

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
TRUJILLO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Eficacia del aspirado y secado, frente al lavado peritoneal en peritonitis secundaria. Hospital Víctor Lazarte Echegaray

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**

**AUTOR:**

León Fernández, Róger Martín.

**ASESOR:**

Carranza Castillo, Julio Enrique.

Trujillo – Perú

2019

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la eficacia del aspirado y secado frente al lavado peritoneal en pacientes post operados de peritonitis secundaria. De tal forma que bajo sustento fisiológico y estadístico, usemos la mejor técnica de limpieza de la cavidad peritoneal en dichos casos.

**Antecedentes:** Durante más de un siglo, los cirujanos han intentado disminuir la tasa de morbimortalidad de los pacientes con peritonitis, ideando tratamientos locales o sistémicos, entre los cuales el lavado peritoneal ha tenido un papel preponderante en el control infeccioso inicial. Sin embargo, en múltiples ocasiones se han discutido los riesgos de la irrigación con grandes cantidades de líquido en la cavidad peritoneal como mecanismo de limpieza.

**Método:** Se revisará el reporte operatorio minuciosamente de cada paciente operado por Peritonitis Generalizada, según criterios de inclusión, se tomarán los datos relevantes del hallazgo operatorio y el procedimiento realizado, para después recolectar los datos de cuántos y quiénes desarrollaron o no complicaciones, según el procedimiento realizado.

**Palabras clave:** Peritonitis generalizada, lavado peritoneal, peritoneo.

## Abstract

**Objective:** To determine the efficacy of aspiration and drying against peritoneal lavage in post-operated secondary peritonitis patients. In such a way that under physiological and statistical support, we use the best cleaning technique of the peritoneal cavity in such cases.

**Background:** For more than a century, surgeons have tried to reduce the morbidity and mortality rate of patients with peritonitis, devising local or systemic treatments, among which peritoneal lavage has played a preponderant role in the initial infectious control. However, the risks of irrigation with large amounts of fluid in the peritoneal cavity as a cleaning mechanism have been discussed on multiple occasions. **Method:** The operative report of each patient operated on for Generalized Peritonitis will be carefully reviewed, according to inclusion criteria, the relevant data of the operative finding and the procedure performed will be taken, and then data on how many and who developed complications or not, according to the procedure performed.

**Key words:** Generalized peritonitis, peritoneal lavage, peritoneum.

**I. GENERALIDADES:****1. TÍTULO**

**“EFICACIA DEL ASPIRADO Y SECADO, FRENTE AL LAVADO PERITONEAL, EN PERITONITIS SECUNDARIA”**

**2. PERSONAL INVESTIGADOR:****2.1. Autor**

Apellidos y Nombres	Residente de Cirugía General	Correo electrónico	Teléfono
León Fernández Róger Martin	II año	rleonf24@gmail.com	947407599

**2.2. Asesor, asesores o coautores**

Apellidos y Nombres	Departamento Académico	Sección	Categoría y Modalidad	Correo electrónico	Teléfono
Castillo Carranza Julio Enrique	Ciencias básicas	Microbiología	Nombrado Asociado	jcarranza@unitru.edu.pe	944486599

**3. TIPO DE INVESTIGACION Y REGIMEN DE INVESTIGACION:**

3.1. TIPO: APLICADA

3.2. RÉGIMEN: LIBRE

**4. AREA, SECTOR Y LINEA DE INVESTIGACION**

<b>ÁREA</b>	CIENCIAS MEDICAS
<b>SECTOR</b>	SALUD
<b>LÍNEA DE INVESTIGACIÓN</b>	CIRUGÍA GENERAL

## 5. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Ante la gran prevalencia de casos de peritonitis en los hospitales de nuestra región y debido a las complicaciones post operatorias de los pacientes diagnosticados de peritonitis, el objetivo del presente trabajo es determinar la eficacia del aspirado y secado frente al lavado peritoneal en pacientes post operados de peritonitis secundaria. De tal forma que bajo sustento fisiológico y estadístico, usemos la mejor técnica de limpieza de la cavidad peritoneal en dichos casos.

