

**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA HUMANA**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Impacto de cirugía laparoscópica en el abdomen agudo  
quirúrgico en un Centro Hospitalario Nivel II, Chanchamayo  
2022**

**Para optar** : El Título de Segunda Especialidad Profesional en  
Medicina Humana Especialidad: Cirugía General

**Autor** : M. C. VILCATOMA ORTEGA DAVID ESAUL

**Línea de  
investigación** : Salud y gestión de la salud

**Institucional**  
**Fecha de inicio / y  
culminación** : Setiembre 2022 a junio 2023

**Huancayo - Perú**

**2024**

## CONSTANCIA DE SIMILITUD

N ° 0124- POSGRADO - 2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que el **Proyecto de Investigación**, titulado:

**IMPACTO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO EN UN CENTRO HOSPITALARIO NIVEL II, CHANCHAMAYO 2022**

Con la siguiente información:

Con Autor(es) : **M.C. VILCATOMA ORTEGA DAVID ESALUD**

Fue analizado con fecha **24/07/2024**; con **45 págs.**; con el software de prevención de plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

**Excluye Citas.**

**Excluye Cadenas hasta 20 palabras.**

Otro criterio (especificar)

X
X

El documento presenta un porcentaje de similitud de **20 %**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de uso de Software de Prevención Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 24 de julio del 2024.



**MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI**

**JEFA**

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

## ÍNDICE

I.	TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....	7
II.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	7
	2.1. Planteamiento y descripción del problema .....	7
	2.2. Formulación del problema .....	8
	2.2.1. Problema general.....	8
	2.2.2. Problemas específicos .....	8
III.	JUSTIFICACIÓN .....	9
	3.1. Teórica .....	9
	3.2. Practica.....	9
	3.3. Metodológica .....	10
IV.	LIMITACIONES.....	10
V.	OBJETIVOS.....	11
	5.1. General.....	11
	5.2. Específicos .....	11
VI.	MARCO TEÓRICO .....	11
	6.1. Antecedentes .....	11
	6.2. Marco Conceptual.....	16
	6.2.1. Definición de abdomen agudo quirúrgico.....	16
	6.2.2. Epidemiología .....	17
	6.2.3. Etiología .....	19
	6.2.4. Manifestaciones clínicas .....	20
	6.2.5. Diagnóstico.....	21
	6.2.6. Definición de Términos.....	22
VII.	HIPÓTESIS .....	23
	7.1. General.....	23

7.2. Específicos .....	24
VIII. VARIABLES .....	24
8.1. Variables .....	24
8.2. Matriz de operacionalización de las variables .....	25
IX. METODOLOGÍA.....	26
9.1. Método de investigación .....	26
9.2. Tipo de investigación.....	26
9.3. Nivel de investigación .....	26
9.4. Diseño de investigación .....	27
9.4. Ubicación geográfica y tiempo de realización.....	27
9.5. Población y muestra.....	28
9.6. Características de la población: criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	28
9.7. Tamaño de la muestra. Tipo de muestreo .....	29
9.8. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
9.9. Validez y confiabilidad del instrumento .....	30
9.10. Procedimientos de recolección de datos .....	31
9.11. Elaboración, tabulación y presentación de datos .....	31
9.12. Análisis estadísticos: descriptivos e inferencial.....	31
9.13. Aspectos éticos. Consentimiento informado .....	31
X. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS .....	32
10.1. Presupuesto .....	32
10.2. Cronograma .....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34
ANEXOS .....	42
Instrumento de recolección de datos .....	42
Procedimiento de validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección .....	44
Autorización de la Institución.....	45

## Resumen

El fondo para el desarrollo del presente trabajo de investigación fue el “Impacto de la Cirugía Laparoscópica en el Abdomen Agudo Quirúrgico” fue elegido por la alta tasa de pacientes que se presentan a consulta por presentar Abdomen Agudo en consultorio y por emergencia. Por lo cual, se planteó como objetivo general determinar el impacto de la cirugía laparoscópica en el abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II, Chanchamayo 2022. Mientras que, la metodología aplicada fue científico, de tipo básico-teórico, con enfoque cuantitativo, con un nivel descriptivo-transversal y con un diseño no experimental. Asimismo, se consideró como instrumento de recolección de datos la ficha de análisis documental, siendo la muestra 186 pacientes. La ubicación geográfica es en la provincia de Chanchamayo, específicamente El Hospital Dr. "Julio Cesar Demarini Caro" – Chanchamayo se encuentra ubicado en el Jr. Tarma N° 140, La Merced- Chanchamayo, es el centro de referencia de la Red Junín, selva central, brinda los servicios de salud también a los distritos de la selva central, principalmente a Vitoc, San Ramón, Pichanaki, San Luis de Shuaro, Monobamba, Perené, entre otros pueblos como Oxapampa, Satipo y por accesibilidad el distrito de Monobamba-Jauja.

**Palabras clave:** Cirugía Laparoscópica, Abdomen Agudo Quirúrgico, Impacto.

## **Abstract**

The background for the development of this research work was the “Impact of Laparoscopic Surgery on the Acute Surgical Abdomen” was chosen due to the high rate of patients who present for consultation with Acute Abdomen in the office and for emergencies. Therefore, the general objective was to determine the impact of laparoscopic surgery in the acute surgical abdomen in a hospital center, level II, Chanchamayo 2022. While, the methodology applied was scientific, basic-theoretical, with a quantitative approach. with a descriptive-transversal level and with a non-experimental design. Likewise, the documentary analysis form was demonstrated as a data collection instrument, with the sample being 186 patients. The geographical location is in the province of Chanchamayo, specifically the Dr. "Julio Cesar Demarini Caro" Hospital - Chanchamayo is located at Jr. Tarma N° 140, La Merced-Chanchamayo, it is the reference center of the Junín Network, central jungle, provides health services also to the districts of the central jungle, mainly to Vitoc, San Ramón, Pichanaki, San Luis de Shuaro, Monobamba, Perené, among other towns such as Oxapampa, Satipo and for accessibility the district of Monobamba. Jauja.

**Keywords:** Laparoscopic Surgery, Acute Surgical Abdomen, Impact.

## **I. TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Impacto de Cirugía Laparoscópica en el Abdomen Agudo Quirúrgico en un Centro Hospitalario Nivel II, Chanchamayo 2022.

## **II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Planteamiento y descripción del problema**

El dolor abdominal históricamente fue evaluado en los pacientes mediante la historia clínica y la exploración física, alcanzando un 79% de aciertos de las causas orgánicas y no orgánicas y utilizando la anamnesis cuidadosamente, llevo a un diagnóstico certero del 76% [1]. Sin embargo, la tarea se puede complicar por el hecho de que el dolor abdominal suele ser un síntoma inespecífico que se presenta con otra sintomatología [2].

La cirugía laparoscópica de emergencia para el manejo de abdomen agudo, tiene un alto grado de recomendación para las patologías de colecistitis aguda, apendicitis aguda, úlceras gastroduodenales perforadas, trastornos ginecológicos y dolor abdominal inespecífico (NSPA), entre sus ventajas respecto de la cirugía abierta se encuentran menor tiempo operatorio, recuperación acelerada y permanencia hospitalaria más corta; para el resto de patologías abdominales (organomegalia, síndrome adherencial, distensión abdominal), aun es un tema en debate [3].

