

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

**“Eficacia del lavado frente al secado peritoneal sobre la formación
de absceso residual en peritonitis secundaria”**

Área de Investigación:

Emergencias y desastres

Autor:

Lázaro Chávez, Jenniffer Vanessa

Jurado Evaluador

Presidente: Burgos Chávez, Othoniel Abelardo

Secretario: Bustamante Cabrejo, Alexander David

Vocal: Vera Quipuzco, Alberto

Asesor:

Villena Ruiz, Miguel Ángel

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4145-2225>

TRUJILLO – PERÚ

2024

Fecha de Sustentación: 27/02/2024

Efecto del lavado frente al secado peritoneal sobre la formación de absceso residual en peritonitis secundaria

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.upao.edu.pe

Fuente de Internet

3%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

3

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

4

revcirugia.sld.cu

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 1%

Excluir bibliografía

Activo



Declaración de originalidad

Yo, **Miguel Ángel Villena Ruíz**, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada **“Eficacia del lavado frente al secado peritoneal sobre la formación de absceso residual en peritonitis secundaria”**, autor **Jennifer Vanessa Lázaro Chávez**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 6 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el viernes 01 de marzo de 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Trujillo, 01 de marzo de 2024


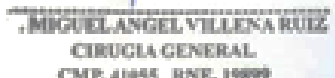
ASESOR

Dr. Villena Ruíz, Miguel Ángel

DNI: 40045242

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4145-2225>

FIRMA:

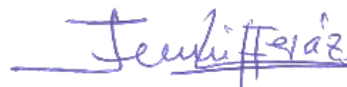
MIGUEL ANGEL VILLENA RUIZ
CIRUGIA GENERAL
C.M.F. 41035 R.N.E. 15899

AUTOR

Lázaro Chávez, Jennifer Vanessa

DNI: 42417184

FIRMA:



DEDICATORIA

A mis padres, Víctor Carlos Lázaro Arroyo y Teresa Chávez Bosas por haberme formado con ejemplo de perseverancia, enseñándome que con estudio y dedicación se logran los sueños, por estar siempre a mi lado y no dejarme rendirme.

A mis amadas hermanitas Cynthia Fiorella Lázaro Chávez, que no dejó que desista de seguir con mis sueños de niña, a Karla Lázaro Chávez que me enseñó lo importante de ser un médico con empatía y amor a su profesión.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarme una familia maravillosa y darme sabiduría e inteligencia para cumplir con mis sueños.

A mi universidad y facultad de medicina humana por permitirme formarme, a todos mis maestros que han sido parte fundamental de mi crecimiento profesional.

De modo especial a mi asesor Dr. Miguel Villena por su enseñanza, apoyo y paciencia que llevaré grabados por siempre en la memoria de mi futuro profesional.

A mis maestros de internado médico del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, en especial del área de Cirugía por sus enseñanzas brindadas, de todos me llevo algo muy especial y sé que lo aprendido jamás lo olvidaré.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia del lavado frente al secado peritoneal sobre la formación de absceso residual por peritonitis secundaria en pacientes del Hospital José Soto Cadenillas durante el periodo septiembre del 2016 y septiembre del 2022.

Material y Método: Este estudio fue de tipo observacional, analítico de cohorte retrospectiva. Se incluyó a 89 pacientes, los cuales fueron divididos según el factor de exposición, siendo 52 pacientes los que fueron sometidos a lavado peritoneal (grupo expuesto) y 37 los que se sometieron a secado peritoneal (no expuesto). Se evaluó la incidencia del absceso residual intraabdominal en el grupo de expuestos y no expuestos. Adicionalmente, se determinó la asociación del absceso residual con las variables intervinientes. Se utilizó la prueba Z de comparación de proporciones y la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. La fuerza de asociación se determinó mediante el riesgo relativo (RR).

Resultados: La edad promedio de los pacientes con peritonitis secundaria fue de 44 años, siendo el 47.2% del sexo femenino y el 52.8% del sexo masculino, la mediana de tiempo operatorio 45min y la mediana de estancia hospitalaria 8 días. Según la prueba de Risk Ratio (RR), por análisis multivariado determinó que los pacientes que fueron sometidos a lavado peritoneal muestran 1,05 veces más riesgo de evidenciar absceso residual frente a aquellos pacientes sometidos a secado peritoneal, siendo esta asociación no significativa (RRa = 1.05; IC 95%: 0.16 – 2.00; p=0.98); no obstante, un tiempo operatorio mayor o igual a 45 minutos manifestó ser un factor de riesgo significativo para absceso residual en pacientes con peritonitis secundaria (RRa = 3.95; IC 95%: 1.16 – 13.46; p = 0.03).

Conclusión: El lavado peritoneal no es más eficaz que el secado peritoneal sobre la formación de absceso residual en pacientes con peritonitis secundaria.

Palabras clave: lavado peritoneal, secado peritoneal, absceso residual, peritonitis secundaria.

ABSTRACT

Objective: Determine the effectiveness of lavage versus peritoneal drying on the formation of residual abscess due to secondary peritonitis in patients at the José Soto Cadenillas Hospital during the period September 2016 and September 2022.

Material and Methods: The present study was an observational, retrospective cohort analytical study. 89 patients were included, who were divided according to the exposure factor, with 52 patients undergoing peritoneal lavage (exposed group) and 37 patients undergoing peritoneal drying (non-exposed). The incidence of residual intra-abdominal abscess was evaluated in the exposed and non-exposed group. Additionally, the association of the residual abscess with the intervening variables was determined. The Z test for comparison of proportions and Pearson's Chi-square test were used. The strength of association was determined using the relative risk (RR).

Results: The average age of patients with secondary peritonitis was 44 years, 47.2% were female and 52.8% were male, the median operative time was 45min and the median hospital stay was 8 days. According to the Risk Ratio (RR) test, multivariate analysis determined that patients who underwent peritoneal lavage showed a 1.05 times greater risk of developing residual abscess compared to those patients who underwent peritoneal drying, this association being non-significant ($RRa = 1.05$; 95% CI = 0.16 – 2.00; $p = 0.98$); However, an operative time greater than or equal to 45 minutes appeared to be a significant risk factor for residual abscess in patients with secondary peritonitis ($aRR = 3.95$; 95% CI = 1.16 – 13.46; $p = 0.03$).