## 6. LOCALIDAD E INSTITUCIÓN DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

TRUJILLO – LA LIBERTAD - PERÚ

<b>Hospital</b>	HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY
<b>Área del hospital</b>	Departamento de Cirugía
<b>Otros lugares</b>	Hospitalización de Cirugía A

## 7. DEPARTAMENTO AL QUE PERTENECE EL TRABAJO:

Unidad de segunda especialización - Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo

**8. DURACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

<i>Duración del proyecto en meses referidos al año de ejecución vigente: 06 meses</i>	DEL: 01 DE SETIEMBRE DEL 2019 AL 01 DE MARZO DEL 2020
---	---

**9. CRONOGRAMA DE EJECUCION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

Facultad de Medicina - UNT



## 10. RECURSOS DISPONIBLES

### 10.1 Personal.

PERSONAL	CARGO
<i>ROGER MARTIN LEON FERNANDEZ</i>	<i>INVESTIGADOR</i>

### 10.2 Materiales y Equipos.

#### 10.2.1 Equipos de procesamiento y almacenamiento de datos

Cantidad

- Computadoras de escritorio..... 1
- Computadoras portátiles..... 1
- Memorias USB..... 2
- Impresora..... 1
- Tablets..... 1

#### 10.2.2 Útiles de escritorio

Cantidad

- Lapiceros..... 3
- Corrector..... 2
- Cuaderno de notas..... 2
- Papel bond..... 1 millar

### 10.3. Locales

LOCAL	DIRECCION
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Archivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prolongación Unión 1375,</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Biblioteca y Centro de cómputo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Salaverry 545, Trujillo – La Libertad – Perú</li> </ul>

## 11 PRESUPUESTO

### 1.1 BIENES

Código	Nombre del Recurso	Cantidad	Costo (S/.)
05.03.11.30	Material de Consumo		
05.03.11.30.001	Material de Oficina y escritorio		
	Papel Bond A4	200	10.00
	Lapiceros	5	10.00
	Corrector	1	5.00
	Lápices	2	2.00
	Borrador	1	5.00
	Folder manila tamaño A4	10	5.00
	Folder plástico tamaño oficio	10	6.00
	Folder manila A4	5	2.50
	<b>SUB TOTAL</b>		S/. 41.50

### 1.2 SERVICIOS

Código	Nombre del Recurso	Costo (S/.)
05.03.11.31	Pasajes y gastos de transporte	100.00
05.03.11.33	Servicios de Asesoría estadística	200.00
05.03.11.39	Otros servicios de terceros	100.00
	Tipeo	25.00
	Fotocopias	50.00
	Búsqueda de información en Internet	25.00
	Encuadernación y empastado	120.00
	<b>SUBTOTAL</b>	620.00

## 12 FINANCIAMIENTO

Autofinanciado



## II. PLAN DE INVESTIGACION:

### 1. INTRODUCCIÓN

Durante más de un siglo, los cirujanos han intentado disminuir la tasa de morbimortalidad de los pacientes con peritonitis <sup>1</sup>, ideando tratamientos locales o sistémicos, entre los cuales el lavado peritoneal ha tenido un papel preponderante en el control infeccioso inicial. Sin embargo, en múltiples ocasiones se han discutido los riesgos de la irrigación con grandes cantidades de líquido en la cavidad peritoneal como mecanismo de limpieza.

El peritoneo es el órgano abdominal más grande que existe, ya que da cobertura a todos los órganos intra abdominales, proporcionándoles resistencia, intercambio de solutos y la función mesotelial que es en la actualidad, una de las líneas de investigación de peso, la cual consiste en la comprensión de la función inmunológica, inflamatoria y de respuesta humoral <sup>2</sup>.

La peritonitis como enfermedad, abarca un número importante de causas fisiopatológicas. Sin embargo, la peritonitis es la manifestación final de tales enfermedades y se convierte a su vez en la causa de otros desarreglos fisiológicos que comprometen la vida de un paciente, debido a que la inflamación del peritoneo, con un área cercana a los 22.000 centímetros cuadrados, se comporta de manera similar a una quemadura del 75% de la superficie corporal <sup>3</sup>.

El tratamiento de la peritonitis bacteriana depende del soporte del estado hemodinámico del paciente, la administración de antibióticos y la intervención quirúrgica. Y el manejo quirúrgico de la peritonitis secundaria depende de tres principios: en primer lugar, eliminar la fuente de contaminación bacteriana, tratando la causa subyacente; en segundo lugar, la reducción del grado de contaminación bacteriana de la cavidad peritoneal; y en tercer lugar, la prevención de la recurrencia de la infección <sup>4</sup>.

