



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

VENTAJAS DE LA LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA VS
LAPAROTOMIA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON DOLOR
ABDOMINAL INFERIOR AGUDO EN EL HOSPITAL ANGAMOS, LIMA
PERÚ- 2018

INVESTIGADOR:

MC. SANDRO ELVIS FLORES GONZALES

ASESOR:

DR. JORGE HUMBERTO PERALES ORBEGOZO

Lima – Perú

2019

1. Resumen

Introducción: La laparoscopia diagnóstica es un procedimiento seguro que da la posibilidad de un procedimiento que puede ser terapéutico y podría disminuir la estancia hospitalaria y una mayor pérdida de volemia, además evitaría una mayor frecuencia de apendicetomías negativas. **Objetivo:** determinar los días hospitalarios, el porcentaje de conversión a laparotomía, y la etiología más frecuente de los pacientes con dolor abdominal bajo agudo sometidos a laparoscopia diagnóstica de inicio vs laparotomía en mujeres en edad fértil en el hospital Angamos, Lima – Perú 2018. **Método:** Descriptivo transversal retrospectivo. **Participantes:** Aquellos pacientes que ingresaron por emergencia al hospital Angamos el año 2018 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizará un análisis de las historias clínicas y registros electrónicos registrándose la estancia hospitalaria y el estudio de anatomía patológica para el diagnóstico definitivo. Se comprobará en el banco de datos hospitalario los valores de hemoglobina pre y posquirúrgicos. Se realizará un análisis estadístico de cada variable: se calculará las medidas de tendencia central, como porcentajes, media, moda, cálculo de rango y desviación estándar en variables cuantitativas.

Palabras claves: laparoscopia diagnóstica, tiempo hospitalario, porcentaje de conversión a laparotomía, causas de dolor abdominal inferior agudo.

2. Título:

“Ventajas de la laparoscopia diagnóstica vs laparotomía en mujeres en edad fértil con dolor abdominal inferior agudo en el hospital Angamos, Lima Perú- 2018”

3. Hipótesis

3.1. Hipótesis General

La laparoscopia diagnóstica sería más ventajosa frente a la laparotomía en mujeres en edad fértil con dolor abdominal inferior agudo en el hospital Angamos, Lima - Perú 2018

3.2. Hipótesis Específicas

- La laparoscopia diagnóstica en mujeres en edad fértil con dolor abdominal inferior agudo en el hospital Angamos 2018 disminuiría el tiempo de estancia hospitalaria frente a ir directamente a laparotomía.
- La laparoscopia diagnóstica de inicio es capaz de resolver la mayoría de cuadros de dolor abdominal bajo quirúrgico en mujeres en edad fértil sin necesidad de conversión.
- La laparoscopia diagnóstica en mujeres en edad fértil con dolor abdominal inferior agudo en el hospital Angamos 2018 llevaría a una tasa más baja de extirpación de apéndices normales.

4. Introducción:

4.1. Antecedentes

Laparoscopia para el tratamiento del dolor abdominal bajo agudo en mujeres en edad fértil. Cochrane Database Syst Rev. 2014 22 de mayo. La laparoscopia en mujeres con dolor abdominal bajo agudo, dolor abdominal inferior inespecífico o sospecha de apendicitis llevó a una mayor tasa de diagnósticos específicos y una tasa más baja de extirpación de los apéndices normales en comparación con la apendicetomía abierta solamente. Las estancias hospitalarias fueron más cortas. Ninguna evidencia mostró un aumento en los eventos adversos cuando se utilizó alguna de estas estrategias.

Tasas de reingreso y reoperación después de la laparoscopia negativa para apendicitis con sospecha clínica normal no debe eliminarse. Un estudio de cohorte retrospectivo. International journal surgery. 2019. Amira Khattar. La tasa de apendicitis después de una laparoscopia diagnóstica negativa es baja, y, según los resultados del estudio, no consideramos que sea necesario extraer un apéndice macroscópico normal durante la laparoscopia para la apendicitis clínicamente sospechosa. Sin embargo, la alta tasa de readmisión justifica la necesidad de una mayor investigación o seguimiento, especialmente en personas jóvenes.

Laparoscopia de emergencia. Indicaciones y limitaciones. Perri SG. 2002. Las ventajas de la laparoscopia (estancia hospitalaria más corta, recuperación posoperatoria más rápida y retorno más rápido a las actividades sociales) están confirmadas por la literatura. La posibilidad de combinar un procedimiento diagnostico con terapia curativa sugiere la laparoscopia puede tener un papel importante en la cirugía de emergencia.