Conclusion: Peritoneal lavage is not more effective than peritoneal drying on residual abscess formation in patients with secondary peritonitis.

Key Words: peritoneal lavage, peritoneal drying, residual abscess, secondary peritonitis.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Problema	6
1.2. Hipótesis.....	6
1.3. Objetivos.....	6
II. MATERIAL Y MÉTODOS	7
2.1. Población de estudio	7
2.2. Criterios de selección.....	7
2.3. Muestra.....	7
2.4. Diseño del estudio	8
2.5. Variables y Operacionalización.....	8
2.6. Procedimientos y técnicas	10
2.7. Procesamiento y análisis estadístico	10
2.8. Aspectos éticos.....	11
III. RESULTADOS.....	12
IV. DISCUSIÓN	17
V. CONCLUSIONES.....	20
VI. RECOMENDACIONES	21
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
VIII. ANEXOS	25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los pacientes con diagnóstico de peritonitis secundaria.. ¡Error! Marcador no definido.3
Tabla 2. Características de los pacientes con diagnóstico de peritonitis secundaria según intervención quirúrgica.....	14
Tabla 3. Análisis bivariado y multivariado de las variables asociadas a absceso residual en los pacientes con diagnóstico de peritonitis secundaria.....	15

I. INTRODUCCIÓN

El peritoneo es un órgano seroso, dinámico que se extiende en la cavidad abdominal con una superficie de 1,8 m² aproximadamente, encontrándose rodeado de hasta 20 ml de líquido peritoneal. La peritonitis es una urgencia quirúrgica caracterizada por la inflamación de la serosa peritoneal. Puede ser clasificada de distintas formas según su extensión, en difusa, cuando se encuentran comprometidos 2 o más cuadrantes abdominales y en generalizada cuando se dispersa en el resto de la cavidad peritoneal. De acuerdo a su agente causal, en sépticas, cuando son producto de microorganismos intestinales, en químicas, debido a agentes como la bilis o jugo pancreático y en mixtas, cuando inicialmente se producen por causas no sépticas y posteriormente se infectan. Otra de sus clasificaciones es según su causa subyacente, donde reciben la clasificación de primarias, secundarias o terciarias ¹⁻³.

La peritonitis primaria hace referencia a una afección inflamatoria espontánea, donde no existe evidencia de lesiones gastrointestinales, observándose con mayor frecuencia en patologías autoinmunitarias, renales y hepáticas en las cuales la fuente infecciosa es hematógena. La peritonitis secundaria (PS), es la más común, y se origina por procesos intraperitoneales, presentándose inicialmente como peritonitis localizada para posteriormente extenderse a todo el peritoneo, se presenta en patologías como apendicitis aguda, perforación gastrointestinales, diverticulitis y dehiscencias anastomóticas. Mientras que la peritonitis terciaria se produce cuando la PS a pesar de haber sido tratada adecuadamente, persiste la infección peritoneal ³⁻⁵.

La PS posee una incidencia del 80%, y se caracteriza por la inoculación de patógenos a partir de una infección del tracto digestivo o por una perforación visceral, lo que conduce a la alteración de la pared y permite que los gérmenes se difundan. Esta contaminación depende del área intestinal y de alteraciones patológicas previas, siendo el colon la zona que posee mayor cantidad de gérmenes, por lo que cuando este se perfora conduce a la denominada peritonitis fecal, que es la forma más grave de peritonitis, donde destacan gérmenes como Echerichia Coli y Bacteroides Fragilis³⁻⁴.

La PS constituye la segunda causa de sepsis en todo el mundo, que ocurre principalmente por una alteración funcional del tracto gastrointestinal, lo que contribuye a una contaminación polimicrobiana. Se produce en el 75% de casos debido a patologías como apendicitis complicada, úlcera perforada y por complicaciones ginecológicas, mientras que el 5% se debe a causas como colecistitis y diverticulitis. Se produce una respuesta inflamatoria local de tipo exudativa, con salida de fluidos con gran cantidad de proteínas, incluidos el fibrinógeno y los leucocitos polimorfonucleares que dan lugar a la fibrina, la cual contribuye al bloqueo del proceso de forma local ⁵⁻⁸.

Asimismo, el peritoneo se encuentra cubierto por exudado fibrinoso que adhiere el epiplón y las asas del intestino con el foco infeccioso. Además de ello, el cese del peristaltismo contribuye con la focalización de la lesión junto con la fibrina, que ayuda con la formación de adherencias que evitan que los leucocitos sean transportados al sitio de la infección. En la PS difusa no se forman barreras, por lo que el trayecto de los fluidos abarcan todo el peritoneo, que van desde la región supramesocolónica hacia los espacios subfrénicos, cuya presión es menor. Mientras que en el área inframesocolónica es gravitacional con dirección hacia la región pélvica y espacios inframesentérico y parietocólico^{3, 5-8}.

La evaluación inicial en un paciente con sospecha de PS, debe iniciarse con una exploración abdominal, que en el caso de PS pueden ser evidenciable la rigidez, distensión por íleo, dolor al rebote en los cuadrantes abdominales junto con fijeza respiratoria. Asimismo, la palpación abdominal permite identificar la región dolorosa, mediante maniobras que positivicen signos como el de rebote o de Yódice-Sanmartino. La sintomatología como vómitos son producto de la irritación peritoneal, la fiebre no posee relación con la intensidad de la PS y la respiración se torna más torácica y superficial con un incremento de la frecuencia cardíaca. En situaciones donde se presente shock séptico se presentarán síntomas como taquicardia e hipotensión⁵⁻⁸.

Con respecto al manejo, el lavado peritoneal (LP) es habitual en la PS difusa, debido a que controla el foco infeccioso, sin embargo, existen riesgos al irrigar con gran cantidad de líquido la cavidad abdominal, debido a que el material

contaminado al ser lavado con un exceso de suero, este se diluye retirando factores de reacción inmunitaria del peritoneo, ocasionando una anergia inmunológica peritoneal, incrementando aún más las posibilidades de sepsis, estancias hospitalarias prolongada y muerte, asimismo, puede diseminarlos patógenos a otros lugares como consecuencia de haber alterado los mecanismos inmunes ^{7,8}.

