen en 12 áreas: 1) Hipocondrio derecho, 2) Epigastrio, 3) Hipocondrio izquierdo, 4) Flanco derecho 5) Mesogastrio, 6) Flanco izquierdo 7) Fosa ilíaca derecha 8) hipogastrio 9) Fosa ilíaca izquierda, 10) Inguinal derecha, 11) Púlica y 12) Inguinal izquierda. Se examinó el tacto, el dolor, la temperatura (calor y frío) y la discriminación de dos puntos antes de la cirugía, a los 3 y a los 6 meses después de la abdominoplastia. Todas las pacientes sometidas a abdominoplastia presentaron alguna alteración de la sensibilidad en comparación con las pacientes del grupo control. Las modalidades de la sensibilidad evaluadas a los 3 y 6 meses en el área 8 presentaron ausencia de respuesta al estímulo excepto para el tacto superficial, que estuvo presente en un 33.3 % a los 6 meses; el área 5 presentó mejoría ante los estímulos en la evaluación a los 6 meses, aunque no mejoró para la sensibilidad al calor.⁽¹³⁾

En Ecuador se realizó un estudio con 18 pacientes de sexo femenino con abdómenes péndulos grado II y III de Matarasso sin antecedentes de problemas respiratorios, no fumadoras, con IMC mayor de 25 a las que se les realizó abdominoplastia clásica en todos los casos, con una plicatura de rectos abdominales de 8.54 cm. en promedio. La capacidad vital preoperatoria media fue de 2,88 (97%) en el postoperatorio inmediato de 2,52 (77.5%) y a los quince días de 2.73 (86.6%). Se encontró una diferencia estadística entre los valores de capacidad vital pre y postoperatoria y una recuperación parcial (50%) del valor basal a los 15 días. Por lo que se concluye que la plicatura de rectos abdominales desde 8 cm. en adelante produce aumento importante de la presión intrabdominal y que ésta, al subir el nivel del diafragma, causa una disminución en la capacidad vital.⁽¹⁴⁾

III. JUSTIFICACIÓN

La elección del procedimiento correcto para abdominoplastia, que se adecue a cada caso en particular dependerá de una serie de factores tomados en cuenta por la herramienta de clasificación de Matarasso. De la adecuada clasificación del paciente y de la elección apropiada de la técnica quirúrgica a emplear dependen tanto los resultados estéticos de la cirugía como la aparición de algunas complicaciones locales y generales y en consecuencia el grado de satisfacción del paciente ante el procedimiento realizado. Si bien se han realizado estudios en diferentes países de América Latina tanto sobre las técnicas de abdominoplastía, como el conocimiento de las personas sobre esta, las complicaciones y la satisfacción de los pacientes, no encontramos reportes de que estudios similares hayan sido realizados en Nicaragua.⁽¹⁰⁻¹⁴⁾

Siendo el Hospital Fernando Vélez Paiz el recinto de salud que tiene la única residencia Nacional de cirugía plástica reconstructiva y estética, como una oportunidad de aprendizaje para los residentes, es necesario evaluar a los pacientes que asisten a la consulta del Servicio de Cirugía Plástica, para reafirmar cómo se utiliza la clasificación de Matarasso para la selección de la técnica que resulte ser más beneficiosa para el paciente, cuales complicaciones se presentan más frecuentemente en nuestras condiciones particulares de uso de estas técnicas, qué características del paciente y de la cirugía se relacionan con la aparición de estas complicaciones y cuál es el grado de satisfacción de los pacientes ante los resultados obtenidos.

Además de lo anterior, los resultados de esta tesis también podrán servir de base para protocolizar la selección de los pacientes que pueden ser sometidos a estos procedimientos y también para generar preguntas para nuevos estudios en este campo..

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce que el incremento de la obesidad a nivel mundial ha causado un incremento del uso de medidas quirúrgicas y no quirúrgicas para combatirla. En la actualidad, la buena apariencia física juega un papel importante y por eso, son muchos los pacientes que luego de una pérdida excesiva de peso o bien o cuando las mujeres han experimentado por razones fisiológicas del embarazo o por otras razones cambios ponderales, buscan una solución quirúrgica para tratar el exceso de piel, estrías, cicatrices y flacidez severa. El éxito de la cirugía de contorno corporal dependerá en gran parte de la correcta elección y realización de la técnica, por lo tanto, se deberá hacer un buen diagnóstico, empleando para esto la clasificación de Matarasso; analizando los diferentes parámetros que inciden en el dimorfismo abdominal para así tomarse la técnica necesaria y que sea beneficiosa para el paciente tanto desde el punto de vista estético como para disminuir la posibilidad de complicaciones. Muchas de las complicaciones dependen de características de los pacientes tales como el peso, los antecedentes médicos y de hábitos, pero otros como es el caso de las complicaciones respiratorias pueden depender de la técnica quirúrgica empleada.

Así, el presente trabajo busca identificar en los pacientes del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Fernando Velez Paiz, cuál es la técnica de abdominoplastía más empleada según la clasificación de Matarasso, cuáles son las complicaciones que se presentan en nuestras condiciones de aplicación de las diferentes técnicas y cuál es el nivel de satisfacción de las pacientes con los resultados de la cirugía. Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las complicaciones y el nivel de satisfacción en pacientes a los que se realizó abdominoplastía en el servicio de cirugía plástica del hospital Fernando Velez Paiz de abril 2019 a enero 2022?

V. OBJETIVOS

General

Determinar los factores asociados a complicaciones y el nivel de satisfacción en los pacientes a los que se realizó abdominoplastía en el servicio de cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a enero 2022.

Específicos

1. Establecer el perfil de los pacientes en base a sus características demográficas y antropométricas, hábitos tóxicos y el tipo de abdomen según clasificación de Matarasso.
2. Identificar los antecedentes médicos y quirúrgicos de los pacientes.
3. Especificar qué técnica quirúrgica fue utilizada según el tipo de abdomen.
4. Reconocer las complicaciones generales y locales de la abdominoplastía y los factores asociados a éstas.
5. Establecer el nivel de satisfacción de los pacientes con los resultados de la abdominoplastía.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 Pérdida masiva de peso

Se define como una reducción ponderal superior al 50% del peso original, que ocasiona alteraciones notorias de la imagen corporal.

En la pérdida masiva de peso, todas las regiones corporales desarrollan lipodistrofia y pliegues cutáneos redundantes, los que se pueden asociar a eritema intertriginoso, infecciones recurrentes, o limitación funcional, además de ser causa afectación de la autoimagen y estigmas sociales.⁽¹⁵⁾

6.2 Cirugía postbariátrica

La cirugía postbariátrica constituye el último eslabón en el protocolo de manejo del paciente con pérdida masiva de peso.⁽¹⁶⁾ Los principios de la cirugía de contorno corporal postbariátrica son similares en todas las regiones corporales: reseca el tejido redundante y mejorar la forma de la región afectada.⁽¹⁷⁾

6.3 Abdominoplastia

Procedimiento quirúrgico de remodelación corporal que extirpa el exceso de piel y de grasa del abdomen y que refuerza la musculatura abdominal para mejorar el contorno. Puede dejar una cicatriz transversal por encima del pubis, vertical desde el ombligo al pubis, o en forma de ancla si se combina la dos anteriores, dependiendo de la técnica quirúrgica empleada.⁽¹⁸⁾

Algunos textos establecen diferencias, tanto la abdominoplastia y la dermolipectomia eliminan el colgajo o resto de piel de la zona abdominal dando un excelente resultado dejando la zona abdominal plana. La abdominoplastia repara los defectos en la pared anterior mediante su plicatura y en cambio la dermolipectomia solo removerá los excesos de piel y grasa. En el caso que se realice eliminación de piel sobrante y grasa en cualquier otra área que no sea abdomen, se denominará dermolipectomía.⁽¹⁵⁾

6.3.1 Técnica quirúrgica

Convencional con o sin liposucción

La abdominoplastia se lleva a cabo bajo anestesia general o bloqueo epidural. En la técnica convencional se extirpa del abdomen toda la piel y grasa excedente, la pared abdominal se reconstruye con la plicatura, es decir mediante el uso de suturas para unir los músculos rectos del abdomen, se sutura el colgajo de piel que se formó y se recoloca el ombligo.

Se inicia con una incisión suprapúbica extendida hacia las crestas ilíacas y un decolamiento amplio supra aponeurótico para liberar un colgajo cutáneo-adiposo hasta los ángulos xifoides y las últimas costillas, el ombligo permanece inserto, pero es franqueado a manera de un ojal en la piel. A continuación, una aproximación de ambos bordes mediales de la vaina de cada músculo recto abdominal permite corregir la diástasis muscular. Colocando en posición semisentada a la paciente se realiza una tracción hacia distal del colgajo para calcular el nivel de su resección y su adecuada unión borde a borde hacia distal para dejar una cicatriz lo más estética posible. El ombligo es exteriorizado abriendo la piel en el colgajo y retirando tejido graso en forma circular para su fijación definitiva por los bordes.⁽⁷⁾

A la abdominoplastia se le puede adicionar liposucción para corregir el área corporal anterior y posterior del abdomen (cintura, cadera y área anterior por encima y debajo del ombligo) y a la vez resección de un huso de piel a fin de tensarla tratando en lo posible de no tocar el ombligo evitando la cicatriz alrededor de este, por lo tanto deja una cicatriz pequeña estéticamente muy aceptable en la zona de la cesárea, oculta dentro de la línea del bikini. La liposucción es una técnica quirúrgica que permite un remodelado de la silueta a través de la extracción de grasa o tejido adiposo de diversos sitios del cuerpo usando una cánula o jeringa conectada a una máquina succionadora.⁽¹⁹⁾

Lo primero es la marcación de pie y sentada para ver las áreas a lipoaspirar y el tejido que deberá ser retirado. La cirugía se inicia en posición decúbito ventral, se infiltra la solución anestésica y se lipoaspira todas las áreas marcadas. Posteriormente se da vuelta al paciente y se realiza el marcaje de las áreas a aspirar y marcaje de la diástasis de los músculos rectos. Se hace liposucción de toda la zona delantera supraumbilical e infraumbilical y toda la grasa profunda y la superficial. Se hace la marcación del área de piel a retirar y se retira el losange de piel. Luego se procede al realizar el túnel y la plicatura de los músculos abdominales, se colocan los drenos y se sutura (Ver imagen 1).⁽¹⁹⁾

Tulúa ⁽²⁰⁻²¹⁾

La demarcación fue similar a la de la abdominoplastia convencional. Se realiza liposucción profunda y superficial sin restricciones (5 mm cánula) de la parte superior del abdomen, los flancos y el monte de Venus, combinado con liposucción circunferencial en algunos casos. Luego se realiza una incisión transversa baja en la piel a 6–7 cm de la comisura vulvar anterior basada sobre demarcaciones anteriores y llevadas hasta la fascia por disección de grasa y piel hipogástrica, progresando sobre la aponeurosis del ombligo. Se dibuja una elipse horizontal en la fascia abdominal de una espina ilíaca anterior a la otra y del ombligo al pubis. Bajo relajación muscular y con leve flexión de la mesa de operaciones, la plicatura transversal se logra a través de sutura en capas y luego corrida para refuerzo. Se amputa el ombligo desplazado hacia abajo y se sutura el defecto restante de la pared umbilical.