Riemann J.F.: Diagnostic laparoscopy. Endoscopy 2003; 35: pp. 43-47. La laparoscopia, que ha sido bien conocida como un procedimiento de diagnóstico durante más de un siglo, se ha establecido recientemente como un importante procedimiento terapéutico en varias ramas de la cirugía. En el presente estudio, los autores informan sobre 221 pacientes durante un período de 10 años (1991-2001), ingresados en el hospital con un diagnóstico de abdomen agudo o traumatismo abdominal. Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía laparoscópica de emergencia; 128 pacientes (57%) presentaron apendicitis aguda, 40 (18%) colecistitis aguda, 13 (6%) íleo oclusivo, 10 (5%) patologías anexiales, 9 (4%) perforación de vísceras abdominales, 3 (1,4%) aguda diverticulitis, 3 (1,4%) abscesos subdiafragmáticos, 3 (1,4%) infarto intestinal, 2 (0,8%) otras enfermedades y 10 (5%) trauma abdominal. La operación se completó por laparoscopia en 192 casos (87%), mientras que la conversión a laparotomía resultó necesaria en 29 casos (13%). La morbilidad de los casos completados por laparoscopia fue del 3%, la mortalidad del 0,5% y la estancia media hospitalaria de 4 días.

Int J Gynaecol Obstet. 1996 Mar; 52 (3): 243-8. El valor diagnóstico de la laparoscopia en 2365 pacientes con dolor pélvico agudo y crónico (APP y CPP). Kontoravidis A¹, Chryssikopoulos A, Hassiakos D, Liapis A, Zourlas PA. La laparoscopia diagnóstica se realizó en 736 pacientes (31,1%) con APP y en 1629 (68,9%) con CPP. En 315 pacientes (13,3%) el procedimiento diagnóstico se extendió a la

laparoscopia operatoria. Los hallazgos laparoscópicos más frecuentes en pacientes con APP fueron salpingitis aguda y adherencias pélvicas (22,8%) y embarazo ectópico (19%), mientras que en pacientes con CPP los hallazgos más frecuentes fueron adherencias pélvicas (35,4%) y endometriosis (24,6%). En el 7,5% de los pacientes con APP y el 24% con CPP, la laparoscopia no reveló ningún hallazgo patológico en la pelvis. Entre los 315 pacientes en los que se realizó laparoscopia quirúrgica, el 40% padecía APP y el 60% CPP. En los 446 pacientes (18,9%) sin hallazgos laparoscópicos, no se administró ningún tratamiento, mientras que, de los 905 pacientes restantes, el 40% se sometió a laparotomía y el 60% recibió tratamiento conservador. La incidencia total de efectos secundarios alcanzó el 4,7% y los efectos secundarios graves derivados de la laparotomía de emergencia ocurrieron en el 0,15% de los pacientes con dolor pélvico. Se concluyó en un gran grupo de pacientes con dolor pélvico muestran que existen discrepancias en la incidencia de hallazgos laparoscópicos entre pacientes con APP y CPP. También se encontraron discrepancias entre los dos grupos de pacientes durante la laparoscopia quirúrgica, el tratamiento administrado después del diagnóstico laparoscópico y las complicaciones encontradas.

4.2. Marco teórico

El abdomen agudo es un síndrome que agrupa a todo dolor abdominal de inicio agudo, generalmente antes de las 48 horas o hasta 6 días con repercusión del estado general que necesita de un buen diagnóstico para decidir su manejo posible quirúrgico.

Laparoscopia diagnóstica: Técnica o intervención laparoscópica con fines de explorar y estudiar los órganos y aparatos.

Laparotomía exploratoria: apertura quirúrgica del abdomen y revisión de los órganos abdominales y pélvicos.

Es importante la valoración del paciente, las constantes vitales. La posición, la fascia, el patrón respiratorio. El dolor es el síntoma más importante, defensa abdominal la reacción peritoneal. Puede el paciente tener el abdomen en tabla que refleja una gran contractura que índice habitualmente manejo quirúrgico.

El abdomen agudo inferior puede ser inflamatoriotraumático o no traumático.