El lavado peritoneal es una herramienta muy antigua; se considera que en 1905 se realizó la primera descripción juiciosa del uso del lavado peritoneal exhaustivo para casos de peritonitis. Según A. Thoroughman, "la controversia con respecto a la irrigación peritoneal como parte de un régimen terapéutico para la peritonitis data de al menos 1910, cuando Deaver lo condenó". Esto muestra que para principios de siglo el lavado peritoneal, entendido como la irrigación exhaustiva de la cavidad peritoneal, era una herramienta de primera mano en casos de peritonitis, que empezaba a ser criticada de manera científica por los grandes líderes quirúrgicos. "La necesidad de remover la contaminación macroscópica como la bilis, heces o contenido intestinal es un principio terapéutico ampliamente aceptado, no así el manejo por medio de la irrigación de la peritonitis localizada o difusa ya establecida"<sup>5,6</sup>.

La irrigación peritoneal tiene sus favorecedores y contradictores. Entre los primeros, se hallan aquellos que la defienden como una manera de disminuir la carga bacteriana y tóxica peritoneal, y entre los segundos, aquéllos que sugieren que la irrigación también produce diseminación de las bacterias a lugares de la cavidad peritoneal, donde originalmente estaban ausentes y alteran los mecanismos celulares de inmunidad <sup>7</sup>.

Como lo manifestó Torek, en 1906, cuando se irriga con suero, la pus y el material contaminante, más que ser lavados, se diluyen; posteriormente, esto se explicó por el efecto de retirar los factores quimiotácticos, de opsonización y de reacción inmunitaria peritoneal, lo cual puede desencadenar una anergia inmunológica peritoneal que se asocia con mayor riesgo de bacteriemia, más complicaciones infecciosas, mayores tasas de ingreso a unidades de cuidados intensivos, estancias hospitalarias prolongadas y muerte como consecuencia de estas <sup>3</sup>.

Estudios en ratas Wistar <sup>13</sup>, con un inóculo de 5ml materia fecal intrapritoneal no letal viable, diluidos en 1ml de SSF, conlleva un crecimiento bacteriano mínimo, en contraste, inyectando la misma cantidad de inóculo, en 30ml de SSF, llevo a un aumento de su mortalidad a las 48h, y se asoció a rápida proliferación solo por el volumen del diluyente. Este efecto tiene el lavado

peritoneal, aumentando el diluyente del inoculo y aumenta su absorción. Además, los macrófagos, requieren opsonización, y esta debe llevarse en una superficie, en ausencia de opsonización en los fluidos, la célula de defensa no puede fagocitar <sup>8</sup>.

El peritoneo se descama aun con breves exposiciones al aire, salina, glucosa o ringer lactato, aun así, su regeneración es rápida, este proceso demora 1 semana, incluso se estudió en la década de los 90s el lavado peritoneal continuo, por diferentes autores, entre ellos: Olesen, Shweni, Minervini, Hunt <sup>9, 17, 18,19</sup>.

Pocos estudios se han enfocado en el volumen del liquido irrigado, Sugimoto <sup>20</sup> realizó lavado peritoneal, en pacientes con peritonitis generalizada, en grandes volúmenes, hasta de 30 litros o 5 a 6 veces la capacidad total, encontrando una menor cantidad de complicaciones infecciosas en el grupo del lavado. Sin embargo esto no sucede a volúmenes menores, como se realiza la mayor parte de las veces en la práctica diaria <sup>10</sup>.

Un ensayo clínico publicado por Hunt en 1982 <sup>11</sup>, concluye que no existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la mortalidad ni complicaciones infecciosas, al comparar grupos con irrigación contra los grupos sin irrigación peritoneal.

En otro estudio controlado <sup>12</sup>, se asignaron aleatoriamente tres grupos de manejo, a los cuales se les hizo control sin lavado, lavado con solución salina normal y lavado con solución salina normal más cloranfenicol, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas en mortalidad (21 % Vs. 21 % Vs. 10 %, respectivamente), estancia general (13 Vs. 13 Vs. 10 días) e incidencia de complicaciones generales (10 % Vs. 24 % Vs. 7 %, respectivamente); se concluyó que no existían diferencias en cuanto a no lavar, lavar solo con solución salina o lavar con solución salina más antibióticos. Sin embargo, el escaso número de pacientes (87, en total) no permite asignarle un peso metodológico adecuado.

Juan C. Mejía et al <sup>14</sup> en el 2015 publica un artículo en Colombia, en el cual hizo un análisis retrospectivo a pacientes con peritonitis que consultaron al Hospital Universitario San Vicente Fundación, entre 2009 y 2015; de 406 pacientes, 169 con limpieza peritoneal y 237 con lavado peritoneal, se encontró que el lavado peritoneal se asoció con el desarrollo de peritonitis residual (OR= 4,83; IC <sub>95%</sub>) al compararlo con la limpieza peritoneal.