La “cirugía laparoscópica” implica realizar las cirugías de los distintos órganos a nivel del abdomen sin la necesidad de realizar un corte en el abdomen como se realiza en la cirugía clásica [4]. Las complicaciones asociadas, a un abordaje laparoscópico es en general baja. Las complicaciones

relacionadas con la etapa inicial del procedimiento para el ingreso al área abdominal ocurren en menos del 1 por ciento de los pacientes [5-8].

Una vez que el procedimiento este en curso, las complicaciones también llegan hacer raras; sin embargo, se encontró la aparición de hernias tardías en los puertos que suelen afectar al 6% de los pacientes [9].

Solo en la intervención con cirugía laparoscopia en coleditiasis se ha ido convirtiendo en la mayor elección de los cirujanos, por su mínima invasión, recuperación temprana y menor dolor. En Estados Unidos durante el transcurso de un año la cantidad de colecistectomías estaba en un 75% por encima de la cirugía laparoscópica [10].

En tal sentido en el presente estudio se busca conocer, cuál es el impacto de la cirugía laparoscópica en el abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario nivel II de la ciudad de Chanchamayo.

## **2.2. Formulación del problema**

### **2.2.1. Problema general**

¿Cuál es el impacto de la cirugía laparoscópica en el abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II, Chanchamayo 2022?

### **2.2.2. Problemas específicos**

A. ¿Cuáles son las principales características clínicas de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II, Chanchamayo 2022?

B. ¿Cuáles son las principales características clínicas de los pacientes post cirugía laparoscópica con abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II, Chanchamayo 2022?

### **III. JUSTIFICACIÓN**

#### **3.1. Teórica**

En la literatura nacional e internacional estos términos se encuentran por separados (cirugía laparoscópica y abdomen agudo quirúrgico). Este estudio trata de conocer el impacto que tiene la cirugía laparoscopia sobre el abdomen agudo quirúrgico, teóricamente aportaríamos para el mejor entendimiento del impacto que tiene la intervención sobre el cuadro clínico.

#### **3.2. Practica**

En el siglo 21 se ha evidenciado la demanda por la tecnología y lo importante de esta para mantener el dinamismo de toda actividad humana, independientemente de las circunstancias que puedan acontecer (pandemias).

En palabras de Rico (2021) menciona que la medicina y la tecnología irán siempre de la mano, que la primera siempre será arte y ciencia y la tecnología es su complemento [11].

En tal sentido el Hospital de nivel II de Chanchamayo tiene que responder al tiempo y a las circunstancias y estar preparado para todo el avance tecnológico que se viene en el ámbito de la medicina, tanto en equipamiento como en profesionales debidamente formados y capacitados.

### **3.3. Metodológica**

Con el fin de alcanzar el objetivo del presente estudio se elaboró un instrumento que nos ayudara a responder las preguntas de investigación el cual se validara por juicio de expertos, los cuales están conformados por tres especialistas con trayectoria profesional incólume. Así mismo posterior a la presente investigación, este servirá de base para otras investigaciones.

Al conocer el impacto, sea este positivo o negativo, que tiene la cirugía laparoscópica para los pacientes con un diagnóstico de “abdomen agudo” quirúrgico, de ser positivo reforzaríamos la teoría sobre el uso de este método de intervención y esto ayudaría a priorizar la práctica de la “cirugía laparoscópica” en relación con a la intervención quirúrgica clásica.

## **IV. LIMITACIONES**

Entendiendo que como parte de la investigación se presentan limitaciones que son ajenas al investigador y estas limitaciones no pudiendo ser controladas por el mismo, en tal sentido creemos que podríamos presentar algunas limitaciones que detallamos.

Si bien durante el proceso del estudio podríamos encontrar algunas “limitaciones” que nos impidan responder algún problema planteado, tal como lo plantea Arias 2001 [12]. Lo que podría limitar dar respuesta a nuestro problema de investigación sería el tamaño de la muestra; así mismo el seguimiento a cada paciente post cirugía laparoscópica con abdomen agudo quirúrgico, esto por no contar con un equipo de investigación que pueda apoyar en el seguimiento particular a cada paciente.

Así mismo corremos el riesgo de ausencia de colaboración de los pacientes, imposibilitando el control adecuado de ellos y esto también referido por Arias 2006 [13].

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. General**

Determinar el impacto de la cirugía laparoscópica en el abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II, Chanchamayo 2022

### **5.2. Específicos**

- A. Identificar las principales características clínicas de los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II, Chanchamayo 2022
- B. Identificar las principales características clínicas de los pacientes post cirugía laparoscópica con abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II, Chanchamayo 2022

## **VI. MARCO TEÓRICO**

### **6.1. Antecedentes**

#### **INTERNACIONALES**

En Indonesia los autores Abdullah y Firmansyah [14] en su investigación “Diagnostic Approach and Management of Acute Abdominal Pain”, determinaron que la incidencia de dolor abdominal agudo oscila entre el 5-10% de todos los ingresos al servicio de urgencias. Los pacientes con

emergencias abdominales pueden incluir una serie de emergencias quirúrgicas y no quirúrgicas. Las razones más comunes de abdomen agudo son cólico biliar, apendicitis, diverticulitis, colecistitis, obstrucción intestinal, pancreatitis, perforación visceral, peritonitis, adenitis mesentérica, salpingitis y cólico renal.

En una media de estancia hospitalaria de 10 días (3-94) para el grupo de laparoscopia y 17 días (1-87) para el grupo de cirugía abierta notifica que el grado de ASA predominante en laparoscopia es ASA-II (I-IV) y para laparotomía es más frecuente el ASA-III (I-V); la moda de ASA en pacientes con laparoscopia fue de ASA-I (I-III), mientras que en laparotomía la moda fue de ASA-II (I-III), se evidencia mayores riesgos de ASA en el equipo quirúrgico abierta versus “laparoscópica” ( $p < 0.001$ ) [15].

Danish et al, realiza un estudio retrospectivo descriptivo con cirugía abierta de emergencia de 299 personas de ambos sexos cuyo diagnóstico fue de abdomen agudo; los hombres experimentaron un mayor impacto que las mujeres con una relación hombre: mujer de 1,14:1; la mayor cantidad de pacientes se encontraba en el rango de edad de 15 y los 24 años de vida ( $n = 122, 40,8\%$ ), el porcentaje de complicaciones (Clavien-Dindo = IIIb) del 17% e informa una tasa general de mortalidad del 3,6% [16].

De los 91 pacientes evaluados, la tomografía computarizada (TC) helicoidal sin contraste arrojó una especificidad, sensibilidad y precisión generales del 95,1 %, 96,0 % y 95,6 %, respectivamente. Las interpretaciones de la serie abdominal aguda (AAS) arrojaron una especificidad, sensibilidad y precisión generales del 87,8 %, 30,0 % y 56,0 %, respectivamente. La precisión

de la TC helicoidal sin contraste fue significativamente mayor que la precisión de AAS ( $p < 0,05$ ) [17].