Por el contrario, el secado peritoneal (SP), es un método que aparenta ser menos lesivo, en la cual mediante el secado de la cavidad con gasas húmedas se retira el foco infeccioso sin irrigar la cavidad. Esto se da por las proteínas opsónicas que participan en la fagocitosis, las inmunoglobulinas y otros mediadores que se encuentran en la superficie del peritoneo, realizan la fagocitosis bacteriana. Además, porque las células mesoteliales son susceptibles a la exposición del aire atmosférico y al tacto, es por ello la aparición de adherencias que se producen después de la intervención quirúrgica en gran parte de los pacientes ¹³⁻¹⁵.

Entre las complicaciones de la PS destacan el AR, presentándose hasta en el 4% de pacientes, cuyas reintervenciones poseen cifras de mortalidad de aproximadamente el 25%. Los AR aparecen secundarios a la intervención quirúrgica, y son producto de la contaminación invasiva de patógenos en el acto operatorio, siendo mayormente mixtas en las que participan con mayor frecuencia gérmenes como *Echerichia coli* y *Bacteroides Fragilis*. El abordaje laparoscópico posee mayor riesgo de AR, ya sea por diseminación o por manipulación intraabdominal, esto debido a que las lisozimas producidas por las células mesoteliales del peritoneo, el eplon mayor, las adherencias peritoneales y los polimorfonucleares, delimitarán y localizarán la infección ¹⁶⁻²³.

Las manifestaciones clínicas aparecen entre el quinto día hasta 30 días después del posoperatorio. En la mayoría de casos existe dolor abdominal, fiebre elevada, distensión e hipersensibilidad abdominal, con la presencia de abdomen en tabla. En situaciones avanzadas se presenta taquicardia con caída hipotensión. En estos pacientes es recomendable la realización de una tomografía computarizada, en caso no sea posible, será necesario una ecografía. En los exámenes laboratoriales se observará leucocitosis, mayormente superior a 12.000 leucocitos/ μ l, junto con un incremento de la creatinina sérica y de las bilirrubinas ²¹⁻²⁷.

El tratamiento de esta afección, se inicia con la reposición de líquidos con la finalidad de corregir la hipovolemia ocasionada como consecuencia del desplazamiento del líquido hacia el tercer espacio. A su vez, la administración de antibióticos resulta indispensable, porque a pesar de no llegar al interior del absceso, contribuyen a evitar la bacteriemia. El drenaje resulta una medida importante, debiendo efectuarse en casi todos los casos, excepto en AR pequeños, donde el método preferido es el drenaje percutáneo, el cual brinda resultados exitosos en el 90% de casos ^{21-27,29}.

Laguzzi M et al, (Uruguay, 2019) realizó un estudio retrospectivo con 462 pacientes con apendicitis aguda y peritonitis post operados, 287 por vía laparoscópica y 139 por vía laparotómica. Se encontró que los AR representan el 3,28% del total de intervenciones, no existiendo diferencias significativas entre los abordajes mencionados, además se demostró que la gran mayoría de AR pueden tratarse con antibioticoterapia exclusivamente¹³.

Mesa I et al, (Cuba, 2019) en su estudio prospectivo con 40 pacientes post operados de PS por laparotomía, demostró que las complicaciones eran más frecuentes en pacientes con hábito de fumar en 52.8 %, seguido de la edad avanzada en 22.2 %; desnutrición 16.7 %, diabetes mellitus en 13.9 % y anemia en 11.1 %. Concluyen que el hábito de fumar, la edad, la diabetes y la anemia son factores asociados a complicaciones en pacientes con PS¹⁵.

Mejía et al (Colombia, 2015) en su estudio de cohorte retrospectiva, donde participaron 406 pacientes con PS focal y difusa, se evaluaron los resultados de LP comparada con SP por laparotomía, junto con sus complicaciones abdominales tempranas y a su mortalidad. Se encontró que la peritonitis en dos o más cuadrantes, con líquido purulento o fecaloide y de origen no apendicular, estaba relacionado con el lavado, además se asoció con el desarrollo de AR (OR=4.83) al ser comparado con SP. Además, este último tuvo menos complicaciones (bacteriemia, peritonitis residual, ingreso a cuidados intensivos) y menor mortalidad que el LP ¹⁷.

Rosero et al (Ecuador, 2018), realizó un estudio retrospectivo con 301 pacientes, en quienes se evaluó las complicaciones presentadas después de LP frente al SP en casos de PS post laparotomía por apendicitis perforada. Concluyen que la frecuencia de complicaciones fue similar, sin diferencias significativas, en donde el tiempo operatorio resultó significativo (OR: 1.01; $p < 0.005$), ya que el LP requirió mayor tiempo quirúrgico ²⁸.

LaPlant et al (Estados Unidos, 2019), ejecutó una cohorte retrospectiva, con 432 pacientes, donde se observó que LP reducía la aparición de AR ($p = 0.001$), después de la apendicectomía, en la que se utilizaban de 3 a 12 litros en alícuotas pequeñas. Utilizaron este gran volumen debido a que esta instilación, causa dilución de los factores quimiotácticos, provocando una disminución de la capacidad migratoria de los neutrófilos junto con el desprendimiento de macrófagos de la superficie serosa, impidiendo de esta forma la fagocitosis. Concluyen que el retiro del material infeccioso, en el cual se usan cantidades suficientes de líquido, es más efectivo que la administración indiscriminada de grandes cantidades de líquido ²⁵.

A pesar de existir gran cantidad de estudios sobre el tema, la ambigüedad permanece y la dificultad para resolver la enfermedad sin obtener complicaciones acentúa la necesidad de encontrar estrategias terapéuticas eficaces. Es por ello, que el objetivo de esta investigación es determinar la eficacia del LP frente al SP sobre la formación de absceso residual en peritonitis secundaria.

1.1.Problema

¿Cuál es la eficacia del lavado frente al secado peritoneal sobre la formación de absceso residual en peritonitis secundaria?

1.2.Hipótesis

H1: El lavado peritoneal es más eficaz que el secado peritoneal sobre la formación de absceso residual en pacientes con peritonitis secundaria.

H0: El lavado peritoneal no es más eficaz que el secado peritoneal sobre la formación de absceso residual en pacientes con peritonitis secundaria.

1.3.Objetivos

Objetivo general:

- ✓ Determinar la eficacia del lavado frente al secado peritoneal sobre la formación de absceso residual en peritonitis secundaria.