Por otro lado, Seiler <sup>15</sup>, y Moussavian <sup>16</sup> presentan estudios descriptivos transversales en los que señalan lo contrario al autor citado en el párrafo anterior.

Los proponentes del secado sugieren que la limpieza puede evitar estos riesgos. Sin embargo, existen pocos estudios en que se evalúe esta técnica y se ha estudiado muy poco el comportamiento de una técnica aparentemente menos lesiva, como es el retiro del foco infeccioso sólo secando la cavidad con gasas húmedas, sin necesidad de irrigar la cavidad peritoneal, conocida y aplicada por algunos con buenos resultados <sup>16</sup>. Es así, como se plantea este estudio con el objetivo de evaluar la morbilidad y la mortalidad de esta conducta, en comparación con el lavado peritoneal rutinario.

### **1.1. PROBLEMA**

¿Cuál es la eficacia del aspirado y secado, frente al lavado peritoneal en Peritonitis Secundaria?

### **1.2. HIPÓTESIS**

Ho: El aspirado y secado tiene iguales complicaciones que el lavado peritoneal en Peritonitis Secundaria.

H1: El aspirado y secado tiene menos complicaciones que el lavado peritoneal en Peritonitis Secundaria.

### **1.3. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la eficacia del Aspirado y Secado frente al Lavado peritoneal en Peritonitis Secundaria.

### **1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar las complicaciones post operatorias en pacientes sometidos a lavado peritoneal.
- Determinar las complicaciones post operatorias en pacientes sometidos a aspirado y secado.
- Comparar el numero de complicaciones post operatorias en pacientes sometidos a lavado peritoneal frente a aquellos sometidos a aspirado y secado.
- Determinar mortalidad en pacientes post operados sometidos a lavado peritoneal.
- Determinar mortalidad en pacientes post operados sometidos a aspirado y secado.

## **2. MATERIAL Y PROCEDIMIENTO (MÉTODOS)**

**2.1. Diseño de estudio:** Observacional / Analítico / Prospectivo / De tipo Cohorte.

### **2.2. Población**

Pacientes post operados de Peritonitis difusa y generalizada secundaria

#### **2.2.1. Población diana:**

Pacientes post operados entre 13 y 70 años de Peritonitis generalizada secundaria.

### 2.2.2. Población de estudio

Pacientes post operados entre 13 y 70 años de Peritonitis generalizada secundaria, del servicio de Cirugía General del hospital Víctor Lazarte Echegaray.

## 2.3. Unidad de análisis

### 2.3.1. Tamaño de la muestra

$$n = \frac{\left[ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde  $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$  y los valores  $z_{1-\alpha/2}$  y  $z_{1-\beta}$  son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder elegidos para el estudio<sup>6</sup>. En particular, para una seguridad de un 95% y un poder estadístico del 80% se tiene que  $z_{1-\alpha/2} = 1,96$  y  $z_{1-\beta} = 0,84$ .

Se obtiene = 35 pacientes por grupo.

### 2.3.2. Selección de la muestra

Pacientes post operados de peritonitis difusa o generalizada secundaria que se hospitalizaron en el servicio de cirugía general del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo en el periodo setiembre 2019- febrero 2020.

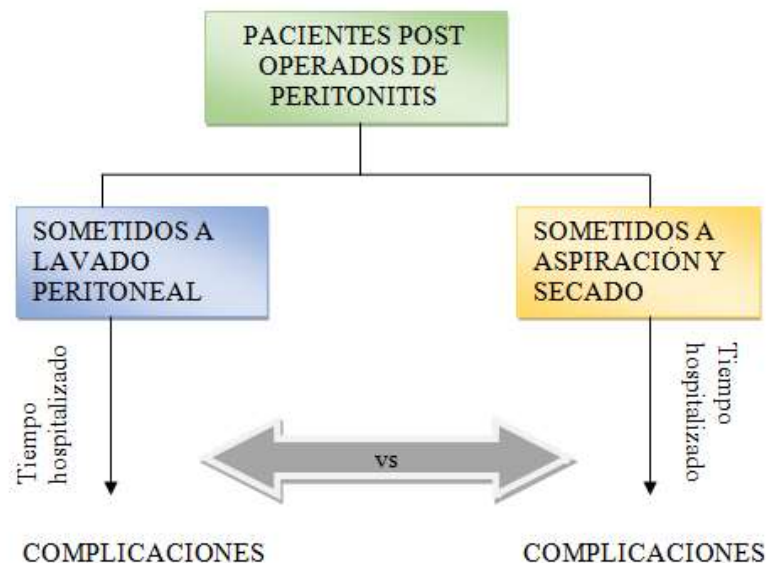
## 2.4. Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados en servicio de Cirugía del Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo setiembre 2019-febrero 2020 con diagnóstico post operatorio de peritonitis difusa o generalizada.
- Pacientes con historia clínica e informes de laboratorio completos.
- Pacientes con edades comprendidas entre 13 a 70 años.
- Pacientes operados por laparotomía exploratoria.
- Pacientes operados por laparoscopia