El 65% de pacientes tuvieron un diagnóstico final clasificado como urgente. Resultando en el diagnóstico clínico inicial resultó falsos positivos, en muchos de los casos, que se redujeron drásticamente después de la ecografía o la TC. La TC detectó diagnósticos más urgentes que la ecografía: la sensibilidad fue del 89 % para la TC y del 70 % para la ecografía ( $p < 0,001$ ). La utilización del TC solamente después de una ecografía negativa o no concluyente provocó la sensibilidad más alta, pasando por alto solo el 6% de los pacientes diagnosticados de casos urgentes. Con la aplicación de esta secuencia, solo el 49% de las personas tendrían TC. Las estrategias alternativas guiadas debido a la edad, “el índice de masa corporal” o la ubicación del dolor darían como resultado una pérdida de sensibilidad. [18].

En un estudio prospectivo de 168 pacientes, 59 (35%) tuvieron resultados positivos en radiografías simples de abdomen (PAR). Los PAR fueron más sensitivos en los casos de obstrucción intestinal ( $r = 0,561$ ,  $OR = 33,548$ ). La sensibilidad aumentaba aún más si estaban presentes tres de los siguientes signos predictivos: distensión abdominal ( $r = 0,234$ ,  $OR = 2,993$ ), ruidos intestinales exagerados ( $r = 0,154$ ,  $OR = 13,350$ ) y edad mayor de 50 años ( $r = 0,234$ ,  $OR = 2,301$ ). Los PAR no fueron diagnósticos en el 82 % de las personas evaluadas con dolor abdominal agudo ( $p < 0,001$ ). [19].

En un estudio realizado en el país colombiano en el intervalo de tiempo de los meses de enero a julio del año 2009 analizaron en el servicio de urgencias a 60567 personas, de los tales, 3124 fueron diagnosticados con dolor

abdominal (con los códigos R100 a R104 del CIE-10), el cual llega a ser el 5,1% del total de las consultas. Así mismo se sumaron en el análisis ciento cuarenta y seis historias clínicas de personas que fueron atendidas en urgencias con diagnóstico R100 a R104 en el mismo periodo. De los cuales el 23,3% fueron intervenidos quirúrgicamente. De todo esto el sexo femenino fue más frecuente de los pacientes cuya sintomatología era dolor abdominal siendo el 67,8% de los cuales el 64,7% fueron operados. El rango de edad donde se encontraban comprendidos fue de 16 a 96 años, con una  $\sigma= 18,48$  y una  $\bar{x}= 56$  años [20].

### **NACIONALES**

Muñoz en el 2019 en un análisis documental de 160 historias clínicas. Los varones representaron el 55%, de la muestra y en las féminas la edad media fue de 38.3 años. Respecto a al porcentaje el 62,5% del total individuos resultaron operados con cirugía de “apendicectomía abierta” y el 37,5%. por cirugía laparoscopia. En cuanto al tiempo de cirugía al comparar AA:  $59.3 \pm 12.0$  min vs. AL:  $70.5 \pm 16.0$  min se obtuvo una media de 56,38 minutos; siendo la media en estancia hospitalaria de 4,75 días; al mismo tiempo el 53,85% presentaron una infección del sitio de la operación [21]

La población adulta mayor en el Perú, en el año 1970 constituía el 5.5%, pero para el año 2016 se tenía que la población adulta mayor era 9.2% del total. Y se estima que para el año 2025 serán el 12.6%; siendo que este grupo poblacional tiende a presentar patología abdominal aguda como un cuadro clásico [22].

En la ciudad de Cuzco en un estudio transversal con 791 pacientes con abdomen agudo quirúrgico con una edad media comprendida entre 18.81 a 49.39 años con predominio de personas de sexo masculino. El período transcurrido del cuadro alcanzó las 36,95 horas, con la sintomatología predominante de dolor en fosa iliaca derecha siendo esto el 42.60%, y el 31.60% presento dolor en el hipocondrio derecho. Siendo el diagnóstico clínico más sobresaliente la patología apendicular con un 53.47%. El 50.19%, de los pacientes postoperatorio más frecuente fue apendicitis aguda y por último con un 36.41% el diagnostico de colecistitis aguda [23].

### **LOCALES**

En una publicación que se trabajó en la ciudad de Huancayo con población pediátrica con cuadro clínico de “abdomen agudo” que requiere cirugía identifíco que el sexo más afectado fue el masculino con el 72.9% del total de, por otro lado se detectó una mayor frecuencia en pacientes en etapa escolar del 45.8%; pudiendo esto deberse al cambio de dieta. En dicha investigación también se encontró alteraciones hereditarias, genéticas y características anatómo-fisiológicas relacionadas a ciertas patologías [24].

De una muestra de 157 pacientes atendidos en el “Hospital Nacional Ramiro Priale Priale” un porcentaje de 54.7% se les realizo colecistectomía laparoscópica y la diferencia de 45.3% fueron sujeto a colecistectomía tradicional: en la cual presentaron ISO SUPERFICIAL el 3.5% de colecistectomía laparoscópica y el 12.7% los que fueron sometidos a colecistectomía convencional. Así mismo presentaron ISO profundo el 9.9%

en colecistectomía convencional, el 3.2% presentaron infección del sitio quirúrgico del órgano los pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica [25].

## **6.2. Marco Conceptual**

### **6.2.1. Definición de abdomen agudo quirúrgico**

La condición de “abdomen agudo”, se encuentra en una posición importante en la demanda médica diaria, ya que pueden llegar a ser manifestaciones de complicaciones de cuadros clínicos preexistentes o de otros cuadros que se manifiestan con sintomatología desapercibida o ninguna [26].

Es una condición clínica cuya principal característica es el dolor abdominal de alta intensidad de génesis no traumática, de un inicio abrupto, de etiología no determinada y con un tiempo de avance breve, frecuentemente enmarcado en tiempo corto de horas [27].

Tomando a Yary 2016 se define como un síndrome doloroso, de un cuadro complejo, en el tiempo menor de siete días de progreso y suele mostrarse junto con otros síntomas y signos, como inflamación peritoneal, y esto con frecuencia demanda intervención quirúrgica de urgencia. Tomando en cuenta la opinión del médico cirujano, en el área de cirugía del establecimiento hospitalario, se ha establecido que el “abdomen agudo” es: Cualquier dolor abdominal que obliga a la persona a visitar la consulta médica de manera urgente [22].

El abdomen agudo quirúrgico podría ser, principalmente de origen perforativo (de intestino o úlcera péptica), inflamatorio (apendicitis, colecistitis, diverticulitis), hemorrágico (traumatismo, embarazo ectópico) y obstructivo (del intestino delgado y/o colon) [28].

El origen del dolor abdominal más usual es la patología de los órganos a nivel abdominal. En la misma línea como segundo origen es el dolor enmarcado a nivel torácico (patológico). Esto radica en la separación de la mitad de la parte inferior de la membrana parietal y de la membrana diafragmática, y el porcentaje mayor de la pared abdominal, se encuentran los nervios torácicos, somáticos, espinales y el inicial es el lumbar. Las aferencias nociceptivas y sensitivas de los órganos abdominales se comunican mediante sinapsis en los idénticos segmentos de la médula espinal, lo que nos explica que cualquier lesión en esta área, origine un dolor muy parecido a las localizadas en el tronco [29].