Objetivos específicos:

- ✓ Determinar la incidencia de absceso residual con secado peritoneal en peritonitis secundaria.
- ✓ Determinar la incidencia de absceso residual con lavado peritoneal en peritonitis secundaria.
- ✓ Comprobar si las variables intervinientes aumentan el riesgo de absceso residual.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Población de estudio

Pacientes diagnósticos de peritonitis secundaria manejados por laparotomía entre septiembre 2016 y septiembre 2022.

2.2. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes mujeres y varones mayores de 18 años.
- ✓ Pacientes con diagnóstico de peritonitis secundaria en quienes se les haya realizado los procedimientos de secado y/o lavado peritoneal.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, gestantes, neoplasias, diabetes mellitus, desnutrición, cirrosis, insuficiencia renal crónica, falla orgánica multisistémica.

2.3. Muestra

Tamaño muestral: Para estudios de cohorte (Machin D, 1997)

$$n_1 = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{(1+\phi)\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{\phi P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{\phi(P_1 - P_2)^2}; n_2 = \phi n_1$$

Donde:

- P_1 es la porción esperada en la población i , $i=1, 2$,
- ϕ es la razón entre los dos tamaños muestrales,
- $\bar{P} = \frac{P_1 + P_2}{1 + \phi}$
- P_1 es el riesgo en expuestos,
- P_2 es el riesgo en no expuestos,
- P_1 y P_2 se relacionan en RR del modo siguiente $P_1 = P_2 RR$, $P_2 = \frac{P_1}{RR}$,
- ϕ es la razón entre el tamaño muestral de no expuestos y el de expuestos.
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ coeficiente de confiabilidad al 95% de confianza
- $Z_{1-\beta} = 1,2816$ coeficiente asociado a la potencia de prueba del 90%

Cálculo:

Se utilizó el software EPIDAT 4.2 teniendo como referencia el estudio realizado por Mejía et al. (1)

Datos:

$P_1 = 31,2\%$ (Porcentaje de absceso residual en pacientes con lavado peritoneal).

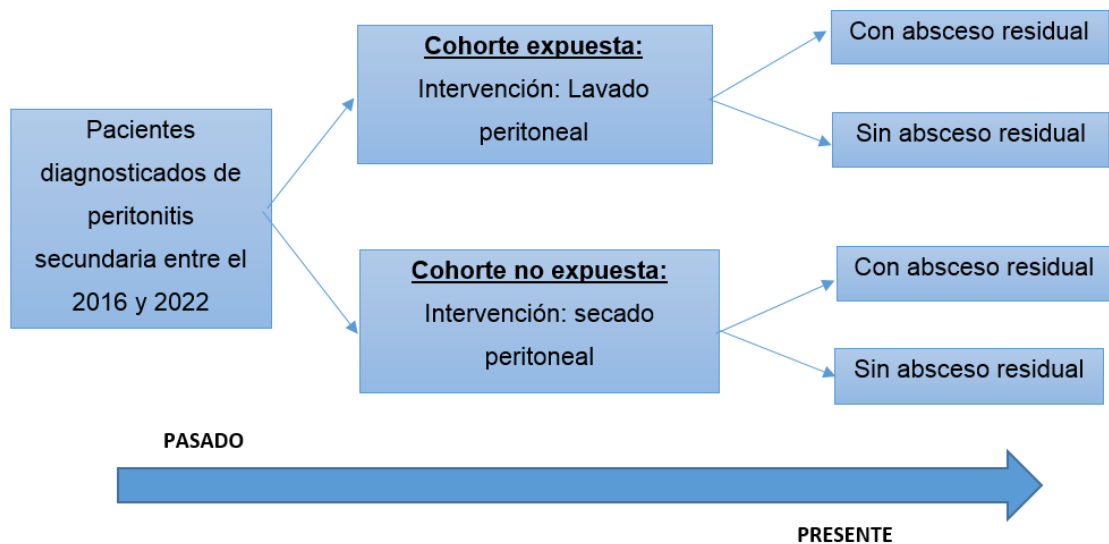
$P_2 = 4,7\%$ (Porcentaje de absceso residual en pacientes con secado peritoneal).

$\phi = 169/237 = 0,71$ (Razón entre la cohorte de secado residual respecto a lavado residual).

Según los resultados del cálculo, la muestra de expuestos (pacientes con lavado peritoneal) estuvo conformada por 52 y los no expuestos (pacientes con secado peritoneal) por 37; siendo un total de 89 pacientes diagnosticados de peritonitis secundaria del Hospital José Soto Cadenillas.

2.4. Diseño del estudio

Observacional, analítico de cohorte retrospectivo.



2.5. Variables y Operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	REGISTRO
----------	------------------------	--------	----------

Variable dependiente			
Absceso residual	Registro de absceso residual posoperatorio confirmado por tomografía o ecografía abdominal.	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • 0: NO • 1:SI
Variable independiente			
Lavado peritoneal	Exploración diagnóstica y maniobra terapéutica en la que se utiliza NaCl 0.9% con el fin de irrigar la cavidad abdominal para reemplazar exudado peritoneal inflamatorio.	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • 0: NO • 1:SI
Secado peritoneal	Técnica intraoperatoria en el que se utilizan torundas de gasas sobre las áreas contaminadas dentro de la cavidad abdominal.	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • 0: NO • 1:SI
Variables intervinientes			
Edad	Tiempo desde que nace registrado en la historia clínica.	Nominal, dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Expresado en años
Sexo	Rasgo que depende del fenotipo registrado en la historia clínica del paciente.	Nominal, ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 0: Femenino • 1: Masculino
Tiempo operatorio	Periodo que transcurre desde el inicio hasta el final de una intervención quirúrgica.	Nominal, dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Expresado en minutos
Días de estancia hospitalaria	Total de días de hospitalización desde el posoperatorio inmediato y el alta médica.	Nominal, ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Expresado en días
Tipo de peritonitis secundaria	Tipo específico de peritonitis secundaria presentada por los pacientes antes de la intervención quirúrgica.	Nominal, dicotómico	<ul style="list-style-type: none"> • Focal • Difusa

Causa etiológica	Etiología principal por la cual se llevó a cabo la peritonitis secundaria antes de la intervención quirúrgica.	Nominal, politómico	<ul style="list-style-type: none"> • Apendicitis aguda • Úlcera péptica • Diverticulitis • Colecistitis aguda complicada
-------------------------	--	---------------------	--

