



# UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Resultados del drenaje percutáneo versus quirúrgico para el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte,  
Junio 2021 a Mayo 2022.

## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Cirugía General

### AUTORA

Tantaleán Leong, Vera Marisol

(ORCID: 0000-0003-4714-1946)

### ASESOR

Medrano Alvarez, Johan Eduardo

(ORCID: 0000-0001-8942-7040)

Lima, Perú

2023

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

AUTORA: Tantaleán Leong, Vera Marisol

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 44360573

### **Datos de asesor**

ASESOR: Medrano Alvarez, Johan Eduardo

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 03667079

### **Datos del Comité de la Especialidad**

PRESIDENTE: Jauregui Francia, Filomeno Teodoro

DNI: 08738668

Orcid: 0000-0002-0101-8240

SECRETARIO: Medrano Samame, Hector Alberto

DNI: 08248487

Orcid: 0000-0002-5511-0368

VOCAL: Aranzabal Durand, Susana

DNI: 40320678

Orcid: 0000-0001-9115-8599

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.11

Código del Programa: 912199

## ANEXO N°1

### DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, TANTALEÁN LEONG, VERA MARISOL, con código de estudiante N° 201912739, con DNI N° 44360573, con domicilio en CARLOS DE LOS HEROS 755, distrito PUEBLO LIBRE, provincia y departamento de LIMA - LIMA, en mi condición de Médica Cirujana de la Escuela de Residencia Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

El presente Proyecto de Investigación titulado: "RESULTADOS DEL DRENAJE PERCUTÁNEO VERSUS QUIRÚRGICO PARA EL MANEJO DE ABSCESOS INTRAABDOMINALES EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE ATE-VITARTE, JUNIO 2021 A MAYO 2022" es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente MEDRANO ALVAREZ, JOHAN EDUARDO, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 9% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 19 de Octubre de 2023



TANTALEÁN LEONG, VERA MARISOL

44360573

DNI

# Resultados del drenaje percutáneo versus quirúrgico para el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022

9%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[repositorio.upao.edu.pe](https://repositorio.upao.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

2

[doku.pub](https://doku.pub)

Fuente de Internet

1%

3

[hdl.handle.net](https://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

1%

4

[repositorio.uandina.edu.pe](https://repositorio.uandina.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

5

[cybertesis.unmsm.edu.pe](https://cybertesis.unmsm.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

6

[moam.info](https://moam.info)

Fuente de Internet

1%

7

[repositorio.urp.edu.pe](https://repositorio.urp.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

8

[inba.info](https://inba.info)

Fuente de Internet

1%

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

Resultados del drenaje percutáneo versus quirúrgico para el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022

[INFORME DE GRADEMARK](#)

---

NOTA FINAL

---

/0

COMENTARIOS GENERALES

---

PÁGINA 1

---

PÁGINA 2

---

PÁGINA 3

---

PÁGINA 4

---

PÁGINA 5

---

PÁGINA 6

---

PÁGINA 7

---

PÁGINA 8

---

PÁGINA 9

---

PÁGINA 10

---

PÁGINA 11

---

PÁGINA 12

---

PÁGINA 13

---

PÁGINA 14

---

PÁGINA 15

---

PÁGINA 16

---

PÁGINA 17

---

PÁGINA 18

---

PÁGINA 19

---

PÁGINA 20

---

PÁGINA 21

---

PÁGINA 22

---

PÁGINA 23

---

PÁGINA 24

---

PÁGINA 25

---

PÁGINA 26

---

PÁGINA 27

---

PÁGINA 28

---

PÁGINA 29

---

PÁGINA 30

---

PÁGINA 31

---

# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	1
<b>1.1. Descripción de la realidad problemática</b>	1
<b>1.2. Formulación del problema</b>	2
<b>1.3. Línea de investigación</b>	2
<b>1.4. Objetivos</b>	2
<b>1.5. Justificación</b>	3
<b>1.6. Delimitación</b>	3
<b>1.7. Viabilidad</b>	3
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b>	4
<b>2.1. Antecedentes</b>	4
<b>2.2. Bases teóricas</b>	8
<b>2.3. Definición de términos</b>	12
<b>2.4. Hipótesis</b>	13
<b>CAPÍTULO III METODOLOGÍA</b>	14
<b>3.1. Diseño de estudio</b>	14
<b>3.2. Población y muestra</b>	14
<b>3.3. Operacionalización de variables</b>	16
<b>3.4. Técnicas de recolección de datos</b>	19
<b>3.5. Técnicas para el procesamiento de la información</b>	19
<b>3.6. Limitaciones</b>	20
<b>3.7. Aspectos éticos</b>	21
<b>CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA</b>	22
<b>4.1. Recursos</b>	22
<b>4.2. Cronograma</b>	22
<b>4.3. Presupuesto</b>	23
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	24
<b>ANEXOS</b>	27
<b>1. Matriz de consistencia</b>	27
<b>2. Instrumento de recolección de datos</b>	28



## **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

Un absceso intraabdominal es una acumulación de pus en el abdomen que se encuentra rodeada de tejido inflamado y encapsulado.(1) Puede ser causado por infecciones bacterianas en el tracto gastrointestinal, lesiones en el abdomen, apendicitis, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, cirugía abdominal previa, entre otras causas.(2) Los síntomas pueden incluir dolor abdominal, fiebre, náuseas y vómitos. los abscesos intraabdominales son más comunes en personas mayores de 50 años y en aquellos con sistemas inmunológicos debilitados. En el Perú, la incidencia exacta de los abscesos intraabdominales no está bien documentada, pero se cree que sigue una tendencia similar a la de otros países en desarrollo. En todo el mundo, la incidencia de abscesos intraabdominales es baja, con una tasa de aproximadamente 10 por cada 100,000 personas por año.(3)

El tratamiento del absceso intraabdominal depende de la gravedad del caso y la causa subyacente del absceso. El tratamiento puede incluir tanto el uso de medicamentos como el drenaje del absceso.(4) El tratamiento médico generalmente consiste en la administración de antibióticos para controlar la infección. Si el absceso es pequeño y no está causando síntomas, es posible que no se requiera drenaje adicional. Sin embargo, si el absceso es grande o está causando síntomas significativos, es posible que sea necesario drenarlo. El drenaje puede ser percutáneo o quirúrgico.(5) El drenaje percutáneo se realiza a través de la piel utilizando imágenes guiadas por ultrasonido o tomografía computarizada para guiar una aguja hacia el absceso. El drenaje quirúrgico puede realizarse mediante cirugía abierta o laparoscopia, aunque su utilización dependerá del contexto clínico del paciente y la disponibilidad de recursos. (6)