Entre otras razones del dolor abdominal es la presencia de lesiones a nivel muscular, nervioso y el originado por algunas enfermedades sistémicas [30].

### **6.2.2. Epidemiología**

Sakita F, et. Al en el año 2018 trabajaron en una investigación de nivel descriptivo de tipo retrospectivo de cohorte en “menores de 18 años y mayores de 1 mes”, que ingresaron por emergencia al Hospital Nacional Muhimbili, encontraron que los niños menores de cinco años,

presentaban hernia (c/s obstrucción); así mismo como el cuadro clínico en segundo lugar fue la obstrucción intestinal, y los cuadros clínicos de mayor presencia en los niños mayores de cinco años fueron malignidad intraabdominal y síndrome de células falciformes [31].

En una revisión bibliográfica sobre las razones las frecuentes del abdomen agudo quirúrgico en el año 2020, Saíto los clasifico de la siguiente manera: neonatos, niños, estudiantes y adolescentes, haciendo mención que la razón más habitual de malestar abdominal en este grupo poblacional es la mala rotación intestinal, en neonatos es obstrucción neonatal, en infantes y en escolares es la intususcepción; sin embargo en los escolares también se evidencio cuadros de apendicitis y en pre adolescentes comparten el mismo cuadro con los escolares (apendicitis aguda) [32].

En cuanto a una población adulta mayor el dolor abdominal agudo es una sintomatología común y es el 10% de las razones por las cuales acuden a consulta médica de urgencias [33]. Del grupo de adultos mayores que consultan el área de urgencias, el 50% necesita ser hospitalizado y entre el 30% y 40% necesita cirugía, en comparación con personas adultas y jóvenes, los cuales sólo el 16% necesitan intervención quirúrgica [34]. Durante el ingreso a las instalaciones hospitalarias aproximadamente el 40% se diagnostican de forma errada, siendo la tasa de mortalidad el 10%, la cual se incrementa hasta 20% si la persona necesita una intervención quirúrgica de urgencia. Tomando en cuenta lo anterior es resultado de la patología abdominal y de las

complicaciones tanto pulmonares como cardíacas subyacentes de los adultos mayores [35].

Como se había mencionado anteriormente en un estudio realizado en Colombia en el intervalo de tiempo de enero a julio del año 2009 analizaron el servicio de urgencias de 60.567 pacientes, de los cuales, el 5.1% fueron diagnosticados de dolor abdominal. Así mismo se sumaron a la investigación 146 documentos (historias clínicas) de personas que fueron atendidas en el área de urgencias con presencia de dolor abdominal en el mismo tiempo. De los cuales el 23,3% fueron intervenidos quirúrgicamente. De todo esto el sexo femenino fue más frecuente entre los pacientes que buscaron atención por malestar abdominal, representando el 67,8%, y los que se sometieron a cirugía, con un 64,7%. El intervalo de edad osciló entre 16 y 96 años [20].

### **6.2.3. Etiología**

La etiología del dolor abdominal por el momento permanece en tinieblas, sin revelar, a pesar de contar con todos los medios disponibles (médicos y endoscópicos) para el diagnóstico. A las personas que presentan dolor abdominal crónico de existencia propia, se les asigna un diagnóstico de enfermedad psicosomática y/o funcional [30].

Existen diferentes génesis del abdomen agudo quirúrgico, pudiendo ser una patología auto limitada, llegando a un extremo de una enfermedad que involucre la vida misma de la persona [30, 36].

En el cuadro del “abdomen agudo” se pueden identificar diferentes razones que fluctúan de acuerdo con factores ambientales y

epidemiológicos, así mismo hay que agregar que el género, la edad y el modo de vida ayudan a obtener una evaluación clínica eficaz por la circunscripción impensado en las diferentes “patologías quirúrgicas” en niños [30, 37, 38].

Los grupos etiológicos en los ancianos y en los adolescentes es lo mismo; sin embargo, es preciso mencionar diferencias numéricas según frecuencia de surgimiento del cuadro. En la población joven una de las razones más comunes de malestar abdominal es producido por “apendicitis y el inespecífico”; en el adulto mayor, con mayor frecuencia, la obstrucción intestinal y la patología biliar, son las que llevan a urgencia, además de otros cuadros clínicos menos comunes en la población joven, como la patología vascular o tumoral [22].

Yary en el 2016 agrupa la etiología del dolor abdominal en adultos mayores en: enfermedades biliares, apendicitis, obstrucción intestinal y las afecciones vasculares [22].

#### **6.2.4. Manifestaciones clínicas**

El primordial síntoma manifestado es dolencia, que suele presentarse con fiebre, falta de apetito, hiporexia, y en situaciones severas irritación peritoneal; es significativo resaltar que no presentan síntomas determinantes (“patognomónicos”) por cada cuadro clínico; ya que la sintomatología es diferente de paciente en paciente [36, 37, 39].

##### **6.2.4.1. Semiología del Dolor**

El inicio brusco y repentino es usual en “casos de perforación” de las vísceras huecas, en “crisis renoureteral”, obstrucción intestinal (vólvulo), embolia mesentérica; En algunos cuadros el dolor suele comenzar de forma gradual, como en los procesos inflamatorios de apendicitis, colecistitis y hernia estrangulada [22].

En cuanto a la “localización del dolor” pudiendo ser “vago y difuso”, se ubica en la línea media, relativamente el de “origen visceral”. Tener la ubicación precisa de un dolor, sugiere irritación de gran parte del peritoneo parietal. Cuando se tenga una localización exacta del dolor se podrá hacer un mejor diagnóstico diferencial [22].

#### **6.2.4.2. Síntomas Asociados**

Entre los principales tenemos la fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, y trastornos del ritmo intestinal (diarrea, estreñimiento y disuria) la mayoría de estos presentes en la etapa temprana de la obstrucción intestinal y en la afectación visceral [22].

#### **6.2.5. Diagnóstico**

El diagnóstico de abdomen agudo está directamente relacionado con la capacidad del profesional de descifrar la semiología presente en modo adecuado [40]. El “abdomen agudo” es una condición complicada para el staff médico que tiene que afrontarla, pues de la

inmediatez y seguridad de las medidas influyen en el pronóstico del paciente, eludiendo así las dificultades del cuadro y fortuitamente el fallecimiento del paciente [41]. Al tener un paciente adulto mayor, el médico se enfrenta a algunas barreras entre ellas la dificultad en la comunicación y el tiempo [42, 43]. Ante la frecuencia de las urgencias quirúrgicas abdominales en el adulto mayor, el médico no tendría que solicitar la valoración frecuente por el cirujano general en este grupo poblacional [43].

La dilación en la evaluación diagnóstica y por ende una lenta evolución clínica en la mayoría de los resignados. El “diagnóstico diferencial” circunscribe una gran pluralidad de métodos extra e intraabdominales y puede deberse tanto a situaciones menos complejas como a procesos médico-quirúrgicos graves [26].