2.6. Procedimientos y técnicas

- Se solicitó el permiso a la directora del Hospital José Soto Cadenillas – Chota con la finalidad de obtener acceso a las historias clínicas, libros de reporte operatorio y base de datos del Servicio de Cirugía General del establecimiento **(Anexo 1)**.
- Se clasificó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. El periodo de seguimiento realizado fue de 3 semanas desde el diagnóstico de peritonitis secundaria.
- Se trabajó con 89 historias clínicas de pacientes que hayan cumplido los criterios de selección. Teniendo en cuenta que 37 fueron para la técnica del secado peritoneal y 52 para lavado peritoneal.
- Los datos extraídos fueron colocados en una hoja de recolección de datos **(Anexo 2)**.
- Finalmente, los datos fueron procesados en Microsoft Excel 2019.

2.7. Procesamiento y análisis estadístico

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 26.

Estadística descriptiva: Para las variables cualitativas los resultados se presentaron en tablas cruzadas, con frecuencias absolutas y porcentuales. Asimismo, para las variables cuantitativas se mostraron sus medias (medianas) y/o desviaciones estándar (rango intercuartílico)

Estadística analítica: Se utilizó la prueba Z de comparación de proporciones o la de Chi-cuadrado de Pearson con riesgo relativo usando intervalos de confianza del 95%, usando un valor del 5% para la significancia estadística ($p < 0.05$).

Estadígrafo: Por el tipo de estudio, se utilizó el riesgo relativo (RR) con su respectivo intervalo de confianza del 95%.

2.8.Aspectos éticos

Durante el desarrollo del proyecto los datos obtenidos se registraron manteniendo la privacidad y el anonimato de los pacientes, remitiendo informes a las unidades competentes. Se tuvo en cuenta lo estipulado por las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki (30). Además, el estudio contó con la autorización de los directivos correspondientes del Hospital José Soto Cadenillas y del comité de ética en investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego. Por último, el presente estudio fue ejecutado por la autora principal y asesorado por un médico especialista en Cirugía General.

III. RESULTADOS

De los 89 pacientes con diagnóstico de PS del Servicio de Cirugía General del Hospital José Soto Cadenillas entre septiembre del 2016 y septiembre del 2022, la mediana de la edad fue de 44 años, la mediana del tiempo operatorio fue de 45 minutos y la mediana de la estancia hospitalaria fue de ocho días; asimismo, un 47,2% fueron mujeres y 52,8% fueron varones. En cuanto a la PS, un 57,3% mostró tipo difusa y un 42,7% evidenció tipo focal; además, como causas etiológicas de dicha patología, un 71,9% fue por apendicitis aguda, un 6,7% fue por colecistitis aguda complicada, un 12,4% por diverticulitis y un 9,0% por úlcera péptica. Según la intervención quirúrgica, un 58,4% se sometió a lavado peritoneal y un 41,6% a secado peritoneal; y, un 28,1% manifestó tener AR (Tabla 1).

Por otra parte, de los pacientes que se sometieron a LP, la mediana de la edad fue de 46,5 años, la mediana del tiempo operatorio fue de 60 minutos y la mediana de la estancia hospitalaria fue de ocho días; asimismo, un 48,1% fueron mujeres y 51,9% fueron varones; además, como causas etiológicas, un 69,2% fue por apendicitis aguda seguida de un 15,4% que fue por úlcera péptica; y, un 32,7% manifestó tener absceso residual. De igual manera, de los pacientes sometidos a SP, la mediana de la edad fue de 41 años, la mediana del tiempo operatorio fue de 40 minutos y la mediana de la estancia hospitalaria fue de ocho días; asimismo, un 45,1% fueron mujeres y 54,1% fueron varones; además, como causas etiológicas de dicha patología, un 75,7% fue por apendicitis aguda seguida de un 13,5% que fue por diverticulitis; y, un 21,6% manifestó tener AR. Cabe aclarar que, hubo diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al tiempo operatorio (Tabla 2).

Según la prueba de Risk Ratio (RR), por análisis multivariado se determinó que los pacientes que fueron sometidos a LP muestran 1,05 veces más riesgo de evidenciar absceso residual frente a aquellos pacientes sometidos a secado peritoneal, siendo esta asociación no significativa (RRa = 1,05; IC 95% = 0,16 – 2,00; p = 0,98); no obstante, un tiempo operatorio mayor o igual a 45 minutos manifestó ser un factor de riesgo significativo para absceso residual en los pacientes (RRa = 3,95; IC 95% = 1,16 – 13,46; p = 0,03) (Tabla 3).

Tabla 1. Características de los pacientes con diagnóstico de peritonitis secundaria del Servicio de Cirugía General del Hospital José Soto Cadenillas entre septiembre del 2016 y septiembre del 2022

Característica	Mediana	Mínimo – Máximo
Edad (años)	44	18 – 87
Tiempo operatorio (min)	45	25 – 220
Estancia hospitalaria (días)	8	6 – 14
Sexo	N	%
Femenino	42	47,2
Masculino	47	52,8
Total	89	100%
Peritonitis secundaria		
Difusa	51	57,3
Focal	38	42,7
Total	89	100%
Causa etiológica		
Apendicitis aguda	64	71,9
Colecistitis aguda complicada	6	6,7
Diverticulitis	11	12,4
Úlcera péptica	8	9,0
Intervención quirúrgica		
Lavado peritoneal	52	58,4
Secado peritoneal	37	41,6
Absceso Residual		
No	64	71,9
Sí	25	28,1

Tabla 2. Características de los pacientes con diagnóstico de peritonitis secundaria según intervención quirúrgica