Algunos estudios han valorado los resultados de la modalidad de drenaje utilizada para el tratamiento de abscesos intraabdominales. Elagili et al. (2014), reporta los resultados del drenaje percutáneo donde se evidencia que el drenaje percutáneo evitó la cirugía en la mayoría de esta población seleccionada de pacientes con absceso diverticular del sigmoide. (7) Akhan et al. (2020), reporta en pacientes con abscesos retroperitoneales que, el 75,3% de los abscesos se curaron, el 7,7% se temporalizó y el 4,1% se palió. La tasa de fracaso fue del 12,9%, mientras que la tasa de recurrencia fue del 10,6%. El 2,7% de los pacientes fallecieron. (8) Estudios nacionales también han abordado el drenaje de los abscesos

intraabdominales. Gallegos et al. (2020), reporta que, de los pacientes que utilizaron drenaje quirúrgico, el 66,7% (24) experimentó complicaciones en comparación con el 52,0% (133) que no utilizó drenes intraabdominales. Se encontró una asociación significativa entre el uso de drenaje quirúrgico y las complicaciones postoperatorias, con un riesgo 2,16 veces mayor de complicaciones para aquellos que utilizaron drenaje quirúrgico en comparación con aquellos que no lo hicieron. (9)

Considerando que no existen estudios que comparen los resultados de dichas modalidades de drenaje como tratamiento de abscesos intraabdominales, se plantea realizar un estudio que compare el efecto sobre los resultados del drenaje percutáneo versus el quirúrgico en el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, 2022.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los resultados del drenaje percutáneo versus el quirúrgico para el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022?

## **1.3. Línea de investigación**

El estudio pertenece a la línea de investigación de clínicas médicas y quirúrgicas.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar los resultados del drenaje percutáneo versus el quirúrgico en el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Determinar el efecto del drenaje percutáneo versus el quirúrgico sobre la resolución del absceso en pacientes con abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.
- Determinar el efecto del drenaje percutáneo versus el quirúrgico sobre el tiempo de hospitalización en pacientes con abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.
- Determinar el efecto del drenaje percutáneo versus el quirúrgico sobre las complicaciones en pacientes con abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.

### **1.5. Justificación**

La justificación del estudio se basa en la necesidad de determinar cuál es la mejor opción de tratamiento para los abscesos intraabdominales en términos de complicaciones y resultados clínicos. Aunque el tratamiento médico con antibióticos es efectivo en el control de la infección, el drenaje del absceso puede ser necesario en algunos casos para prevenir complicaciones y mejorar los resultados. El drenaje del absceso puede ser percutáneo o quirúrgico, y ambos tienen ventajas y desventajas. El drenaje percutáneo se realiza a través de la piel y se guía mediante imágenes radiológicas, mientras que el drenaje quirúrgico implica una incisión y una cirugía para acceder al absceso. Algunos estudios han evaluado la eficacia y seguridad del drenaje percutáneo versus el quirúrgico en el manejo de los abscesos intraabdominales, pero aún no se ha llegado a un consenso sobre cuál es el enfoque más efectivo y seguro. Algunos estudios sugieren que el drenaje percutáneo es menos invasivo y tiene una tasa de complicaciones más baja, mientras que otros estudios han demostrado que el drenaje quirúrgico es más eficaz para prevenir la recurrencia del absceso. Considerando que la causa más frecuente de absceso intraabdominal en la institución objetivo es la sepsis por translocación bacteriana, el estudio está plenamente justificado dada la alta frecuencia de la patología en la institución.

### **1.6. Delimitación**

La investigación se realizará en pacientes con abscesos intraabdominales tratados con drenaje percutáneo o quirúrgico en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte durante Junio 2021 a Mayo 2022.

### **1.7. Viabilidad**

La viabilidad del estudio dependerá de varios factores, incluyendo los recursos financieros y logísticos disponibles, la disponibilidad de historias clínicas y la capacidad de obtener los datos necesarios para responder a la pregunta de investigación.

En términos de recursos financieros, es importante considerar que el investigador está en posibilidades de cubrir el costo de la adquisición de los datos y la capacidad de financiar los gastos asociados con la revisión de las historias clínicas. Además, es importante considerar el costo de los análisis estadísticos y la interpretación de los resultados.

En cuanto a los recursos logísticos, se cuenta con la disponibilidad de personal capacitado para la revisión de las historias clínicas y la extracción de datos. Se contará con un sistema

adecuado para el manejo y la protección de los datos, así como el cumplimiento de las regulaciones de privacidad de la información médica.

## **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes**

#### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

Celentano et al. (2022), en Italia, realizaron el estudio: *“High complication rate in Crohn's disease surgery following percutaneous drainage of intra-abdominal abscess: a multicentre study”*. El estudio tuvo como objetivo, evaluar la alta tasa de complicaciones en la cirugía de la enfermedad de Crohn tras el drenaje percutáneo de un absceso intraabdominal: un estudio multicéntrico. Para tal fin, un estudio promovido por la Sociedad Italiana de Cirugía Colorrectal (SICCR) que se llevó a cabo de manera retrospectiva y multicéntrica. Se incluyeron adultos que se sometieron a resección ileocólica por enfermedad de Crohn (EC) primaria o recurrente durante un período de un año. Se compararon los resultados de los pacientes que se sometieron a drenaje guiado por radiología antes de la resección ileocolónica con los de los pacientes que no lo requirieron. El criterio principal de valoración fue la morbilidad postoperatoria en los 30 días siguientes a la cirugía. Los resultados secundarios fueron la duración de la estancia hospitalaria (LOS) postoperatoria y la tasa de fuga anastomótica. Entre los 575 pacientes incluidos, 36 pacientes (6,2 %) se sometieron a drenaje del absceso antes de la cirugía. Los resultados indicaron que la morbilidad postoperatoria y la fuga anastomótica fueron significativamente mayores en el grupo de pacientes que se sometieron a drenaje preoperatorio guiado por radiología. En conclusión, los pacientes con EC que requieren drenaje guiado por radiología de abscesos intraabdominales tienen un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias y complicaciones sépticas después de la resección ileocecal o re-do ileocólica.(10)

Akhan et al. (2020), en Turquía, realizaron el estudio: *“Percutaneous drainage of retroperitoneal abscesses: variables for success, failure, and recurrence”*. El estudio tuvo como objetivo, evaluar las tasas de éxito y fracaso y las complicaciones menores y mayores del drenaje percutáneo de abscesos retroperitoneales. Para tal fin, este estudio retrospectivo analizó 170 abscesos retroperitoneales drenados percutáneamente en 150 pacientes entre 1990 y 2010. Se utilizaron ecografía, fluoroscopia o tomografía computarizada para guiar el

drenaje percutáneo, que se realizó mediante aspiración con aguja única o mediante catéteres de calibre 6-14 F utilizando la técnica de Seldinger. Los resultados mostraron que el 75,3% de los abscesos se curaron, el 7,7% se temporalizó y el 4,1% se palió. La tasa de fracaso fue del 12,9%, mientras que la tasa de recurrencia fue del 10,6%. El 2,7% de los pacientes fallecieron. En conclusión, el drenaje percutáneo es el tratamiento preferido para los abscesos retroperitoneales debido a su alta tasa de éxito, menor necesidad de anestesia general, mejor tolerancia y menor morbilidad y mortalidad en comparación con los métodos quirúrgicos. Es posible obtener altas tasas de curación, temporalización o paliación mediante drenaje percutáneo guiado por imágenes en todos los abscesos retroperitoneales con una vía de acceso segura. (8)