#### **6.2.6. Definición de Términos**

- **Abdomen agudo quirúrgico:** enfermedad diferenciada por existencia de un malestar, distinguido por dolor abdominal agudo de manera imprevista, que tiende hacer intermitente y ligero durante las horas iniciales, sin embargo, al momento de la valoración médica es severo y constante, el síndrome se presenta con: náuseas, escalofríos, diarreas, vómitos, fiebre y en algunas ocasiones con signos sugestivos de inestabilidad en el funcionamiento cardiovascular [39,44].

- **Cirugía laparoscópica:** Reside en ejecutar las cirugías de los “órganos abdominales”, sin la necesidad de abrir el tejido abdominal

como lo realiza la cirugía clásica. Con el fin de lograr su objetivo, que es la Cirugía [4].

- **Dolor abdominal:** El inicio brusco y repentino es usual en “casos de perforación” de las vísceras huecas, en “crisis renoureteral”, obstrucción intestinal (vólvulo), embolia mesentérica; En algunos cuadros el dolor suele comenzar de forma gradual, como en los procesos inflamatorios de apendicitis, colecistitis y hernia estrangulada [22].

- **La contractura muscular:** Sacudida involuntaria de las fibras musculares estriadas y de manera intensa, dada por un arco reflejo que involucra la irritación peritoneal por una víscera abultada.

- **Diarrea:** Expulsión de heces sueltas o líquidas tres o más veces al día.

- **Las apendicitis epiglótica primaria:** es un cuadro benigno de un proceso inflamatorio de origen vascular, que aparece después de la torsión o trombosis de los sistemas de los sistemas venosos de drenaje de los pedículos apendiculares, siendo este cuadro más frecuente en adultos de ambos sexos.

## VII. HIPÓTESIS

### 7.1. General

Hi: El impacto de la cirugía laparoscópica en el abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II de Chanchamayo, es favorable en la recuperación de los pacientes.

Ho: El impacto de la cirugía laparoscópica en el abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II de Chanchamayo, no es favorable en la recuperación de los pacientes.

## 7.2. Específicos

- A. Existen características clínicas principales en los pacientes con abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II de Chanchamayo.
- B. Existen características clínicas principales de los pacientes post cirugía laparoscópica con abdomen agudo quirúrgico en un centro hospitalario, nivel II de Chanchamayo.

## VIII. VARIABLES

### 8.1. Variables

Variable independiente: **Abdomen agudo quirúrgico**, ya que no depende de ninguna variable que se pueda investigar.

Variable dependiente: **Impacto de la cirugía laparoscópica**, es la variable que se medirá y sus valores serán tomados de información de los pacientes a quienes se le practicó la cirugía laparoscópica.

Variable interviniente: **Cirugía laparoscópica** es una variable que interviene en ambas variables y se relaciona con ambas.

## 8.2. Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Concepto	Naturaleza	Escala	Ítem	Valor
Abdomen agudo quirúrgico	Lugar de cirugía	Cirugía dentro del hospital o fuera	cualitativa	Nominal	Si	0
					No	1
	Infección intraabdominal	Ruptura de intestino dentro de la cavidad abdominal	cualitativa	Nominal	No complicada	0
					Peritonitis generalizada	1
					Peritonitis localizada/absceso	2
					Sepsis severa/Shock séptico	3
	Etiología	Causa del abdomen agudo quirúrgico	cualitativa	Nominal	No quirúrgica	0
					apendicitis aguda	1
					Colecistis aguda	2
					Diverticulitis	3
					Perforación ulcero péptica	4
					Perforación intestinal	5
					Perforación de colon no diverticular	6
	Cirugía laparoscópica	Procedimiento quirúrgico	cualitativa	Nominal	Apendicetomía	0
					APENDILAP	1
					Apendicetomía + drenaje	2
					Apendicetomía +resección intestinal + drenaje	3
Colecistectomía					4	
COLELAP					5	
Resección de Hartman id					6	
Sutura gastroduodenal					7	
Resección gastroduodenal					8	
Perforación intestinal					9	
Resección de Hartman ig					10	
Impacto de la cirugía	Complicaciones post operatorias		cualitativa	Nominal	Ninguna	0
					Fístula coló rectal	1

					Fístula gastrointestinal superior	2
					Fístula biliar	3
					Fístula pancreática	4
Re operaciones		cualitativa	Nominal	No	0	
				Si	1	
Estado post operatorio inmediato		cualitativa	Nominal	NO ISRS	0	
				Sepsis severa/ shock séptico	1	
Temperatura		cuantitativa	Intervalo	Temperatura °C		
Leucocitos		cuantitativa	Intervalo	Conteo de Leucocitos		
T° >38 o < 36 al tercer día PO		cualitativa	Nominal	No	0	
				Si	1	
Leucocitos > 12 000 o < 4000		cualitativa	Nominal	No	0	
				Si	1	

## IX. METODOLOGÍA

### 9.1. Método de investigación

La presente investigación está enmarcada en el método científico, debido a que cumple con todo el procedimiento técnico y metodológicos para llegar a los resultados [45].

### 9.2. Tipo de investigación

De tipo básica esto porque aporta teoría a la ciencia, ampliando y confirmando las teorías ya planteadas [46].

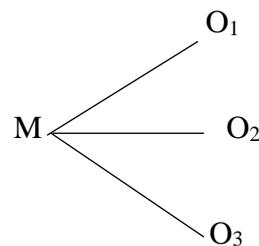
### 9.3. Nivel de investigación

El presente estudio es de nivel descriptivo; ya que solamente buscamos registrar aspectos clínicos antes de la cirugía laparoscópica y posterior a la cirugía laparoscópica [47], no tratamos de buscar ninguna relación entre ambas

variables, si bien existe una variable interviniente, esta no va hacer manipulada por el investigador; debido a que los datos serán tomados de las historias clínicas de los pacientes operados el año 2021.

#### 9.4. Diseño de investigación

Esquemáticamente se representa:



Donde:

M: Muestra de la población con diagnóstico definitivo de abdomen agudo quirúrgico y habiendo ingresado a sala para la cirugía laparoscópica.

O: Observación de las variables

#### 9.4. Ubicación geográfica y tiempo de realización

El Hospital Dr. "Julio Cesar Demarini Caro" – Chanchamayo se encuentra ubicado en el Jr. Tarma N° 140, La Merced- Chanchamayo, es el centro de referencia de la Red Junín, selva central, brinda los servicios de salud también a los distritos de la selva central, principalmente a Vitoc, San Ramón, Pichanaki, San Luis de Shuaro, Monobamba, Perené, entre otros pueblos como Oxapampa, Satipo y por accesibilidad el distrito de Monobamba-Jauja. Es en este hospital donde se llevará acabo la presente investigación durante los meses de setiembre del 2022 a agosto del 2023.

## **9.5. Población y muestra**

### **9.5.1 Población**

La población estará conformada por 360 historias clínicas de pacientes atendidos durante todo el año 2021 en el servicio de Emergencia y sometidos a tratamiento quirúrgico con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Dr. Julio Cesar Demarini Caro.

### **9.5.2 Muestra**

La muestra es probabilística, obteniendo un valor de 186 pacientes.

## **9.6. Características de la población: criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

La población estará comprendida por personas de ambos sexos, mayores de 18 años las que viven circunscritas a la localidad de Chanchamayo y distritos y algunos distritos que atiende el Hospital por cercanía geográfica.