## 2.5. Criterios exclusión

- Pacientes inmunodeprimidos: con terapia con corticoides, oncológicos, desnutridos, ancianos.
- Comorbilidades: diabéticos o con otro foco séptico aparte del abdominal.
- Gestantes.
- Pacientes con abdomen abierto posterior a la cirugía inicial.

## 2.6. Gráfico.



## 2.7. Variables

VARIABLES	VARIABLES INDEPENDIENTES		VARIABLE DEPENDIENTE
	SECADO PERITONEAL	LAVADO PERITONEAL	COMPLICACIONES DE PERITONITIS SECUNDARIA
DEFINICIONES CONCEPTUALES	Técnica intraoperatoria que se utiliza para reducir el grado de contaminación bacteriana de la cavidad abdominal, haciendo uso de gasas estériles húmedas o secas, removiendo las zonas contaminadas y de fibrina del contenido abdominal.	Procedimiento en el que se usa la solución salina fisiológica para irrigar la cavidad abdominal con el fin de reemplazar el exudado inflamatorio peritoneal.	Absceso residual Infección de sitio operatorio Fistulas Ileo prolongado post operatorio
TIPO	Cualitativa	Cualitativa	Cualitativa
ESCALA	Nominal Dicotómica	Nominal Dicotómica	Nominal Dicotómica



INDICADOR	Aspirado y Secado de cavidad abdominal con gases estériles descrito en el reporte post operatorio.	LAVADO CON SOLUCION SALINA AL 0.9% > 3 litros.	Determinar SI HIZO O NO HIZO en el post operatorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>Absceso residual: colección purulenta en cavidad abdominal detectada por ecografía.</li> <li>Infección de sitio operatorio</li> <li>Fistulas enterocutánea</li> <li>Ileo mayor a 3 días.</li> </ul>
-----------	--	--	--

**VARIABLES INTERVINIENTES:**

- Tiempo operatorio: cuantitativo, discreto, indicador: minutos.
- Falla orgánica presente: cualitativo, nominal, indicador: 1 o + de los siguientes.

<b>Respiración<sup>a</sup></b>	
PaO <sub>2</sub> /P <sub>i</sub> O <sub>2</sub> (mmHg)	<300
SeO <sub>2</sub> /P <sub>i</sub> O <sub>2</sub>	143-220
<b>Coagulación</b>	
Plaquetas 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	<100
<b>Hígado</b>	
Bilirrubina (mg/dL)	2,0-5,8
<b>Cardiovascular<sup>b</sup></b>	
Tensión arterial	Dopamina <5 o dobutamina a cualquier dosis
<b>Sistema Nervioso Central</b>	
Escala de Glasgow	10-12
<b>Renal</b>	
Creatinina (mg/dL)	2,0-3,4
a Flujo urinario (mL/h)	

- Origen: cualitativo, nominal, indicador: Colónico o No colónico.
- Características del fluido peritoneal: cualitativo, nominal, indicador: Fecaloideo o Purulento.
- Vía de abordaje: laparotomía o laparoscopia

## 2.8. Procedimientos y técnica.

### 2.8.1. Proceso de captación de la información

#### 2.8.1.1. OBTENCIÓN DE MUESTRA

Se captará pacientes con el diagnóstico de Peritonitis Aguda Generalizada en el servicio Cirugía del departamento de Emergencia del Hospital Víctor Lazarte E., se filtrarán los casos según los criterios de selección. Seguidamente, se le explicará el procedimiento a realizar, con la aceptación del paciente firmada en un consentimiento informado, se recolectarán sus datos. Se revisará el reporte operatorio minuciosamente de cada paciente parte de la muestra, se tomarán los datos relevantes del hallazgo operatorio y el procedimiento realizado. Se seguirá a los pacientes en su post operatorio hasta 30 días después, dentro de los cuales se recolectarán los datos de cuantos y quienes desarrollaron las complicaciones mencionadas.