La herida se cerró en capas usando más liposucción, con extensión lateral de la incisión según sea necesario para reducir las orejas de perro (Ver imagen 1).

Después del cierre de la piel se determina la relación H:V para la colocación del ombligo durante la cirugía, donde V (veneris) es la distancia desde la comisura vulvar anterior hasta la incisión transversal y H (hipogastrio) es la distancia desde la incisión hasta el neombligo. La posición ideal del ombligo es aproximadamente el doble de la distancia de la incisión a la comisura vulvar (10-14 cm) (Ver imagen 1).

Flor de lis o en ancla ⁽²²⁾

Es la abdominoplastia más grande y está diseñada para reducir las cantidades más extremas de exceso de piel abdominal.

El abordaje inicial de la abdominoplastia vertical es similar al del procedimiento tradicional. Se marca una incisión inferior a 6 cm cefálica de la comisura vulvar anterior con los tejidos en estiramiento. Se coloca una marca de referencia en la línea media que se extiende desde el esternón hasta el borde inferior de la sínfisis púbica. Esto define el área vertical de resección. El ombligo está circunscrito en el momento de cirugía, y se deja unido por un generoso pedículo subcutáneo a la fascia de la pared abdominal de la línea media para preservar su suministro de sangre. Toda la pared abdominal y el monte de Venus se resecan en bloque. Las aletas restantes no se socavan. El musculofascial se pliega según sea necesario.

La mesa se coloca en la posición de flexión de 60° y los 4 colgajos las esquinas se aproximan con un absorbible 2-0 sutura. Se colocan suturas adicionales 2-0 intradérmicamente hasta que los colgajos estén parcialmente aproximados. Los bordes de

las aletas verticales que serán adyacentes al ombligo son parcialmente desgrasadas en una manera cónica para dar un ombligo deprimido. La piel periumbilical se cierra con continuo 5-0 nylon. La piel restante se cierra con continuo suturas intradérmicas y Steristrips. (Ver Imagen 1)

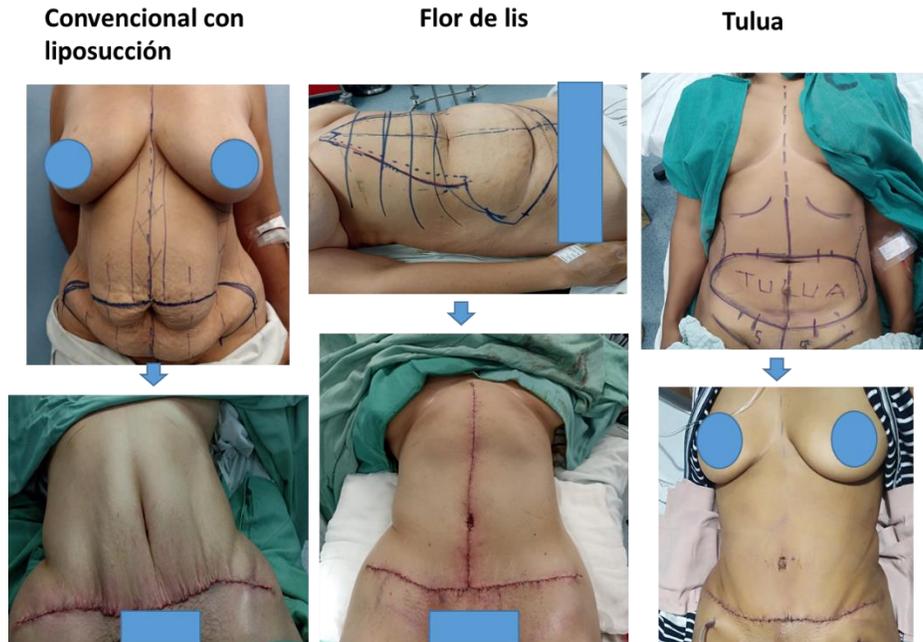


Imagen 1. Ilustración del marcaje y localización de la herida en las técnicas convencional, flor de lis y Tulua. Fotos tomadas para este estudio.

6.3.2 Clasificación de Matarasso ⁽¹⁹⁾

El Dr. Matarasso es considerado un experto reconocido internacionalmente en la cirugía plástica y cosmética. Clasificó los abdomenes según su tipo y los tratamientos a seguir para cada tipo, logrando estandarizar la combinación de liposucción y abdominoplastia (abdominolipoplastia). Matarasso estableció en la clasificación que estos pacientes van depender de la calidad de la piel, la cantidad de grasa y el estado del musculo. Por consiguiente, se menciona también la cicatriz y su tamaño (Ver cuadro 1).

Cuadro 1. Sistema de clasificación y tratamiento para la cirugía del contorno abdominal⁽¹⁹⁾

Tipo	Piel	Adiposo	Musculatura	Solución
I	Mínima flácidez	Variable	Mínima flácidez	Liposucción
II	Leve flácidez	Variable	Leve flácidez de abdomen inferior	Lipoabdominoplastia con piel infraumbilical
III	Moderada flácidez	Variable	Moderada flácidez de abdomen superior e inferior	Lipoabdominoplastia con plicadura muscular y resección de piel
IV	Severa flácidez	Variable	flácidez de abdomen superior e inferior	Dermolipectomia completa

6.3.3 Evaluación prequirúrgica

Se debe iniciar las evaluaciones en un tiempo de uno y tres meses antes de la intervención.

Se debe evaluar el estado general de salud de la paciente y sus antecedentes médicos y personales. Dentro de éstos cabe destacar los problemas cardiovasculares, pulmonares y de la coagulación. Por examen físico se debe evaluar la distribución de la masa corporal, el tono de la piel y el estado de sus músculos abdominales para saber si requerirá una liposucción, miniabdominoplastia o abdominoplastia estándar.

Entre las indicaciones previas a la intervención cabe mencionar que los pacientes que resisten el adelgazamiento y presentan un abdomen de grandes dimensiones es aconsejable la preparación de la pared abdominal unos días antes de la intervención mediante la realización de ejercicios respiratorios. También es importante que los pacientes fumadores dejen de fumar antes y después de la operación ya que el tabaco ocasiona una alteración de la microcirculación que puede comprometer gravemente el resultado final.

Otra indicación previa a la intervención es no tomar aspirinas, u otros medicamentos que contengan salicilatos, durante dos semanas antes y dos semanas después de la cirugía.

6.3.4 Consentimiento informado

Antes del ingreso para el procedimiento se le deberá entregar al paciente una carta en un lenguaje comprensible, mediante la cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de realizarse una cirugía estética y este ha otorgado su autorización, aceptando que fue debidamente informado de los riesgos y complicaciones específicos que podían seguir a raíz el procedimientos; al igual que informaciones acerca del mismo y se compromete a seguir las instrucciones del médico luego de la intervención.

Para la validez de este formulario de consentimiento debe estar firmada y fechada tanto por el médico tratante como por el paciente o su representante legal. Una copia del formulario de consentimiento firmado siempre está disponible para el paciente y su médico.

6.4 Indicaciones y contraindicaciones de la abdominoplastia

6.4.1 Indicaciones

- a. Personas que han experimentado una pérdida masiva de peso.
- b. Mujeres han tenido uno o más embarazos. En los embarazos se forma piel extra por la expansión que hay sobre todo en los últimos tres meses y que después del parto se ve flácida.
- c. Para pacientes con flacidez en esta zona causada por problemas de constitución.
- d. Para personas psicológicamente estables que desean conseguir un vientre plano para así alcanzar sus metas.

6.4.2 Contraindicaciones

- a) Trastornos que puedan predisponer a una viabilidad deficiente del colgajo de piel después de la disección (por ejemplo las cicatrices previas por encima del ombligo que puedan indicar un pobre riego sanguíneo segmentario y socavación previa de la piel).
- b) Historia de tabaquismo. Si el paciente desea proseguir con la intervención quirúrgica se le debe recomendar dejar de fumar al menos 2 semanas antes y debe ser

evaluada su capacidad respiratoria para descartar enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

- c) Enfermedad cardiovascular.
- d) Obesidad patológica. Es necesario que los pacientes reciban primero tratamiento no quirúrgico para el control del peso.
- e) Si la paciente no tiene paridad satisfecha y desea un embarazo. La abdominoplastia se hace para obtener un resultado definitivo en la zona abdominal. El que el útero se expanda contra el músculo del abdomen los debilita, estira la piel y hace que se acumule de nuevo grasa, modificando el resultado anterior de la abdominoplastia y perdiendo por completo su efecto.
- f) Cuando el paciente tiene expectativas irracionales con los resultados.
- g) Que el paciente haya sido sometido recientemente a otra cirugía en esa misma área.
- h) Si el paciente tiene alguna infección activa.
- i) Problemas de coagulación de la sangre, debilidad en su sistema inmunitario o tratamiento con fármacos inmunosupresores.

6.5 Complicaciones ^(6,7,9)

6.5.1 Complicaciones locales inmediatas

Hematomas

En la mayoría de los casos la causa es por una hemostasis ineficiente o se encuentra asociada con alteraciones del mecanismo de la coagulación. Es la primera causa importante de hemorragia intraoperatoria y postoperatoria. El origen de hematomas severos es la pérdida de sangre de algún vaso perforante. La arteria epigástrica es el vaso perforante más importante en tamaño y caudal sanguíneo, ubicado en las inmediaciones del ombligo, por esto la hemostasis a este nivel debe ser máxima.