Característica	Intervención quirúrgica		U Mann-Whitney	p valor
	Lavado (n = 52)	Secado (n = 37)		
Edad (años)	46,5 (18 – 85)	41 (18 – 87)	944,50	0,88
Tiempo operatorio (min)	60 (30 – 220)	40 (25 – 90)	610,50	0,01
Estancia hospitalaria (días)	8 (6 – 12)	8 (6 – 14)	954,00	0,95
Sexo			Chi-Cuadrado	p valor
Femenino	25 (48,1%)	17 (45,9%)	0,04	0,84
Masculino	27 (51,9%)	20 (54,1%)		
Causa etiológica de peritonitis secundaria				
Apendicitis aguda	36 (69,2%)	28 (75,7%)	7,44	0,06
Colecistitis aguda complicada	2 (3,8%)	4 (10,8%)		
Diverticulitis	6 (11,5%)	5 (13,5%)		
Úlcera péptica	8 (15,4%)	0 (0,0%)		
Absceso residual				
No	35 (67,3%)	29 (78,4%)	1,31	0,25
Sí	17 (32,7%)	8 (21,6%)		

Tabla 3. Análisis bivariado y multivariado de las variables asociadas a absceso residual en los pacientes con diagnóstico de peritonitis secundaria

Factor	Análisis Bivariado				Análisis Multivariado			
	RRc	IC 95%		p	RRa	IC 95%		p
		Inferior	Superior			Inferior	Superior	
			r			r	r	
Edad (años)								
< 44	Ref.	-	-	-	Ref.	-	-	-
≥ 44	1,19	0,61	2,32	0,61	1,14	0,41	3,17	0,80
Sexo								
Masculino	Ref.	-	-	-	Ref.	-	-	-
Femenino	1,21	0,62	2,36	0,57	1,47	0,55	3,94	0,44
Tiempo operatorio (min)								
< 45	Ref.	-	-	-	Ref.	-	-	-
≥ 45	2,01	0,93	4,32	0,06	3,95	1,16	13,46	0,03
Estancia hospitalaria (días)								
< 8	Ref.	-	-	-	Ref.	-	-	-
≥ 8	0,90	0,43	1,87	0,77	1,00	0,31	3,25	1,00
Peritonitis secundaria								
Local	Ref.	-	-	-	Ref.	-	-	-
Difusa	1,58	0,77	3,28	0,20	1,04	0,83	2,36	0,84
Causa etiológica de peritonitis secundaria								
Apendicitis aguda	0,83	0,41	1,68	0,61	0,84	0,24	2,89	0,78
Colecistitis aguda complicada	1,20	0,37	3,93	0,77	2,65	0,25	27,80	0,42
Diverticulitis	0,62	0,17	2,26	0,44	0,13	0,01	1,34	0,09
Úlcera péptica	1,93	0,88	4,23	0,15	3,06	0,54	17,40	0,21

**Intervención
quirúrgica**

Secado	Ref.	-	-	-	Ref.	-	-	-
Lavado	1,51	0,73	3,13	0,25	1,05	0,16	2,00	0,98

IV. DISCUSIÓN

El absceso residual es un tipo de infección intraabdominal teniendo como principales factores de riesgo la extensión de la PS, las intervenciones quirúrgicas abdominales y antecedentes patológicos¹⁰. Además, se ha observado que ciertas decisiones terapéuticas intraoperatorias como el LP o el SP podrían implicar un mayor o menor riesgo en el desarrollo de AR¹⁷. En tal sentido, este estudio tuvo como objetivo determinar la eficacia del LP frente al SP sobre la formación de AR residual en los casos de PS.

En cuanto a características epidemiológicas como la edad, en este estudio se determinó que esta variable no mostraba tener una asociación significativa con la aparición del AR (RRa: 1.14; p=0.80), siendo esta situación similar a lo observado con el sexo (RRa: 1.47; p=0.44). Resultados similares se observaron por Mesa, et al, (2019) cuyo estudio prospectivo con 40 pacientes post operados de PS por laparotomía, encontró ligero predominio de sexo masculino frente al femenino y que las complicaciones eran más frecuentes en pacientes de edad avanzada en 22,2 % (con edad media de 52.5)¹⁵. Mejía, et al (2015) en su estudio de cohorte retrospectivo con 406 pacientes de PS focal y difusa, evaluó resultados de LP versus SP por laparotomía, no encontrando diferencias significativas respecto al sexo (masculino con 54 % y femenino con 46 %; p=0.84). En cuanto a la edad, tampoco se encontró diferencia significativa (OR: 1.00, p= 0.875)¹⁷.

Tomando en cuenta que la edad avanzada, podría influenciar en un mayor riesgo para la formación de AR posterior a una PS, este posible riesgo estaría mayormente determinado por la asociación con una mayor carga de comorbilidades, entre ellas patologías crónicas como la diabetes mellitus, la cual se encuentra asociada con un mayor riesgo de complicaciones posoperatorias como la infección del sitio operatorio y la formación de un AR, por lo que la edad no podría ser considerada como un factor asociado de manera independiente para esta complicación¹². En este estudio, si bien no se determinó la edad promedio de los pacientes con AR, la mediana de esta característica de los pacientes con PS fue de 44 años, por la cual, tomando en cuenta lo anterior mencionado, esta variable no llegó a demostrar una asociación significativa con el AR.

En cuanto al tiempo operatorio, la duración promedio de LP fue de 60 minutos, mientras que para el SP este tiempo fue de 40 minutos, mostrando diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0.01$). Además, al momento de realizar el análisis multivariado, el tiempo quirúrgico mayor a los 45 minutos resultó ser una variable asociada de manera independiente con el aumento en el riesgo de desarrollar AR (RRa: 3.95; $p=0.03$). En este sentido, ciertos estudios como el de Rosero et al (2018), en su estudio retrospectivo con 301 pacientes evaluó las complicaciones presentadas después de LP frente al SP en los casos de PS post laparotomía, y concluyó que la variable significativa fue el tiempo operatorio (OR: 1.01; $p<0,005$), ya que el LP requirió mayor tiempo quirúrgico²⁸. Mejía, et al (2015) en su estudio de cohorte retrospectivo con 406 pacientes de PS, evaluó resultados en cuanto al tiempo quirúrgico (en minutos) entre LP versus SP por laparotomía, y encontró diferencias significativas entre SP (67.3) y LP (93.9); ($p <0,001$)¹⁷.