Elagili et al. (2014), en Estados Unidos, realizaron el estudio: *“Outcomes of percutaneous drainage without surgery for patients with diverticular abscess”*. El estudio tuvo como objetivo, evaluar los resultados del drenaje percutáneo solo en el tratamiento del absceso peridiverticular. Para tal fin, se realizó un estudio retrospectivo en una unidad de cirugía colorrectal especializada de gran volumen, utilizando una base de datos recolectada prospectivamente. El estudio incluyó pacientes con absceso diverticular de al menos 3 cm de diámetro, tratados entre 2001 y 2012, que no podían someterse a cirugía debido a comorbilidades prohibitivas o que rechazaron la cirugía después del drenaje percutáneo. El objetivo principal fue medir el tratamiento del absceso diverticular solo con drenaje percutáneo. Se siguieron a 18 pacientes hasta la muerte, cirugía por diverticulitis recurrente o una mediana de 90 (17-139) meses. Se encontró que el drenaje percutáneo evitó la cirugía en la mayoría de esta población seleccionada de pacientes con absceso diverticular del sigmoide. Aunque el estudio tuvo limitaciones debido a su naturaleza retrospectiva, su diseño no aleatorizado y su pequeño tamaño de muestra, los resultados sugieren la necesidad de futuros estudios para evaluar las indicaciones apropiadas para un uso más liberal del drenaje percutáneo no seguido de cirugía electiva. (7)

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Jaramillo (2023), en Lima, realizó el estudio: *“Eficacia de la aspiración y drenaje peritoneal en pacientes de edad pediátrica con apendicitis aguda perforada sometidos a cirugía laparoscópica”*. El estudio tuvo como objetivo, demostrar si la aspiración y drenaje peritoneal es más eficaz que el lavado y drenaje peritoneal, en pacientes de edad pediátrica con apendicitis perforada sometidos a cirugía laparoscópica en el Instituto Nacional de Salud

del Niño. Para tal fin, en este estudio retrospectivo transversal comparativo analítico se examinaron 127 pacientes con diagnóstico de apendicitis perforada que fueron sometidos a cirugía laparoscópica en el servicio de cirugía general. Los pacientes se dividieron en dos grupos: grupo A, sometidos a lavado y drenaje peritoneal, y grupo B, sometidos a aspiración y drenaje peritoneal. Se utilizó la documentación como técnica de recolección y la prueba estadística de chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05 y la medida de asociación de riesgo relativo (OR) con un intervalo de confianza de 95%. El absceso intraabdominal se presentó en un 15,5% en el grupo A y en un 3,57% en el grupo B ( $p = 0,038$ ). En peritonitis localizada, el absceso intraabdominal se presentó en un 16,7% en el grupo A y en un 0% en el grupo B. La infección de la herida quirúrgica fue del 2,8% en el grupo A y del 0% en el grupo B ( $p = 0,503$ ). La estancia hospitalaria fue de 6,75 días en el grupo A y de 6,27 días en el grupo B ( $p = 0,377$ ). El OR para lavado y drenaje peritoneal fue de 4,950 [1,050-23,341] y en peritonitis localizada 2,35 [1,686-3,276]. En conclusión, se encontró que la aspiración y drenaje peritoneal es más efectiva para disminuir la tasa de absceso intraabdominal postoperatorio que el lavado y drenaje peritoneal en niños con apendicitis perforada sometidos a cirugía laparoscópica, tanto en peritonitis localizada como generalizada. (11)

Núñez (2022), en Trujillo, realizó el estudio: *“Efectividad del drenaje percutáneo comparado al tratamiento conservador en colecciones abdominopélvicas”*. El estudio tuvo como objetivo, determinar si el drenaje percutáneo tiene mayor efectividad que el tratamiento conservador en colecciones abdominopélvicas en pacientes del Hospital II - 2 de Tarapoto. Para tal fin, se llevará a cabo un estudio prospectivo y longitudinal, con un diseño analítico y observacional, de cohortes, en el Departamento de Cirugía del Hospital II-2 de Tarapoto durante el periodo enero - diciembre 2023. La población incluirá a todos los pacientes con colección abdominopélvica que cumplan con los criterios de selección. El muestreo se realizará de forma no probabilística por conveniencia, mediante la búsqueda en los registros del hospital con diagnóstico de absceso, conformando dos grupos: el de drenaje percutáneo con 154 pacientes y el de manejo conservador con otros 154 pacientes. Los datos se procesarán utilizando el paquete estadístico SPSS 25 y se presentarán en tablas y gráficos. Se calculará el Odds ratio (OR) correspondiente y se aplicará la prueba de Chi cuadrado para comparar las proporciones de las variables, con un nivel de significancia del 5%. Se empleará también el análisis de regresión logística para evaluar la efectividad de las dos técnicas, ajustadas por las variables intervinientes.(12)

Gallegos et al. (2020), en Cusco, realizó el estudio: “*Uso de dren intraabdominal y complicaciones asociadas al sitio operatorio en cirugía por apendicitis, mediante modelo de regresión logística en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2019*”. El estudio tuvo como objetivo, determinar el uso de dren intraabdominal y complicaciones asociadas al sitio operatorio en cirugía por apendicitis, mediante modelo de regresión logística en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2019. Para tal fin, este párrafo describe un estudio realizado en el Hospital Antonio Lorena durante el año 2019, en el que se evaluaron los efectos del uso de drenaje quirúrgico en pacientes que ingresaron al Servicio de Cirugía. Se seleccionó una muestra de 292 pacientes y se encontró que el 50,3% (147) de ellos utilizó drenaje quirúrgico, mientras que el 49,7% (145) no lo hizo. De los pacientes que utilizaron drenaje quirúrgico, el 66,7% (24) experimentó complicaciones en comparación con el 52,0% (133) que no utilizó drenes intraabdominales. Se encontró una asociación significativa entre el uso de drenaje quirúrgico y las complicaciones postoperatorias, con un riesgo 2,16 veces mayor de complicaciones para aquellos que utilizaron drenaje quirúrgico en comparación con aquellos que no lo hicieron. La complicación postoperatoria más común fue un absceso residual. Las complicaciones postoperatorias asociadas con el uso de drenaje quirúrgico también se asociaron con una mayor estancia hospitalaria y una duración prolongada de la terapia antibiótica. (9)