## 3. ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto se realizará respetando los lineamientos de la Declaración de Helsinki II sobre las recomendaciones que guían a los medios de investigación biomédica que involucran a los seres humanos; los cuales son: Respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9). Además tendremos en cuenta la Ley General de Salud N° 26842, artículo 250, cuando fuere utilizada con fines académicos o de investigación científica, siempre que la información obtenida de la historia clínica se consigne en forma anónima; artículo 280, la investigación analítica con personas debe ceñirse a la legislación especial sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la

Declaración de Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados; artículo; y artículo 420, Todo acto médico que se lleve a cabo en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es susceptible de auditorías internas y externas en las que puedan verificarse los diversos procedimientos a que es sometido el paciente, sean estos para prevenir, diagnosticar, curar, rehabilitar o realizar acciones de investigación. (33 y 34).

Se obtendrá también la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina y del Departamento de Investigación de la "Universidad Nacional de Trujillo".

Asimismo se solicitará la aprobación del Director del Hospital Victor Lazarte Echegaray, teniendo en cuenta que toda la información proporcionada será de carácter confidencial y sólo tendrá acceso a ella el personal investigado.

El presente proyecto de investigación basa su realización principalmente en las "Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos" del Consejo de Organización internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), las cuales se basan con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Ante esto se someterá a la aprobación de uno o más comités de evaluación científica y de evaluación ética, los datos obtenidos en el curso del estudio se documentarán de manera anónima y confidencial.

#### **4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Por ser variables cualitativas se usará la prueba estadística Chi cuadrado. Y para compara el efecto de ambas técnicas operatorias, se calculará el riesgo relativo (RR) con un intervalo de confianza de 95 %, se realizará análisis mutlivariado.

### III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanabria A. Controversias frente al lavado peritoneal y el uso de antibióticos en peritonitis: revisión sistemática de la literatura. Rev Colomb Cirugía. 2003;18:10.
2. Platell C, Papadimitriou JM, Hall JC. The influence of lavage on peritonitis. J Am Coll Surg. Vol.191, n°6, pp 672-680, 2000.
3. NIETO J. Sepsis abdominal. Rev Colomb Cir 2000; 15: 155-166.
4. NATHENS AB; ROTSTEIN OD. Therapeutic options in peritonitis. Surg Clin North Am. 1994. 74: 677-693.
5. PELOSOOA, FLOYDVT, WILKINSON LH. Treatment of peritonitis with continuous postoperative peritoneal lavage using cephalothin. Am J Surg 1973; 126:742-747.
6. THOROUGHMAN JC, WALKER LG JR, COLI.INS J. Spreading organisms by peritoneallavage. Am J Surg 1968; 115:339-340.
7. HOVNANIAN AP, SADDAWI N. An experimental study of the consequences of intraperitoneal irrigation. SL(rg Gynecol Obstet 1972; 134:575-578.
8. S.M.C.R. Wittmann DH, "Management of secondary peritonitis.," Ann Surg, vol. 224, pp. 10-18, 1996.
9. T.M. Whiteside O, " Intra operative peritoneal lavage, who does it and why?", Ann R Coll Surg Engl, vol. 87, pp. 255-258, 2005.
10. H.K.P.Hall JC, "The pathobiology of peritonitis", Gastroenterology, vol. 114, n°1, pp. 185-196, 1998.
11. Shweni PM, Pitsoe SB, Mokgokong ET. Continuous antibiotic peritoneal lavage compared with simple drainage for severe intraperitoneal sepsis of gynaecological and obstetric origin. S Afr Med J. 1980;57:117-20.
12. O'Brien PE, Tait N, Bushell M. Management of diffuse peritonitis by prolonged postoperative.
13. Diaz S. Jesus, "Secado contra lavado a gran volumen contra Microdacyn en peritonitis secundaria. Modelo experimental en ratas Wistar". 2014.
14. Moussavian MR, Richter S, Kollmar O, Schuld J, Schilling MK. Staged lavage versus single high-volume lavage in the treatment of feculent/purulent peritonitis: A matched pair analysis. Langenbecks Arch Surg. 2009;394:215-20.