Para ser más específicos nos planteamos los siguientes criterios:

### **Inclusión:**

- Mujeres u hombres mayores a 18 años, atendidos en el servicio de Emergencia.
- Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia y/o Servicio de Cirugía del Hospital, con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.
- Historias clínicas con datos completos.

- Pacientes mayores de 18 años atendido durante el periodo entre 01 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2022.

**Exclusión:**

- Pacientes atendidos que no cuenten con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico.
- Pacientes trasladados a otra institución hospitalaria.
- Historias clínicas con datos incompletos.
- Historias clínicas de otros hospitales o centros de salud.

**Eliminación:**

- Instrumentos de recojo de información no completados adecuadamente.

**9.7. Tamaño de la muestra. Tipo de muestreo**

Se calculó mediante la fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Donde:

N = población de 360 pacientes

e = 0.05 tolerancia de error

p = Proporción de pacientes con abdomen agudo quirúrgico operados

Z 2 = 1.96 coeficiente de confiabilidad para el 95% de confianza

Se obtiene el valor de n = 186 con las cuales se trabaja para la presente

investigación utilizando un tipo de muestreo aleatorio simple.

## **9.8. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la ejecución del presente proyecto se utilizará la técnica denominada análisis documental (revisión de historias clínicas) para el recojo de la información.

El recojo de la información estará sujeta a la aceptación de la solicitud presentada a la Dirección del Hospital Dr. Julio Cesar Demarini Caro, de Chanchamayo; para su conformidad y posterior ejecución.

Para revisar y registrar las historias clínicas se coordinará con el área de estadística e Informática para la asignación de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, para poder así registrar los datos requeridos para la investigación, lo cual se realizará con el instrumento.

El instrumento es una ficha de recolección de información elaborado teniendo en cuenta las dimensiones: factores epidemiológicos, factores clínicos y complicaciones posterior a la cirugía laparoscópica.

## **9.9. Validez y confiabilidad del instrumento**

La validez del instrumento será realizada por el método del juicio de expertos que es un método de validación útil, ya que busca una opinión informada, técnica, juicios y valoraciones; de personas con trayectoria denominados expertos.

Una vez que se cuente con la validación se recogerá información con el instrumento a una muestra parecida para verificar su confiabilidad a través del Alfa de Cronbach.

### **9.10. Procedimientos de recolección de datos**

El procedimiento será llevado a cabo de manera personal por el investigador, revisando únicamente las historias clínicas asignas por el área de estadística e informática del Hospital Dr. Julio Cesar Demarini Caro, tratando de cumplir con el cronograma establecido.

### **9.11. Elaboración, tabulación y presentación de datos**

Se diseñará una hoja de cálculo en el software de Microsoft Excel el cual será trasladada a software estadístico SPSS versión 25 para tabular las tablas de frecuencias, y las tablas de doble entrada y para la aplicación de la prueba Chi Cuadrado con nivel de significancia de 0.05 y un nivel de confianza al 95% y se estimará con el intervalo de confianza al 95%.

### **9.12. Análisis estadísticos: descriptivos e inferencial**

El análisis estadístico se realizará con el software informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26, realizándose medidas descriptivas en frecuencia y tendencias centrales; se elaborarán tablas relacionadas a cada tipo de variable en base a los objetivos trazados. Se realizará el análisis de sobrevivencia de los pacientes en estudio con el cálculo de Long Rank ( $p < 0.001$ ) IC 95%

### **9.13. Aspectos éticos. Consentimiento informado**

Con lo que respecta a los aspectos éticos de la investigación se toma en cuenta la normatividad vigente plasmada por la Universidad Peruana Los Andes en su Reglamento General de Investigación [49] en los artículos 27° y 28°, por

lo tanto, la Investigación no trasgrede ninguna de las recomendaciones dadas por la universidad como protección al ser humano, se contara con el consentimiento informado factico, no se vulnerara de ninguna manera a la población de estudio (las unidades muestrales serán las historias clínicas); la responsabilidad y veracidad por parte del investigador con lo que respecta a la información.

Sumado a ello presentamos un trabajo original el cual puede ser comprobado por los softwares que evalúan la veracidad de los documentos; así mismo el investigador cumple con garantizar la confidencialidad de toda la información obtenida.

## **X. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

### **10.1. Presupuesto**

<b>Especificación</b>				
<b>Costo</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO</b>	<b>IMPORTE</b>
<b>De Operación</b>			<b>UNITARIO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Útiles de escritorio</b>				
Papel bond A-4	Millar	4	24.00	96.00
Lapiceros	Ciento	1	0.50	50.00
Lápices	Ciento	1	1	100.00
Borradores	Unidad	1	1	1.00
Tajador	Unidad	1	1	1.00
Plumón acrílico	Docena	½	3.00	18.00
Archivadores	Unidad	6	10.00	60.00
Subtotal				326.00
<b>SERVICIOS</b>				
Impresiones	Pagina	500	0.20	100.00
Copias fotostáticas	Hoja	1000	0.1 0	400.00
Empastado	Unidad	4	25.00	100.00
Secretaria	Unidad	500	500.00	500.00



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Natesan S, Lee J, Volkamer H, Thoureen T. Evidence-Based Medicine Approach to Abdominal Pain. *Emerg Med Clin North Am.* [Internet]. 2016 [Consultado 18 de Oct 2022]; 34(2):165-90. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733862715001224?via%3Dihub>
2. Fleischer AB Jr, Gardner EF, Feldman SR. Are patients' chief complaints generally specific to one organ system? *Am J Manag Care.* [Internet]. 2001 [Consultado 18 de Oct 2022]; 7(3):299-305. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11258146/>
3. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD: Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am.* [Internet]. 2003 [Consultado 18 de Oct 2022]; 21: 61–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12630731/>
4. Salaverry G, Cirugía : I cirugía general [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Medicina. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Departamento Académico de Cirugía, 1999 [Consultado 18 de Oct 2022]. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirurgia/tomo\\_i/Cap\\_07\\_cirurg%C3%ADa%20Laparosc%C3%B3pica.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirurgia/tomo_i/Cap_07_cirurg%C3%ADa%20Laparosc%C3%B3pica.htm)
5. Molloy D, Kaloo PD, Cooper M, Nguyen TV. Laparoscopic entry: a literature review and analysis of techniques and complications of primary port entry. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* [Internet]. 2002 [Consultado 18 de Oct 2022]; 42(3):246-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12230057/>

6. Jiang X, Anderson C, Schnatz PF. The safety of direct trocar versus Veress needle for laparoscopic entry: a meta-analysis of randomized clinical trials. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. [Internet]. 2012 [Consultado 18 de Oct 2022]; 22(4):362-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22423957/>
7. Ahmad G, Duffy JM, Phillips K, Watson A. Laparoscopic entry techniques. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2008 [Consultado 18 de Oct 2022]; 16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18425957/>
8. Kirchoff P, Dincler S, Buchmann P. A multivariate analysis of potential risk factors for intra- and postoperative complications in 1316 elective laparoscopic colorectal procedures. *Ann Surg*. [Internet]. 2008 [Consultado 18 de Oct 2022]; 248(2):259-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18650636/>
9. Aurora P, William J. Andrew T, Complicaciones de la cirugía laparoscópica. In: *UpToDate*. [Internet]. 2022. [Consultado 18 de Oct 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/complications-of-laparoscopic-surgery/print>
10. Granados Romero JJ, Cabal Jiménez KA, Martínez Carballo G. Colectectomía laparoscópica en pacientes mayores de 60 años. Experiencia de un hospital de tercer nivel. *Cir Ciruj*. [Internet]. 2001 [Consultado 18 de Oct 2022]; 69(6): 271-275. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=3320>
11. Rico-Méndez Favio Gerardo. La medicina: ciencia, arte y tecnología. *Gac. Méd. Méx* [Internet]. 2021 Ago [citado 2022 Oct 20]; 157( 4 ): 349-351. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132021000400349&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000400349&lng=es).