Pérez (2019), en Lima, realizó el estudio: “*Uso de drenes como factor protector para absceso residual intraabdominal en pacientes post operados de apendicitis aguda complicada en el servicio de cirugía del Hospital de Huaycan durante el año 2018*”. El estudio tuvo como objetivo, analizar si el uso de drenes es un factor protector para absceso residual intraabdominal en pacientes post operados de apendicitis aguda complicada en el servicio de cirugía del Hospital de Huaycan durante el año 2018. Para tal fin, en este estudio retrospectivo y observacional de tipo analítico, casos y controles, se incluyó a todos los pacientes con apendicitis aguda complicada intervenidos quirúrgicamente en el Hospital de Huaycan en 2018. La muestra se dividió en 50 pacientes que presentaron absceso residual intraabdominal y 50 que no lo presentaron. Se encontró que la edad promedio de los pacientes fue de 29 años con una desviación estándar de 6.576. El 50% de los pacientes post-operados por apendicitis aguda presentaron absceso residual intraabdominal y el 54% de los casos de apendicectomía utilizaron drenes, mientras que el 46% no los usó. Se encontró una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2=13.043$ ,  $p=0.000$ ) entre el uso de drenes y el desarrollo del absceso residual intraabdominal, y se demostró que el uso de drenes es un

factor protector (OR=0.219; IC: 95%; 0.094-0.509). En conclusión, se recomienda el uso de drenes en la apendicectomía para prevenir el desarrollo de abscesos residuales intraabdominales. (13)

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Definición de absceso intraabdominal**

Un absceso intraabdominal es una acumulación localizada de pus dentro del abdomen, que se encuentra rodeado por una pared fibrosa o una cápsula de tejido de granulación. Los abscesos intraabdominales pueden ser causados por una infección en los órganos internos del abdomen, como el apéndice, el colon, el hígado, el páncreas, los ovarios, los riñones, el bazo o el útero.(14) Los síntomas de un absceso intraabdominal pueden incluir dolor abdominal, fiebre, náuseas y vómitos. El tratamiento para un absceso intraabdominal puede incluir la administración de antibióticos y, en algunos casos, drenaje quirúrgico. (15)

### **2.2.2. Etiología de absceso intraabdominal**

Los abscesos intraabdominales son causados por una infección bacteriana que se produce dentro del abdomen. Esta infección puede originarse en cualquier órgano abdominal, como el apéndice, el colon, el hígado, el páncreas, los ovarios, los riñones, el bazo o el útero. (15)

Las causas más comunes de los abscesos intraabdominales incluyen (16):

- Apendicitis perforada
- Diverticulitis del colon
- Infección biliar
- Pancreatitis
- Perforación intestinal
- Trauma abdominal
- Cirugía abdominal previa
- Infecciones ginecológicas, como la enfermedad inflamatoria pélvica o las complicaciones posparto



En algunos casos, los abscesos intraabdominales pueden ser causados por bacterias que se propagan desde otras partes del cuerpo, como una infección en la piel o en el tracto urinario. También hay ciertos factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar un absceso intraabdominal, como tener un sistema inmunológico debilitado, diabetes, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y cáncer. (17)

### **2.2.3. Factores de riesgo de absceso intraabdominal**

Algunos factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar un absceso intraabdominal incluyen(18):

- Infecciones previas en el abdomen: Si ha tenido una infección abdominal previa, como una apendicitis o una perforación intestinal, tiene un mayor riesgo de desarrollar un absceso intraabdominal. (19)
- Cirugía abdominal previa: Si ha tenido una cirugía abdominal previa, como una colecistectomía o una apendicectomía, tiene un mayor riesgo de desarrollar un absceso intraabdominal. (20)
- Sistema inmunológico debilitado: Si tiene un sistema inmunológico debilitado debido a una enfermedad como el VIH/SIDA o está tomando medicamentos inmunosupresores, tiene un mayor riesgo de desarrollar una infección bacteriana y, por lo tanto, un absceso intraabdominal. (21)
- Enfermedades inflamatorias intestinales: Si tiene enfermedades inflamatorias intestinales, como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa, tiene un mayor riesgo de desarrollar un absceso intraabdominal. (22)
- Diabetes: Si tiene diabetes, tiene un mayor riesgo de desarrollar una infección bacteriana, incluyendo un absceso intraabdominal. (23)
- Complicaciones posparto: Las mujeres que han tenido complicaciones posparto, como una infección del útero, tienen un mayor riesgo de desarrollar un absceso intraabdominal. (24)
- Edad avanzada: Las personas mayores tienen un mayor riesgo de desarrollar un absceso intraabdominal debido a su sistema inmunológico debilitado y otros factores de salud relacionados con la edad. (25)

### **2.2.4. Diagnóstico de absceso intraabdominal**

El diagnóstico de un absceso intraabdominal puede ser difícil ya que los síntomas pueden ser similares a los de otras condiciones médicas. Sin embargo, hay varios métodos que los médicos utilizan para diagnosticar un absceso intraabdominal. (26) Algunos de ellos incluyen:

- Examen físico: se debe considerar realizar un examen físico del abdomen para buscar signos de un absceso, como hinchazón, sensibilidad o una masa palpable. (27)
- Exámenes de laboratorio: la indicación de exámenes de laboratorio estará orientada para buscar signos de infección, como un aumento en el número de glóbulos blancos o un aumento en los niveles de proteína C reactiva. (27)
- Imágenes médicas: Las imágenes médicas como la tomografía computarizada (TC), la ecografía o la resonancia magnética (RM) pueden utilizarse para identificar la presencia de un absceso intraabdominal y su ubicación precisa. (27)

#### **2.2.5. Tratamiento de absceso intraabdominal**

El tratamiento de un absceso intraabdominal puede incluir terapia médica y/o quirúrgica, dependiendo de la gravedad y ubicación del absceso, así como de la salud general del paciente. Algunos tratamientos comunes incluyen (27):

- Antibióticos: Si el absceso intraabdominal es pequeño y no está causando complicaciones graves, el médico puede recetar antibióticos para tratar la infección. El curso de los antibióticos dependerá del tipo y la gravedad de la infección.
- Drenaje percutáneo: Si el absceso intraabdominal es grande y está causando síntomas graves, el médico puede utilizar una aguja guiada por imágenes para drenar el líquido del absceso. Este procedimiento se llama drenaje percutáneo y se puede realizar bajo anestesia local o sedación consciente.
- Cirugía: Si el absceso intraabdominal es grande, está causando complicaciones graves o no responde a otros tratamientos, puede ser necesario realizar una cirugía para drenar el absceso y eliminar cualquier tejido infectado.
- Cuidados de apoyo: Además del tratamiento médico o quirúrgico, es posible que se necesiten cuidados de apoyo para tratar los síntomas del absceso intraabdominal, como analgésicos para el dolor o líquidos intravenosos para la deshidratación.