Seroma

Es la acumulación de líquido entre la capa muscular y el pliegue de la piel, aparece en los primeros 10 días postoperatorio. Los signos de seroma son salida abundante de líquido por la herida, distensión abdominal y abultamiento localizado. Al examen físico se percibe una onda líquida.

Necrosis de la piel

Se produce por compromiso de la vasculatura del colgajo durante la intervención quirúrgica. Es frecuente encontrarla en grandes fumadores, pacientes con abdomen tipo IV que requieren abdominoplastia combinada con liposucción o la presión por algún gran hematoma. El grado de severidad que tiene esta complicación depende básicamente de la ubicación, el tamaño, el grado, si se encuentra asociada a otra complicación y el tratamiento suministrado. La ubicación más frecuente es la necrosis del espesor parcial o total de la piel sobre la herida de la región suprapúbica. Es una de las complicaciones más severa de la pero también una de la más rara.

Infecciones

Generalmente se producen cuando los pacientes no cuidan debidamente sus heridas durante el proceso de recuperación o pueden ocurrir en pacientes que fueron intervenidas por combinación de técnicas o por otro tipo de operaciones abdominales o pélvicas simultáneamente. Debido a que es un procedimiento que dura más de 2 horas se debe considerar que existe contaminación. Las bacterias que más frecuentemente colonizan el tejido en este tipo de intervenciones está el estafilococo, el estreptococo, la *Escherichia coli* y la *Pseudomona aeruginosa*.

Dolor o molestias al manipular la herida

Ciertamente, tras la cirugía, se presenta hinchazón y edema moderado en la zona operada. Para evitarlo, es necesario guardar cierto reposo, utilizar la faja de compresión abdominal y someterse a sesiones de masajes / drenaje linfático. El dolor es tratado con analgésicos comunes y generalmente las molestias ceden sin inconvenientes.

Dehiscencia de sutura de la herida o de la plicatura

Puede ser por distensión o tracción. Para su prevención es necesario colocar una sonda Foley al paciente para evitar globo vesical en el postoperatorio y mantenerlo fajado y en posición semisentado durante la primera semana de operado. Se deben evitar la tos y el estreñimiento. La actividad física debe ser limitada,

6.5.2 Complicaciones locales tardías

Cicatriz hipertrófica

Tiene una evolución más larga que una cicatriz normal (hasta dos años o más) y es más ancha y elevada. No se expande fuera de los límites de la cicatriz.

Queloides

Un tumor benigno que aparece en la dermis como consecuencia de una imperforación de fibroblastos con hipertrofia excesiva. Se distingue de la cicatriz hipertrófica porque se expande creando prolongaciones en la piel sana y suele tener un color más oscuro. Puede seguir creciendo mucho más allá de los límites de la cicatriz. Son más habituales en la raza negra o en personas de piel oscura. Puede ir acompañado por síntomas como dolor, picazón o sensación de quemazón.

Adherencias con el tejido subyacente

Puede dificultar la circulación linfática de la zona manteniendo más tiempo el edema en el tejido, especialmente si la cicatriz es muy grande. Por ejemplo, tras una abdominoplastia, puede persistir la hinchazón del abdomen retrasando cicatrización.

Resultados desfavorables

Se relacionan básicamente al resultado estético obtenido que deja a la paciente inconforme. Generalmente es por errores técnicos o mal planeamiento. Los más frecuentes están relacionados con el ombligo.

Orejas de Perro

Adiposidad residual en los extremos de la herida. La manera de prevenirlas es tratar cuidadosamente estos extremos durante la operación retirando el exceso de tejido graso en estas zonas.

Fistula y Alteraciones del ombligo

La complicación más frecuente de este tipo es la posición del ombligo con respecto, a la línea media y en relación con el tercio inferior del abdomen. Otra causa relacionada con reconstrucción umbilical sería la deformidad y la estrechez. Son complicaciones que el especialista podría evitarse solo con una marcación adecuada para cada caso.

Disparidad de altura en los bordes de la herida

Puede prevenirse ajustando bien el grosor de ambos bordes quirúrgicos antes de cerrar la herida.

6.5.3 Complicaciones generales

Tromboembolismo Pulmonar

Sin duda es una complicación rara, pero con un cuadro clínico aparatoso: Puede ser factores predisponentes el aumento de la presión intrabdominal por el tipo de técnica quirúrgica, disminución del retorno venoso a las piernas durante la intervención, la obesidad, la falta de movilidad abdominal y la excesiva compresión abdominal.

Se debe prevenir, con el uso de medias elásticas durante el procedimiento e inmediatamente luego de este, el movimiento precoz durante el postoperatorio y el ligero ejercicio muscular de piernas.

Complicaciones respiratorias

Existe una relación estrecha entre la capacidad vital pulmonar, la presión intrabdominal y el tamaño de la plicatura; además informan sobre la influencia del cierre de la piel en la elevación de la presión.

También puede producirse atelectasia por el incremento de la producción de secreciones bronquiales y es posible la embolia pulmonar.

Complicaciones cardiovasculares

El shock postoperatorio puede presentarse bajo la forma hipovolémica y normovolémica. Ejemplo del primer tipo, que es secundario a la disminución del volumen circulante por pérdida sanguínea o de plasma, es el causado por la hemorragia procedente de la herida.

Las causas de hipotensión postoperatoria y, fuera de los enunciados, incluye déficits o excesos en electrolitos, desequilibrio ácido-básico, insuficiencia respiratoria, causas cardíacas, causas endocrinas, idiosincrasias a drogas, reacciones transfusionales y anafilaxia.

6.6 Pronóstico y evolución postoperatorio ⁽²³⁾

Postoperatorio

La mayor o menor rapidez de la recuperación está directamente relacionada con el estado físico de la persona antes de la operación.

Cuando concluye la operación se cubre la zona con una prenda compresiva que proteja la zona de golpes y roces y ayude a reducir la inflamación. Así como colocación de dos drenajes para permitir la salida de serosidad o pequeñas cantidades de secreción sanguinolenta que se retiran a las 48 horas. Esta faja deberá utilizarse las 24 horas del día durante cuatro semanas aproximadamente. Señalando que solo durante este tiempo debe retirarse para las curas, bañarse y recibir masajes postoperatorios. Las suturas se retirarán entre la primera y la segunda semana después de la cirugía.

Durante el tiempo que dure el postoperatorio de la abdominoplastia, el paciente debe recibir drenajes linfáticos manuales, así como masajes de espalda y cuello. Como hubo una manipulación abdominal se deberá llevar una dieta blanda. Se deben evitar los movimientos bruscos y tratar de mantener una correcta postura.

Pronóstico y recomendaciones

Posterior al tiempo de recuperación, se aconseja llevar una alimentación balanceada, a fin de mantener un peso saludable, y evitar subir de peso nuevamente, hacer ejercicio.

6.7 Imagen corporal después de la abdominoplastia

La imagen corporal es una representación mental que cada individuo construye en términos de sentimientos, actitudes y conductas en relación a su propio cuerpo.⁽²⁴⁾ La rápida disminución de peso corporal exige que el paciente se adapte a su nueva imagen corporal, sin tener necesariamente tiempo para reconstruir la representación de su propio cuerpo, lo que genera cambios en la satisfacción corporal y en la forma de relacionarse con su entorno.⁽²⁵⁾ Un aspecto importante, es el amplio componente subjetivo que conlleva la imagen corporal ya que el paciente incluye aspectos cognitivos y afectivos relativos a la valoración de su propio cuerpo y esto trae como consecuencia la satisfacción o insatisfacción. Lo anterior a su vez determina una conducta ya sea de evitación o de exhibición.⁽²⁶⁾

Hay autores que sugieren que el tema es más complejo y que algunas personas operadas nunca están satisfechas con su propio cuerpo.⁽²⁷⁾ Entre los aspectos que se asocian con el cambio de imagen está la satisfacción con la imagen corporal asociada a autoconfianza, cambio en sus relaciones con pares, percepción de nuevos aspectos de su apariencia, la vestimenta asociada a la identidad, dificultades en la adaptación a su nueva imagen corporal.

Se señala que hay pacientes con grandes expectativas previas a la abdominoplastia, por eso es importante informar a los pacientes en el preoperatorio y acercarlos a unas expectativas más realistas. Curiosamente, los estudios han demostrado que el grado de insatisfacción está en relación con las complicaciones postoperatorias del procedimiento quirúrgico y no con el resultado estético.⁽¹⁰⁾

VII. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de observacional, de tipo transversal con el propósito de “Determinar los factores asociados a complicaciones y el nivel de satisfacción en los pacientes a los que se realizó abdominoplastía en el servicio de cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a enero 2022”

Área de estudio

El Hospital Fernando Vélez Paiz se encuentra ubicado en el km 6 ½ carretera sur, Managua, Nicaragua.

Universo

El universo fueron todos los pacientes que asistieron a consulta por lipodistrofia abdominal del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril del 2019 a enero del 2022.

Muestra

No se realizó cálculo de muestra, se incluyó la totalidad de los pacientes a los que se realizó abdominoplastía en el período estudiado.

Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un cuestionario estructurado donde se registrarán los datos sociodemográficos antecedentes médicos, obstétricos y quirúrgicos, tipo de abdomen según la clasificación de Matarasso, técnica quirúrgica empleada y complicaciones. El cuestionario tiene una sección sobre satisfacción del paciente la cual contiene 8 preguntas sobre cómo se siente el paciente respecto a su aspecto, las opciones de respuesta están en base a una escala Likert. (Anexo 1)

Procedimiento

Cumplido con los protocolos para la autorización tanto del Departamento de Enseñanza, como del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, los datos fueron obtenidos mediante la revisión de los expedientes de las pacientes en el período de estudio. Para las preguntas sobre satisfacción, se realizó una entrevista telefónica una vez la pacientes fueron dadas de alta.

Tabulaciones

La base de datos y los análisis fueron realizados en el programa estadístico IBM SPSS® v25 para Windows.

Análisis

Para las variables categóricas el descriptivo se expresó como frecuencias y porcentajes, y para las variables continuas como medias y desviaciones estándar; mínimo y máximo y fueron presentadas en tablas o gráficos. La asociación de variables se realizó por Chi cuadrado de Pearson, siendo el nivel de significancia estadística $P < 0.05$.

Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición Operacional	Indicador	Escalas
Establecer el perfil de los pacientes en base a sus características demográficas, antropométricas, hábitos tóxicos y tipo de abdomen según clasificación de Matarasso.	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años cumplidos registrado en el expediente	Valor continuo
	Sexo	Conjunto de característica que divide los individuos en masculino y femenino	Sexo biológico registrado en el expediente	Masculino Femenino
	Procedencia	Localización de residencia del paciente	Según lo registrado en el expediente	Urbano Rural

Objetivo específico	Variable	Definición Operacional	Indicador	Escalas
	Peso	Peso corporal en lbs	Peso tomado al ingreso	Continúa
	Talla	Medida de la estatura del cuerpo humano desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo.	Talla en metros registrada al ingreso del paciente	Continúa
	Índice de masa corporal (IMC)	Clasifica el estado ponderal de la persona	Peso [kg]/talla [m ²]	Continúa
	Fuma	Antecedente de tabaquismo	Cuestionario	Si No
	Ingesta de alcohol	Antecedente de ingesta de alcohol	Cuestionario	Si No
	Flacidez	Clasificación de la pérdida de firmeza de la piel debido a la disminución o debilidad de los tejidos de sostén, el colágeno y la elastina.	Evaluación física de la paciente según registro en el expediente	Mínima Moderada Severa
	Localización de la flácidez	Área del abdomen dónde se localiza la flácidez	Evaluación física de la paciente según registro en el expediente	Supraumbilical Infraumbilical Ambas
	Lipodistrofia	Clasificación de la anomalía de distribución de la grasa corporal, con aumentos en unas zonas y/o pérdidas en otras.	Evaluación física de la paciente según registro en el expediente	Leve Moderada Severa

Objetivo específico	Variable	Definición Operacional	Indicador	Escalas
	Localización de la lipodistrofia	Área del abdomen dónde se localiza la lipodistrofia	Evaluación física de la paciente según registro en el expediente	Central Supraumbilical Infraumbilical Flanco Abdomen completo
	Estrías	Marcas o líneas visibles en la piel que ocurren cuando ésta se estira	Evaluación física de la paciente según registro en el expediente	Si No
	Localización de las estrías	Área del abdomen dónde se localizan las estrías	Evaluación física de la paciente según registro en el expediente	Supraumbilical Infraumbilical Ambos
	Cicatrices	Áreas de tejido fibroso que crece sobre una herida	Evaluación física de la paciente según registro en el expediente	Si No
	Localización de las cicatrices	Área del abdomen donde están localizadas cicatrices de cirugías anteriores	Evaluación física de la paciente según registro en el expediente	Abdomen superior Cuadrante superior derecho Línea media supra e infraumbilical Línea media infraumbilical suprapúbico
	Diastasis de los rectos	Grado de separación entre los lados derecho e izquierdo del músculo recto mayor del abdomen según la clasificación de Ranney	Evaluación física de la paciente según registro en el expediente	No Ligera <3 cm Moderada 3-5 cm Severa >5 cm
	Tipo de abdomen	Según la clasificación de Matarasso hay cuatro tipos de abdomen que dependerá de la calidad de la piel, la cantidad de grasa, el estado de los músculos y la presencia de cicatrices	Clasificación realizada por el cirujano en base a las características del abdomen	I II III IV

Objetivo específico	Variable	Definición Operacional	Indicador	Escalas
Identificar los antecedentes médicos y quirúrgicos de los pacientes,	Embarazos	Número de embarazos que, ya tenido el paciente, independientemente si termino con parto, aborto o cesárea	Embarazo Aborto Parto cesárea	Continúa
	Cesáreas	Número de partos por cesárea	Registro del expediente	Continúa
	Parto vaginal	Número de partos vaginales	Registro del expediente	Continúa
	Hipertensión	Antecedentes de hipertensión	Registro del expediente	Si No
	Diabetes	Antecedentes de diabetes mellitus	Registro del expediente	Si No
	Cirugía abdominal	Cirugía abdominal de alguna causa diferente a la cesárea Cesáreas	Registro del expediente	Si No i
	Cirugía estética	Antecedentes de una intervención quirúrgica realizada para mejorar la apariencia de la persona diferente a la abdominoplastia	Registro del expediente	Si No
Especificar qué técnica quirúrgica fue utilizada según el tipo de abdomen	Técnica utilizada	Manejo quirúrgico propuesto por Matarasso para cada tipo de abdomen	Registro del expediente	Abdominoplastía clásica sin liposucción Abdominoplastía con liposucción Flor de lis Tulua
Reconocer las complicaciones generales y locales de la abdominoplastía y los factores asociados a éstas.	Complicaciones Locales		Registro	Necrosis de piel Seroma Deshicencia parcial Deshicencia total Infección Hemorragia/hematoma Cambios de sensibilidad Asimetría Flácidez

Objetivo específico	Variable	Definición Operacional	Indicador	Escalas
				Dolor Cicatriz hipertrófica Epidermolisis suprapúbica Hiperpigmentación de la cicatriz
	Complicaciones generales	Aquella eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida.	Registro del expediente	Trombosis venosa profunda Respiratorias Pulmonares Retención de líquido/edema
Establecer el nivel de satisfacción de los pacientes con los resultados de la abdominoplastia.	Satisfacción	Es la percepción de los pacientes sobre los resultados estéticos de la cirugía	Encuesta telefónica	Muy satisfecho Satisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho

Consideraciones éticas

El estudio será realizado bajo las normativas éticas internacionales tomando en cuenta los principios establecidos en las declaraciones de Helsinki (31) y las pautas del consejo de Organizaciones Internacionales de la Ciencias Médicas (CIOMS) (32).

Todos los datos de dicho estudio serán manejados bajo total confidencialidad. A la vez la identidad de los pacientes que estén participando será protegida en todo momento. Manejándose los datos que pudieran identificarlos desvinculándose del resto de la información proporcionada en el instrumento de recolección.

Finalmente, todas las informaciones incluidas en el anteproyecto tomada de otros autores serán identificado correctamente

VIII. RESULTADOS

Durante el período abril 2019 a febrero 2022, fueron realizadas 28 abdominoplastías en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Fernando Vélez Paíz. El perfil de los pacientes atendidos se presenta en la Tabla 1. Se observó un predominio del sexo femenino (96.4%), el 100% de los pacientes eran del área urbana, la media del índice de masa corporal fue de $28.1 \pm 3.2 \text{ kg/m}^2$ y la media de edad fue de 38.9 ± 8.7 años (82% de los pacientes estaban en el rango de 30-50 años). Un 17.9% de los pacientes tenía antecedentes de tabaquismo y el 21.4% de consumo de alcohol.

Tabla 1. Perfil de los pacientes en los que se realizó abdominoplastía en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022.

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Femenino	27	96.4
	Masculino	1	3.6
	Total	28	100
Procedencia	Urbana	28	100
Antecedente de tabaquismo	Si	5	17.9
	No	23	82.1
	Total	28	100
Antecedente de consumo de alcohol	Si	6	21.4
	No	22	78.6
	Total	28	100
	Media \pm DE	Mínimo	Máximo
Edad en años	38.9 ± 8.7	19	55
Peso en libras	167.0 ± 20.9	141.1	216.1
Talla en metros	1.6 ± 0.1	1.53	1.75
IMC kg/m^2	28.1 ± 3.2	24	38

Entre los antecedentes relevantes fueron identificados la hipertensión arterial (10.7%), diabetes (10.7%) y antecedentes de cirugías abdominales (75%) (Tabla 2). De las mujeres 26 tenían antecedentes de al menos un embarazo (96.3%), la media de embarazos fue 2 ± 1 .

En la Figura 1 se presenta el detalle de los antecedentes de cirugías abdominales. Se observa el predominio de la cesárea con o sin OTB (66.7%). Solo 3 de las pacientes presentaban antecedentes de cirugía estética, en los 3 casos se trató de exéresis de mama accesoria (datos no presentados al no afectar la estructura abdominal).

Tabla 2. Antecedentes de los pacientes en los que se realizó abdominoplastía en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélaz Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022.

Variable	Categorías	n	%
Antecedentes de hipertensión	Si	3	10.7
	No	25	89.3
	Total	28	100
Antecedentes de diabetes	Si	3	10.7
	No	25	89.3
	Total	28	100
Antecedentes de cirugía abdominal	Si	21	75
	No	7	25
	Total	28	100
	Media ± DE	Mínimo	Máximo
Embarazos	2±1	0	4
Cesáreas	1±1	0	2
Parto vaginal	1±1	0	3

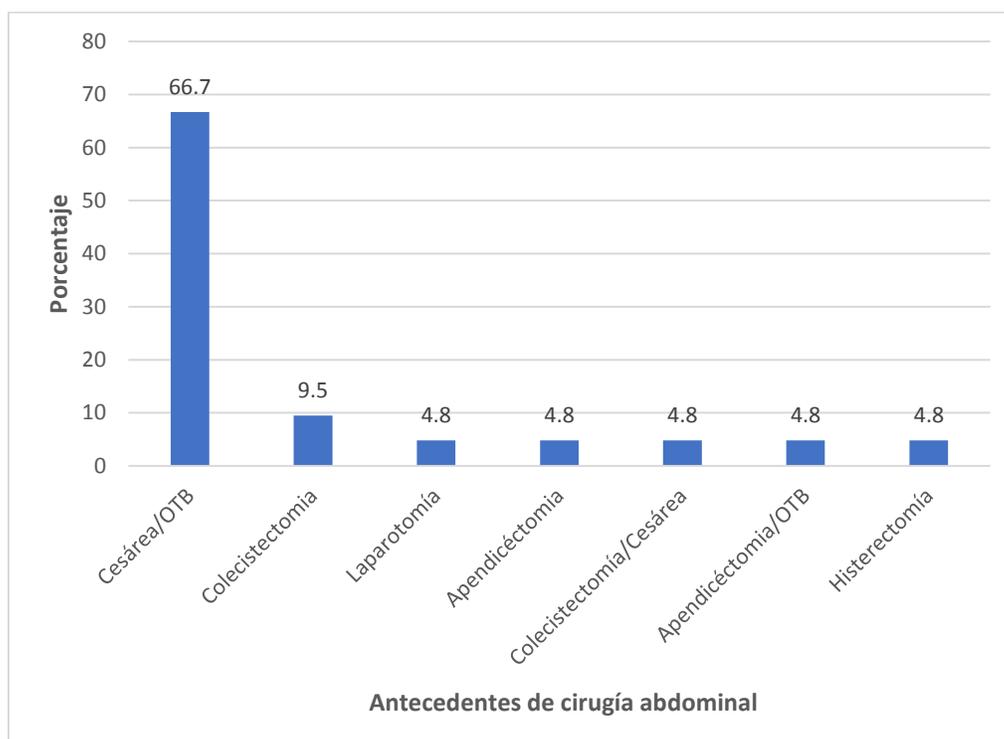


Figura 1. Antecedentes de cirugías abdominales en pacientes en los que se realizó abdominoplastía en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélaz Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022.