Entre las causas inflamatorio:

- Apendicitis
- Divertículo de Meckel
- Salmonella,
- Perforación de víscera hueca
- Diverticulitis aguda
- Infección genital alta: salpingitis, pelviperitonitis, absceso tuboovárico, endometritis
- Apendicitis
- Pielonefritis aguda, infección urinaria

- Retención posaborto
- Endometritis del posparto o del postaborto
- Complicaciones de cuerpo lúteo gestacional: cuerpo lúteo hemorrágico, quiste del cuerpo lúteo y sus complicaciones
- Expulsión de un mioma submucoso por el cuello uterino
- Disovulación
- Torsión de un mioma subseroso pediculado
- Torsión de anexo

Etiologías secundarias a una obstrucción

- Cáncer
- Hernias
- Vólvulos
- Invaginación
- Cuerpos extraños
- Bridas y adherencias.

Etiologías hemorrágicas

- Sangrado del tubo digestivo
- Isquemia intestinal
- Sangrado del tubo digestivo
- Isquemia intestinal
- Complicaciones de quistes ováricos: hemorragia intraquística, ruptura quística, torsión de anexo
- Embarazo extrauterino
- Aborto espontáneo

El abdomen agudo es un desafío para el cirujano general, sobre todo cuando es dudoso, Es un desafío el diagnóstico y la decisión de recurrir a cirugía o de brindar tratamiento médico. La incorporación de procedimientos endoscópicos ha impactado grandemente en el campo de la medicina.

La laparoscopia diagnóstica es un procedimiento seguro, bien tolerado la cual puede realizar en forma ambulatoria u hospitalaria, bajo anestesia general o sedación intravenosa, debe ser realizado por médicos capacitados, el paciente debe estar constantemente monitorizado y la posibilidad de convertir a técnica abierta o laparotomía.

Las condiciones necesarias para la realización de cirugía laparoscópica

- Paciente con estabilidad hemodinámica.
- Personal especializado experto en la técnica
- Contar con el recurso con función correcta
- Contar con estudios básicos preoperatorios
- Valoración anestésica
- Contar con hoja de consentimiento informado

- Monitorización continua
- Correcta sujeción y posición del paciente
- Contar con la infraestructura para maniobrar de reanimación
- Realizarse bajo estrictas medidas de esterilidad.
- Disponibilidad de conversión inmediata laparotomía.
- Correcta sujeción y posición del paciente

Los tres tipos de laparoscopia de urgencia son:

- Laparoscopia diagnóstica pura: que evita la laparoscopia en blanco.
- Cirugía asistida por laparoscopia: que una vez efectuado el diagnostico ayuda a decidir la laparoscopia más adecuada.
- Cirugía laparoscópica pura.

La laparoscopia diagnóstica tiene la dualidad de poder utilizarse como herramienta diagnóstica o terapéutica. Las indicaciones son las mismas que para la laparotomía y las contraindicaciones absolutas de laparoscopia diagnóstica son:

- Inestabilidad hemodinamicamente persistente
- Estado de choque
- Sepsis
- Peritonitis
- Obstrucción intestinal.
- Trastornos graves de la coagulación no corregida.
- Grandes tumores abdomino - pélvicos (cáncer abdominal).
- Enfermedades cardiorrespiratorias severas.
- Hernia externa irreductible.

5. Justificación

El presente estudio es importante porque aporta información sobre la laparoscopia diagnóstica que es un procedimiento que acorta la estancia hospitalaria. También es importante saber sobre cuánto es el porcentaje de conversión a laparotomía, el porcentaje de apendicectomías negativas comparándolo con ir directamente de un inicio con laparotomía y además saber las patologías más frecuentes encontradas todo esto aseguraría que es un procedimiento seguro y de primera elección para mujeres con dolor abdominal bajo agudo en edad fértil.

6. Objetivos.

6.1. Objetivo general

Determinar las ventajas de la laparoscopia diagnóstica vs laparotomía en mujeres en edad fértil con dolor abdominal inferior agudo en el hospital Angamos, Lima Perú 2018.

6.2. **Objetivos específicos**

- Determinar el tiempo de estancia hospitalaria de laparoscopia diagnóstica vs laparotomía en mujeres en edad fértil con dolor abdominal inferior agudo en el hospital Angamos 2018 que se realizó laparoscopia vs laparotomía diagnóstica.
- Determinar el porcentaje de pacientes que se pueden resolver el cuadro por vía laparoscópica sin necesidad de conversión a laparotomía.
- Determinar la tasa de extirpación del apéndice en mujeres en edad fértil con dolor abdominal inferior agudo en el hospital Angamos, Lima - Perú 2018 que se realizó laparoscopia diagnóstica frente a laparotomía.
- Determinar las causas de dolor abdominal inferior agudo en el hospital Angamos 2018 detectados por vía laparoscópica vs laparotomía.