#### **2.2.6. Tratamiento de absceso intraabdominal basado en cirugía**

El tratamiento quirúrgico de los abscesos intraabdominales puede realizarse mediante cirugía abierta o laparoscópica, dependiendo de la ubicación, el tamaño y la complejidad del absceso. En general, la cirugía abierta se utiliza para abscesos grandes y complejos, mientras que la laparoscopia se utiliza para abscesos más pequeños y menos complejos. (26)

Respecto a la cirugía abierta, se suele realizar una incisión en el abdomen para acceder al absceso y se drena el contenido del mismo. En algunos casos, se puede realizar una resección del tejido infectado o inflamado. Posteriormente, se coloca un drenaje en la cavidad abdominal para permitir la salida de cualquier fluido restante y se cierra la incisión. (26)

Respecto a la laparoscopia, se suelen realizar varias incisiones pequeñas en el abdomen para insertar una cámara y los instrumentos necesarios. Se utiliza gas para distender el abdomen, lo que permite una mejor visualización y acceso al absceso. Luego, se drena el contenido del absceso y se limpia la zona infectada. Una vez finalizada la intervención, se retiran los instrumentos, se desinfla el abdomen y se cierran las incisiones. (28)

En general, la laparoscopia ofrece una recuperación más rápida, una menor estancia hospitalaria y una menor tasa de complicaciones en comparación con la cirugía abierta. Sin embargo, la laparoscopia puede no ser adecuada para todos los casos, especialmente en presencia de abscesos grandes o complejos o en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa o enfermedad inflamatoria intestinal. En estos casos, la cirugía abierta sigue siendo la opción preferida. (28)

#### **2.2.7. Tratamiento de absceso intraabdominal basado en drenaje percutáneo**

El tratamiento de un absceso intraabdominal basado en drenaje percutáneo es una opción menos invasiva que la cirugía y se realiza mediante la inserción de una aguja o un catéter a través de la piel y en el absceso para drenarlo. (26) Antes del procedimiento, se realizará una tomografía computarizada (TC) o una ecografía para localizar con precisión el absceso y guiar la inserción de la aguja o el catéter. El procedimiento se realiza bajo anestesia local o sedación y se puede realizar en un hospital o centro médico ambulatorio. (29) Una vez que se ha insertado la aguja o el catéter en el absceso, se usa una aspiración suave para extraer el pus y otros líquidos acumulados. Es posible que se necesite más de un drenaje para eliminar todo el pus y asegurarse de que el absceso se haya drenado por completo. (26) Después del procedimiento, es posible que se administren antibióticos para controlar la

infección. También se puede colocar un vendaje o un apósito en el sitio de la inserción para mantenerlo limpio y seco. (29) Es posible que se necesiten varios días de hospitalización para controlar la infección y asegurarse de que el cuerpo se esté recuperando adecuadamente. Es importante seguir las recomendaciones del médico después del procedimiento, incluido el cuidado de la herida y el uso de cualquier medicamento recetado. (29)

### **2.3. Definición de términos**

- Absceso intraabdominal: Acumulación de pus o líquido infectado dentro del abdomen, generalmente como resultado de una infección o inflamación. (30)
- Drenaje percutáneo: Un procedimiento en el cual se utiliza una aguja para drenar líquido de un absceso o quiste. (30)
- Drenaje quirúrgico: Un procedimiento en el cual se realiza una incisión para drenar un absceso o quiste. (30)
- Historia clínica: Un registro de la información médica de un paciente, incluyendo sus síntomas, diagnósticos, tratamientos previos y resultados de pruebas. (30)
- Resolución del absceso: Se refiere a la completa eliminación y curación del absceso. Después del tratamiento, se considera que el absceso está resuelto cuando ya no hay evidencia clínica ni radiológica de la infección, y los síntomas asociados, como dolor, inflamación o fiebre, han desaparecido. (30)
- Tiempo de hospitalización: Es el período de tiempo que un paciente pasa ingresado en el hospital para recibir tratamiento médico. El tiempo de hospitalización puede variar según la gravedad del absceso, la respuesta al tratamiento, la presencia de complicaciones y la necesidad de cuidados adicionales. (30)
- Complicaciones: Son eventos o situaciones indeseables y no esperadas que pueden surgir como resultado de un procedimiento médico o una enfermedad. Las complicaciones pueden variar desde leves y transitorias hasta graves y potencialmente mortales, y pueden afectar la recuperación y el resultado del paciente. (30)
- Reintervención: Se refiere a la necesidad de someter al paciente a una nueva intervención quirúrgica o procedimiento adicional debido a complicaciones o situaciones no resueltas después del procedimiento inicial.
- Recurrencia del absceso: Es la reaparición del absceso después de haber sido tratado y aparentemente resuelto. Puede ocurrir debido a la persistencia de la infección

- original, la presencia de una fuente de infección persistente o la formación de un nuevo absceso relacionado. (30)
- Ingreso a UCI: Hace referencia al ingreso del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o unidad de cuidados críticos. Esto suele ser necesario cuando el paciente presenta una condición médica grave que requiere monitorización y atención médica intensiva. (30)
  - Mortalidad: Es el resultado final de la muerte del paciente. En el contexto del tratamiento de abscesos intraabdominales, la mortalidad puede ocurrir debido a complicaciones graves, infecciones no controladas, fallo orgánico u otras condiciones médicas subyacentes. (30)
  - Morbilidad: Hace referencia a la presencia de enfermedad o complicaciones relacionadas con una condición médica o procedimiento. En el caso del drenaje de abscesos intraabdominales, la morbilidad puede incluir infecciones secundarias, cicatrización deficiente, dolor crónico, disfunción de órganos, entre otras condiciones que afectan la salud y calidad de vida del paciente. (30)
  - Infección del sitio de drenaje: Se refiere a la infección que puede ocurrir en el área donde se ha realizado el drenaje del absceso. Puede manifestarse con enrojecimiento, inflamación, calor, dolor y posible presencia de pus en el sitio de inserción del catéter o la incisión quirúrgica. (30)
  - Hemorragia: Es la pérdida de sangre de manera descontrolada. En el contexto del drenaje de abscesos, la hemorragia puede ocurrir durante el procedimiento, como resultado de la manipulación de tejidos o la presencia de vasos sanguíneos lesionados, o posteriormente debido a complicaciones relacionadas con la cirugía o el proceso de cicatrización. (30)

#### **2.4. Hipótesis**

H0: No existen resultados a favor del drenaje percutáneo versus el quirúrgico para el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.

H1: Existen resultados a favor del drenaje percutáneo versus el quirúrgico para el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.

## CAPÍTULO III METODOLOGÍA

### 3.1. Diseño de estudio

El estudio será **observacional** pues no se realizará ninguna intervención, será analítico porque se valorará una relación de causa (drenaje quirúrgico versus percutáneo) y efecto (resultados). Será **retrospectivo** porque los datos habrán ocurrido durante Junio 2021 a Mayo 2022 y se basará en la revisión de historias clínicas. El diseño del estudio será de **cohorte retrospectiva**, pues se partirá de la exposición (drenaje percutáneo *versus* quirúrgico) hasta la aparición de eventos (resultados clínicos). (31)

### 3.2. Población y muestra

#### 3.2.1. Población

Pacientes adultos con abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, 2022.

- Cohorte 1: Pacientes adultos con abscesos intraabdominales drenados por vía percutánea en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.
- Cohorte 2 Pacientes adultos con abscesos intraabdominales drenados por vía quirúrgica en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.

#### 3.2.2. Criterios de selección

##### 3.2.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes adultos con abscesos intraabdominales en Junio 2021 a Mayo 2022.
- Pacientes adultos que completen 3 meses luego del episodio de absceso intraabdominal.
- Pacientes adultos con abscesos intraabdominales por cualquier causa.
- Pacientes adultos con abscesos intraabdominales y necesidad de drenaje percutáneo o quirúrgico.