En la Tabla 3 se presentan las características preoperatorias del abdomen de los pacientes. El abdomen de los pacientes fue evaluado siguiendo los criterios de la clasificación de Matarasso. El 75% presentaban una flácidez de la pared moderada y el 21.4% presentaban flácidez global. Un comportamiento similar se observó con la lipodistrofia donde un 60.7% presentó un grado moderado y un 35.7% significativo. Un 50% presentó diastasis severa de los rectos, un 64% presentaba cicatrices y un 100% estrías. En base a esos parámetros el 7.1% se clasificó en Matarasso II, el 69.7% en Matarasso III y 32.1% en Matarasso IV.

Tabla 3. Características preoperatorias del abdomen de los pacientes en los que se realizó abdominoplastía en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022.

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Flacidez de la pared	Moderada	21	75
	Global	6	21.4
	No	1	3.6
	Total	28	100
Lipodistrofia	Leve	1	3.6
	Moderada	17	60.7
	Severa	10	35.7
	Total	28	100
Diastasis de los rectos	Ligera	1	3.6
	Moderada	13	46.4
	Severa	14	50
	Total	28	100
Cicatrices	Si	21	75
	No	7	25
	Total	28	100
Estrías	Si	28	100
Clasificación de Matarasso	II	2	7.1
	III	17	60.7
	IV	9	32.1
	Total	28	100

En la Figura 2 se detalla la localización de la flácidez abdominal, un 56% de los pacientes la presentaban tanto supraumbilical como infraumbilical (global), un 33.3% la presentó solo a nivel infraumbilical y un 11.1% solo a nivel supraumbilical.

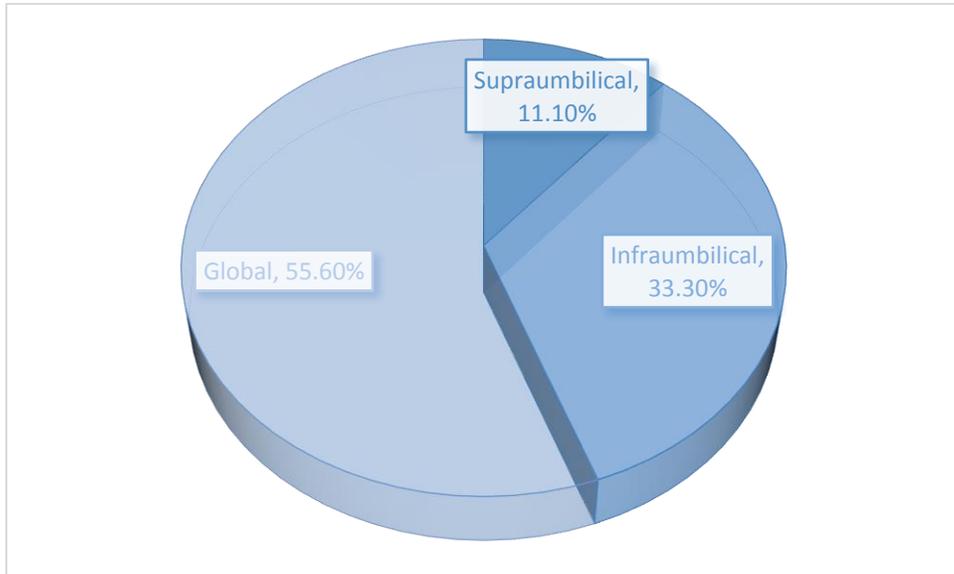


Figura 2. Localización de la flacidez abdominal en pacientes en los que se realizó abdominoplastía en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022.

En la Figura 3 se presenta la localización de la lipodistrofia, un 60.7% la presentó a nivel central, un 25% infraumbilical y el 14.3% en abdomen completo.

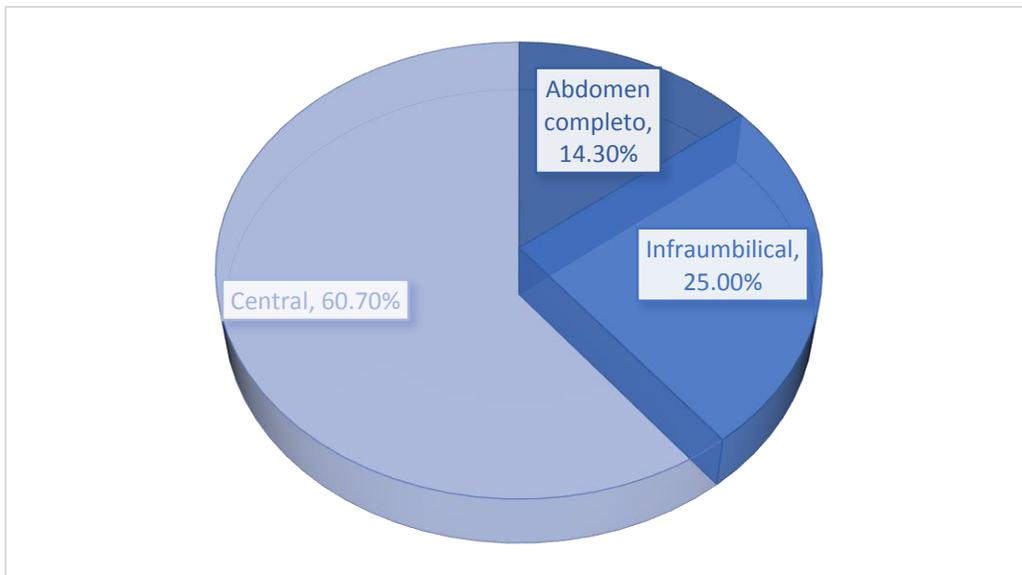


Figura 3. Localización de la lipodistrofia en pacientes en los que se realizó abdominoplastía en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022.

En la Figura 4 se ilustran las localizaciones más frecuentes de las cicatrices previas, se observa un claro predominio de las cicatrices por cesárea anterior localizadas en línea media infraumbilical (76%).

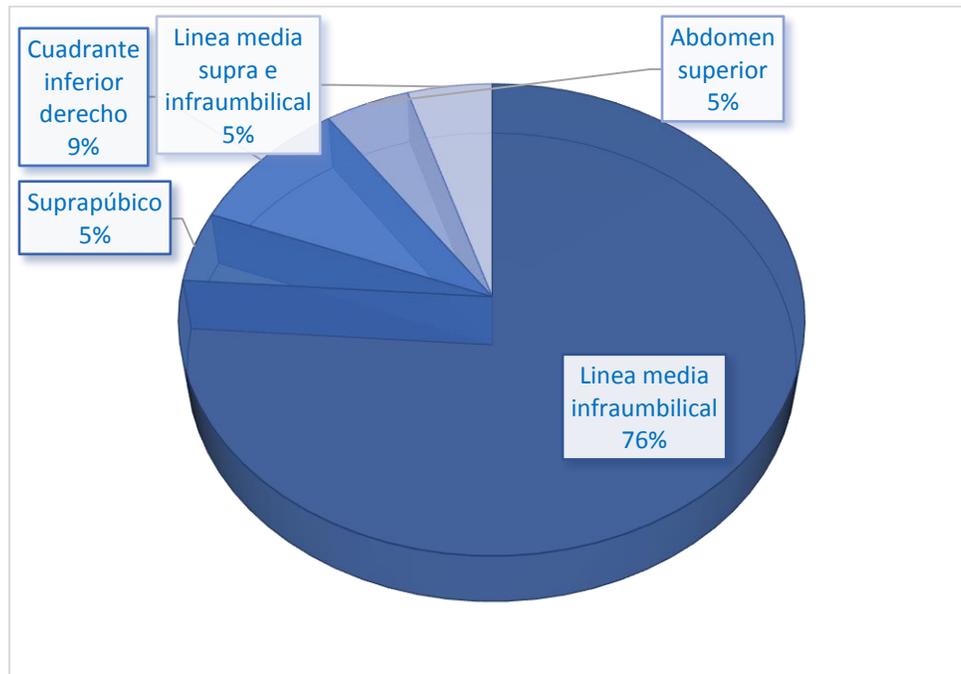


Figura 4. Localización de las cicatrices previas en pacientes en los que se realizó abdominoplastía en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélaz Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022.

En la Figura 5 podemos observar que en el 56% de los pacientes, las estrías estaban localizadas a nivel infraumbilical y un 44% las presentaban tanto supra como infraumbilical.

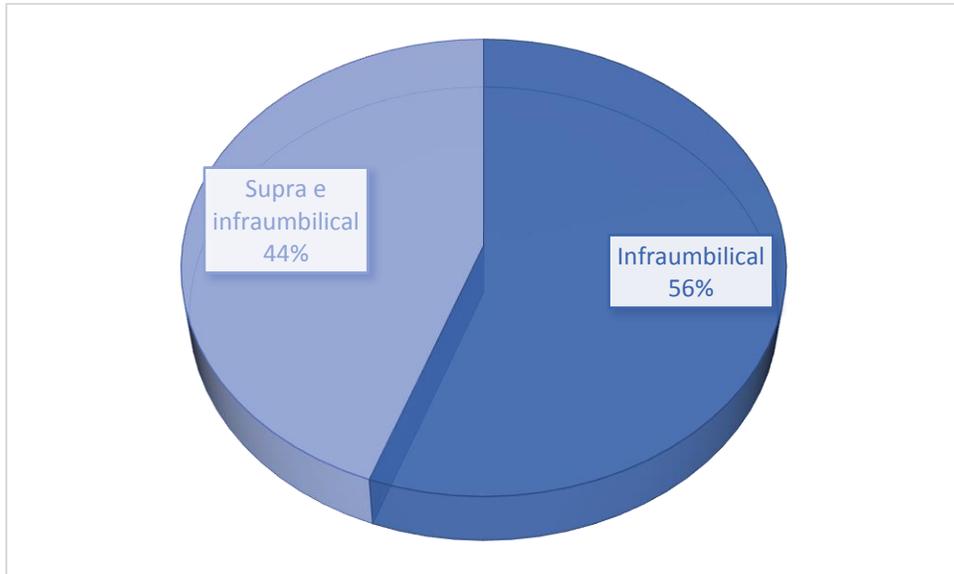


Figura 5. Localización de las estrías en pacientes en los que se realizó abdominoplastía en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022.