7. **Material y Método**

7.1. **Diseño del estudio**

La investigación según la tendencia es cuantitativa, porque se medirán las variables a estudiar.

La investigación según la orientación es aplicada.

La investigación según el tiempo de ocurrencia es retrospectivo porque recopilaremos datos del año 2018.

La investigación según el periodo y secuencia es transversal porque solamente las variables se medirán en un tiempo determinado.

La investigación según el análisis y alcance de sus resultados será descriptivo porque se busca especificar las propiedades de las variables a estudiar.

7.2. **Población.**

Pacientes ingresados por emergencia en hospital Angamos el año 2018 que cumplan los criterios de inclusión:

- Edad entre 18 y 40 años
- Sexo femenino
- Dolor abdominal inferior agudo, es decir, que afecta al hipogastrio o a la fosa ilíaca derecha o a la fosa ilíaca izquierda, desde hace menos de 1 semana y que conduce a la paciente a la emergencia.

Los criterios de exclusión serían:

- Mujeres con menopausias.
- Sexo masculino.
- Dolor crónico.

7.3. **Muestra.**

En vista que en el hospital las laparoscopias diagnósticas son no muy frecuentes por lo tanto, se tomará a toda la población como muestra.

8. Definición operacional de variables

8.1. Ventajas de la laparoscopia diagnostica:

8.1.1. Definición conceptual: son beneficios atribuidos al procedimiento quirúrgico

8.1.2. Dimensiones: menor tiempo hospitalario, bajo porcentaje de conversión a laparotomía, menor tasa de apendicetomías negativas.

8.1.3. Indicadores:

8.1.3.1. Tiempo de estancia hospitalaria. Variable dependiente tipo cuantitativa discreta. Se tomará en cuenta el tiempo desde el día que es intervenido y pasado 24 horas se contara otro día de hospitalización.

8.1.3.2. Conversión a laparotomía: procedimiento quirúrgico iniciado como laparoscopia diagnostica de inicio que es convertida a laparotomía quirúrgica.

8.1.3.3. apendicetomía realizada en laparoscopias diagnósticas y será registrada como realizada o no

8.1.3.4. causas de dolor abdominal bajo agudo se registrarán con resultados de anatomía patológica y serán agrupados según diagnostico

8.2. Ventajas de la laparotomía.

8.2.1. Definición conceptual: son beneficios atribuidos al procedimiento quirúrgico

8.2.2. Dimensiones: menor tiempo hospitalario, menor disminución de la volemia, menor tasa de apendicetomías negativas.

8.2.3. Indicadores:

8.2.3.1. Tiempo de estancia hospitalaria. Variable dependiente tipo cuantitativa discreta. Se tomará en cuenta el tiempo desde el día que es intervenido y pasado 24 horas se contara otro día de hospitalización.

8.2.3.2. apendicetomía realizada en laparotomías y será registrada como realizada o no

8.2.3.3. causas de dolor abdominal bajo agudo se registrarán con resultados de anatomía patológica y serán agrupados según diagnostico

9. Procedimientos y técnicas

Se realizará un análisis de las historias clínicas de los pacientes que son ingresados por el servicio de emergencia a sala de operaciones con diagnóstico de abdomen agudo. Para lo cual se evaluará los registros operatorios de base de datos informático que cuenta la institución. Se realizará seguimiento de la estancia hospitalaria y el estudio de anatomía patológica para el diagnóstico definitivo. Se registrara el porcentaje de pacientes sometidos de un inicio a laparoscopia diagnostica convertidos a laparotomía..

10. Plan de análisis.

La información que se obtendrá será ingresada en una tabla en el programa Microsoft Excel 2016. Donde se realizará una base de datos en SPSS versión 24 con los cuales se realizará el análisis descriptivo que comprenden gráficos y tablas.

Se realizará un análisis estadístico de cada variable: se calculará las medidas de tendencia central, como porcentajes, media, moda, cálculo de rango y desviación estándar en variables cuantitativas.

11. Aspectos éticos

El estudio se realizara en forma anónima. Al ser una recolección de datos no se tratara con los pacientes directamente y no se expondrá a situaciones de riesgo de muerte o de daño incapacitante al paciente. El estudio cumplirá con los principios éticos exigidos de confidencialidad de los datos obtenidos.