##### 3.2.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con absceso intraabdominal que solo recibieron tratamiento médico.
- Paciente que no tengan datos completos sobre el tratamiento recibido en su historia clínica.

- Pacientes en cuya historia clínica no autoricen la utilización de sus datos con fines de investigación.

### **3.2.3. Muestra**

Se trabajará con toda la población de pacientes con abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte en Junio 2021 a Mayo 2022, en tal contexto, se hará muestreo censal. La selección de la muestra se realizará mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple.

### 3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA O UNIDAD
<b>VARIABLES PRINCIPALES</b>						
<b>Drenaje de absceso intraabdominal</b>		Procedimiento dirigido a la eliminación de una colección purulenta en la cavidad intraabdominal.	Modalidad de drenaje reportada en la historia clínica.	Nominal	Cualitativa	Drenaje percutáneo Drenaje quirúrgico: -Drenaje por cirugía abierta  -Drenaje por cirugía laparoscópica.
<b>Resultados del drenaje</b>	Resolución del absceso.	Se refiere a la completa eliminación y curación del absceso. Después del tratamiento, se considera que el absceso está resuelto cuando ya no hay evidencia clínica ni radiológica de la infección, y los síntomas asociados, como dolor, inflamación o fiebre, han desaparecido.	Resolución del absceso reportada en la historia clínica.	Nominal	Cualitativa	Presente Ausente
	Tiempo de hospitalización	Período de tiempo que un paciente pasa ingresado en el hospital para recibir tratamiento médico. El tiempo de hospitalización puede variar según la	Tiempo desde el ingreso hasta el alta médica según la historia clínica.	De razón	Cuantitativa	Valor numérico en días



		gravedad del absceso, la respuesta al tratamiento, la presencia de complicaciones y la necesidad de cuidados adicionales.				
	<p>Complicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reintervención</li> <li>• Recurrencia del absceso</li> <li>• Ingreso a UCI</li> <li>• Mortalidad</li> <li>• Infección del sitio de drenaje</li> <li>• Hemorragia</li> <li>• Lesión de órganos adyacentes</li> <li>• Fístulas</li> <li>• Perforación intestinal</li> </ul>	<p>Son eventos o situaciones indeseables y no esperadas que pueden surgir como resultado de un procedimiento médico o una enfermedad. Las complicaciones pueden variar desde leves y transitorias hasta graves y potencialmente mortales, y pueden afectar la recuperación y el resultado del paciente.</p>	<p>Conjunto de eventos adversos que pueden ocurrir luego del tratamiento, reportado en la historia clínica.</p>	Nominal	Cualitativa	<p>Presente</p> <p>Ausente</p>
<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>						
<b>Edad</b>		Años o meses comprendidos desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Edad en la historia del paciente	De razón	Cuantitativa	Número
<b>Sexo</b>		Conjunto de características fisiológicas que permiten la clasificación entre machos y hembras	Sexo según la historia del paciente	Nominal	Cualitativa	Femenino Masculino
<b>Enfermedades concurrentes</b>	Inmunosupresión	Deficiencia en la inmunidad que puede ser primaria o secundaria.	Inmunosupresión reportada en la historia clínica.	Nominal	Cualitativa	Presente Ausente

	Enfermedad crónica	Enfermedad crónica subyacente como diabetes, hipertensión, enfermedad renal crónica.	Enfermedad crónica como diabetes, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.	Nominal	Cualitativa	Presente Ausente
	Desnutrición	Mal estado de nutrición definido por un IMC menor a 18,5Kg/m <sup>2</sup>	Desnutrición definida por el IMC en la historia clínica.	Nominal	Cualitativa	Presente Ausente

### **3.4. Técnicas de recolección de datos**

El estudio será retrospectivo por lo que la técnica de recolección de datos se basará en el análisis documental de historias clínicas. La recolección de datos se realizará en setiembre de 2023. Para tal fin, se hará una selección manual de las historias sobre la base del código CIE-10 de absceso intraabdominal K65.0. Se seleccionarán a los pacientes sobre la base de los criterios de inclusión y exclusión. Se clasificará a los pacientes según la Cohorte a la que corresponda. Se extraerán los datos de la historia clínica en una ficha de recolección de datos previamente diseñada.

La ficha de recolección de datos estará estructurada de la siguiente manera:

- Sección I: datos sociodemográficos
- Sección II: cohorte a la que pertenece:
  - Cohorte 1: Pacientes adultos con abscesos intraabdominales drenados por vía percutánea en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.
  - Cohorte 2 Pacientes adultos con abscesos intraabdominales drenados por vía quirúrgica en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.
- Sección III: incluye los resultados clínicos tales como resolución del absceso, tiempo de hospitalización y complicaciones.

### **3.5 Técnicas para el procesamiento de la información**

Una vez que se han recopilado los datos de la revisión de historias clínicas, se seguirá un procedimiento adecuado para organizarlos, analizarlos y presentarlos. A continuación, se describe un posible procedimiento de recolección de datos desde el armado de la base de datos en Excel hasta el análisis en SPSS versión 26:

- Armado de la base de datos en Excel: Los datos recolectados de la revisión de historias clínicas deben ser ingresados en una hoja de cálculo de Excel, donde se deben crear las columnas correspondientes a cada variable a medir. Es importante asegurarse de que los datos se ingresen correctamente y sin errores.
- Exportación de datos a SPSS: Una vez que la base de datos está completa, se debe exportar a SPSS. Para ello, se debe abrir SPSS y crear un nuevo

archivo. Luego, se debe seleccionar "Archivo" en Excel y "Guardar como" y elegir el formato ".sav" para guardar el archivo en SPSS.

- Análisis en SPSS: Después de haber importado los datos a SPSS, se debe comenzar con el análisis estadístico. Se pueden realizar diversos análisis, como medidas descriptivas, pruebas de normalidad, análisis bivariados, análisis multivariados, entre otros. Para cada análisis, se debe seleccionar la opción adecuada en el menú desplegable de SPSS.
- Para determinar el efecto sobre los resultados del drenaje percutáneo versus el quirúrgico en el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022:
  - Para determinar el efecto sobre la resolución del absceso en el drenaje percutáneo versus el quirúrgico en pacientes con abscesos intraabdominales, se calculó el **riesgo relativo** y su respectivo intervalo de confianza en una tabla de 2 por 2. Se realizó la prueba de hipótesis **Chi cuadrado** con un nivel de significancia de 0,05.
  - Para determinar el efecto sobre el tiempo de hospitalización en el drenaje percutáneo versus el quirúrgico en pacientes con abscesos intraabdominales, se calculó la **diferencia de medias** con su respectivo intervalo de confianza. Se realizó la **prueba de T para muestras independientes** con un nivel de significancia de 0,05.
  - Para determinar el efecto sobre las complicaciones en el drenaje percutáneo versus el quirúrgico en pacientes con abscesos intraabdominales, se calculó el **riesgo relativo** y su respectivo intervalo de confianza en una tabla de 2 por 2. Se realizó la prueba de hipótesis **Chi cuadrado** con un nivel de significancia de 0,05.