En la Figura 6 se ilustra el aspecto prequirúrgico de 3 pacientes según clasificación de Matarasso.

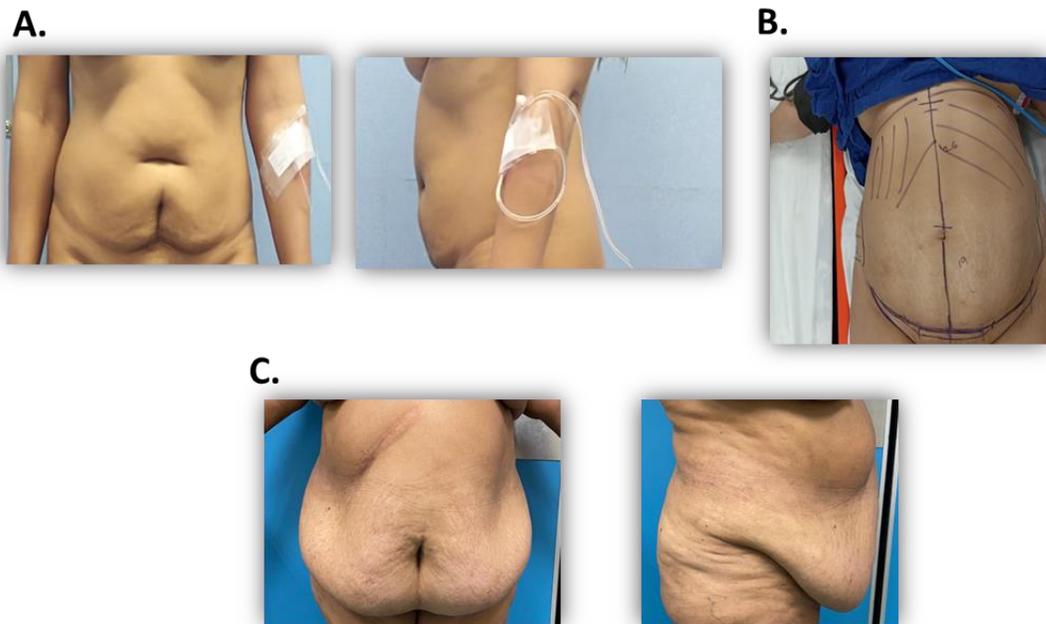


Figura 6. Aspecto preoperatorio del abdomen de 3 de las pacientes para ilustrar la clasificación de Matarasso: A) Abdomen tipo II, B) Abdomen tipo III y C) Abdomen tipo IV. Fotos tomadas para este estudio.

En la Tabla 4 se presenta la relación entre el tipo de abdomen según la clasificación de Matarasso y la técnica quirúrgica utilizada para la abdominoplastía. En los pacientes con Matarasso II (2), en uno la abdominoplastía se realizó con técnica convencional con liposucción y en el otro se utilizó Tulúa. En los pacientes con Matarasso III, predominó la técnica convencional con liposucción (82%), en dos de los pacientes (11.8%) se utilizó técnica convencional sin liposucción y en un paciente se utilizó flor de lis. En los pacientes con Matarasso IV, la técnica más utilizada fue la flor de lis 55.6%, seguida de la técnica convencional con liposucción 33.3%. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tipo de abdomen según la clasificación de Matarasso y la técnica quirúrgica elegida (Chi cuadrado de Pearson, $P=0.89$). En el 100% de los pacientes se utilizó anestesia general. En ninguno de los expedientes quedaron registrado los gramos de tejido removido.

Tabla 4. Relación entre el tipo de abdomen según la clasificación de Matarasso y la técnica quirúrgica utilizada en los pacientes atendidos en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022..

Técnica quirúrgica	Matarasso					
	II		III		IV	
	n	%	n	%	n	%
Convencional con liposucción	1	50.0	14	82.4	3	33.3
Convencional sin liposucción	0	0	2	11.8	1	11.1
Flor de lis	0	0.0	1	5.4	5	55.6
Tulúa	1	50.0	0	0.0	0	0.0
Total	2	100	17	100	9	100

Chi cuadrado de Pearson, $P=0.89$

En la Figura 7 se ilustra el aspecto pre y postquirúrgico del abdomen de 3 pacientes según clasificación de Matarasso y técnica quirúrgica utilizada.

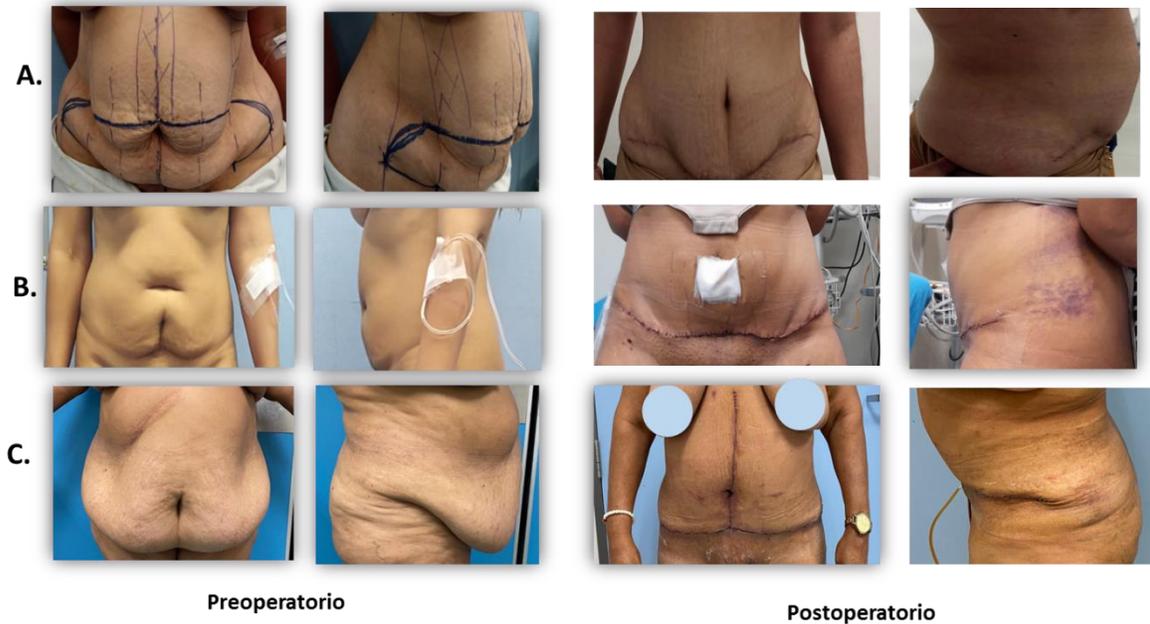


Figura 7. Comparación del aspecto pre y postoperatorio del abdomen de 3 de las pacientes. A) Abdomen Matarasso IV en el que se realizó lipoabdominoplastía, B) Abdomen Matarasso III en el que se aplicó la técnica Tulúa y C) Abdomen tipo IV en el que se utilizó la técnica flor de lis. Fotos tomadas para este estudio.

Ninguno de los pacientes presentó complicaciones generales tales como: trombosis venosa profunda, complicaciones respiratorias o complicaciones cardiovasculares. Sin embargo, 10 de los pacientes (35.7%) presentaron complicaciones locales (Figura 8).

Mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson se estableció la relación entre la presencia de complicaciones locales y el sexo, edad, hábitos tóxicos, antecedentes médicos, antecedentes quirúrgicos, tipo de abdomen y técnica quirúrgica empleada. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las complicaciones locales con el antecedente de tabaquismo ($P=0.02$) y una relación próxima a la significancia con el antecedente de consumo de alcohol ($P=0.09$).

Se observó una correlación positiva entre la edad y el IMC con la presencia de complicaciones. En los pacientes que tuvieron complicaciones locales la media de edad fue 40.9 años y en los que no tuvieron complicaciones fue de 37.7 años. En el caso del IMC, en los pacientes que se complicaron la media fue de 28.7 kg/m^2 y en los que no se complicaron de 27.7 kg/m^2 . La relación de edad e IMC con la presencia de complicaciones locales no fue estadísticamente significativa (T de Student para muestras independientes, $P>0.05$).

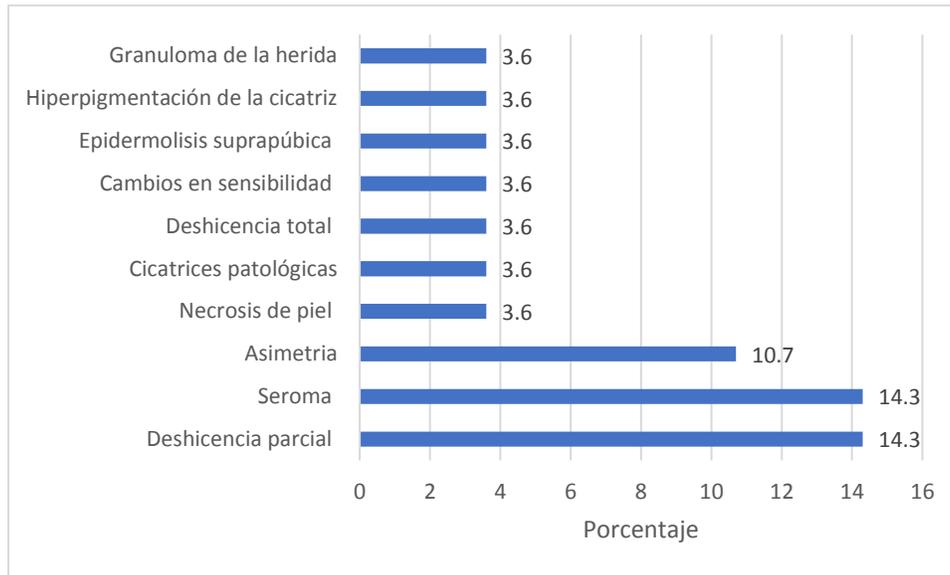


Figura 8. Complicaciones posoperatorias locales en pacientes en los que se realizó abdominoplastía en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022.