12. Avila R. Metodología de la investigación: cómo elaborar la tesis y/o investigación: ejemplos de diseños de tesis y/o investigación. Lima, Perú: Estudios y Ediciones R.A; 2001.
13. Murdani A & Mohammad A. Diagnostic Approach and Management of Acute Abdominal Pain. Acta medica Indonesiana. [internet] 2012 [revisado el 21 de noviembre de 2022] 44. 344-50. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/234124112\\_Diagnostic\\_Approach\\_and\\_Management\\_of\\_Acute\\_Abdominal\\_Pain](https://www.researchgate.net/publication/234124112_Diagnostic_Approach_and_Management_of_Acute_Abdominal_Pain)
- 14 Arias F. Mitos y errores en la elaboración de Tesis y proyectos de investigación. Caracas: editorial Episteme; 2006.
15. Chase CW, Barker DE, Russell WL, Burns RP. Serum amylase and lipase in the evaluation of acute abdominal pain. Am Surg. [Internet]. 1996 [Consultado 20 de Oct 2022]; 62(12):1028-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8955242/>
16. Bjerregaard B, Brynitz S, Holst-Christensen J, Jess P, Kalaja E, Lund-Kristensen J, et al: The reliability of medical history and physical examination in patients with acute abdominal pain. Methods Inf Med. [Internet]. 1983 [Consultado 20 de Oct 2022]; 22: 15–18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6339868/>
17. MacKersie AB, Lane MJ, Gerhardt RT, Claypool HA, Keenan S, Katz DS, Tucker JE. Nontraumatic acute abdominal pain: unenhanced helical CT compared with three-view acute abdominal series. Radiology. [Internet]. 2005 [Consultado 20 de Oct 2022]; 237(1):114-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16183928/>

18. Laméris W, van Randen A, van Es HW, van Heesewijk JP, van Ramshorst B, Bouma WH, ten Hove W, van Leeuwen MS, van Keulen EM, Dijkgraaf MG, Bossuyt PM, Boermeester MA, Stoker J; OPTIMA study group. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *BMJ*. [Internet]. 2009 [Consultado 18 de Oct 2022]; 26;338:b2431. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19561056/>
19. Prasannan S, Zhueng TJ, Gul YA. Diagnostic value of plain abdominal radiographs in patients with acute abdominal pain. *Asian J Surg*. [Internet]. 2005 [Consultado 22 de Oct 2022]; 28(4):246-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16234073/>
20. Bejarano M, Gallego C, Gómez J. Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias. *Rev Colomb Cir* . [Internet]. 2011 [Consultado 21 de Oct 2022]; 26, 33-41. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/149>
21. Muñoz F. Resultados clínicos de la apendicectomía laparoscópica versus abierta para el tratamiento de la apendicitis perforada. 2019. [tipo de tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego.
22. Yary M. Estudio comparativo del abdomen agudo quirúrgico entre adultos mayores y menores de 60 años del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2013-2015. [Tipo de tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016.
23. Mamani A. Características clínicas y epidemiológicas del abdomen agudo quirúrgico y verificación de la certeza diagnóstica, servicio de emergencia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. [Tipo de tesis]. Cuzco: Universidad Nacional De San Antonio Abad del Cuzco; 2017.

24. Leiva N. Abdomen agudo quirúrgico pediátrico en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo. [Tipo de tesis]. Huancayo: Universidad Peruana los Andes; 2018.
25. Tapia L. Colecistitis Aguda En El Hospital Nacional Ramiro Priale Priale En El Periodo 2016. [Tipo de tesis]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes.
26. Wadman M, Syk I. Unspecific clinical presentation of bowel ischemia in the very old. *Ageing Clin Exp Res* 2004; 16: 2005
27. Hosseinpoor M, Ahmadi B. Emergency Abdominal Surgery in Infants and Children, Actual Problems of Emergency Abdominal Surgery, Dmitry Victorovich Garbuzenko, IntechOpen [internet] 2016. [Consultado 21 de Oct 2022]. URL disponible en: <https://www.intechopen.com/books/actual-problems-of-emergencyabdominal-surgery/emergency-abdominal-surgery-in-infants-andchildren>
28. M.A. Caínzos Fernández, E. Domínguez Comesaña, F.J. González Rodríguez, M.N. Blanco Freire, P. Parada González, L. Lesquereux Martínez, F. Fernández López, Abdomen agudo quirúrgico, *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. [Internet] 2020 [Consultado 21 de Oct 2022]; 13, 523-540. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220301281#:~:text=El%20abdomen%20agudo%20quir%C3%BArgico%20puede,\(traumatismo%2C%20embarazo%20ect%C3%B3pico\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220301281#:~:text=El%20abdomen%20agudo%20quir%C3%BArgico%20puede,(traumatismo%2C%20embarazo%20ect%C3%B3pico)).
29. Bonica J. General considerations of abdominal pain. En: Loeser. *Bonica's management of pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. p. 1235-68.
30. Cid J., Andrés J. De, Díaz L., Parra M., Leal F.. Dolor abdominal crónico (1ª parte). *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2005 Dic [citado 2022 Oct 23] ; 12( 8 ): 505-524.

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000800006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000800006&lng=es).

31. Sakita F, Sawe H, Mwafongo V, Mfinanga J, Runyon M, Murray B. The burden and outcomes of abdominal pain among children presenting to an Emergency Department of a Tertiary Hospital in Tanzania: a descriptive cohort study. *Emergency Medicine International*.2018;1-6.
32. Saito J. Acute abdominal pain. *Pediatric surgery NaT*. American Pediatric Surgical Association.[internet] 2018 [Consultado 15 de octubre del 2022]. URL disponible en: [https://www.pedsurglibrary.com/apsa/view/PediatricSurgeryNaT/829151/all/Acute\\_Abdominal\\_Pain](https://www.pedsurglibrary.com/apsa/view/PediatricSurgeryNaT/829151/all/Acute_Abdominal_Pain).
33. Nishida K, Okinaga K, Miyazawa Y, Suzuki K, Tanaka M, Hatano M, et al. Emergency abdominal surgery in patients aged 80 years and older. *Surg Today* 2000; 30: 22-27
34. Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 819-824
35. Brewer BJ, Golden GT, Hitch DC, Rudolf LE, Wangenstein SL. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a university hospital emergency room. *Am J Surg* 1976; 131: 219-223
36. Yu-Chin T, Ming-Sheng L, Yu-Jun C, Han-Ping W. Acute Abdomen in Pediatric Patients Admitted to the Pediatric Emergency Department. Taiwan, Pediatric Association. [Internet] 2008 [Consultado 15 de octubre del 2022] 49(4):126–134. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19054918/>