### 3.6 Limitaciones

Es importante tener en cuenta que los estudios retrospectivos de revisión de historias clínicas tienen algunas limitaciones que pueden afectar la validez de los resultados obtenidos. Algunas de las posibles limitaciones del estudio pueden ser las siguientes:

- Sesgo de selección: Es posible que algunos pacientes con abscesos intraabdominales que recibieron tratamiento quirúrgico o percutáneo no

estén incluidos en las historias clínicas revisadas, lo que podría afectar la representatividad de la muestra y la validez externa del estudio.

- **Falta de información:** Es posible que algunos datos relevantes para el estudio no estén registrados en las historias clínicas, lo que podría limitar la capacidad del estudio para abordar todas las variables importantes y aumentar el riesgo de sesgos de información.
- **Sesgo de medición:** Es posible que los criterios de selección de pacientes, la definición de las variables y los métodos de medición no sean uniformes entre los diferentes médicos o servicios, lo que podría afectar la consistencia de los datos y la precisión de los resultados.
- **Confusión:** Es posible que algunas variables no medidas o no controladas en el estudio puedan afectar la relación entre el tipo de tratamiento y el desarrollo de complicaciones, lo que podría introducir sesgos de confusión y afectar la interpretación de los resultados.

### **3.7 Aspectos éticos**

Cuando se realiza una investigación retrospectiva de revisión de historias clínicas, es importante tener en cuenta algunos aspectos para garantizar la protección de los derechos de los pacientes y la confidencialidad de sus datos. A continuación, se describen algunos aspectos éticos que se considerarán en el proyecto:

- **Consentimiento informado:** debido a que se trata de una investigación retrospectiva, es difícil obtener el consentimiento informado de los pacientes. Sin embargo, se debe obtener la aprobación del comité de ética para el uso de las historias clínicas en la investigación. El proyecto será revisado por el Comité de Ética del Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte y el Comité de Ética de la Universidad Ricardo Palma.
- **Confidencialidad de los datos:** se garantizará que los datos de los pacientes sean protegidos y que no se divulguen a terceros no autorizados. Para ello, se garantizará que la información sea tratada de forma confidencial y que se utilice solo para los fines de la investigación.
- **Conflictos de interés:** se hace hincapié en que no existe conflictos de interés por parte de los investigadores.

- Utilización adecuada de los datos: Los datos obtenidos de las historias clínicas serán utilizados exclusivamente para los fines de la investigación y no deben ser utilizados con fines comerciales o lucrativos.

## CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

### 4.1. Recursos

Recursos humanos	Recursos materiales	Recursos informáticos
-Investigador principal -Estadístico	-Tecnología: laptop, celulares, tablet  -Material de escritorio	-Microsoft Excel 2019  -Software IBM SPSS

### 4.2. Cronograma

ETAPAS	2021		2022					
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Elaboración del proyecto								
Presentación del proyecto								
Revisión bibliográfica								
Trabajo de campo y captación de información								
Procesamiento de datos								
Análisis e interpretación de datos								
Elaboración del informe								
Presentación del informe final								

### 4.3. Presupuesto

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO (S/)	
			UNITARIO	TOTAL
<b>PERSONAL</b>				
Asesor estadístico	Horas	5	100	500
<b>BIENES</b>				
Papel bond A-4	Unidades	1	20	20
Lapiceros	Unidades	2	5	10
Corrector	Unidades	1	5	5
Resaltador	Unidades	1	5	5
Perforador	Unidades	1	5	5
Engrapador	Unidades	2	20	40
Grapas	Unidades	1	10	10
CD - USB	Unidades	1	10	10
Espiralado	Unidades	1	10	10
Internet	Unidades	1	10	10
Fotocopias	Unidades	2	5	10
Movilidad	Unidades	2	5	10
<b>COSTO TOTAL</b>				645

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bassetti M, Eckmann C, Giacobbe DR, Sartelli M, Montravers P. Post-operative abdominal infections: epidemiology, operational definitions, and outcomes. *Intensive Care Med.* febrero de 2020;46(2):163-72.
2. Figueiredo CR, Gonçalves H, Ferrer F. Abdominal abscess complicating peritonitis in a peritoneal dialysis patient. *J Bras Nefrol.* 2022;44(2):301-2.
3. Svetanoff WJ, Talukdar N, Dekonenko C, Dorman RM, Osuchukwu O, Fraser JD, et al. Intra-abdominal Abscess After Appendectomy-Are Drains Necessary in All Patients? *J Surg Res.* octubre de 2020;254:384-9.
4. Fry DE. Antibiotic Therapy Following Percutaneous Drainage of Intra-abdominal Abscess. *Dis Colon Rectum.* 1 de marzo de 2023;66(3):343-4.
5. Daňa P, Adamová Z, Slováček R. Abdominal abscess associated with salmonellosis case report. *Rozhl Chir.* 2020;99(5):232-5.
6. Yu C, Lau SYC, Oo J, Ng SC. Unusual presentation of abdominal wall abscess. *ANZ J Surg.* diciembre de 2020;90(12):E208-9.
7. Elagili F, Stocchi L, Ozuner G, Dietz DW, Kiran RP. Outcomes of Percutaneous Drainage Without Surgery for Patients With Diverticular Abscess. *Diseases of the Colon & Rectum.* marzo de 2014;57(3):331-6.
8. Akhan O, Durmaz H, Department of Radiology, Diskapi Yildirim Beyazit Training and Research Hospital, Ankara, Turkey, Balci S, Department of Radiology, Hacettepe University School of Medicine, Ankara, Turkey, Birgi E, et al. Percutaneous drainage of retroperitoneal abscesses: variables for success, failure, and recurrence. *Diagn Interv Radiol.* 25 de febrero de 2020;26(2):124-30.
9. Gallegos C, Guillen G. Uso de dren intraabdominal y complicaciones asociadas al sitio operatorio en cirugía por apendicitis, mediante modelo de regresión logística en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2019. Repositorio Universidad Andina del Cusco. 2020;120.
10. Celentano V, Giglio MC, Pellino G, Rottoli M, Sampietro G, Spinelli A, et al. High complication rate in Crohn's disease surgery following percutaneous drainage of intra-abdominal abscess: a multicentre study. *Int J Colorectal Dis.* junio de 2022;37(6):1421-8.
11. Jaramillo J. Eficacia de la aspiración y drenaje peritoneal en pacientes de edad pediátrica con apendicitis aguda perforada sometidos a cirugía laparoscópica. *Cybertesis Universidad Nacional Mayor de San Marcos.* 2023;58.
12. Núñez H. Efectividad del drenaje percutáneo comparado al tratamiento conservador en colecciones abdominopélvicas. Repositorio Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/9305>