En la Tabla 5, se presenta el grado de satisfacción de los pacientes en los que se realizó abdominoplastía. Como puede observar en la Tabla más del 85% de los pacientes estuvieron satisfechos o muy satisfechos de los resultados en los diferentes indicadores de satisfacción utilizados. Mediante Chi cuadrado de Pearson se relacionó el nivel de satisfacción con diferentes variables tales como: edad, tipo de abdomen según clasificación de Matarasso, técnica quirúrgica utilizada y presencia de complicaciones, resultando una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de complicaciones y el grado de satisfacción, los pacientes menos satisfechos fueron los que presentaron alguna complicación local ($P < 0.05$), siendo las relaciones más fuertes en las preguntas: ¿Cómo se siente respecto al aspecto de su abdomen de frente? ¿Cómo se siente respecto al aspecto de su abdomen de perfil? Y ¿Se siente satisfecho(a) con el tono de su abdomen) ($P < 0.01$).

Tabla 5. Satisfacción de los pacientes atendidos en el Departamento de Cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a febrero 2022 con los resultados postoperatorios obtenidos.

Satisfacción sobre:	Muy satisfecho		Satisfecho		Insatisfecho		Muy insatisfecho	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aspecto del abdomen de frente	16	57.1	11	39.3	1	3.6	0	0.0
Aspecto del abdomen de perfil	10	35.7	15	53.6	3	10.7	0	0.0
Tono de su abdomen	5	17.9	22	78.6	1	3.6	0	0.0
Ajuste de la ropa a su abdomen	24	85.7	4	14.3	0	0.0	0	0.0
Aspecto del abdomen sin ropa	4	14.3	23	82.1	0	0.0	1	3.6
Comodidad usando traje de baño	2	7.1	21	75	4	14.3	1	3.6
Comodidad con su aspecto cuando está con su pareja	13	54.2	10	41.7	0	0.0	1	3.6
Comentarios que otras personas hacen sobre su nuevo aspecto	24	85.7	3	10.7	0	0.0	1	3.6

IX. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como propósito determinar los factores asociados a complicaciones y el nivel de satisfacción en los pacientes a los que se realizó abdominoplastía en el servicio de cirugía plástica del Hospital Fernando Vélez Paiz, en el periodo comprendido entre abril 2019 a enero 2022.

De acuerdo a los resultados de esta tesis, el promedio de edad de los pacientes en los que se realizó abdominoplastía fue de 43,7 años, con un índice de masa corporal de 27 kg / m² y la mayoría eran mujeres (92.9 %). Esto se corresponde con lo que ha sido reportado en otros estudios donde se señala que la mayoría de pacientes que buscan atención quirúrgica para mejorar el contorno corporal son pacientes del sexo femenino entre los 30 y los 50 años.^(9, 24, 24) El promedio del IMC se encuentra dentro del rango recomendado para poder hacer esta cirugía ya que se considera que con IMC mayores a 28 kg / m² se incrementa el riesgo de complicaciones, sobre todo el fracaso de la cirugía debido a un mal control del peso corporal. En los protocolos internacionales se recomienda primero bajar peso y luego hacer uso de las alternativas quirúrgicas.^(11,23)

Se observó un predominio de pacientes con abdomen Matarasso III (69.7%). En otros estudios se reporta un predominio de Matarasso II y III.⁽¹¹⁾ En el Hospital Fernando Velez Paiz a los pacientes con Matarasso II se realizó abdominoplastía convencional con liposucción, en Matarasso III predominó la abdominoplastía convencional con liposucción y en el Matarasso IV la técnica flor de lis (55.6%). En el estudio realizado en República Dominicana se realizó abdominoplastia convencional más liposucción en Matarasso II, III y IV. Sin embargo, el empleo de las técnicas modificadas de Tuluá y flor de lis en los pacientes incluidos en esta tesis, están justificados por las indicaciones específicas de estas técnicas,⁽²⁰⁻²²⁾ por ejemplo la técnica flor de lis se aplicó en los pacientes Matarasso IV donde el volumen de piel y tejido adiposo a remover era grande.

En estudios de seguimiento a pacientes en los que se realizó abdominoplastía se ha reportado una frecuencia de complicaciones del 0 al 10%, incluyendo complicaciones generales y locales.⁽¹⁴⁾ En los pacientes analizados en esta tesis, ninguno presentó complicaciones generales, pero el 35.7% presentó complicaciones locales, sin embargo solo uno de los casos se consideró una complicación severo y retrasó la recuperación del paciente, comprometiendo su grado de satisfacción con el resultado.

Las complicaciones más frecuentemente reportadas son la deshincencia parcial de la herida, el seroma, infecciones, necrosis de la piel, eventos tromboembólicos, trastornos de sensibilidad, sangrado y perforación de víscera hueca.^(9,13) En este estudio las complicaciones más frecuentes fueron seroma, deshincencia parcial de la herida y asimetría

En los pacientes de este estudio las complicaciones tuvieron una relación estadísticamente significativa con el antecedente de tabaquismo. Es conocido el potencial del tabaco para retrasar la cicatrización y predisponer a las infecciones. El mecanismo principal es la disminución en la oxigenación de los tejidos producido por tres sustancias presentes en el humo del tabaco: la nicotina, el monóxido de carbono y el cianuro de hidrógeno. La nicotina induce vasoconstricción por incremento de los radicales libres e incremento de la liberación de adrenalina y noradrenalina, además induce la liberación de tromboxano A₂ facilitando la agregación plaquetaria con la consecuente formación de microtrombos. El monóxido de carbono desplaza al oxígeno de su unión a la hemoglobina y el cianuro de hidrógeno inhibe la función de los leucocitos. Por lo anterior, es importante investigar en los antecedentes del paciente la historia de fumado y negarse a operar si el paciente persiste en el hábito. Se debe dar a los pacientes la recomendación estricta de no fumar por al menos las 2 semanas previas al procedimiento para eliminar la morbilidad quirúrgica asociada con el tabaco.⁽²⁸⁾

Otros factores que en la literatura han sido relacionados con complicaciones son el sexo masculino, la edad mayor de 55 años y un índice de masa corporal mayor o igual a 30 . En este estudio no tuvieron relación estadística con la presencia de complicaciones.

Tal y como ha sido reportado previamente en Murcia, España, en este estudio en nivel de satisfacción de los pacientes estuvo relacionado con la presencia o no de complicaciones y no con el resultado estético. Muy probablemente esto se debe a que al presentarse la complicación se incrementa la estancia hospitalaria, es posible que se requieran reintervenciones y el número de controles posteriores aumenta. También es posible que la complicación influya en el aspecto final del paciente.⁽¹⁰⁾

Validez interna y externa:

Una fortaleza de esta tesis es que se incluyó el 100% de los pacientes en los que se realizó abdominoplastía en el período de estudio por lo que se considera que tiene una validez interna adecuada. Debido a que las complicaciones que se presentaron son complicaciones

locales cuya etiología es claramente vinculada con la manipulación quirúrgica, no se prevén sesgos de clasificación, ni factores de confusión.

En cuanto a la validez externa, la principal limitación es que este es un estudio realizado en un número pequeño de casos (28 pacientes). Debido a esto podemos decir que los resultados de esta tesis son válidos para la población estudiada, pero no son generalizables. Sin embargo, esta tesis proporciona información valiosa que puede servir de base tanto como para la realización de futuros estudios como para el desarrollo de un protocolo para la selección de pacientes.

X. CONCLUSIONES

1. Se observó un predominio del sexo femenino, de 30 a 50 años con una media de IMC $28.1 \pm 3.2 \text{ kg/m}^2$, procedentes del área urbana. Los hábitos reportados fueron tabaquismo y consumo de alcohol. El tipo de abdomen que predominó fue el Matarasso III (69.7%) seguido de Matarasso IV, solo un pequeño número de los pacientes fue clasificado como Matarasso II.
2. Los antecedentes médicos relevantes fueron la hipertensión arterial y la diabetes. Un 75% tenía antecedentes de cirugías abdominales con un predominio de cesárea.
3. En los pacientes con Matarasso II se realizó la abdominoplastía tanto técnica convencional con liposucción como Tulúa. En los pacientes con Matarasso III, predominó la técnica convencional con liposucción (82%) y en los pacientes con Matarasso IV, la técnica más utilizada fue la flor de lis 55.6%. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tipo de abdomen según la clasificación de Matarasso y la técnica quirúrgica elegida.
4. El 35.7% de los pacientes presentó complicaciones locales siendo las más frecuentes la deshiscencia parcial de la herida, seroma y asimetría. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones generales. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las complicaciones locales con el antecedente de tabaquismo ($P=0.02$). Otras variables asociadas a las complicaciones fueron el consumo de alcohol la edad y el IMC.
5. Si bien en este estudio no se observaron casos de trombosis venosa profunda. En la literatura internacional se considera la principal complicación sistémica de la lipoabdominoplastía. Por lo anterior se recomienda contar con un protocolo de uso de anticoagulantes para la prevención de la trombosis venosa en los pacientes de alto riesgo.
6. La mayoría de los pacientes (85%) estuvieron satisfechos o muy satisfechos de los resultados de la abdominoplastía. Los pacientes insatisfechos fueron los que presentaron al menos una complicación.