37. Caperell K, Pitetti R, Cross K. Race and acute abdominal pain in a pediatric emergency department. [internet] 2013 [Consultado 23 de octubre del 2022]; 131(6):1098-106. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23690514/>
38. Kumar A, Kumar B, Kumar P. An approach to Acute abdomen in pediatric patients revisited. International Journal of science and research. [Internet] 2016 [Consultado 23 de octubre del 2022]; 5(9). Disponible en: <https://www.ijsr.net/archive/v5i9/ART20161954.pdf>
39. Amin M, Lal J, Dhuware M. A study on acute surgical abdomen in pediatric age group. International journal of advances of medicine. November 2016;3(4):808-812.
40. Silva V, Astudillo J, Navarro F, Ordenes O. Abdomen agudo. Universidad del Mar; 2008. [Consultado 23 de octubre del 2022]; Disponible en: <http://www.slideshare.net/pablongonius/monografia-abdomen-agudo-dra-silva>
41. Cartwright S, Knudson M. Evaluation of acute abdominal pain in adults. Am Fam Physician. 2008;77:971-8.
42. Ocampo M, González A. Abdomen agudo en el anciano. Rev Colomb Cir. 2006;21:266-82.
43. Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. Emerg Med Clin North Am. 2003;21:937-69.
44. Hijaz N, Friesen C. Managing acute abdominal pain in pediatric patients: current perspectives. Pediatric Health, Medicine and Therapeutics. 2017; 8:83-91.
45. Tamayo, M. El proceso de la investigación científica. México : Limusa Noriega editores. Cuarta edición, 2000.

46. Kerlinger, F.N. Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México : Editorial Interamerican, 2002.
47. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4ta ed. España, Barcelona: Elsevier; 2013. 522 p.
48. Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. Metodología de la investigación. Sexta Edición México: Mc Graw Hill. 2014.
49. Reglamento General de Investigación (actualizado). Universidad Peruana Los Andes. Publicado el 19 de setiembre de 2019.

## ANEXOS

### Instrumento de recolección de datos

#### Datos Impacto de cirugía laparoscópica en el Abdomen Agudo Quirúrgico en un Centro Hospitalario Nivel II.

#### Datos generales:

N° de Ficha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino ( )      Masculino ( )

Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Tiempo de Enfermedad: \_\_\_\_\_

Síntomas Principales: \_\_\_\_\_

---

Examen: T° inicio: \_\_\_\_\_ T° tercer día: \_\_\_\_\_ Rebote: \_\_\_\_\_

Blumberg \_\_\_\_\_ Mc Burney \_\_\_\_\_

#### Laboratorio:

Hemograma. Leucocitos: N° \_\_\_\_\_ Eosinofilos N° \_\_\_\_\_

Ecografía: Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

TAC: Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Cirugía: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de la cirugía: \_\_\_\_\_

#### Infeción abdominal:

- a) No complicada
- b) Peritonitis generalizada
- c) Peritonitis localizada/absceso
- d) Sepsis severa/Shock séptico

#### Etiología

- a) No quirúrgica
- b) apendicitis aguda
- c) Colecistis aguda
- d) Diverticulitis

- e) Perforación ulceropéptica
- f) Perforación intestinal
- g) Perforación de colon no diverticular

Hallazgos: \_\_\_\_\_

<b>Procedimiento</b>	<b>Complicaciones post operatorias:</b>
a) Apendicetomía	a) Ninguna
b) APENDILAP	b) Fístula colo rectal
c) Apendicectomía + drenaje	c) Fístula gastrointestinal superior
d) Apendicectomía +resección intestinal + drenaje	d) Fístula biliar
e) Colectomía	e) Fístula pancreática
f) COLELAP	
g) Resección de Hartman id	
h) Sutura gastroduodenal	
i) Resección gastroduodenal	
j) Perforación intestinal	
k) Resección de Hartman ig	

Fístula intercutánea: Si ( ) No ( )

Hemorragias: Si ( ) No ( )

Fiebre: Si ( ) T°: \_\_\_\_\_ No ( )

Infecciones: Si ( ) No ( )

Respiratorias: Si ( ) No ( )

ISQ: \_\_\_\_\_ Persistencia Fístula biliar: \_\_\_\_\_ Absceso: Si ( ) No ( )

Reintervención quirúrgica: Si ( ) No ( )

Fecha de alta de hospitalización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_ Control: \_\_\_\_\_ Perdido: \_\_\_\_\_ Fallecido:  
Si ( ) No ( ) Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

## Procedimiento de validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección

Para realizar el procedimiento de validación del instrumento se solicitará a tres especialistas sus apreciaciones sobre el instrumento, para lo cual plasmará sus apreciaciones en el siguiente formato:

### INFORME DE VALIDACIÓN

Nombre y apellidos del Especialista:

Formación académica:

Especialidad médica:

Tiempo de especialista:

Cargo actual:

Institución:

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento de evaluación denominado Impacto de cirugía laparoscópica en el Abdomen Agudo Quirúrgico en un Centro Hospitalario; que forma parte de la investigación titulada: “Impacto de Cirugía Laparoscópica en el Abdomen Agudo Quirúrgico en un Centro Hospitalario Nivel II, Chanchamayo 2022”.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	DEFICIENTE	BUENO	EXCELENTE
<b>Suficiencia de los Ítems</b> (Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta).			
<b>Relevancia</b> (El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido).			
<b>Coherencia</b> (El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo).			
<b>Claridad de los ítems</b> (El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas).			

.....  
Sello y Firma del Experto

## **Autorización de la Institución**

Como se trabajará recogiendo información de las historias clínicas; por tanto, no se tendrá contacto directo con los pacientes, por lo cual se solicita el consentimiento de acceso a la información al director del hospital El Hospital Dr. "Julio Cesar Demarini Caro. En tal sentido se dirigirá el siguiente documento a la dirección del hospital.

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL”

SOLICITO: Autorización para aplicación de instrumento en el “El Hospital Dr. "Julio Cesar Demarini Caro”

DIRECTOR: M.C. Francis José, Chuquirachi Panduro

Yo, David Esaul Vilcatoma Ortega identificado con DNI N° 21134808 domiciliado en Jr. Libertad N°1866- El tambo – Huancayo, en la actualidad me encuentro haciendo la residencia médica en la especialidad de cirugía general, en la Universidad Peruana los Andes, ante Ud. Me presento y expongo:

Con el interés de realizar la investigación “Impacto de Cirugía Laparoscópica en el Abdomen Agudo Quirúrgico en un Centro Hospitalario Nivel II, Chanchamayo 2022”, le solicito el acceso a las historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente por el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico con el procedimiento de cirugía laparoscópica, en tal sentido como investigador la información será tratada en absoluto con rigor científico y confidencialidad.

Por tanto:

Solicito a usted acceder a la petición.

---

M.C. David Vilcatoma Ortega