13. Pérez L. Uso de drenes como factor protector para absceso residual intraabdominal en pacientes post operados de apendicitis aguda complicada en el servicio de cirugía del Hospital de Huaycan durante el año 2018. Repositorio Universidad Privada San Juan Bautista. 2019;56.
14. Mora-Guzmán I, Valdés de Anca Á, Martín-Pérez E. Intra-abdominal abscess due to fish bone perforation of small bowel. *Acta Chir Belg.* febrero de 2019;119(1):66-7.
15. Thompson DT, Hrabec JE. Intra-abdominal and Anorectal Abscesses. *Gastroenterology Clinics of North America.* junio de 2021;50(2):475-88.
16. Wong YT, Cheung CY, Ting WM, Chak WL. Intra-abdominal abscess with *Prevotella* species and *Streptococcus anginosus* co-infection in a peritoneal dialysis patient. *Nephrology (Carlton).* marzo de 2020;25(3):273-4.
17. Ballester Ferré MP, Boscá-Watts MM, Mínguez Pérez M. Enfermedad de Crohn. *Medicina Clínica.* julio de 2018;151(1):26-33.
18. Ahmed S, Wilcox MH, Kirby A. Measuring outcomes in complicated intra-abdominal infections. *Curr Opin Gastroenterol.* enero de 2020;36(1):1-4.
19. Springer JE, Doumouras AG, Nair S, Eskicioglu C, Forbes S. Does Imaging Before Percutaneous Drain Removal Affect Rates of Intra-abdominal Abscess Recurrence? *J Surg Res.* diciembre de 2018;232:408-14.
20. An TJ, Tabari A, Gee MS, McCarthy CJ. Factors influencing cumulative radiation dose from percutaneous intra-abdominal abscess drainage in the setting of inflammatory bowel disease. *Abdom Radiol (NY).* mayo de 2021;46(5):2195-202.
21. Carrasco KSS, Oliveros HB. Factores de riesgo para absceso intraabdominal en pacientes adultos post operados de peritonitis por apendicitis aguda. *HAMPI RUNA.* 2019;17(2):165-79.
22. Kucharzik T, Koletzko S, Kannengießer K, Dignaß A. Ulcerative Colitis—Diagnostic and Therapeutic Algorithms. *Deutsches Ärzteblatt international [Internet].* 17 de agosto de 2020 [citado 13 de abril de 2023]; Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2020.0564>
23. Cole JB, Florez JC. Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. *Nat Rev Nephrol.* julio de 2020;16(7):377-90.
24. Macas Rodríguez JD, Villalva Anchundia AE. Relación entre la infección de herida quirúrgica postcesárea y el índice de masa corporal [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2022 [citado 21 de abril de 2023]. Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?as\\_ylo=2022&q=complicaciones+posparto+riesgo+absceso+intraabdominal&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.es/scholar?as_ylo=2022&q=complicaciones+posparto+riesgo+absceso+intraabdominal&hl=es&as_sdt=0,5)
25. Ramirez Luján WA. Factores de Riesgo para Mortalidad por Infecciones Intraabdominales en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Emergencias de Ate Vitarte, Abril 2020 A Mayo 2022. 2022;

26. Rodríguez FJG. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de los abscesos intraabdominales. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. mayo de 2020;13(10):587-9.
27. Morón MA, Barroso BD, Pedraz BM, Arroyo OS, Díaz MAC. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES QUIÍSTICAS INTRAABDOMINALES. *Seram* [Internet]. 2022 [citado 21 de abril de 2021];1(1). Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8790>
28. Rivera Rodríguez KV. Factores de riesgo en la formación de abscesos intraabdominales postapendicectomía. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados; 2021.
29. Chalco Saco GA. Factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento del absceso renal. 2023;
30. Law J, Martin E. *Concise medical dictionary*. Oxford University Press; 2020.
31. Hernández S, Mendoza C. Metodología de la Investigación: Rutas Cualitativas, Cuantitativas y Mixtas. Universidad Nacional Autónoma de México [Internet]. 2018 [citado 16 de mayo de 2022]; 714. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>¿Cuáles son los resultados del drenaje percutáneo versus el quirúrgico en el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar los resultados del drenaje percutáneo versus el quirúrgico en el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Determinar el efecto del drenaje percutáneo versus el quirúrgico sobre la resolución del absceso en pacientes con abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022. Determinar el efecto del drenaje percutáneo versus el quirúrgico sobre el tiempo de hospitalización en pacientes con abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022. Determinar el efecto del drenaje percutáneo versus el quirúrgico sobre las complicaciones en pacientes con abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.</p>	<p>H0: No existen resultados a favor del drenaje percutáneo versus el quirúrgico en el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022. H1: Existen resultados a favor del drenaje percutáneo versus el quirúrgico en el manejo de abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.</p>	<p>-Drenaje del absceso -Resultados del drenaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución del absceso.</li> <li>• Tiempo de hospitalización</li> <li>• Complicaciones:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reintervención</li> <li>○ Recurrencia del absceso</li> <li>○ Ingreso a UCI</li> <li>○ Mortalidad</li> <li>○ Infección del sitio de drenaje</li> <li>○ Hemorragia</li> <li>○ Lesión de órganos adyacentes</li> <li>○ Fístulas</li> <li>○ Perforación intestinal</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Diseño de estudio</b> Observacional, retrospectivo, cohorte retrospectiva.</p> <p><b>Población y muestra</b> Pacientes adultos con abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cohorte 1: Pacientes adultos con abscesos intraabdominales drenados por vía percutánea en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.</li> <li>○ Cohorte 2 Pacientes adultos con abscesos intraabdominales drenados por vía quirúrgica en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte, Junio 2021 a Mayo 2022.</li> </ul> <p>Se trabajará con toda la población de pacientes con abscesos intraabdominales en el Hospital de Emergencias de Ate-Vitarte en Junio 2021 a Mayo 2022, en tal contexto, se hará muestreo censal.</p> <p><b>Técnica de recolección de datos</b> Se recolectarán datos en una ficha de recolección de datos.</p> <p><b>Análisis estadístico</b> Chi cuadrado, T para muestras independientes, Riesgo Relativo, diferencia de medias. Nivel de significancia de 0,05.</p>

## 2. Instrumento de recolección de datos

### 1. Datos personales

<b>N° de ficha</b>	
<b>Historia clínica</b>	
<b>Edad (años)</b>	
<b>Sexo</b>	Masculino Femenino
<b>Enfermedades concurrentes</b>	Desnutrición ( ) Enfermedad crónica ( ) Inmunosupresión ( )

### 2. Drenaje del absceso intraabdominal

	<b>Valores</b>
<b>Modalidad de drenaje del absceso</b>	Drenaje percutáneo ( ) Drenaje quirúrgico ( ) <ul style="list-style-type: none"><li>• Drenaje por cirugía abierta</li><li>• Drenaje por cirugía laparoscópica.</li></ul>

### 3. Resultados del drenaje

<b>Dimensiones</b>	
Resolución del absceso	
Tiempo de hospitalización	
Complicaciones (marque una o varias alternativas)	Reintervención ( ) Recurrencia del absceso ( ) Ingreso a UCI ( ) Mortalidad ( ) Infección del sitio de drenaje ( ) Hemorragia ( ) Lesión de órganos adyacentes ( ) Fístulas ( ) Perforación intestinal ( )