Acerca de las técnicas intraoperatorias utilizadas, se observó que la incidencia del AR en el grupo con LP fue de 32.7% y en el grupo de SP fue de 21.6%, en donde a pesar de encontrarse un porcentaje superior de esta complicación con la técnica de LP, no se observaron diferencias significativas ($p=0.25$), además de no establecerse una asociación significativa con el AR posterior al análisis multivariado (RRa: 1.05; $p=0.98$). Estos resultados fueron contrarios a Mejía, et al (2015) en su estudio de cohorte retrospectivo con 406 pacientes con PS focal y difusa, evaluaron los resultados de LP comparada con SP por laparotomía, frente a sus complicaciones abdominales tempranas y muerte. Donde se encontró que tener peritonitis en más de un cuadrante, líquido purulento o fecaloide y origen no apendicular, se asociaba con LP y desarrollo de AR ($p=0.001$) de forma significativa al compararlo con SP¹⁷. De forma similar a Bi, et al (2019) demostraron en su revisión sistemática con 1633 participantes post operados por laparotomía, con técnicas quirúrgicas de LP y SP, resultados relacionados con la incidencia de AR entre 944 pacientes en el grupo LP y 689 en SP, y no encontró diferencias significativas en la incidencia de AR entre los 2 grupos (OR = 1.03; $p=0.96$)¹¹.

Rosero, et al (2018) en su estudio observacional retrospectivo realizado con 301 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de PS, operados con técnicas de LP

y SP, cuyo objetivo principal fue evaluar las complicaciones en cada uno de ellos, resultó que la frecuencia de complicaciones tanto de LP y SP fueron similares y no hubo diferencias significativas ($p= 0.8$)²⁸.

Por otro lado, LaPlant, et al (2019) los cuales ejecutaron un estudio retrospectivo donde evaluaron la efectividad de las técnicas operatorias como el LP y el SP en la frecuencia del AR posoperatorio por laparotomía, incluyendo a 432 pacientes, los cuales en sus resultados afirman que en el grupo de pacientes que se sometió a la técnica de LP, no se observó ningún caso de AR, en comparación con una tasa del 6,2% para todos los demás pacientes ²⁵. IaplaPor último, Koç, et al (2018) en su estudio prospectivo con 64 pacientes post operados de PS por laparotomía, no existían diferencias significativas en la presencia de AR tanto para LP con suero fisiológico y SP ($p= 0.680$)²⁹.

Esta controversia en los resultados de la evidencia, se puede ver explicada por el contexto de la condición de los pacientes de cada grupo, viéndose influencia por variables intervinientes como la presencia o no de peritonitis, el grado de apendicitis aguda, las comorbilidades presentes, el tiempo operatorio, entre otros ^{19,22}. En este estudio, si bien la incidencia de AR fue relativamente superior en el grupo de LP, esta diferencia no demostró tener significancia estadística. La variabilidad de los resultados observados en los estudios donde se compara ambas técnicas, sugiere la necesidad de continuar con las investigaciones, donde se pueda contar con un mayor porcentaje de pacientes a evaluar y en los cuales se abarque una mayor cantidad de variables intervinientes, siendo estos 2 aspectos las principales limitaciones del presente estudio.

V. CONCLUSIONES

- La técnica de lavado peritoneal no es más eficaz que la técnica de secado peritoneal sobre la formación de absceso residual en pacientes con peritonitis secundaria.
- La incidencia del absceso residual en pacientes con lavado peritoneal fue de 32.7%
- La incidencia del absceso residual en pacientes con secado peritoneal fue de 21.6%.
- El tiempo operatorio demostró ser un factor independiente asociado al absceso residual.

VI. RECOMENDACIONES

- Considerando que la técnica de lavado peritoneal no demostró ser más eficaz al secado peritoneal en la formación de absceso residual, se recomienda que la toma de decisiones terapéuticas para el manejo de peritonitis secundaria se realice en base a la experiencia del cirujano o la evidencia en estudios con un mayor tamaño muestral.
- Se recomienda la continuidad de las investigaciones que evalúen la incidencia del absceso residual en base a la técnica quirúrgica elegida para el tratamiento de la peritonitis secundaria, como es el lavado peritoneal frente al secado peritoneal.
- Habiendo determinado al tiempo operatorio como un factor asociado al absceso residual, se recomienda la generación de estudios que incluyan una mayor cantidad de variables intervinientes, para así poder determinar potenciales determinantes al desarrollo de absceso residual posterior a una peritonitis secundaria.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Baal JOAM, et al. The histophysiology and pathophysiology of the peritoneum. *Tissue and Cell*. 2017; 49(1):95–105.
2. Capobianco A, Cottone L, Monno A, Manfredi AA, Rovere-Querini P. The peritoneum: healing, immunity, and diseases. *The Journal of Pathology*. 2017; 243(2):137–47.
3. Rojas Chica, R. D., et al. Un abordaje acerca de la peritonitis: revisión actual. *Tesla Revista Científica*. 2022; 2(1):51–62.
4. Ross JT, Matthay MA, Harris HW. Secondary peritonitis: principles of diagnosis and intervention. *BMJ*. 2018; 361: k1407.
5. Rodríguez AET, González AJC, Cabrera LJO, et al. Prognostic factors of organ failure and death in patients with secondary diffuse peritonitis. *Rev Cub Med Int Emerg*. 2018; 17(4):1-18.
6. Saraev AR, Nazarov ShK. Pathogenesis and classification of advanced peritonitis. *N.I. Pirogov*. 2019 ;(12):106-110.
7. Herberts M, Hicks B, Sohail MR, Jagtiani A. Secondary bacterial peritonitis and pelvic abscess due to *Clostridium difficile*. *BMJ Case Reports*. 2018: bcr2018225252.
8. Seyi J, Ezidiegwu U, Ameh E. Burden of Complicated Intra-Abdominal Infections in Children in Nigeria: Recent Experience and Systematic Review. *Surg Infect (Larchmt)*. 2020;21(6):501-508.
9. García J, García I, García F, Sánchez I. Diagnóstico microbiológico de las infecciones intraabdominales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2013, 31(4), 230–239.
10. Panahi A, Bangla V, Divino C. Diabetes as a Risk Factor for Perforated Appendicitis: A National Analysis. *Am Surg*. 2023;89(2):204-209.
11. Bi L, Yan B, Yang Q, Cui H. Peritoneal irrigation vs suction alone during pediatric appendectomy for perforated appendicitis: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(50):18047.
12. Bassetti M, Eckmann C, Giacobbe D, Sartelli M, Montravers P. Infecciones abdominales postoperatorias: epidemiología, definiciones operacionales y resultados. *Cuidados intensivos Med*. 2020 febrero; 46(2):163-172.