XI. RECOMENDACIONES

1. Registrar en los expedientes clínicos los gramos de grasa removidos en cada procedimiento, ya que en estudios realizados en otros países se ha demostrado una relación entre la cantidad de grasa removida y la presencia de complicaciones locales.
2. Realizar un estudio prospectivo con un mayor número de pacientes a fin de evaluar otros factores de riesgo de complicaciones, el resultado de las medidas de prevención y elementos para la protocolización de la selección de pacientes para este tipo de cirugía.
3. Protocolizar los criterios clínicos para poder optar a estar cirugía en el Servicio de Cirugía Plástica en el Hospital Fernando Velez Páiz. En el protocolo deben estar claramente consignados los criterios que permiten optar y los criterios de exclusión absolutos y transitorios (ejemplo el postparto).
4. En las consultas de seguimiento de los pacientes se debe documentar fotográficamente la evolución con el previo consentimiento de los pacientes y debe evaluarse la satisfacción de los pacientes mediante herramientas rápidas que permitan hacer una retroalimentación para el servicio.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobre peso. 2021 [Internet] Ginebra, Suiza [Citado 1 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- 2- . Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad y Enfermedades Metabólicas (IFSO). 2014 [Internet] [Citado 1 de febrero de 2022: Recuperado a partir de <http://www.ifso.com/mission-vision/>
- 3- Kauak L. Cirugía plástica postbariátrica. Rev Med Clin Condes. 2010; 21(1):109-113.
- 4- Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (SECPRE). 2011 [Internet] Madrid, España [Citado 1 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de <https://secpre.org/cirugia-del-abdomen#:~:text=La%20abdominoplastia%20es%20un%20procedimiento,conocido%20como%20%22tripa%22>
- 5- International Society of of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). ISAPS International Survey on Aesthetic/cosmetic Procedures performed in 2020. 2020 [Internet]. [Citado 1 de febrero de 2022]. Recuperado a partir de Available from: https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2022/01/ISAPS-Global-Survey_2020.pdf
- 6- Kauak L. Abdominoplastia. Selección de una técnica para la plastia del contorno abdominal. Rev Chilena de cirugía. 2010 Abril; 54(2).(a)
- 7- .Kauak L.Abdominoplastia. Rev Med Clin Condes. 2004; 15(1):32-37
- 8- Matarasso A. (1991). Abdominoplasty: a system of classification and treatment for combined abdominoplasty and suction-assisted lipectomy. *Aesthetic plastic surgery*, 15(2), 111–121.
- 9- Kauak DL. Cirugía plástica en pacientes post cirugía bariátrica. Revista Clínica las de Condes. 2010; 21(1).(b)
- 10- García-García, M. L., Martín-Lorenzo, J. G., Campillo-Soto, A., Torralba-Martínez, J. A., Lirón-Ruiz, R., Miguel-Perelló, J., Mengual-Ballester, M., & Aguayo-Albasini, J. L. (2014). Complicaciones y nivel de satisfacción tras la realización de una dermolipsectomía y abdominoplastia después de efectuar una cirugía bariátrica [Complications and level of satisfaction after dermolipsectomy and abdominoplasty post-bariatric surgery]. *Cirugía española*, 92(4), 254–260.
- 11- Hidalgo-Nova AM. Aplicación de lipoabdominoplastía según clasificación de Matarasso en pacientes que asisten a la consulta de cirugía plástica del hospital Salvador B. Gautier (IDSS) noviembre 2017-abril 2018. Tesis. Universidad Nacional Pedro Enriquez Ureña.

- 12- Batista L. Diario Libre. Abdominoplastia: La preferida en la cirugía plástica. 2013 diciembre.
- 13- Mercedes-Acosta S., Fragoso-Báez A., Sabala R., Matos D., Medina T.. Estudio de los trastornos postabdominoplastia de la sensibilidad cutánea superficial. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2013 39(3):
- 14- Vaca Escobar B., Guerra Navarrete D., Manzano Manzano R.. Cambios respiratorios post-abdominoplastia. *Cir. plást. iberolatinoam.* [Internet]. 2007 Mar [citado 6 de febrero de 2022]; 33(1)69-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922007000100008&lng=es
- 15- Busetto L, Dicker D, Azran C et al. Practical recommendations of the obesity management task force of the European Association for the Study of Obesity for the post-bariatric surgery medical management. *Obes Facts* 2017; 10: 597-632.
- 16- Gunnarson GL, Frøyen JK, Sandbu R, Thomsen JB, Hjelmæsæth J. Plastic surgery after bariatric surgery. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2015; 135 (11): 1044-1049.
- 17- Song AY, Jean RD, Hurwitz DJ, Fernstrom MH, Scott JA, Rubin JP. A classification of contour deformities after bariatric weight loss: the Pittsburgh Rating Scale. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116 (5): 1535-1544.
- 18- Gómez-Abajo G, Varquero M del M, Calzacorta-Muñoz P, Enriquez de Salamanca J, Masià-Ayala J, Montón-Echeverría J et. al. Diccionario LID Cirugía plástica, estética y reparadora LID, editor: LID; 1ª edición, 2008.
- 19- Matarasso, A., Matarasso, D. M., & Matarasso, E. J. (2014). Abdominoplasty: classic principles and technique. *Clinics in plastic surgery*, 41(4), 655–672.
- 20- Villegas Alzate Francisco Javier. TULUA: lipoabdominoplastia de plicatura transversa sin despegamiento supraumbilical. Serie de 176 pacientes. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2020;46(1): 7-21.
- 21- Villegas F. J. (2014). A novel approach to abdominoplasty: TULUA modifications (transverse plication, no undermining, full liposuction, neoumbilicoplasty, and low transverse abdominal scar). *Aesthetic plastic surgery*, 38(3), 511–520.
- 22- Dellon A. L. (1985). Fleur-de-lis abdominoplasty. *Aesthetic plastic surgery*, 9(1), 27–32.
- 23- Cirugía Plástica y Estética. [Internet].2017 [Citado 6 de febrero de 2022] Disponible en: <http://www.sociedadcirugiaplasticaperu.com/cirugia/abdominoplastia-post-operatorio-y- cambios-en-cuenta.htm>
- 24- Rodríguez, B., Oudhof, H., González, N. y Unikel, C. (2010). Desarrollo y validación de una escala para medir imagen corporal en mujeres jóvenes. *Salud Mental*, 33, 325-332

- 25- Muñoz, D., Chen, E., Fischer, S., Sanchez-Johnsen, L., Roherig, M., Dymek-Valentine, M. et al. (2010). Changes in desired body shape after bariatric surgery. *Eating Disorders*, 18(4), 347- 354. [https://doi.org/ 10.1080/10640266.2010.490126](https://doi.org/10.1080/10640266.2010.490126).
- 26- Cruzat-Mandicha C, Díaz-Castrillóna F, García-Troncosoa A, Díaz-Paredes P. Body image before and after bariatric surgery: Perceptions of young-adults women Imagen corporal antes y después de cirugía bariátrica: Percepciones de mujeres jóvenes-adultas. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2019; 10(1): 95-108.
- 27- Lier, H. Ø., Aastrom, S., & Rørtveit, K. (2016). Patients' daily life experiences five years after gastric bypass surgery--a qualitative study.
- 28- Krueger JK, Rohrich RJ. Clearing the smoke: the scientific rationale for tobacco abstinence with plastic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2001;108(4):1063-1077.

ANEXOS

ANEXO 1

COMPLICACIONES Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DESPUÉS DE LIPOABDOMINOPLASTÍA EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL HOSPITAL FERNANDO VELEZ PAIZ (ABRIL 2019- FEBRERO 2022)

No. Folio []

No. Expediente []

Bloque I. Datos demográficos

Edad [] años

Sexo: 1. F [] 2. M []

Peso: [] lbs

Talla: [] mts

Procedencia: 1. Urbano [] 2. Rural []

IMC: _____Kg/m²

Bloque II. Anamnesis

Antecedentes generales:

Fuma: 1. Si [] 2. No []

Si la respuesta es sí: Número de cigarrillos por día []; Tiempo de fumar: [] años

Ingesta de alcohol: 1. Si [] 2. []

Si la respuesta es sí: tipo de bebida 1. Ron [] 2. Cerveza [] 3. [] 4. Otra [], anote cual.

Número de bebidas por día []; Tiempo de tomar: [] años.

Hipertensión: 1. Si [] 2. No []

Diabetes: 1. Si [] 2. No []

Antecedentes obstétricos:

G [] A [] C [] P []

Antecedentes de cirugía abdominal:

Apendicectomía [] Colicistectomía [] Laparotomía []

Cirugía estética [], cuál [] Tiempo entre la cirugía previa y la actual [] meses.

Otra [], cuál []

Bloque III examen físico:

Flacidez de la pared

Mínima [] Moderada [] Global [] Significativa []

Localización de la flacidez

Supraumbilical [] Infraumbilical [] Ambas []

Lipodistrofia

Mínima [] Moderada [] Severa []

Localización de la lipodistrofia

Supraumbilical [] Infraumbilical [] Central [] Flancos []

Diastasis de los rectos

No [] Ligeramente [] Severa []

Cicatrices: Si [], No [], Dónde []

Estrías: Si [], No []

Localización de las estrías:

Supraumbilical [] Infraumbilical [] Ambos []

Tipo de abdomen según la clasificación de Matarasso:

I [] II [] III [] IV [] V []

Bloque IV. Datos quirúrgicos

Tipo de anestesia:

Epidural [] General []

Técnica de lipoabdominoplastía utilizada:

Convencional [] Flor de Lis []

Peso del tejido resecado [] gramos

Bloque V. Complicaciones

Generales:

Trombosis venosa profunda []
Cardíacas [], especifique []
Pulmonares [], especifique []
Retención de líquidos/edema []

Locales:

Necrosis de piel []
Seroma []
Dehiscencia parcial []
Dehiscencia total []
Infección []
Hemorragia/hematoma []
Cambios de sensibilidad []

- Asimetría []
- Flacidez de la piel []
- Dolor []
- Cicatrices hipertróficas []
- Epidermolisis suprapúbicas []
- Hiperpigmentación de la cicatriz []

Bloque VI. Satisfacción

Después de la abdominoplastía	Muy satisfecho(a)	Satisfecho(a)	Insatisfecho(a)	Muy insatisfecho(a)
¿Cómo se siente respecto al aspecto de su abdomen de frente?				
¿Cómo se siente respecto al aspecto de su abdomen de perfil?				
Se siente satisfecho(a) con el tono de su abdomen				
¿Cómo se siente respecto a cómo se ajusta su ropa a su abdomen?				
¿Cómo siente respecto al aspecto de su abdomen sin ropa?				
¿Se siente cómodo(a) usando traje de baño?				
¿Se siente cómodo(a) con su aspecto cuando está con su pareja?				
¿Cómo se siente respecto a los comentarios que otras personas hacen sobre su nuevo aspecto?				