12. Referencias bibliográficas

- 12.1. Dr. Gerardo Marco Antonio, Dr. Juan Gerardo Gomez. Laparotomía y/o laparoscopia diagnóstica en abdomen agudo no traumático en el adulto. Guía práctica clínica GPC. 2010 México. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/509_GPC_Laparotomxaabdomen/GER_LaparotomiaAbdomen.pdf
- 12.2. Gaitán HG¹, Reveiz L, Farquhar C. Laparoscopy for the management of acute lower abdominal pain in women of childbearing age. [Cochrane Database Syst Rev. 2011] Jan 19;(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249692>
- 12.3. Hugh m. Paterson. Evaluación precoz del abdomen agudo Temas centrales en Cirugía general y de emergencia , 11, (135-145). Sexta edición 2016. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0-B9780702072475000116>
- 12.4. Chuchon y A. Fauconnier. Ginecología – Obstetricia, TRATADOS EMC. Dolor pélvico agudo en la mujer: orientación diagnóstica y conducta práctica. 2018-03-01, Volumen 54, Número 1, Páginas (1-14), © 2018 Elsevier Masson SAS Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/emc/51-s2.0-S1283081X18880845>
- 12.5. Stefanidis D., Richardson WS, Chang L., et al: El papel de la laparoscopia diagnóstica para afecciones abdominales agudas: una revisión basada en la evidencia. Surg Endosc 2009; Sep; 23 (9) : (2073-7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19357920>
- 12.6. Kontoravdis A¹, Chryssikopoulos A, Hassiakos D, Liapis A, Zourlas PA. El valor diagnóstico de la laparoscopia en 2365 pacientes con dolor pélvico agudo y crónico. Int J Gynaecol Obstet.1996 Mar; 52 (3): (243-8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8775676>
- 12.7. Arnold Advincola, Mireille Truong y Roger A. Lobo. Endometriosis: Etiology, Pathology, Diagnosis, Management. Comprehensive Gynecology, 19, (423-442).e4. 2017. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0-B9780323322874000193>
- 12.8. Tommaso Falcone y Mark D. Walters. Diagnostic Laparoscopy. Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery, Chapter 115, (1243-1246). Cuarta edición 2016. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0-B9780323225526001158>
- 12.9. Ronald Squires, Steven N. Carter y Russell G. Postier. Abdomen agudo. Sabiston. Tratado de cirugía, Capítulo 45, (1120-1138). 20 edición 2018.
- 12.10. Amira Khattar Sørensen, Anders Bang-Nielsen, Katarina Levic-Souzani, Hans Christian Pommergaard, Anders Beck Jørgensen, Mai-Britt

Tolstrup, Bo Rud, Bojan Kovacevic y Orhan Bulut. Readmission and reoperation rates following negative diagnostic laparoscopy for clinically suspected appendicitis: The “normal” appendix should not be removed – A retrospective cohort study. International Journal of Surgery, 2019-04-01, Volumen 64, Páginas (1-4), Copyright © 2019 IJS Publishing Group Ltd. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Readmission+and+reoperation+rates+following+negative+diagnostic+laparoscopy+for+clinically+suspected+appendicitis>

13. Presupuesto y cronograma

13.1. Presupuesto

Recursos	Costo Unitario	Cantidad	Total
Personal			
investigador	Ad honorem	1	0
Asesor	Ad honorem	1	0
Bienes			
Papel A4	0.01	500	5
Copias	0.1	100	10
Anillados	10	1	10
lapiceros	1	5	5
Servicios			
Asesoramiento	100	5	500
Impresiones	0.2	200	40
Internet	1	50	50
Transporte	5	20	100
empastado	10	2	20
Total			740

13.2. Cronograma

Actividades	2019					
	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Redacción del título	☺					
Esquema del proyecto de investigación	☺					
Objetivos del proyecto	☺					
Justificación e importancia	☺					
Revisión bibliográfica	☺	☺	☺	☺	☺	
Marco teórico	☺					
Elaboración de instrumentos		☺				
Recolección de datos			☺			
Procesamiento y análisis de datos				☺		
Presentación del avance de investigación				☺		
Redacción del borrador final					☺	
Presentación del trabajo final					☺	
Revisión y corrección del trabajo final					☺	
Transcripción y entrega del trabajo final					☺	
Defensa del trabajo final						☺

14. Anexo

Ficha de recolección de datos

1. Datos generales

Edad.

Procedimiento quirúrgico

2. Datos específicos

Antecedentes

Tiempo de enfermedad

Tiempo desde su ingreso hasta que ingresa a sala de operaciones

Tiempo de estancia hospitalaria

Apendicetomía dentro del procedimiento quirúrgico

Resultado de anatomía patológica

Conversión a laparotomía quirúrgica o laparotomía.