15. Seiler CA, Brugger L, Forssmann U, Baer HU, Buchler MW. Conservative surgical treatment of diffuse peritonitis. *Surgery*. 2000;127:178-84.
16. Billing A, Frohlich D, Schildberg FW. Prediction of outcome using the Mannheim peritonitis index in 2003 patients. Peritonitis Study Group. *Br J Surg*. 1994;81:209-13.
17. Dunn DL, Barke RA, Ahrenholz DH, Humphrey EW, Simmons RL. The adjuvant effect of peritoneal fluid in experimental peritonitis. Mechanism and clinical implications. *Ann Surg*. 1984;199:37-43.
18. Notash AY, Salimi J, Rahimian H, Fesharaki M, Abbasi A. Evaluation of Mannheim peritonitis index and multiple organ failure score in patients with peritonitis. *Indian J Gastroenterol*. 2005;24:197-200.
19. DüBRIN PB, O' KEEFEP, T ArAROWICZW, STACHOWSKI M, FREb\RK RI. The value 01' continuous 72-hour peritoneal lavage for peritonitis. *Am J Surg* 1989; 157:368-371.
20. Sartelli M, Viale P, Catena F, Ansaloni L, Moore E, Malangoni M, et al. 2013 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg*. 2013;8:3.

## CONSTANCIA DE ASESORIA

Yo, JULIO ENRIQUE CARRANZA CASTILLO, Profesor del Departamento Académico de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo

### CERTIFICO

Ser asesor de la Tesis titulada "EFICACIA DEL ASPIRADO Y SECADO FRENTE AL LAVADO PERITONEAL, EN PERITONITIS SECUNDARIA" cuyo autor es el médico cirujano: ROGER MARTIN LEON FERNANDEZ, identificado con DNI N° 70673055 y CMP 78641, médico residente de la unidad de segunda especialización de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo

Se expide la presente para los fines correspondientes.



DR. JULIO CARRANZA CASTILLO

A88801

Trujillo, 11 de marzo del 2020



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO**  
Fundada por el Libertador Don Simón Bolívar el 10 de Mayo de 1824  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
Inaugurada el 29 de Diciembre de 1957  
*Unidad de Investigación*

Doc. N°

P.I.E - MED. 059 - 2020

## CONSTANCIA

La Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina-UNT, ha APROBADO el Proyecto de Investigación titulado:

"EFICACIA DEL ASPIRADO Y SECADO, FRENTE AL LAVADO PERITONEAL, EN PERITONITIS SECUNDARIA".

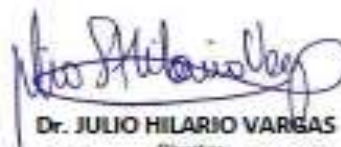
Presentado por el Médico Residente de CIRUGIA GENERAL

*ROGER MARTIN  
LEON FERNANDEZ*

El proyecto puede seguir con el trámite establecido.

Trujillo, 15 de Junio de 2020



  
Dr. JULIO HILARIO VARGAS

Director  
Unidad de Investigación  
Facultad de Medicina UNT



# Universidad Nacional de Trujillo

Fundada por el Libertador Don Simón Bolívar el 10 de Mayo de 1824

## FACULTAD DE MEDICINA

Inaugurada el 29 de Diciembre de 1957



Trujillo, 8 de junio de 2020

### RESOLUCIÓN N° 036-2020-UNT-FAC.MED/D.

Vista la solicitud presentada por el señor (Srta.) **M.C. LEON FERNANDEZ ROGER MARTIN**, alumno (a) del Programa de Segunda Especialidad, solicitando nombramiento de jurado para el dictamen y recepción del Proyecto de Investigación **Titulado "Eficacia del aspirado y secado, frente al lavado peritoneal en peritonitis secundaria. Hospital Víctor Lazarte Echegaray"**

#### **CONSIDERANDO:**

QUE, **ART.34º REGLAMENTO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN** dice que el Presidente del Jurado convocará a sesión de instalación del jurado hasta tres días después del nombramiento

QUE, el Jurado dispondrá de quince días calendarios para emitir su dictamen a partir de la fecha de la recepción de su nombramiento (**ART.32º REGLAMENTO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN**)

Dado cuenta en la fecha con el ejemplar del Proyecto de Investigación estando a lo estipulado en el Reglamento Nacional del Residentado Medico, aprobado con Decreto Supremo N° 007-2017-SA y el Reglamento de Trabajos de Investigación de la Facultad de Medicina que se acompaña para **OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL.**

El Decanato en uso de las atribuciones conferidas, en virtud al Art. 70°, inc 70.3 de la Ley Universitaria 30220 y al Art. 40°, inc. o) del Estatuto Universitario vigente.