13. Laguzzi MC, Rodríguez F, Costa J et al. Abscesos residuales en apendicitis aguda. Comparación entre abordaje laparotómico vs. laparoscópico. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)*. 2019; 6(1):87-96
14. Mehta N, Copelin I. *Abdominal abscess*. Boston: StatPearls; 2022.
15. Mesa O, Ferrer H, Mora R, Matos YA, Travieso G. Morbilidad y mortalidad por peritonitis secundaria en el servicio de cirugía. *Revista Cubana de Cirugía*. 2019; 58(2).
16. Weber G, Bras C, Casas M, Sadava E. Laparoscopic approach for the treatment of acute complications after appendectomy: a systematic review. *Minerva Surg*. 2023; 15.
17. Mejía J, Cruz H, Areiza D, Sanabria Á. Efecto del secado frente al lavado peritoneal sobre la mortalidad y las complicaciones en la peritonitis secundaria. *Rev Colomb Cir*. 2015; 30:279-85.
18. Gammeri E, Petrinic T, Bond G, Gordon A. Meta-analysis of peritoneal lavage in appendectomy. *BJS Open*. 2019;3(1):24–30.
19. Gemici E, Bozkurt M, Sürek A, Seyhun C, Güneş M. Laparoscopic Lavage Versus Aspiration Alone in Perforated Acute Appendicitis: A Prospective Randomized Controlled Study. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2020; 30(1):14-17.
20. Burini G, Cianci M, Coccetta M, Spizzirri A, Di Saverio S, Coletta R, et al. Aspiration versus peritoneal lavage in appendicitis: a meta-analysis. *World Journal of Emergency Surgery*. 2021;16(1).
21. Cho J, Park I, Lee D, Sung K, Baek J, Lee J. Risk factors for postoperative intra-abdominal abscess after laparoscopic appendectomy: analysis for consecutive 1817 experiences. *Dig Surg*. 2015;32(5):375–81.
22. Puttock D, Kumbhar V, Dagash H, Patwardhan N. Peritoneal lavage during laparoscopic appendectomy for complex appendicitis is associated with increased post-operative morbidity. *African Journal of Paediatric Surgery*. 2022;0(0):0.
23. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES siotolem guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020;15(1):27.
24. Nataraja R, Panabokke G, Chang A, Mennie N, Tanny S, Keys C, et al. Does peritoneal lavage influence the rate of complications following

- pediatric laparoscopic appendectomy in children with complicated appendicitis? A prospective randomized clinical trial. *J Pediatr Surg.* 2019;54(12):2524–7.
25. LaPlant M, Saltzman D, Rosen J, Acton R, Segura B, Hess D. Standardized irrigation technique reduces intraabdominal abscess after appendectomy. *J Pediatr Surg.* 2019; 54:728–32.
 26. Sun F, Wang H, Zhang F, Zhang X, Xing Z, Zhang S, et al. Copious Irrigation Versus Suction Alone During Laparoscopic Appendectomy for Complicated Appendicitis in Adults. *J Invest Surg.* 2018;31(4):342-346.
 27. Zhou Q, Meng W, Ren Y, Li Q, Boermeester MA, Nthumba PM, Rickard J, Zheng B, Liu H, Shi Q, Zhao S, Wang Z, Liu X, Luo Z, Yang K, Chen Y, Sawyer RG. Effectiveness of intraoperative peritoneal lavage with saline in patient with intra-abdominal infections: a systematic review and meta-analysis. *World J Emerg Surg.* 2023;29;18(1):24.
 28. Rosero CA, Moreno GA, Narváez MG. Apendicitis perforada, ¿lavar o no lavar la cavidad peritoneal? *Cambios rev. méd.* 2018; 17(1):48-51.
 29. Koç TR, Tarhan ÖR, Sarıcık B. Effects of peritoneal lavage and dry cleaning on bacterial translocation in a model of peritonitis developed using cecal ligation and puncture. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2018;24(4):281-286.
 30. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 64ª Asamblea General de WMA, Fortaleza, Brasil. 2013.
 31. Schlottmann F, Sadava E, Peña M, Rotholtz N. Laparoscopic Appendectomy: Risk Factors for Postoperative Intraabdominal Abscess. *World J Surg.* 2017; 41(5):1254-1258.
 32. Tartaglia D, Fatucchi L, Mazzoni A, Miccoli M, Piccini L, Pucciarelli M, et al. Risk factors for intra-abdominal abscess following laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: a retrospective cohort study on 2076 patients. *Updates Surg.* 2020; 72(4):1175-1180.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

SOLICITO: *Autorización para revisión de historias clínicas, libros de reporte operatorio y base de datos y de pacientes del Servicio de Cirugía General del Hospital José Soto Cadenillas – Chota.*

Dra. Roxana Rubio Sánchez
Directora del Hospital José Soto Cadenillas

Yo, **Jennifer Vanessa Lázaró Chávez**, alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, anterior interna de medicina del Hospital José Soto Cadenillas, identificada con DNI 42417184, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, por motivos de estudio, me encuentro elaborando un trabajo de investigación para el desarrollo de mi tesis, titulado “Eficacia del lavado frente al secado peritoneal sobre la formación de absceso residual en peritonitis secundaria”, y habiendo centrado el estudio en pacientes del hospital que usted dirige, solicito acceder a las historias clínicas, libros de reporte operatorio y a la base de datos de los pacientes del Servicio de Cirugía General; para ejecutar dicho estudio.

Por lo expuesto:

Solicito a usted, acepte mi petición.

Chota, 24 de noviembre de 2022

Atentamente

Jennifer Vanessa Lázaró Chávez
DNI 42417184

ANEXO N° 2

EFICACIA DEL LAVADO FRENTE AL SECADO PERITONEAL SOBRE LA FORMACIÓN DE ABSCESO RESIDUAL EN PERITONITIS SECUNDARIA

Intervención quirúrgica	Lavado peritoneal () Secado peritoneal ()
Absceso residual	Si () No ()
Edad	____ años
Sexo	Masculino () Femenino ()
Tiempo operatorio	____ minutos
Días de estancia hospitalaria	____ días
Tipo de peritonitis	Localizada () Difusa ()
Causa etiológica	Apendicitis aguda Úlcera péptica Diverticulitis Colecistitis aguda complicada