#### **RESUELVE:**

Designar al Jurado, el que estará conformado por:

Dr. <b>ARTURO GARCIA PEREZ</b>	<b>PRESIDENTE</b>
Dr. <b>EDWIN GARCIA GUTIERREZ</b>	<b>MIEMBRO</b>
Dr. <b>ROBERTO ESPINOZA LLERENA</b>	<b>MIEMBRO</b>

Facultándosele señalar día y hora de acuerdo al **Nuevo Reglamento de Trabajos de Investigación de la Facultad de Medicina**, aprobado por **Resolución de Consejo Universitario N° 689-2019/UNT**, de fecha **21 de noviembre de 2019.**

Regístrese, comuníquese y cúmplase



Pilar yepes

---

JR. SALAVERRY N° 545 TELF. 044-232391 FAX. 044-232131 E-MAIL: [decanatomedicina@gmail.com](mailto:decanatomedicina@gmail.com)  
TRUJILLO - PERU





UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

UNT

RECTORADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN EN REPOSITORIO DIGITAL RENATI-SUNEDU**

Trujillo, 02 de julio del 2021

Los **AUTORES** suscritos del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**TITULADO:**

EFICACIA DEL ASPIRADO Y SECADO FRENTE AL LAVADO PERITONEAL EN PERITONITIS

SECUNDARIAS.

**AUTORIZAMOS SU PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL, REPOSITORIO RENATI- SUNEDU,  
ALICIA - CONCYTEC CON EL SIGUIENTE TIPO DE ACCESO:**

A. Acceso Abierto:

B. Acceso Restringido:

(Datos del Autor y resumen del trabajo)

C. No autorizo su Publicación:

Si eligió la opción restringido o NO autoriza su publicación sírvase justificar.

**ESTUDIANTE DE PRE GRADO:**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

TESIS:

**ESTUDIANTE DE POSTGRADO:**

TESIS DE MAESTRÍA

TESIS DE DOCTORADO:

**DOCENTES:**

INFORME DE INVESTIGACIÓN:

OTROS:

El equipo investigador integrado por:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD – PROYECTO DE INVESTIGACION**

APellidos y Nombres	FACULTAD	DEP. ACADÉMICO	CATEGORIA DOCENTE ASESOR	CÓDIGO DOCENTE ASESOR NUMERO MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE	AUTOR COAUTOR ASESOR
LEÓN FERNÁNDEZ RÓGER MARTIN	Medicina Humana	-----	-----	130200218	Autor
CARANZA CASTILLO, JULIO ENRIQUE	Medicina Humana	Ciencias Basicas	Profesor Asociado	5653	Asesor

FIRMA

DNI

70673055

FIRMA

DNI

18098171



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

**UNT**

Anexo R.R N° 384-2018/UNT Pág 3 de 5

**RECTORADO**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

DECLARACIÓN JURADA

Trujillo, 02 de julio 2021

Los **AUTORES** suscritos en el presente documento **DECLARAMOS BAJO JURAMENTO** que somos los responsables legales de la calidad y originalidad del contenido del Proyecto de Investigación Científica, así como del Informe de la Investigación Científica realizada.

**TITULO:**

EFICACIA DE ASPIRADO Y SECADO, FRENTE A LAVADO PERITONEAL EN PERITONITIS

SECUNDARIAS

**PROYECTO DE INVESTIGACION CIENTÍFICA**

PROY. DE TRAB. INVESTIGACIÓN (PREGRADO) ( )

PROYECTO DE TESIS PREGRADO ( )

PROYECTO DE TESIS MAESTRÍA ( )

PROYECTO DE TESIS DOCTORADO ( )

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION CIENTIFICA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN (PREGRADO) ( )

TESIS DE PREGRADO ( )

TESIS DE MAESTRÍA ( )

TESIS DE DOCTORADO ( )

**SEGUNDA ESPECIALIDAD – PROYECTO DE INVESTIGACION**

Equipo Investigador Integrado por:

APELLIDOS Y NOMBRES	FACULTAD	DEP. ACADÉMICO	CATEGORIA DOCENTE ASESOR	CÓDIGO DOCENTE ASESOR NUMERO MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE	AUTOR COAUTOR ASESOR
LEÓN FERNÁNDEZ RÓGER MARTIN	Medicina	-----	-----	130200218	Autor
CARRANZA CASTILLO, JULIO ENRIQUE	Medicina	Ciencias Basicas	Profesor asociado	5653	Asesor

FIRMA

FIRMA

70673055

DNI

18098171

DNI